

	<b>RELATÓRIO PARA USO DE MANTA TÉRMICA</b>	Nome: _____  Data de nascimento: ____/____/____ <small>PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO</small>
---	--	--

Cirurgia a que o paciente será submetido (ou diagnóstico de base do paciente):

\_\_\_\_\_ (CID 10: \_\_\_\_\_).

**À operadora de saúde:**

Por meio deste documento, venho solicitar para o paciente acima identificado, a autorização para uso da manta térmica para o sistema Warm Touch:

- Quantidade: 1 unidade
- Especificação de tamanho:
  - ( ) Manta para membros inferiores (adulto – tamanho 86 x 132 cm);
  - ( ) Manta para corpo inteiro adulto (tamanho 86 x 183 cm);
  - ( ) Manta térmica para membros superiores (adulto - tamanho 61 x 183 cm);
  - ( ) Manta pediátrica para corpo inteiro (56 x 89 cm).
- Justificativa para uso:
  - ( ) Tratamento da hipotermia já diagnosticada, conforme PROT.DT.020 - PREVENÇÃO E TRATAMENTO HIPOTERMIA (CIRURGIA E PARTO);
  - ( ) Prevenção da hipotermia na população de risco, conforme Resolução CFM 2.174 de 2017<sup>1</sup>;
  - ( ) Procedimento com tempo estimado acima de 60 minutos;
  - ( ) Procedimentos cirúrgicos em recém-nascidos ou prematuros;
  - ( ) Idosos acima de 60 anos;
  - ( ) Condições de alto risco, independentemente do tempo de cirurgia.

**REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS:**

Resolução CFM 2.174 de 2017. “Art. 3º Entende-se por condições mínimas de segurança para a prática da anestesia a disponibilidade de: ... c) Determinação da temperatura e dos meios para assegurar a normotermia, em procedimentos com duração superior a 60 (sessenta) minutos e, nas condições de alto risco, independentemente do tempo do procedimento (prematuros, recém-nascidos, história anterior ou risco de hipertermia maligna e síndromes neurolépticas)”;

Outros: \_\_\_\_\_

Aracaju, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Médico que indicou o uso (assinatura e carimbo)

\_\_\_\_\_  
Parecer do auditor