



**ALBERT EINSTEIN**  
HOSPITAL ISRAELITA

**Relatório de Cirurgia**

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: \_\_\_\_\_

Passagem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

1. Cirurgia Principal: \_\_\_\_\_
2. Cirurgia Secundária: \_\_\_\_\_
3. Cirurgião: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_
  - 1º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_
  - 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_
  - 3º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_
4. Anestesiista: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_
5. Instrumentador: \_\_\_\_\_ CRM/CAD: \_\_\_\_\_

6. Diagnóstico Pós-operatório: \_\_\_\_\_
7. Tecidos removidos:  Não  Sim Especificar: \_\_\_\_\_
  - 7.1 Líquidos; secreções drenadas e/ou aspiradas:  Não  Sim Volume Total: \_\_\_\_\_ ml
8. Time Out:  Não  Sim
9. Anátomo Patológico:  Não  Sim
  - Anátomo-congelação:  Não  Sim
  - Laudo verbal:  Maligno  Benigno (Dr.: \_\_\_\_\_ )
10. Classificação da Cirurgia:  Limpa  Potencialmente contaminada
  - Contaminada  Infectada
11. ATB:  Sim Hora da 1ª dose: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  Profilático  Terapêutico  Não se aplica
12. Contaminação Intra-operatória:  Não  Sim
13. Programação:  Eletiva  Urgência  Emergência
14. Trauma:  Não  Sim Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
15. Infecção Atual em Outro Sistema:  Não  Sim Tipo: \_\_\_\_\_
16. Drenos:  Não  Sim Tipo: \_\_\_\_\_
17. Prótese(s)  Não  Sim Tipo: \_\_\_\_\_

18. Para anestesia local, informar:  
 Hora do início do procedimento: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Hora de término do procedimento: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

19. Contagem de Compressa:  Não  Sim  Não se aplica

*Descrição do procedimento cirúrgico no verso.*



