

	RELATÓRIO MÉDICO	Código do Documento
	SOLICITAÇÃO DE SALA CIRÚRGICA EM CARÁTER EMERGENCIAL	FORM.DT.012
		Especialidade
		Direção Técnica/ Obstetrícia

Deve ser preenchido pelo médico obstetra da urgência ou pelo médico assistente do paciente

NOME: _____

Data nascimento: ____/____/____
PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Por meio deste documento, venho solicitar reserva de sala para cirurgia em caráter de urgência/emergência para a paciente identificada acima, por apresentar um dos seguintes critérios:

1) **EMERGÊNCIAS:** *necessitam de sala imediatamente e, no caso de todas estarem ocupadas, providenciar em caráter emergencial limpeza da próxima sala cirúrgica que for desocupada para ser utilizada para o procedimento.*

- () Paciente com descolamento prematuro de placenta;
- () Identificado clinicamente prolapso de cordão umbilical;
- () Sofrimento Fetal Agudo – SFA;
- () Gestação ectópica em abdome agudo;
- () Gestante com sangramento e sinais de choque hipovolêmico.

2) **URGÊNCIAS:** *a sala deve estar disponível dentro de um período máximo de uma hora a partir da chegada do pedido.*

- () Iteratividade em trabalho de parto, isto é, já teve duas cesarianas anteriores e a partir da terceira o risco é muito elevado para a gestante;
- () Feto em posição anômala, com gestante em trabalho de parto;
- () Placenta prévia sangrante com indicação de interrupção, sem sinais de choque;
- () Síndromes hipertensivas descompensadas, após estabilização com indicação de interrupção.

Outra justificativa: outro motivo clínico, com necessidade de cesariana:

() URGÊNCIA () EMERGÊNCIA

Declaro estar ciente do possível aumento do risco que será imputado a outros pacientes devido a mudanças inesperadas na programação e também da minha responsabilidade ética e cível diante da veracidade das informações aqui prestadas.

Aracaju, ____/____/20____

Assinatura e carimbo do médico

Horário de recebimento ____:____ h. _____

Assinatura da enfermeira que recebeu