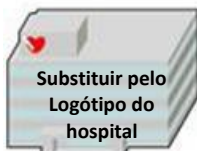


# REGISTO DA CIRURGIA



Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(entrada no Bloco Op.)

## Vinheta do utente

Nome completo (com todos os nomes por extenso); filiação (obrigatório nos menores)

Número do processo do hospital/Número do cartão do SNS/ Subsistema e nº beneficiário/Nº do B.I ou Cartão de cidadão/Data de nascimento/Sexo/Morada completa com código postal/Contactos telefónicos

Instituição Hospitalar: \_\_\_\_\_

Ser./Unid. Func: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ OM \_\_\_\_\_  
(Chefe de equipa)

Nº episódio: \_\_\_\_\_ Nº LIC: \_\_\_\_\_

Bloco: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_

Unidades Nosológicas:

UN <sup>1</sup>	Diagnósticos - Descrição (texto livre – não usar siglas)	Lat <sup>2</sup>	Cód.	Procedimentos - Descrição (texto livre – não usar siglas)	Lat <sup>2</sup>	Cód.	
<b>Principal</b>	<b>UN1</b>						
(incluir patologia associada relevante)							
<b>Objectivos:</b> Resolução/cura   _      Melhoria/atenuação   _      Diagnóstico   _      Vigiar/Acompanhar   _							
<b>Secundárias</b>	<b>UN2</b>						
	<b>Objectivos:</b> Resolução/cura   _      Melhoria/atenuação   _      Diagnóstico   _      Vigiar/Acompanhar   _						
	<b>UN3</b>						
	<b>Objectivos:</b> Resolução/cura   _      Melhoria/atenuação   _      Diagnóstico   _      Vigiar/Acompanhar   _						
	<b>UN4</b>						
<b>Objectivos:</b> Resolução/cura   _      Melhoria/atenuação   _      Diagnóstico   _      Vigiar/Acompanhar   _							

Nas descrições localizar precisamente a região afectada e a extensão em área ou volume. Nos procedimentos referir sempre a abordagem e o tipo de técnica cirúrgica.

**Objectivos (Resultados esperados com os procedimentos efectuados):**

Especificar os efeitos a obter sobre a doença e qualidade de vida e eventuais sequelas.

**Equipa:**

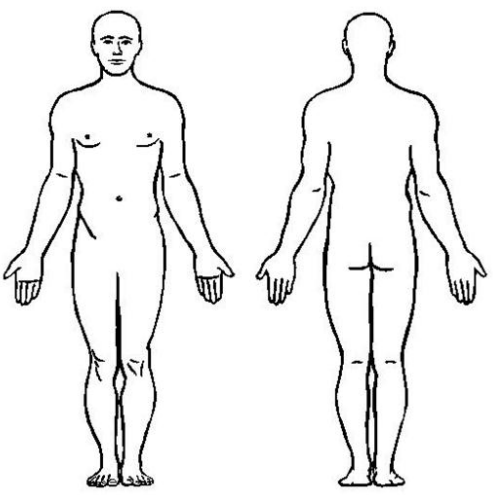
Nome	CE <sup>3</sup>	Número Ordem	Nome	CE <sup>3</sup>	Número Ordem
1º Cirurgião	<input type="checkbox"/>		2º Cirurgião	<input type="checkbox"/>	
Cirurgião - Ajudante			Anestesista		
Enf.º Instrumentista			Enf.º Circulante		
Enf.º Anestesista			Outros		
Outros			Outros		
Outros			Outros		
Outros			Outros		

<sup>1</sup> Identificar em UN1 a unidade nosológica principal que deverá conter o diagnóstico principal e o procedimento correspondente, bem como os diagnósticos e procedimentos associados. UN2 e UN3 e UN4 identificam as outras unidades nosológicas que neste evento são consideradas secundárias.

<sup>2</sup> Preencher com a letra adequada para identificar a lateralidade (B = Bilateral; E = Esquerdo ; D = Direito; N = Não aplicável)

<sup>3</sup> Assinalar com uma cruz o chefe de equipa (CE) (médico cirurgião especialista)

**Descrição da cirurgia:**

<p>(a descrição operatória é indispensável – texto livre)</p>	 <p><b>Assinalar as incisões</b></p>
---	--

**Características do episódio cirúrgico:**

Regime da Cirurgia	Tipo de anestesia	Tipo de procedimento	Encaminhamento após Bloco
Internamento <input type="checkbox"/>	Geral <input type="checkbox"/>	P    S1    S2    S3	Domicílio <input type="checkbox"/>
Ambulatório <input type="checkbox"/>	Regional Central <input type="checkbox"/>	Limpo <input type="checkbox"/>	Unid. Nível I (Enfermaria) <input type="checkbox"/>
<b>Tipo de produção</b>	Regional Periférica <input type="checkbox"/>	Limpo/contaminado <input type="checkbox"/>	Unid. Nível II (Intermédios) <input type="checkbox"/>
	Local <input type="checkbox"/>	Contaminado <input type="checkbox"/>	Unid. Nível III (Intensivos) <input type="checkbox"/>
MRC <input type="checkbox"/>	Sedação <input type="checkbox"/>	Sujo <input type="checkbox"/>	Recobro na enfermaria <input type="checkbox"/>
MRA <input type="checkbox"/>	Sem Anestesia <input type="checkbox"/>	Administração de sangue ou derivados <input type="checkbox"/>	Serviço de urgência <input type="checkbox"/>
Sub-contratação <input type="checkbox"/>		Profilaxia tromboembolismo <input type="checkbox"/>	Falecido <input type="checkbox"/>
		Antibioterapia profilática <input type="checkbox"/>	Outros _____ <input type="checkbox"/>
<b>Tipo de actividade</b>	Cirurgia programada <input type="checkbox"/> Cirurgia urgente <input type="checkbox"/> Pequena cirurgia <input type="checkbox"/> MCDT <input type="checkbox"/>		

**Se recém-nascido/feto:**

**Nº Semanas de gestação:** \_\_\_\_\_ **Peso à nascença:** \_\_\_\_\_ gr    **Apgar:** 1º min. \_\_\_\_\_ 5º min. \_\_\_\_\_ 10º min. \_\_\_\_\_

Entrada sala bloco	Início anestesia	Início intervenção	Fim intervenção	Fim anestesia	Saída sala bloco
Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora

(Tempos de bloco em data e hora)

**Recobro do BO**             UCPA BO Central             UCA            Data/Hora de saída \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Aspectos relevantes na anestesia:**

(Descrever fármacos administrados)	ASA _____
------------------------------------	-----------

**Observações:**

Relatar constrangimentos e outras situações extraordinárias (Se os tempos de BO excederem o normal para a técnica descrever a razão)  
 Descrever espécimenes enviados para análise



Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(data de entrada no BO)

Instituição Hospitalar \_\_\_\_\_

Ser./Unid. Func. \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ OM \_\_\_\_\_  
(Chefe de equipa)

## Vinheta do utente

Nome completo (com todos os nomes por extenso); filiação (obrigatório nos menores)

Número do processo do hospital/Número do cartão do SNS/ Subsistema e nº beneficiário/Nº do B.I ou Cartão de cidadão/Data de nascimento/Sexo/Morada completa com código postal/Contactos telefónicos

Nº episódio: \_\_\_\_\_ Nº LIC: \_\_\_\_\_

**Dispositivos médicos implantados:** Sim  Não  Em caso de resposta "Sim", preencher os campos 1 a 4.

O registo dos dados das próteses é obrigatório e devem ser registadas todas as próteses utilizadas.

**Nº total de dispositivos implantados** \_\_\_\_\_ Caso o nº total de dispositivos implantados seja superior a 4, anexar nova página.

**Designação Comercial :** \_\_\_\_\_ 1

**Tipo de material :** \_\_\_\_\_ **Marca:** \_\_\_\_\_

**Modelo:** \_\_\_\_\_ **Fabricante:** \_\_\_\_\_

**Lote:** \_\_\_\_\_ **Fornecedor:** \_\_\_\_\_

**Número de série:** \_\_\_\_\_ **Preço** \_\_\_\_\_ **+ IVA** \_\_\_\_\_ **Data validade:** \_\_/\_\_/\_\_

**Observações:**

**Designação Comercial :** \_\_\_\_\_ 2

**Tipo de material :** \_\_\_\_\_ **Marca:** \_\_\_\_\_

**Modelo:** \_\_\_\_\_ **Fabricante:** \_\_\_\_\_

**Lote:** \_\_\_\_\_ **Fornecedor:** \_\_\_\_\_

**Número de série:** \_\_\_\_\_ **Preço** \_\_\_\_\_ **+ IVA** \_\_\_\_\_ **Data validade:** \_\_/\_\_/\_\_

**Observações:**

**Designação Comercial :** \_\_\_\_\_ 3

**Tipo de material :** \_\_\_\_\_ **Marca:** \_\_\_\_\_

**Modelo:** \_\_\_\_\_ **Fabricante:** \_\_\_\_\_

**Lote:** \_\_\_\_\_ **Fornecedor:** \_\_\_\_\_

**Número de série:** \_\_\_\_\_ **Preço** \_\_\_\_\_ **+ IVA** \_\_\_\_\_ **Data validade:** \_\_/\_\_/\_\_

**Observações:**

**Designação Comercial :** \_\_\_\_\_ 4

**Tipo de material :** \_\_\_\_\_ **Marca:** \_\_\_\_\_

**Modelo:** \_\_\_\_\_ **Fabricante:** \_\_\_\_\_

**Lote:** \_\_\_\_\_ **Fornecedor:** \_\_\_\_\_

**Número de série:** \_\_\_\_\_ **Preço** \_\_\_\_\_ **+ IVA** \_\_\_\_\_ **Data validade:** \_\_/\_\_/\_\_

**Observações:**

**Complicações cirúrgicas ou anestésicas:** Sim  Não  (Em caso de resposta "Sim", detalhar o caso em baixo.)

Durante o período em que o utente permanece no BO.

**1 Complicações hemorrágicas**

- Hematoma
- Anemia aguda
- Hemorragia

**2 Choque**

- Choque anafilático
- Choque anestésico
- Choque pós-operatório
- Choque hipovolémico

**3 Complicações neurológicas**

- Lesão acidental do sistema nervoso central
- Lesão acidental de nervo periférico
- AVC isquémico
- AVC hemorrágico
- Anóxia cerebral na anestesia

**4 Complicações respiratórias**

- Problemas de manutenção da via aérea
- Aspiração de conteúdo gástrico
- Insuficiência respiratória aguda
- Edema pulmonar
- Lesão acidental de órgão
- Obstrução da via aérea
- Embolia pulmonar
- Atelectasia
- Pneumotórax

**5 Complicações cardíacas**

- Paragem cardíaca
- Lesão acidental de órgão
- Insuficiência cardíaca aguda
- Enfarte agudo do miocárdio
- Arritmia com repercussão na função cardíaca

**6 Complicações digestivas e outras abdominais**

- Lesão acidental de órgão
- Conspuração da cavidade abdominal

**7 Complicações génito-urinárias/renais**

- Lesão acidental de órgão
- Insuficiência renal aguda
- Obstrução da via urinária

**8 Complicações vasculares**

- Lesão de órgão (vaso)
- Embolia
- Flebite por perfusão
- Flebotrombose

**9 Medicamentos/Sangue**

- Administração errada de medicamento
- Efeito adverso da anestesia
- Efeito adverso de outros medicamentos
- Reacção alérgica medicamentos
- Reacção transfusional

**10 Outras**

- Reacção alérgica
- Procedimento local errado
- Deiscência de ferida op. externa
- Deiscência de ferida op. interna
- Coma metabólico ou osmolar
- Lesão acidental óssea ou partes moles
- Lesão acidental do globo ocular ou anexos
- Lesão acidental de órgão (outro)
- HTA maligna
- Outras

**Nº unidades administradas de:** Sangue ou CE \_\_\_\_\_U Plasma \_\_\_\_\_U Plaquetas \_\_\_\_\_U

(Discrimine complicações, sequelas e efeitos secundários que não constam da lista anterior e descreva as situações assinaladas)

**Observações:**

Indique entre outros, cuidados a ter no pós-operatório imediato.

**Validação do documento:**

Médico	Nº Ordem	Nome do médico	Rubrica	Data
Que preencheu o doc*				
Que validou o doc** (chefe de equipa)				

\* Só é necessário preencher caso não seja o médico responsável a preencher o documento.

\*\* A validação do documento deve ser sempre efectuada pelo médico responsável.