

Ofício Circular nº 003/DIASS-2005

Goiânia, 07 de abril de 2005.

Sr. Prestador (a):

Solicitamos a Vossa Senhoria encaminhar a Diretoria de Assistência do IPASGO, no prazo de 5 (cinco) dias do recebimento deste, informações a respeito do protocolo e rotina empregados por vossa equipe na realização de Cirurgia Bariátrica a que são submetidos os beneficiários do Ipasgo-Saúde:

1) Credenciamento da equipe cirúrgica:

1º auxiliar	☐ credenciado	☐ não credenciado
2º auxiliar	☐ credenciado	☐ não credenciado
anestesista	☐ credenciado	☐ não credenciado
médico endocrinologista	☐ credenciado	☐ não credenciado
psicólogo ou psiquiatra	☐ credenciado	☐ não credenciado
nutricionista	☐ credenciado	☐ não credenciado
honorários de enfermagem	☐ sim	☐ não
se positivo, especificar o valor cobrado: _____		
outro profissional: _____	☐ credenciado	☐ não credenciado

2) Utilização de unidade de terapia intensiva

☐ rotina ☐ se necessário ☐ não

3) Rotina do serviço

Dias de internação (média) ☐ até 3 dias ☐ de 4 a 6 dias ☐ mais de 6

Técnica cirúrgica ☐ Gastroplastia à Fobi-Capella

☐ Outra técnica: _____

Uso de kit grampeador ☐ um Linear + 3 cargas ☐ mais de um kit grampeador

Bisturi ultrassônico () utiliza () não utiliza

Outro: especificar: _____

Kit cirúrgico pós-operatório (cinta abdominal, meias de contenção e outros):

() utiliza valor cobrado do paciente : _____

() não utiliza

Relacionar materiais e medicamentos com o nome, dosagem e quantidade utilizados em sala cirúrgica (incluindo MAT/MED, anestesia) e enfermaria ou apartamento:

Nome:

Quant.(un) :

Dosagem:

Atenciosamente,

Dr. Bento Xavier de Almeida
Diretor de Assistência Interino

A Sua Senhoria o Senhor
Dr.