

Nome _____	
Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____	
Convênio _____	
Registro _____ Leito _____	

1. Queixa principal e histórico da condição de saúde atual:

PACIENTE COM QUADRO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES

2. Antecedentes pessoais: NADA DIGNO DE NOTA

3. Foram avaliados os seguintes aspectos:

☐ Alguma necessidade médica: ☒ Não ☐ Sim

Se sim, descrever: _____

☐ Alguma necessidade psicológica: ☒ Não ☐ Sim

Se sim, descrever: _____

☐ Alguma necessidade Sócio/econômica:
(Medicamentos de alto custo, equipamentos para manutenção de recuperação) ☒ Não ☐ Sim

Se sim, descrever: _____

☐ Alguma necessidade de alta (Fisioterapia, Home Care) ☒ Não ☐ Sim

Se sim, descrever: _____

4. Exame Físico

Alterado? ☐ Não ☒ Sim

Se sim, descrever: VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES CEAP 2

5. Realizou exames pré operatórios? ☐ Não ☒ Sim

☒ Laboratoriais ☒ Ultrassonografia ☒ Radiológico ☐ Outros _____

Resultados relevantes: _____

6. Hipótese diagnóstica

Diagnóstico principal: VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES CID-10 I83

Diagnóstico secundário: _____

7. Procedimento proposto:

CIRURGIA DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES - CIRURGIA BILATERAL

8. Planejamento:

Data do procedimento: ____/____/____ Horário: ____:____

Data da alta: ____/____/____

Nome	DR ANDRE LUZ BERTOCCO		
CRM	CRM SP 145830	RQE 64670	Data ____/____/____
			Hora ____:____