PRECAUÇÕES DA ANESTESIA

- ☐ Não dirigir veículos e não operar máquinas no dia da cirurgia.
- ☐ Não ingerir bebidas alcoólicas por 24 horas.

AVISAR AO CIRURGIÃO

- ☐ Sangramento intenso e/ou persistente.
- ☐ Edema facial acentuado.
- ☐ Temperatura acima de 38ºC.
- ☐ Dor intensa no local da cirurgia.
- ☐ Vômito repetitivo ou de sangue vivo.

REVISÃO

Data_____/_____/_____às_____:_____horas.

- ☐ Ligar para o consultório agendando a revisão.
- ☐ Levar o resultado da biópsia (se houver).

OBSERVAÇÕES

- Se você apresentar febre ou secreção purulenta no local da cirurgia, comunicar ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SECIH) através do telefone (71) 3417-6176.
- Em caso de emergência, comunique-se com o médico(a) e/ou dirija-se a uma unidade de emergência.

Assinatura do Cirurgião_____CREMEB_____

Telefones para Contato_____

Assinatura da enfermeira_____COREN_____

ITAIGARA® MEMORIAL
HOSPITAL DIA

Rua: Altino Serbeto de Barros, 119, 3º andar
Itaigara - CEP 41830-907 / Salvador - BA
Central de Marcação: 3352.9000
Tel.: (71) 3453-8500 - 3417-6197/6199
www.itaigaramemorial.com.br

Orientação Pré e Pós-Operatória

Nome:_____

_____

Idade:_____

Cirurgião:_____

CIRURGIA BUCOMAXILAR / AMIGDALECTOMIA

Este impresso contém orientações que devem ser lidas com atenção e seguidas **rigorosamente**.

Traga-o no dia do seu internamento, **juntamente com todos os exames e relatórios médicos.**

É obrigatório a presença de um acompanhante adulto durante todo o período da internação até a alta hospitalar.

A permanência de crianças menores de 12 anos, será autorizada mediante avaliação da coordenação da unidade.

O paciente não deverá retornar ao domicilio, após a cirurgia, utilizando **transporte coletivo ou dirigindo.**

O Hospital não fornece alimentação para acompanhante.

ESTACIONAMENTO: ☐ G6 ☐ G1

RECEPÇÃO: ☐ 3° andar ☐ G1

Para encaminhar resultados de exames e/ou relatórios médicos utilize o e-mail: **consultenfhd@itaigaramemorial.com.br**

CÓD. IMHD-031 V01

ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

HORÁRIO DA CIRURGIA

Sua cirurgia está marcada para o dia _____/_____/_____às ____:____horas.
Comparecer ao Hospital às_____:_____horas.

JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

Independente da data e hora da sua cirurgia, siga a orientação abaixo:
Jejum de 08h para sólidos e leite.
Jejum de 04h para água e água de coco.

HIGIENE CORPORAL

No dia da cirurgia, antes de sair de casa, tomar banho com sabão neutro.
Não utilizar cremes, desodorantes, hidratantes, pomadas ou qualquer produto que possua álcool na sua composição.

TRAZER EXAMES ESPECÍFICOS:_____

_____

INSTRUÇÕES ADICIONAIS: _____

_____

_____ Data

_____ Enfermeira (COREN)

ORIENTAÇÕES DO ANESTESIOLOGISTA

NÃO ingerir bebidas alcoólicas 48 horas antes da cirurgia.
Suspender o uso de cigarros 48 horas antes da cirurgia.
Manter as medicações: anti-hipertensivas, anticonvulsivantes, hormônios tireoidianos e broncodilatadores.
Suspender as medicações: _____
Manter as seguintes medicações:_____

_____

_____
Assinatura / CRM

ORIENTAÇÕES PARA CUIDADOS APÓS ALTA HOSPITALAR

MEDICAÇÕES

- ☐ Usar os remédios de uso regular
- ☐ Entregue receita médica aprazada

DIETA

- ☐ 1° dia - Líquida e fria, sem resíduos: ☐ copo/colher ☐ canudo ☐ não usar canudo (chás, sucos, leite, iogurte, sorvetes).
- ☐ 2° e 3º dia - Pastosa fria ou em temperatura ambiente: (caldos, mingau ralo, sopa cozida e peneirada).
- ☐ 4°, 5º e 6º dia - Branda morna: (arroz mole com caldo de feijão, canja de galinha, macarrão, purê, verduras machucadas).
- ☐ A partir do 7°dia ingesta de alimentos conforme aceitação.
- ☐ **Não ingerir frutas cítricas, banana e farelos na 1° semana.**
- ☐ Seguir as orientações do cirurgião.

REPOUSO

- ☐ Relativo no dia da cirurgia, podendo caminhar sem esforço físico.
- ☐ Manter cabeça elevada no dia da cirurgia.

ATIVIDADES

- ☐ Não fazer esforços físicos tipo: exercícios, caminhadas e pegar peso.
  - ☐ por_____dias.
  - ☐ até a liberação médica na revisão.
- ☐ Atividade sexual ☐ Normal ☐ Abstinência por_____dias.
- ☐ Dirigir veículo após_____dias, caso o sagramento esteja discreto.
- ☐ Não dirigir até a liberação do médico na revisão.

CUIDADOS ESPECÍFICOS

- ☐ Higiene bucal com solução antisséptica / colutório quando prescrito, realizando bochechos suavemente.
- ☐ Realizar escovação dentária: ☐ habitual ☐ conforme orientação médica.
- ☐ Aplicar bolsa de gelo por 20-30min com intervalos de 30min.
- ☐ Evitar escarrar / cuspir.
- ☐ Evitar exposição ao sol.

CÓD. IMHD-031 V01