Secretaria da Saúde | GOVERNO DO TOCANTINS

**ANEXO II**

LETRA DE FORMA LEGÍVEL CONFORME O CODIGO DE ÉTICA MÉDICA CAPITULO III, ARTIGO 11.

# CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES POR INDICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS

## BAIXA (I) MÉDIA (GRAU II) E ALTA (GRAU III)

Paciente: _____

CNS: _____ Data: ___/___/___

Diagnóstico: _____

**A) Histórico de complicações secundárias à doença cirúrgica:**

| | |
|---|---|
| 1. Complicações sistêmicas? | ( ) Sim ( ) Não |
| Descrever: | |
| | |
| 2. Complicações em órgãos e estruturas adjacentes? | ( ) Sim ( ) Não |
| Descrever: | |
| | |
| 3. Complicações locais? | ( ) Sim ( ) Não |
| Descrever: | |
| | |

**B) Comorbidades:**

| | |
|---|---|
| 1. Comorbidades graves? | ( ) Sim ( ) Não |
| Descrever: | |
| | |

**C) Evolução da Doença:**

| | |
|---|---|
| 1. Pacientes com sinais clínicos e/ou exames complementares demonstrando que a doença está sendo agravada? | ( ) Sim ( ) Não |
| Descrever: | |
| 2. Tempo de evolução em intervalo de meses? | ( ) Sim ( ) Não |

**D) Faixa Etária**

| | |
|---|---|
| 1. Menor de idade? | ( ) Sim ( ) Não |
| 2. Patologia está no limite da idade para a cirurgia? | ( ) Sim ( ) Não |
| 3. Idoso? | ( ) Sim ( ) Não |

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

Assinatura e Carimbo do Coordenador da Clínica

***Obs: É obrigatório o preenchimento deste formulário para a inclusão oficial do paciente na lista de cirurgias eletivas.***