

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EDILSON DA SILVA FERNANDES
brasileiro, portador do RG nº 58.131.756-7, mob
CPF nº 048.669.383-07, residente e domiciliado
na Residencial Santa Helena, nº 21, Quadra F, União-
PI

OUTORGADO: **NEERIAS CAVALCANTE DE LIMA**, brasileiro, advogado, solteiro, portador OAB-PI Nº 14.246, residente e domiciliado à Rua 7 de Setembro Nº 253, centro, União-PI. **MARIANA MANDU COUTINHO**, brasileira, solteira, advogada, portadora da OAB/PI Nº 17.043, com escritório profissional à Rua 07 de setembro, nº 253, Centro, União-PI.

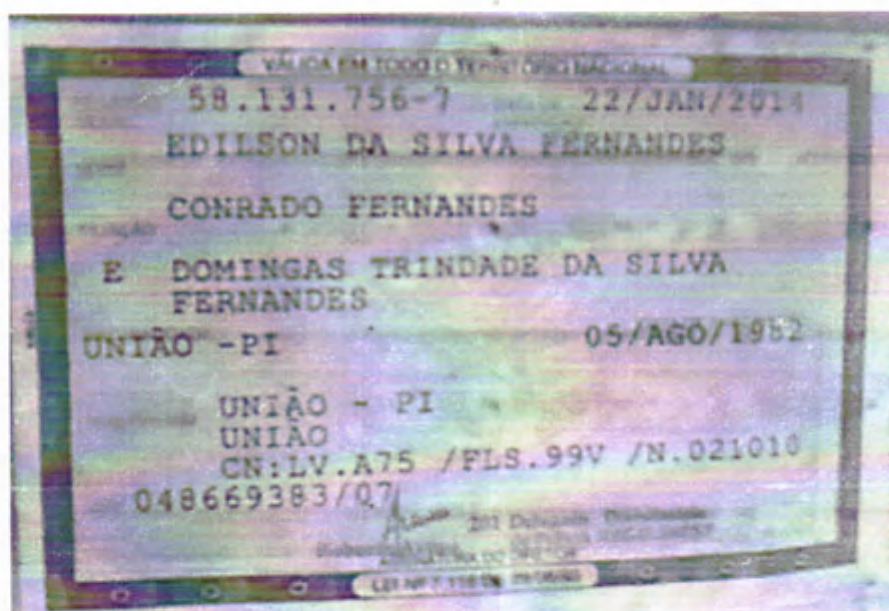
PODERES: Para a quem confere(m) amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a cláusula "ad-judicia" a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possa (m) defender os interesses e direitos do (s) outorgante (s) perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o (s) outorgante (s) seja (m) autores ou reclamante (s), e defendendo-o (s) quando for (em) réus (s), interessado (s) ou requerido(s), podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromissos, prestar declaração, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe (s) convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste instrumento de representação, dando tudo por bom, firme e valioso.

Poder específico: INGRESSAR COM AÇÃO DE COBRANÇA
DE DIFERENÇA DO SEGURO PRIVAT.

União-PI, 22 de junho de 2019.

ASS: Edilson da Silva Fernandes







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **048.669.383-07**

Nome: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**

Data de Nascimento: **05/08/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/06/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:36:08** do dia **27/08/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3C05.C3EE.8043.6302**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EDILSON DA SILVA FERNANDES
brasileiro, portador do RG nº 58.134.756-7, sob
CPF nº 048.669.383-07, residente e domiciliado
no Residencial Santa Helena, nº 21, Quadra E, Unio-
PI

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

União-PI, 22 de junho de 2019.

Edilson da Silva Fernandes

Assinatura





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100254.000048/2018-18

Unidade de Registro: NUCLEO POLICIAL INVESTIGATIVO DE FEMINICIDIO Resp. pelo Registro: Servulo Carvalho De Sousa Filho

Data/Hora: 14/08/2018 - 14:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

NUCLEO POLICIAL INVESTIGATIVO DE FEMINICIDIO

Data/Hora

18/03/2018 - 17:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

ANEL VIARIO, Nº:

Complemento

PROXIMO AO RESIDENCIAL SANTA HELENA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EDILSON DA SILVA FERNANDES

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Endereço: RESIDENCIAL SANTA HELENA, Nº 21

Complemento: QUADRA F

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: UNIÃO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abaloamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para relatar que no dia 18/03/2018, por volta das 17h, estava trafegando normalmente em uma motocicleta quando se lembra apenas de uma pancada, que após 1 mês e 3 dias acordou do estado de coma em que se encontrava em decorrência do acidente, e soube que havia colidido em um animal (vaca). Que foi socorrido por um transeunte e foi levado ao Hospital Municipal de União e em seguida encaminhado para o Hospital de Urgência de Teresina - HUT, apresentando TCE grave, com múltiplas fraturas em face e rebaixamento do nível de consciência, dentre outras lesões e fraturas, conforme consta em relatório médico apresentado no ato do registro deste boletim de ocorrência. Das características da moto envolvida no acidente, se trata de uma HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA NIO-3944, CHASSI Nº 9C2KC1550AR195211, RENAVAM Nº 00250567636, proprietário, Jonas Pinheiro de Sousa Brito. Era o que tinha a relatar.

Servulo Carvalho De Sousa Filho - Mat. 2869683
AGENTE DE POLÍCIA

EDILSON DA SILVA FERNANDES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





(1)

Buscar no site

A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Novo Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180403956 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDILSON DA SILVA FERNANDES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Teresina/PI

BENEFICIÁRIO EDILSON DA SILVA FERNANDES

CPF/CNPJ: 04866938307

Posição em 23-01-2019 13:48:30

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indi

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/10/2018	R\$ 8.437,50	R\$ 0,00	R\$ 8.437,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/10/2018	Reprogramação de pagamento	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/h5mt3FtgwaP5wrUICx+Gapi_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKSkmARHCcqeZvHfYaaGTCKA=)
12/09/2018	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4uQraUrk0E4Oylh9FKiapi_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKSkmARHCcqeZvHfYaaGTCKA=)
04/09/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/dSe+o44gzkKIALBayB5api_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKSkmARHCcqeZvHfYaaGTCKA=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **Edilson da Silva Fernandes**, deu entrada neste hospital no dia 18 de março de 2018, às 17h43min, vítima de acidente de motocicleta, o mesmo chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 24 de julho de 2018.

Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO									
CONTROLE:		SERVIDOR: <i>g/foria</i>		DATA: <i>18/03/18</i>		HORA: <i>17:43</i>			
01. DADOS DO PACIENTE									
NOME: <i>Edilson da Silva Fernandes</i>				DN: <i>15/08/32</i>		ID: <i>35</i>		SEXO: <i>M</i>	
NOME DA MÃE: <i>Domingas Trindade da Silva Fernandes</i>				RG:		CONTATO:			
CNS: <i>774 800 1062 9148</i>				RG:		CEP: <i>64.120.000</i>			
ENDEREÇO: <i>R. Santa Luzia 608</i>				CIDADE: <i>União</i>		UF: <i>PI</i>			
BAIRRO: <i>Cruzeiro</i>				CIDADE: <i>União</i>		UF: <i>PI</i>			
FORMA DE ENCAMINHAMENTO:									
☒ DEMANDA ESPONTANEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS									
02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA									
S. VITAIS/FC: PA: SAT.02: T: DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:									
DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:									
OBSERVAÇÕES: <i>CONFERE COM O ORIGINAL</i> <i>DATA: 24/07/18</i> <i>Antônia R. Viana da Silva</i>									
VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐									
HORÁRIO: ENFERMEIRO(A): CONSELHO/REGISTRO:									
03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO									
<i>Vítima de acidente automobilístico, com TCE e trauma focal, apresenta edema e hematomas precoces. Lesões importantes de membros com perda funcional. Paciente com Glasgow 06 - não responde, via aérea de difícil acesso.</i>									
04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US									
05. DIAGNÓSTICO									
<i>Foi realizado diagnóstico de trauma pelo colega plantonista - H. Flegel, sob observação e solicitação de exames de estado para transferência para HVT.</i> <i>HD: TCE grave.</i>									
06. PRESCRIÇÃO MÉDICA									
<i>SFQ 9.1. 1000 mg EV, Aberto, em dois doses</i> <i>Kidexol 1mg + AD, manter preparado p/ intubação</i> <i>Fentanyl 1mg + AD, manter preparado p/ intubação.</i> <i>PACIENTE TRANSFERIDO PARA HVT.</i>									
07. CONDUTA									
☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE									
08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA									
MÉDICO/CRM:				ENFERMEIRO(A)/COREN:			PACIENTE:		
MÉDICO CRM				ENFERMEIRO(A) COREN					





RECEITUÁRIO

Data Nascimento: / /

Artichoke Midw

Declaro que as despesas foram pagas e
pagoas foi entregue o recibo do
4º trimestre com fecho conical CS.
Subscrito e assinado no dia 07/05/18.
Assinatura e fecho do Trabalho por
1200 contos e nada mais.

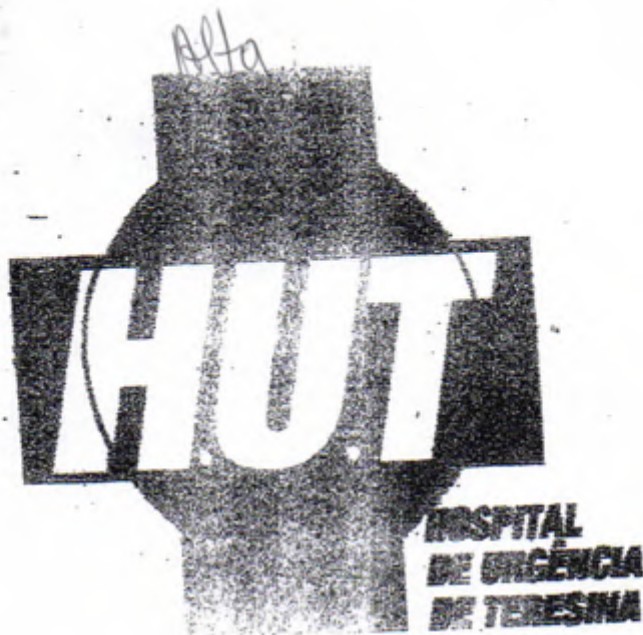
עד) 972.2

(Handwritten signature)

Dr. _____

MOD. 60-HGV





NOME DO PACIENTE: Edilson da Silva Fernandes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 471344

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

-CIR. PLÁSTICA
(LABIO SUPERIOR)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	EDILSON DA SILVA FERNANDES	Prontuário:	471144
Mãe:	DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES	Pai:	NAO INFORMADO
End.Resid.:	RUA SANTA LURIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento:	05/08/1992	Idade:	35a7m:13d
Responsável:	ERLANE	Sexo:	Masculino
Profissão:	NAO INFORMADO	Fone:	86-99615-8874
G. Instrução:	Não informado	CNS:	704892010627148
End.Local.:		Documento:	RG: 58107661-9
		E.Civil:	Solteiro

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	655949	Data:	18/03/2018 19:58:39	Condução:	AMBULANCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOR)			Convênio:	S U S
id.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Respiração inadequada	CLÍNICO GERAL	Vermelho
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
POLITRAUMA VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, TRAZIDO PELA SAMU DIRETO PARA ESTABILIZAÇÃO. NEGA NAS, CM E ALERGIAS.	BILCIO MOUTOGA DAMPELO FILHO COREN 301092 Em: 18/03/2018 20:03:07		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Port. levado pela ambulância do Hosp. Inf. de
União, vítima de TCE grave com múltiplas
feridas no foc. no abd. por acidente
com T.O.T. n.º 7, apresentando edema + sangramento
após o resq. amb. e foc.

PA: ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
----------------------	-------------	--------------	-------------

Diagnóstico Inicial: TCE grave + ferida de foc. + lesões

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:
- Sonda para o abd. inf.
- CH O2 satur. 95%
- TC de abd. + foc. + foc.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internado, indique o Procedimento e CID
	0303040106 5068
	Procedimento CID

Assinatura Paciente ou Responsável: Erlane da Silva Fernandes
Assinatura Médico: Dr. Jairo Cavalcante de Lima
CRM-MG 7236 CRM-PA 15694

Bucamexilo 18/03/18

Paciente com história de acidente
moto ciclístico com halo cutâneo
sugestivo de ingestão de bebida alcoólica,
encontrado com cefalotórax tortuoso e ~~alterado~~
ventilação mecânica, com nível de consciência
rebaixado.

Exame clínico: Paciente apresentando edema
e equimose periorbitária bilateral com dificuldade p/
abertura ocular, epistaxe passiva, laceração com perda
de substância em lábio superior e laceração transfixante
em lábio inferior, se estendendo até mento.

Em cav. oral perdas dentárias em mandíbula e
front. para nasal entre os dentes 14 e 12 com laceração em
palato. Laceração intra-oral em mucosa ^{de mandíbula,} se estendendo
até região de pré-molares 2 e 3.

Exame transgêscico: fraturas cominutas de região
frontal, COZM bilateral, para nasal de maxila, Le fort 3,

AD: Múltiplas fraturas de 1/3 médio e superior
Laceração transfixante em lábio sup e inferior

Col: Encaminhar ao C.C. p/ fto de lacerações

- Sugiro avaliação de sangramento plântico
quanto ao lábio superior
- aguardar melhora clínica p/ fto de fraturas de face

Dr. [Assinatura]
Cirurgião Bucal
Implodontologia



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 18/03/2018 20:03:40
(ELIC10 WJST05A)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

DADOS DO PACIENTE:		Prontuário:	
Nome: EDILSON DA SILVA FERNANDES		471144	
Mãe: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES	Pai: NAO INFORMADO		
End.Resid.: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000			
Nascimento: 05/08/1982	Idade: 35a:7m:13d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99415-0874
Responsável: ERLANE	CNS: 104202010627140	86-9 9581-4337	
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: RG: 581317567 - SSP PI	86-99550-9702	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:			
<u>Código:</u> 655949	<u>Data:</u> 18/03/2018 19:58:39	<u>Clas. Cor:</u> Vermelho	
<u>ativo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			<u>Convênio:</u> S II S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1) :

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1 : 12h ESPECIALISTA: NR

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

TC: Correr horizontal b. lateral: 12h+;
CM ac; Correr b. lateral: 12h+;
CO: Mark nudo; 12h+ TC 12h.

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1 : 12h

Dr. Ricardo Lopes
4212/2011
EUROCAURUS
HPN

Gracia

TC Correr: fx CG TC 12h

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

[illegible]



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Edilene do Sales Lemos	PRONTUÁRIO	423344
DA CLÍNICA	USP 01	LEITO	41
À CLÍNICA	Oftalmologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente automobilístico em 28/03/19, com edema e equimose periorbitais bilateral e entorpecimento de parte MoV.

Solicitou parecer de neuro-oftalmologia

DATA: 21/03/19

Dr. Guilherme de Carvalho Paulo
MÉDICO
CRM-PI 5858
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER Oftalmologia

Os exames: edema bilateral, com fechamento completo da rima palpebral, sem áreas de exposição em AO. Apresentação AO: quimose e hipofagme, visão transparente, sem lesões visuais, iris aparentemente típica, pupila em crise e reações pupilares presentes ainda boa tonometria bilateral AO.

Superfície continua tratada, uso de lubrificante ocular 3-4x/dia e reavaliação quando indicado em tempo de 15 dias e encaminhamento para oftalmologia regular.

Devido à natureza da lesão, é importante a observação de lesões, exposição conjuntival ao corneal; secreções e outros sinais que indiquem necessidade de intervenção oftalmológica, antes do prazo recomendado.

DATA: 21/03/2019

Dr. Vitor Gomes Prado
Médico/Oftalmologista
CRM-PI 4189
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UN. DE CONTROLE, AVLIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA-DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

DATA 18/5/18 HORA: 17:43 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE _____ MUNICÍPIO _____

MÉDICO: _____ CRM: 7048020 3062 7148

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Valdemar da Silva Fernandes

Data de Nascimento: 5/8/82 Idade: _____ anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde _____

Município de Procedência União

HDA: Oxema automobilístico com lesão grave em face. Volume com aspiração de sangue e impetigo. Tratado com antibioticoterapia e sutura. Levado para o HUT com acesso de alta pressão.

HD: _____

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea

3 - Comandos

2 - À dor

1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

5 - Orientado

4 - Confusa

3 - Palavras inapropriadas

2 - Palavras incompreensíveis

1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6 - Obedece a comandos

5 - Localiza dor

4 - Movimento de retirada

3 - flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Nenhuma

de emergência. Sinais vitais: 96% PO: 83 bpm.

SINAIS VITAIS

86 20
T ex °c P: bpm R: mm PA: 140/100 mmHg As: O: 94% Glicemia: 144 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

(X) Oxigênio (X) Hidratação Venosa 3.500 ml 5% O2
(X) Aspiração (X) Medicação (especificar) nitroglicerina, Eutanol
() Curativo () Outros _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

normal. Abdominal palpável com ruídos. Ausc. cardíaca

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: _____
Unidade/Posto: _____

Assinatura do Médico

Gleydson Freire
Médico
CRM-PI 148384-2057





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



SUS

FICHA DE ADMISSÃO - U.T.I.

Nome: <u>Edilson do Silva Simões</u>		Prontuário: <u>471144</u>
Idade: <u>35 anos</u>	Profissão:	Procedência: <u>União - PI</u>
Naturalidade:		
H.D.A.: Paciente vítima de acidente automobilístico, desentido nessa base trazido pelo SMU, dia 18/03/18, se com cistostomia + VM. Apresentava TCE grave, com múltiplas fraturas em face, e nível de consciência. Foi solicitado TC de crânio, coluna cervical, tórax e abdome, que evidenciou múltiplas fraturas de maxila (terço I); fraturas cominutivas de regiões frontal bilateral para sequestrar de maxila (terço I); fratura em coluna cervical e nível de C6; hemorragia subaracnóide + edema cerebral; contusão pulmonar bilateral; glóndula sem líquido livre na cavidade. Realizado pela neurocirurgia que orientou manter sedação leve; além da cirurgia geral, que continuou a sedação com midazolam. Foi encaminhado para a UTI para reconstrução dos sulcos gengiais labial pelo bucomaxilo (18/03/18). Atualmente encontra-se em sedação leve com fentanyl e midazolam, hemodinamicamente estável em uso de noradrenalina, e aguardando troca de cistostomia por trocarteria na STPA.		

EXAME FÍSICO

Geral: Paciente grave, em mau estado geral, em sedação leve com fentanyl + midazolam (RASS: -5). Lúcido, orofaríngeo, múltiplas equimoses + edema em face. Em VM (cistostomia + trocarteria).
TCE grave + HSA + TRM e nível de C6 + contusão pulmonar bilateral

Neurológico:

Estado com midazolam (RASS: -5); também em uso de fentanyl e noradrenalina. Pupilas não reativas devido à presença de equimose e edema periorbital bilateral

Ap. Respiratório:

UV @ bilateral, com roncos difusos em ambos hemitórax.
Em VM assistido-controlado, confortável, satO₂ = 100%.

MOD.0014 - HUT

02/03/18

18/03

18/03

18/03



Ap. Cardiovascular:

Hemodinamicamente estável em uso de nifedipina 5mg/1h
BVF, RR, 2T, S/S

FICHA DE ADMISSÃO - U.T.I.

Ap. Digestivo:

abdome flácido, deprimível, sem VMC

Sist. Músculo-Esquelético:

membros superiores, sem sinais de fratura

Exames já realizados: TC de crânio, coluna cervical, tórax, abdome

Hipótese(s) diagnosticada(s):

TCE grave + HSA + TRM e nível de C6 + contusões pulmonares bilaterais

Exames solicitados:

- Exames de Rotura de U.T.I
- 2x de Tórax

Conduta:

- reforço de suporte
- prognóstico TC crânio (contusões)

Resina, 20 / 03 / 2018

Assinado eletronicamente por: NEERIAS CAVALCANTE DE LIMA - 23/01/2019 17:10:48



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente			Ed. Ozzi da Silva Fernandes		
Diagnóstico pré-operatório			Múltipla lesão em cavidade oral		
Operação - Tipo			Reconstrução de pulso gengivo labial		
Cirurgião		1º Assistente			
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
19/03/18					
Diagnóstico pré-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) 01. Antibiose intra e extra-oral 02. Sutura de musculatura em região de assoalho 03. Sutura de mucosa intra-oral de maxila 04. Sutura de pele em região lábio mental 05. Sutura de lesão de lábio superior 06. Inst. lação de fio de aço p/ estabilização parcial de fr. paraxial de maxila					



FOLHA DE ANESTESIA

[illegible]

(1) MONITORIZARE (2) VERIFICARE PLANUL (3) CRISTALIN + INDICARE PLANUL (4) MONITORIZARE SUMA AMPLASO (5) FUSIONAR DE CRISTALIN (INDICARE SUMA)

Página 2



RELATÓRIO DE ALTA POSTO 4

Paciente: EDILSON DA SILVA FERNANDES
Prontuário: 471144

#POLITRAUMA + TCE GRAVE (HSAT) + TRM (LESÃO DE C6) + TRAUMA DE FACE + CONTUSÃO PULMONAR BILATERAL

HDA: Paciente vítima de acidente automobilístico, deu entrada neste serviço trazido pelo SAMU, dia 18/03/18, já com cricotireoidostomia e ventilação mecânica. Apresentava TCE grave, com múltiplas fraturas em face e rebaixamento do nível de consciência. Foi solicitado TC de crânio, coluna cervical, tórax e abdome, que evidenciaram múltiplas fraturas dentarias em mandíbula, fraturas comunitivas de região frontal bilateral para sagital da maxila (Leford I). Fratura em coluna cervical em nível de C6; Hemorragia subaracnóide e edema cerebral; Contusão pulmonar bilateral; Abdome sem líquido livre na cavidade. Foi avaliado pela neurocirurgia que orientou sedoanalgesia; Consultado também pela cirurgia geral, que contraindicou intervenção cirúrgica. Dia 19/03/18 foi encaminhado ao centro cirúrgico para reconstrução do sulco gengivolabial pelo bucomaxilo. Deu entrada na UTI-Posto 4 dia 20/03/18, para cuidados intensivos.

ATB: ceftriaxona 2g, EV, 12/12h, por 7 dias; Oxacilina 2g, EV, 4/4H, por 7 dias; Piperacilina + Tazobactam 4,5g, EV, 6/6h (D7).

CULTURAS: cultura de secreção traqueal do dia 02/04, positiva para pseudomonas, sensível à Tazocin.

EXAME FÍSICO NO DIA DA ALTA: Glasgow 10 (AO: 4 + RV: NT + RM: 6), Hemodinamicamente estável, sem uso de drogas vasoativas, em ventilação espontânea pela traqueostomia, diurese satisfatória, BH equilibrado nas últimas 24h, afebril nas últimas 24h. Aceitando bem a dieta por SOG, glicemias estáveis. Abdome plano, depressível, RHA+.

PRINCIPAIS EXAMES DE IMAGEM:

TC DE ABDOME (18/03/18)

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
 - AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
 - RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
 - PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
 - AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
 - AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.
OBS: SONDA VESICAL DE DEMORA.

TC DE COLUNA CERVICAL (18/03/18)

- FRATURA LONGITUDINAL NO CORPO VERTEBRAL DE C6.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

- CALCIFICAÇÃO DO LIGAMENTO LONGITUDINAL ANTERIOR DE C4-C5 E C5-C6 (ENTESOPATIA CALCIFICADA).

TC DE CRÂNIO (20/03/18)

- HEMATOMA SUBGALEAL AGUDO EM REGIÕES FRONTAIS, TEMPORAIS E PARIETAIS, COM ENFISEMA SUBCUTÂNEO DE PERMEIO.
- MÚLTIPLAS FRATURAS EM OSSOS FRONTAIS E PARIETAIS, BEM COMO EM OSSOS DA FACE.

HUTASAME
CONFIRMAÇÃO
TEMPO
SERVICO



- PANSINUSORRAGIA.
- HEMATOMA/EDEMA PERIORBITÁRIO BILATERAL, COM ENFISEMA SUBCUTÂNEO DE PERMEIO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA EM REGIÕES FRONTAIS, APAGANDO SULCOS CORTICAIS CORRESPONDENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO FRONTAL DIREITO.
- PNEUMOENCÉFALO BILATERAL.

TC DE CRÂNIO (22/03/18)

- MÚLTIPLAS FRATURAS EM OSSOS DA FACE E NOS OSSOS FRONTAIS E PARIETAL ESQUERDO.
- PANRINOSINUSORRAGIA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NOS LOBOS FRONTAIS, COM EDEMAS ASSOCIADOS, DETERMINANDO APAGAMENTO DE SULCOS CORTICAIS ADJACENTES.
- HEMATOMAS SUBGALEAIS DIFUSOS BILATERAIS.
- PEQUENO HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR AGUDO EM CONVEXIDADE FRONTAL DIREITA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

TC DE TÓRAX (19/03/18)

- CONSOLIDAÇÃO DO ESPAÇO AÉREO NO LOBO INFERIOR ESQUERDO E NO SEGMENTO ÁPICO-POSTERIOR DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO.
- OPACIDADES ACINARES EM SEGMENTOS POSTERIOR DO LOBO SUPERIOR DIREITO E SUPERIOR E BASAL POSTERIOR DO LOBO INFERIOR DIREITO.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- CÂNULA TRAQUEAL.

TC DE TÓRAX (20/03/18)

- CATETER VENOSO CENTRAL.
- TUBO OROTRAQUEAL, COM EXTREMIDADE DISTAL EM BRÔNQUIO-FONTE DIREITO.
- OPACIDADES CONSOLIDATIVAS COM AEROBRONCOGRAMAS DE PERMEIO EM REGIÃO POSTERIOR DO PULMÃO ESQUERDO E LOBO INFERIOR DIREITO.
- OPACIDADE EM "VIDRO FOSCO" EM LOBO SUPERIOR ESQUERDO.
- FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.

#CD: Aguardando vaga no HGV para artrodese de coluna.

Igo Oliveira
MÉDICO
CRM PI 3479
MÉDICO PLANTONISTA

MUT-SAME
COPIA
10/03/2018
[Assinatura]





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Interação:	210567	Prontuário:	471144	Paciente:	EDISON DA SILVA FERNANDES	Clinica:	CLINICA III
------------	--------	-------------	--------	-----------	---------------------------	----------	-------------

Seq.:	615, Neu quiron	Diagnóstico:	Apresentação Observação:	Dieta:	Oral tipo líquida pastosa,	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recom.
-------	-----------------	--------------	--------------------------	--------	----------------------------	-------	--------	------	-------	--------

Seq.	Diagnóstico	Dose	Unid.	Via	Int.	Recom.
1	BROXOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Amplia	EV	8/8h	
2	CHEBRAPAZOL 20MG	2,00	Capsula	Oral	24/24h	
3	CAPTOPRIL 25MG	2,00	Comprim	Oral	8/8h	
4	DIPYRONA SÓDICA 500MG	1,00	Capsula	Oral	8/8h	
5	TRAMADOL 50MG	1,00	Comprim	Oral	6/6h	
6	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	1,00	Capsula	Oral	8/8h	
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL	1,00	Seringa	Subcuta	24/24h	
8	BROMETO DE IPRAATRÓPIO 0,025% (0,250MG/ML), GOTAS	1,00	Gotas	Instalad	8/8h	

Observações Gerais:

B - ACESSO VENOSO SALINIZADO
OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
SSV 6/8h

13/04/2018

DIAGNÓSTICO

BRUNO
Nº 11

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 7331 - Em: (21/04/2018)

Enfermaria:	Int.:	Médico Assistente:
ENFERMARIA 212	LEITO 140	WALDIR VINCENZI OLIVEIRA DOS SANTOS

Diagnóstico/Comorbidades:
FRATURA DE C6

1. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
06	09:00	paciente em repouso, em
06	12:00	repouso, com prescrição
06	15:00	de neuroleptolítico oral
06	18:00	estado de hidratação na
06	21:00	caixa, em repouso
06	24:00	evoluções com SVO 91+

Ass+ Medicamento com adic
nota. Mônica da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PI 387351

14:00 medicação item
8 não administrada por
opt neurológico

15:15 - transição de



18:00 hrs. Solicitado transferir Jé pa-

na HCV.
Cristiane
COF. N-P 1301951

2100 Transferido p/ C.V. DO.
cancelado OK

Resolvido
COF. N-P 1301951

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, PL. 1
SERVIDOR: *[Signature]*

de 18:00 hrs.
Maurício - Divisão de
Téc. de Engenharia
COF. N-P 1301951





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Edilson da Silva Fernandes	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	NCE	LEITO
À CLÍNICA	Fisioterapia	212-140

MOTIVO DA CONSULTA

Solicito avaliação p/ entrada
de canula de traqueia

HUT-SAMU
CONFERIR COM O COORDENADOR
TERESINA - PI
SERVIÇO DE URGÊNCIA

Bruna Nogueira
Nº de Registro
CRM-PI 3811

DATA: 24/04/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente apresenta-se hemodinamicamente estável, Glasgow 15; eupneico; padecesse respiratório misto; AP MV 5/RA; fôve inflexão vesicular (pulmonar); cãnuila de TET encontrada-se oculta à 4 de 7 dias; apresenta dificuldade sem sinais de pneumotórax.

Ob. do atendimento no enfermaria, já tinham utilizado a TET pela equipe de enfermagem, usando com máxima urgência. Realizado pela fisioterapia, onde o paciente, encontra-se estável, eupneico AP: MV 5/RA, padecesse respiratório misto. Sem secreção. Orientado a família por procedimentos.

DATA: 24/04/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA
Fisioterapia



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a:7m:13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 655949
Requisição: 822821 Solicitação: 18/03/2018 Solicitante: DJALMA RIBEIRO COSTA
Controle: 1018443 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 18/03/2018

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

OBS: SONDA VESICAL DE DEMORA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 18/03/2018

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a:7m:13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 655949
Requisição: 822825 Solicitação: 18/03/2018 Solicitante: JAMES RICARDO SOARES DE BRITO
Controle: 1018446 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 18/03/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- FRATURA LONGITUDINAL NO CORPO VERTEBRAL DE C6.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIIS AMPLOS.
- CALCIFICAÇÃO DO LIGAMENTO LONGITUDINAL ANTERIOR DE C4-C5 E C5-C6 (ENTESOPATIA CALCIFICADA).

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 18/03/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COMO ORIGINAL
TERESINA-PI
SERVIDOR: *[Assinatura]*



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a.7m.15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 655949
Requisição: 822828 Solicitação: 18/03/2018 Solicitante: JAMES RICARDO SOARES DE BRITO
Controle: 1018449 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 18/03/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- HEMATOMA SUBGALEAL AGUDO EM REGIÕES FRONTAIS, TEMPORAIS E PARIETAIS, COM ENFISEMA SUBCUTÂNEO DE PERMEIO.
- MÚLTIPLAS FRATURAS EM OSSOS FRONTAIS E PARIETAIS, BEM COMO EM OSSOS DA FACE.
- PANSINUSORRAGIA.
- HEMATOMA/EDEMA PERIORBITÁRIO BILATERAL, COM ENFISEMA SUBCUTÂNEO DE PERMEIO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA EM REGIÕES FRONTAIS, APAGANDO SULCOS CORTICAIS CORRESPONDENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO FRONTAL DIREITO.
- PNEUMOENCÉFALO BILATERAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 20/03/2018

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI
SERVIDOR: *[assinatura]*

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a:7m:14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 655949
Requisição: 822938 Solicitação: 19/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1018583 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 19/03/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- CONSOLIDAÇÃO DO ESPAÇO AÉREO NO LOBO INFERIOR ESQUERDO E NO SEGMENTO ÂPICO-POSTERIOR DO LOBO SUPERIOR ESQUERDO.
- OPACIDADES ACINARES EM SEGMENTOS POSTERIOR DO LOBO SUPERIOR DIREITO E SUPERIOR E BASAL POSTERIOR DO LOBO INFERIOR DIREITO.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- CÂNULA TRAQUEAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/03/2018

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, PI
SERVIDOR: *[Assinatura]*





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a:7m:15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210442
Requisição: 823068 Solicitação: 19/03/2018 Solicitante: MARIA IVONETE SILVA URBANO
Controle: 1018727 Convênio: S U S POSTO 4 ENFERMARIA 111 LEITO 041

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 19/03/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- CATETER VENOSO CENTRAL.
- TUBO OROTRAQUEAL, COM EXTREMIDADE DISTAL EM BRÔNQUIO-FONTE DIREITO.
- OPACIDADES CONSOLIDATIVAS COM AEROBRONCOGRAMAS DE PERMEIO EM REGIÃO POSTERIOR DO PULMÃO ESQUERDO E LOBO INFERIOR DIREITO.
- OPACIDADE EM "VIDRO FOSCO" EM LOBO SUPERIOR ESQUERDO.
- FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 20/03/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, PI
SERVIDOR: *[Assinatura]*





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a.7m.15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210442
Requisição: 823069 Solicitação: 19/03/2018 Solicitante: MARIA IVONETE SILVA URBANO
Controle: 1018728 Convênio: S U S POSTO 4 ENFERMARIA 111 LEITO 041

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 19/03/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- HEMATOMA SUBGALEAL AGUDO EM REGIÕES FRONTAIS, TEMPORAIS E PARIETAIS, COM ENFISEMA SUBCUTÂNEO DE PERMEIO.
- MÚLTIPLAS FRATURAS EM OSSOS FRONTAIS E PARIETAIS, BEM COMO EM OSSOS DA FACE.
- PANSINUSORRAGIA.
- HEMATOMA/EDEMA PERIORBITÁRIO BILATERAL, COM ENFISEMA SUBCUTÂNEO DE PERMEIO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA EM REGIÕES FRONTAIS, APAGANDO SULCOS CORTICAIS CORRESPONDENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NOS LOBOS FRONTAIS.
- PNEUMOENCÉFALO BILATERAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 20/03/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA-PI
SERVIDOR: *[Assinatura]*



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a.7m.16d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210567
Requisição: 823426 Solicitação: 21/03/2018 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS
Controle: 1019147 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 140

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 21/03/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM REGIÃO FRONTAL, BILATERALMENTE, COM EXTENSÃO PARIETAL À DIREITA.
- ÁREAS DE CONTUSÃO CEREBRAL HEMORRÁGICA NOS LOBOS FRONTAIS, PREDOMINANDO À DIREITA.
- DISCRETA "LÂMINA" HEMORRÁGICA EXTRA-AXIAL NA CONVEXIDADE FRONTAL À DIREITA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/03/2018

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, PI
SERVIDOR:



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a.7m.17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210567
Requisição: 823700 Solicitação: 22/03/2018 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS
Controle: 1019458 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 140

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 22/03/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- MÚLTIPLAS FRATURAS EM OSSOS DA FACE E NOS OSSOS FRONTAIS E PARIETAL ESQUERDO.
- PANRINOSSINUSORRAGIA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NOS LOBOS FRONTAIS, COM EDEMAS ASSOCIADOS, DETERMINANDO APAGAMENTO DE SULCOS CORTICAIS ADJACENTES.
- HEMATOMAS SUBGALEAIS DIFUSOS BILATERAIS.
- PEQUENO HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR AGUDO EM CONVEXIDADE FRONTAL DIREITA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 22/03/2018

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, PI
SERVIDOR: _____





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a.8m.18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210567
Requisição: 823854 Solicitação: 22/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1019633 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 140

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 22/03/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
- TUBO TRAQUEAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/04/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA-PI
SERVIDOR:



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a:7m:19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210567
Requisição: 824166 Solicitação: 24/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1020005 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 140

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/03/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- MÚLTIPLAS FRATURAS EM OSSOS DA FACE E NOS OSSOS FRONTAIS E PARIETAL ESQUERDO.
- PANRINOSSINUSORRAGIA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NOS LOBOS FRONTAIS, COM EDEMAS ASSOCIADOS, DETERMINANDO APAGAMENTO DE SULCOS CORTICAIS ADJACENTES.
- HEMATOMAS SUBGALEAIS DIFUSOS BILATERAIS.
- PEQUENO HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR AGUDO EM CONVEXIDADE FRONTAL DIREITA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/03/2018

HUT-SAME
CONFECIONADO EM
TERESINA-PI
SERVIDOR:

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a.8m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210567
Requisição: 824790 Solicitação: 26/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1020751 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 140

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 26/03/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
- TUBO TRAQUEAL.
- FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 22/04/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA-PI
SERVIDOR





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a.8m.6d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210567
Requisição: 825512 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS
Controle: 1021578 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 140

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 29/03/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PSEUDOARTROSE NA CLAVÍCULA DIREITA.
- TUBO OROTRAQUEAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 11/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, PI
SERVIDOR





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a:8m:2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210567
Requisição: 826514 Solicitação: 02/04/2018 Solicitante: IGO MARCELLO SIMEÃO DE OLIVEIRA
Controle: 1022741 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 140

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 02/04/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- TUBO TRAQUEAL.
- PSEUDOARTROSE NA CLAVÍCULA DIREITA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA-PI
SERVIDOR





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a.8m.2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210567
Requisição: 826514 Solicitação: 02/04/2018 Solicitante: IGO MARCELLO SIMEÃO DE OLIVEIRA
Controle: 1022741 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 140

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 02/04/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- TUBO TRAQUEAL.
- PSEUDOARTROSE NA CLAVÍCULA DIREITA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA-PI
SERVIDOR





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a.8m.12d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210567
Requisição: 830382 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS
Controle: 1027163 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 140

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 17/04/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL OSSEA.
- ESPONDILOSE CERVICAL.
- FRATURA LONGITUDINAL EM CORPO VERTEBRAL DE C6.
- ABAULAMENTOS DISCAIS DE C4-C5 E C5-C6.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 17/04/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERIR COPIA ORIGINAL
TERESINA-PI
SERVIDOR





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
RUA Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a.8m.12d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210567
Requisição: 830382 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS
Controle: 1027163 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 140

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 17/04/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL OSSEA.
- ESPONDILOSE CERVICAL.
- FRATURA LONGITUDINAL EM CORPO VERTEBRAL DE C6.
- ABAULAMENTOS DISCAIS DE C4-C5 E C5-C6.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 17/04/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

HUT SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI
SERVIDOR: 



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES** (Prontuário: 471144)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 608 - CRUZEIRO - UNIAO - PI CEP: 64120-000
Nascimento: 05/08/1982 Idade: 35a.8m.12d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210567
Requisição: 830382 Solicitação: 17/04/2018 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS
Controle: 1027163 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 140

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 17/04/2018

T.C. DE COLUMA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL OSSEA.
- ESPONDILOSE CERVICAL.
- FRATURA LONGITUDINAL EM CORPO VERTEBRAL DE C6.
- ABAULAMENTOS DISCAIS DE C4-C5 E C5-C6.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 17/04/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA-PI
SERVIDOR:



FATURAMENTO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

36
20
18
#8

Edilson da Silva Faria

PRONTUÁRIO MÉDICO

Dr. Getúlio Carlos



NEUR



AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
640239

Prontuário: 362078 EDILSON DA SILVA FERNANDES

Endereço: RUA VILA MARIANA

608 CRUZEIRO

Cidade: UNIAO

UF:PI CEP: 64120-000

Sexo: M DT. Nasc: 05/08/1982 (Idade: 35 Anos 8 Meses 19 Dias Estado Civil: S Profissão: PEDREIRO

Cadastro: 24/04/2018 Telefone: 86 9951.56950 Cartão SUS: 704802010627148 CPF: 04866938307

Pai: CONRADO FERNANDES

Mãe: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES

Cônjuge:

Responsável: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES

Endereço: VILA MARIANA

608 CRUZEIRO

Cidade: 2976

UF:PI CEP: 64120-000

Constantino
Funcionário do SAME

Queixa Principal:

H.D.A.

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Data / Hora: ____/____/____ : ____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL GETULIO VARGAS

5 - Nome: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**

7 - CNS: 704802010627148

8 - Nascimento: 05/08/1982

9 - Sexo: M

CPF: 048.669.383-07

11 - Mãe: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES

12 - Fone: 86-9.95156950

13 - Resp: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES

14 - Cor: PARDA

15 - Ender.: RUA VILA MARIANA

608 CRUZEIRO

19 - CEP: 64120-000

16 - Munic: UNIAO

17 - Cod. IBGE: 221110

18 - UF: PI

RG: 58131-7567

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

TNOR 1º fase mlti cur
M011

21 - Condições que justificam a Internação:

CIROSO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Am RM.

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S122

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DE OUTRAS VERTEBRAS CERVICAIS ESPECIFICADAS

Procedimento Solicitado

27 - Procedimento Solicitado:

303040114

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

Tempo SUS

5

29 - Clínica:

CIRURGICA III

30 - Carater.: 02

Ident.: 1

31 - Documento: CPF

32 Doc. Med. Solic. 22780068353

Dr. Arquimedes Cavalcante Cardoso
Médico Neurocirurgião
CRM-PI 1790 CREA 17.900.693-5

33 - Nome Profissional / Assistente

ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO

34 - Lata de Solicitação:
24/04/2018

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetos.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

22-04-18

48 - Documento

49 - Num. Documento

Marcos Mendes
Médico Autorizador
CRM-PI 12200 - 12200

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: CONSTANCIA.CAVALE

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão 23:49:03

Dr. Domingas Trindade da Silva Fernandes

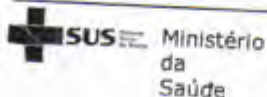


Assinado eletronicamente por: NEERIAS CAVALCANTE DE LIMA - 23/01/2019 17:10:48

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901231710484090000003975017>

Número do documento: 1901231710484090000003975017

AU

Identific
1 - N
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)**

**SECRETARIA
HOSPITAL**

 AIH : 221810105552-7
 UNI : HGV

Número da AIH: 221100001

971

10239

NOME DO PACIENTE: EDILSON DA SILVA FERNANDES

EDILSON DA SILVA FERNANDES

CNS: 704802010627148

DATA NASCIMENTO

D. LIBERA: 27/04/2018

DT. LAUDO: 24/04/2018

RAÇA/COR: PARDA

ETNIA DO

PROCED.: 0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS

NOME DA MÃE: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FE

OP. 5151: J. SANTOS

RESPONSÁVEL: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FE

CID: 5122

ENDEREÇO: RUA VILA MARIANA

MUNICÍPIO: UNIAO

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL
N.º: 608

UF: PI

CEP: 64120000

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
PROCEDIMENTO ANTERIOR

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

COD. PROCEDIMENTO

0303040114

DE MUDANÇA PROCEDIMENTO

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS

COD. PROCEDIMENTO

0415010012

CID PRINCIPAL

LATURA DE OUTRAS VERTEBRAS CERVICAIS ESPECIFICADAS

CID SECUNDÁRIO
CID REL. PROCED.
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)
PROCEDIMENTO PRINCIPAL
PROCEDIMENTO
QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL
PROCEDIMENTO
QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL
PROCEDIMENTO
QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL
PROCEDIMENTO
QTD
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

 PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO COM CIRURGIAS MÚLTIPLAS;
 9030070 CID M532 ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS;
 8030550 CID S122 RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL CERVICAL;
 SOLICITO MUDANÇA PARA OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA

DATA SOLICITAÇÃO

03/05/2018

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE
CNS ☐ **CPF** ☐ 980016287605508

 Antonio Carlos Sousa
 Número do Conselho
 3770

 Ass. e Carimbo
 (Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO
COD. ÓRGÃO EMISSOR
DATA DA AUTORIZAÇÃO
DOCUMENTO

030618

CNS ☐ **CPF** ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

 HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERE COMO ORIGINAL
 EM 10/06/18


Assinado eletronicamente por: NEERIAS CAVALCANTE DE LIMA - 23/01/2019 17:10:48

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901231710484090000003975017>

Número do documento: 1901231710484090000003975017

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: EDILSON DA SILVA FERNANDES PRONT.: 0000362078 ATEND.: 0000640239
CNS: 704802010627148 DATA NASCIMENTO: 05/08/1982 SEXO: Masculino
RAÇA/COR: PARDA ETNIA DO PACIENTE: CPF: 04866938307
NOME DA MÃE: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES FONE: 995156950
RESPONSÁVEL: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES FONE:
ENDEREÇO: RUA VILA MARIANA N.º: 608
MUNICÍPIO: UNIAO UF: PI CEP: 64120000

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
J. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null
CID PRINCIPAL	CID SECUNDARIO
CI EL PROCED null	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	PROCEDIMENTO 0415010012	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR	PROCEDIMENTO 0802010199	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)	PROCEDIMENTO 0802010016	QTD 14
PROCEDIMENTO ESPECIAL ARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI II)	PROCEDIMENTO 0802010083	QTD 1

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:
JUSTIFICATIVA DE PROCEDIMENTO ESPECIAIS

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

(Nº do registro do conselho)
Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

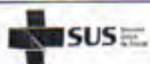
DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)





Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: EDILSON DA SILVA FERNANDES PRONT.: 0000362078 ATEND.: 0000640239

CNS: 704802010627148 DATA NASCIMENTO: 05/08/1982 SEXO: Masculino
RAÇA/COR: PARDA ETNIA DO PACIENTE: CPF: 04866938307
NOME DA MÃE: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES FONE: 995156950
RESPONSÁVEL: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES FONE:
ENDEREÇO: RUA VILA MARIANA N.º: 608
MUNICÍPIO: UNIAO UF: PI CEP: 64120000

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
I. DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null
CID PRINCIPAL	CID SECUNDARIO
C. EL PROCED null	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO	QTD
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	0415010012	
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	0206010079	1
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	0302040013	8
PROCEDIMENTO ESPECIAL	PROCEDIMENTO	QTD
ENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO- FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	0302060022	8

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

JUSTIFICATIVA DE PROCEDIMENTO ESPECIAIS

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Nº DOCUMENTO DO MÊD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

Assinado eletronicamente por:
Antonio Carlos Soares
Neurocirurgião
Cirurgião de Coluna
CRM-373720
Ass. e Carimbo
(Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

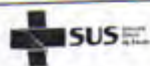
DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)





Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS(S) ESPECIAL(AIS)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

CNES: 2726971

NOME DO PACIENTE: EDILSON DA SILVA FERNANDES PRONT.: 0000362078 ATEND.: 0000640239

CNS: 704802010627148 DATA NASCIMENTO: 05/08/1982 SEXO: Masculino
RAÇA/COR: PARDAS ETNIA DO PACIENTE: CPF: 04866938307
NOME DA MÃE: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES FONE: 995156950
RESPONSÁVEL: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES FONE:
ENDEREÇO: RUA VILA MARIANA N.º: 608
MUNICÍPIO: UNIAO UF: PI CEP: 64120000

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	COD. PROCEDIMENTO
DE MUDANÇA PROCEDIMENTO	COD. PROCEDIMENTO null
CID PRINCIPAL	CID SECUNDARIO
REL. PROCED null	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☒ SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO PRINCIPAL TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	PROCEDIMENTO 0415010012	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL DISPOSITIVO INTERSOMÁTICO DE MANUTENÇÃO DE ESPAÇO INTERVERTEBRAL CARREADOR DE ENXERTO (TIPO CESTA FIXA, CUNHA E OUTROS) DE TITÂNIO	PROCEDIMENTO 0702050156	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL PARAFUSO DE TITÂNIO ASSOCIÁVEL A PLACA CERVICAL	PROCEDIMENTO 0702050407	QTD
PROCEDIMENTO ESPECIAL PLACA CERVICAL ASSOCIADA A PARAFUSOS INTRA-SOMÁTICOS DE TITÂNIO	PROCEDIMENTO 0702050458	QTD

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:
JUSTIFICATIVA DE MATERIAIS CIRURGICO

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA SOLICITAÇÃO

Nº DOCUMENTO DO MÉD. SOLICITANTE

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)

AUTORIZAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

Ass. e Carimbo (Nº do registro do conselho)



Assinado eletronicamente por: NEERIAS CAVALCANTE DE LIMA - 23/01/2019 17:10:48

https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901231710484090000003975017

Número do documento: 1901231710484090000003975017

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/01/2019



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: MS LEITO: 36267P PRONTUÁRIO 36267P
NOME: Edson de Sousa Fernandes DATA NASC: 05/07/1972
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fígado C6

CI 01 5122

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

ASA E

09.08.2013 05.55-D

CIRURGIA: Cirurgia C6

Nº SALA 14

CIRURGIÃO: André Cordeiro

CRM.PI:

AUXILIARES: 1º

2º

INSTRUMENTADOR(A): André Miguel

CIRCULANTE: André

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: 1) Insuflação C5 - K2 2) Abertura
de laparoscopia longitudinal anterior 3) Ressecção de
fragmento de fígado C6 4) Cirurgia com "H drill"
devido desconforto modular 5) Hemostase pelo
coágulo 6) LAVAGEM SE

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Não houve

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO:

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL?

DATA 03, 05, 18 HORA 14:00

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

Dr. André Miguel
CRM. PI 17.260
Cirurgião de Cabeça e Pescoço

MOD. 14 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM ORIGINAL
EM 19/08/2013





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

BOLETIM DE CIRURGIA

CLÍNICA: UOL LEITO: 316-65 PRONTUÁRIO 362070
NOME: Edilson de Sôa Fernandes DATA NASC: 05/08/1982
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fração C6
CRM M53.2

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

ASA - E

04.08.07.007-0

CIRURGIA: Ampliação cervical - C5-C7 Nº SALA 14

CIRURGIÃO: André Costa CRM.PI: _____

AUXILIARES: 1º _____ 2º _____

INSTRUMENTADOR(A): Augusto + Miguel CIRCULANTE: Albino

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: ① Porção superior; ② Ampliação cervical
③ Incisão transversal C6 ④ Acervo ortodonta
Smith Robinson ⑤ Porção inferior PABE 25mm +
plac 45mm fixado com 4 parafusos 16mm
⑥ Osmo ⑦ Fixação por placa

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS: Não tem

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: _____

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA _____ ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL? _____

Dr. Antônio Carlos Sousa
Neurocirurgia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM 1725
CNS 1001677-10-199

DATA 03, 05, 18 HORA 14:00

CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 - HGV



Assinado eletronicamente por: NEERIAS CAVALCANTE DE LIMA - 23/01/2019 17:10:48

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901231710484090000003975017>

Número do documento: 1901231710484090000003975017

MATERIAL UTILIZADO NO PROCEDIMENTO

DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
LÍQUIDOS E SOLUÇÕES			AGULHAS E SERINGAS		
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml-	frasc	05	AGULHA DE RAQUE Nº	und	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - ml-	frasc		AGULHA PERIDURAL Nº	und	
SORO GLUCOSADO 5% - ml	frasc		AGULHA 25X7	und	03
RINGER LACTADO ml	frasc	03	AGULHA 30X7	und	03
AGUA DESTILADA ml	frasc		AGULHA 40X12	und	03
AGUA PARA INJEÇÃO 10 ml	amp		AGULHA DE INSULINA	und	
MANITOL 3% 2000 ml	frasc		ESCALP Nº	und	
FORMOL ml	ml		JELCO Nº 18 + 14	und	04
AGUA OXIGENADA ml	ml		SERINGA DE 60ml	und	
ALCOOL 70% ml	ml	200	SERINGA DE 20 ml	und	06
P.V.P.I DEGERMANTE ml	ml	200	SERINGA DE 10 ml	und	04
P.V.P.I TOPICO ml	ml	200	SERINGA DE 5ml	und	03
CLOREXIDINA ml	ml		SERINGA DE 3ml	und	
BSS 800ml	frasc		SERINGA DE 1ml	und	
VOLUVEM 8% 500ml	frasc		DRENOS		
			DRENO DE PENROSE Nº	und	
			DRENO DE SUÇÃO Nº 3-6	und	01
			DRENO DE TORAX Nº	und	
			DRENO DE KHER Nº	und	
FIOS			OUTROS MATERIAIS		
NAYLON Nº 2-0	Und	02	LAMINA DE BISTURI Nº 24	Und	02
NAYLON Nº 4-0	Und	02	LAMINA DE BISTURI Nº 11	Und	01
CAT GUT SIMPLES Nº	Und		GASES	pct	10
CAT GUT CROMADO Nº	Und		ESPARADRAPO	cm	90
CAT GUT CROMADO Nº	Und		MICROPORE	cm	
ALGODÃO C/ AGULHA Nº	Und		COMPRESSAS pacotes	Und	06
ALGODÃO S/ AGULHA Nº	Und		ALGODÃO	Und	
VICRYL Nº 3-0	Und	02	EQUIPO MACROGOTAS	Und	02
VICRYL Nº	Und		EQUIPO	Und	
PROLENE Nº	Und		EQUIPO P/ SANGUE	Und	
PROLENE Nº	Und		TORNEIRINHA	Und	01
MONOCRYL Nº	Und		POUFIX	Und	01
POS Nº para p/ osso	Und	01	TRANSOFIX	Und	01
LUVAS			ERIGOPLAS - VIAS	Und	
PROCEDIMENTO PAR	PAR	10	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	Und	04
ESTÉRIL Nº 7	PAR	03	CATETER DUPLO "J"	Und	
ESTÉRIL Nº 7	PAR	03	CATETER VENOSO DUPLO LUMEN	Und	
ESTÉRIL Nº 6,5	PAR	03	TUBO OROTRQUEAL Nº 08	Und	01
SONDAGEM			FILTRO BACTERIOLOGICO P/TOT	Und	01
SONDA URETRAL Nº 14	Und		CAPA PARA VIDEO	Und	
SONDA DE FOLEY 2V Nº	Und		CAPA PARA MICROSCOPIO	Und	01
SONDA DE FOLEY Nº 3V	Und		LENTE INTRA OCULAR Nº	Und	
SONDA NASOGASTRICA Nº	Und		Eutnodor	und	05
SONDA NASOENTERAL Nº	Und		Saco para RX	und	03
COLETOR DE URINA FECHADO	Und		W. eupau	und	02
COLETOR DE URINA ABERTO	Und				
XYLOCAÍNA GELÉIA 2%	tub				
SONDA RETAL Nº	Und	01			
VASELINA	tub				

21: ANOTAÇÕES E OCORRÊNCIAS

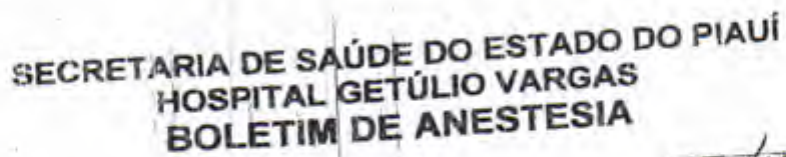
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

Assinado eletronicamente por: NEERIAS CAVALCANTE DE LIMA - 23/01/2019 17:10:48
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901231710484090000003975017

CIRCULANTE-COREN

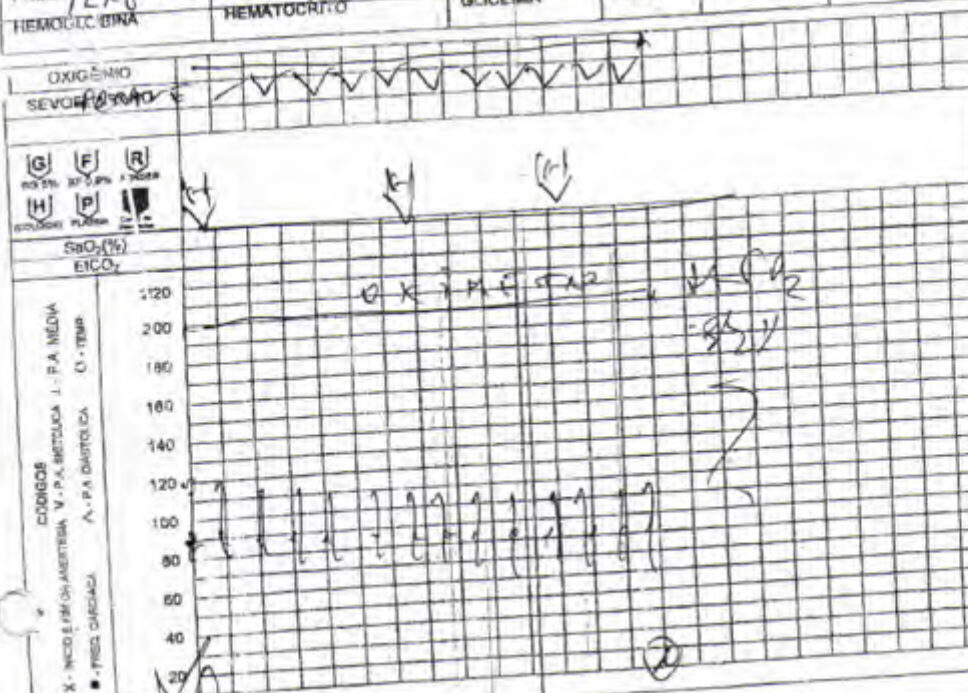
HORA

INSTRUMENTADORA-COREN



DATA	08/05/18	SALA
PROTUBARIO		

PACIENTE		DATA DE NASC.		IDADE	PESO	SEXO
Edilson de Jesus Fernandes		1 / 1				
PROCEDIMENTO		ESTADO FÍSICO AS				
PRESSÃO ARTERIAL	FREQ	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS
120/80						
HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA		



SEQUÊNCIA

SINAIS DIÁRIOS	TÉCNICA ANESTÉSICA: <i>GEM (F + IN + SP + VL) e / m / n / p / s</i>	☐ ECG	☐ PVC	☐ Oxigênio	☐
OBSERVAÇÕES:		☐ PAM	☐ PANI	☐ Capnógrafo	☐
		GASES		t/min	Início
		Oxigênio			Fim
		Ar Medicinal			

MEDICAMENTOS UTILIZADOS		Aplic	Dos

MEDICAMENTOS		
Atropina	04	Amp
Adrenalina		Amp
Água dest. 10ml		Amp
Cipro 500mg		Fras
Cefazolina 1g	02	Amp
Clonidina	02	Amp
Colóide ()		Fras
Dexametasona	01	Amp
Diacepam		Amp
Dimorf 10mg	03	Amp
Dipirona		Amp
Dobutamina		Amp

Dopamina		Amp
Domonid		Amp
Efortil		Amp
Efedrina		Amp
Fentanil (per os)	0,05 ml	Amp
Fentanil (injec)		Flac
Sevoflurano		Fl
Hidroocortisona		Flac
Isoflurano		Fl
Maritil		Flac
Metronidazol		Flac
Narcein	0,1	amp

Neostigmina		Amp
Nitride		Amp
Noradrenalina		Amp
Neocafina	0,5% Propofol	Amp
Neocafina	0,2% Naloxon	Amp
Omeprazol		Fras
Pancurônio	02	Amp
Profenid		Amp
Propofol	04	Fras
Protamina		Amp
Quelicin		Fras
Quetamina	1	Sas

Ramifentanil	
Fenitidina	
Ringer-Lactado	
Sufentanil	
S. Fisiológico 0,9%	0,9
S. Glicosado 5%	
Tracrium	
Transamin	
Novabupri 0,5 v	
Lidocaína 2% v	

Quetamina

Amadeo Rivas P. de
Anestesiologista - CRM 1.141.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
GERAL

Dados do Paciente		
Nome: EDILSON DA SILVA FERNANDES		
Prontuário: 362078	Nascimento: 05/08/1982	Estado Civil: Solteiro
Cartão SUS: 704802010627148		

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal	
Nome: DOMINGAS TRINDADE DA SILVA FERNANDES	
Estado Civil: Solteiro	CPF:
Parentesco: MAE	

Eu, _____
(paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença Fúria
verbal e escrita
devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de Admissão em UTI + Remoção de corpo inteiro

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que serei/será submetido, tais como:

1. Inf. Aguda
2. Infecção de fôlego / Doença
3. Tuberculose
4. Infecção / Infecção
5. Obst.

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (Pi), 24/04/2018

Josélia Ferreira da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Dr. Antônio Carlos Sousa
Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 86-3221-3040





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES/HEMODERIVADOS

DADOS DO PACIENTE		
Nome:	Edilson do Silva Fernandes	
Prontuário:	362078	Nascimento: 05/08/1982 Estado Civil:
Cartão do SUS:	704802040677148	

Observação: caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo:

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL		
Nome:	Júlia Pinheiro do Silva	
Estado Civil:	casada	Nascimento: 08/08/1981 RG/CPF:
Parentesco:	suposto	Residente em: Umas

Declaro que recebi informações claras e simplificadas a respeito da Transfusão de sangue e hemocomponentes (concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco e crioprecipitado) e que me foi oferecida a oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias para esclarecer as minhas dúvidas.

Estou ciente de que poderei apresentar febre, calafrios, alergias e raramente problemas pulmonares ou cardíacos, e que serei prontamente atendido pelo médico de plantão responsável pelo meu atendimento.

Estou também ciente de que a transfusão de sangue é hoje um procedimento altamente seguro, mas não isento de riscos de transmissão de bactérias durante o ato transfusional, bem como de doenças infecciosas pela presença da janela imunológica.

Fui informado (a) de que a janela imunológica é o termo usado para designar o período de tempo que o organismo, após entrar em contato com um agente infeccioso, demora para produzir marcadores (anticorpos ou antígenos), que possam ser detectados por exames de sangue, e que a janela imunológica varia de acordo com o tipo de infecção.

Fui também informado (a) de que as indicações básicas para transfusões são restaurar ou manter a capacidade de transporte de oxigênio, o volume sanguíneo e a hemostasia, devendo ser realizadas quando existe indicação precisa, nenhuma outra opção terapêutica e os seus benefícios forem superiores aos riscos.

Riscos:

Embora a transfusão de hemocomponente apresente benefícios, ela também apresenta riscos. Esta relação risco/benefício é considerada pelo médico ao solicitar transfusão.

Os hemocomponentes são preparados e testados de acordo com rígidas normas científicas estabelecidas pela ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária, complementadas por normas de Agências Internacionais de Transfusão, mas mesmo assim ainda existe uma pequena chance de haver uma reação adversa relacionada à transfusão. Essas reações normalmente são leves e facilmente tratadas, mas em raríssimas ocasiões elas podem ser fatais.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROFISSIONAL QUE ORIENTOU O PACIENTE

Em complementação às orientações fornecidas pelo médico solicitante ao prescrever a transfusão de sangue, entreguei folders contendo "Informações sobre Transfusão de Sangue e Hemocomponentes" ao próprio paciente e/ou seu responsável e respondi às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado e o tratamento proposto.

Nome: _____ Assinatura: _____ Nº Conselho: _____
Data: ____/____/____ Hora: _____

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul - CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel. 85-3221-3040



DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL

1. A proposta de transfusão de sangue/hemocomponentes a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos e complicações potenciais e alternativas me foram explicadas pelo médico solicitante. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. confirmo que recebi as explicações e "Informações sobre Transfusão de Sangue e Hemocomponentes", e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

Desta forma eu:

ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes;

NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes dessa decisão;

Paciente

Responsável

Nome legível:

Josélia Severino da Silva

Assinatura:

Xosélia Ferreira da Silva

Grau de parentesco:

Esposa

RG:

Teresina(PI),

02/05/2018

Hora:

13:52

ESTE CONSENTIMENTO É VÁLIDO PARA O PERÍODO DE INTERNAÇÃO E SE APLICA AOS PACIENTES CLÍNICOS E CIRÚRGICOS COM PRESCRIÇÃO MÉDICA OU RESERVA DE SANGUE/HEMOCOMPONENTES PARA CIRURGIA

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
NÍVEL COM ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM				DATA: 24/04/18 HORA: 18:00		
I - IDENTIFICAÇÃO						
Nome: <u>Edilson da Silva Fernandes</u>				Data de Nascimento: <u>05/08/82</u>		
Cidade de origem: <u>União do</u>						
II - ASPECTO SOCIOECONÔMICO E ESPIRITUAL						
Religião/Crença: <u>Católico</u>				2 ITENS POSITIVOS: ACIONAR SERVIÇO SOCIAL		
Profissão: <u>Professor</u>						
Escolaridade: () Analfabeto (☒) Ensino fundamental () Ensino médio () Superior						
Barreira na comunicação: () Não (☒) Sim						
Qual: _____						
Apresenta déficit: () Não (☒) Sim - Tipo: (☒) Visual () Auditivo () Motor						
() Outros: <u>olho direito</u>						
Transtorno mental: () Não (☒) Sim						
Qual: _____						
III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)						
() Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes mellitus () Cardiopatias () Câncer						
(☒) Tabagismo (☒) Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outra Qual: _____						
Alérgia () Sim (☒) Não Qual: _____						
Faz uso de medicamentos? () Não (☒) Sim						
NOME	DOSE	VIA	HORÁRIO	NOME	DOSE	HORÁRIO
						ACIONAR FARMACEUTICO
Resultados de exames (vindo com o paciente): () Não (☒) Sim Quais: _____						
IV - EXAME FÍSICO						
a) DADOS ANTROPOMÉTRICOS						
Altura: _____ (m) Peso: _____ (Kg) IMC: _____						
Dor: () Não (☒) Sim, Localização: _____						
Características: _____						
b) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						
(☒) Consciente (☒) Orientado () Desorientado () Comatoso () Sonolento () Sedado () Torporoso						
ESCALA DE COMA GLASGOW: <u>15</u>						
c) ASPECTO EMOCIONAL: () Calmo () Tenso () Agitado () Apático () Eufórico						
() Agressivo () Triste () Outra alteração Qual: _____						
d) AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS						2 ITENS POSITIVOS ACIONAR A NUTRICIONISTA (Atenção nutricional)
Perda de peso nos últimos 3 meses: () Não (☒) Sim, Peso perdido: _____ (Kg)						
Histórico de: () Sonda () Gastrostomia () Nefropatia Obesidade mórbida III (IMC > 50 Kg/m ²)						
() Não se aplica						



e) CABEÇA

Couro Cabeludo: () Sem anormalidades () Ferimento () Hematoma Alterações: _____
Face: () Simétrica () Assimétrica () Ferimento () Hematomas
Nariz: () Simétrico () Assimétrico () Sem anormalidades () Secreção () Lesão () Epistaxe
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Reativa () Arreativas () Mióticas () Midríaticas
() Puntiformes () Médias
Olhos: () Normal () Hemorragia () Icterícia de esclerótica () Baixa acuidade visual () Lentes corretivas
() Processo inflamatório/infeccioso
Ovídios: () Normal () Otorrágia () Lesão Outros: _____
Boca: () Sem anormalidades () Cáries () Falhas dentárias () Prótese () Lesão

f) SISTEMA RESPIRATÓRIO

Padrão: (X) Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispneico
() Tiragem intercostal () Traqueostomizado () TOT () VM
() Macronebulização () O2 sob cateter nasal () O2 venturi
Ausculta: Murmúrio vesicular () Presente () Diminuído () Ausente
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Tosse
Tipo: _____
Alterações: _____

ACIONAR O
FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR TIRAGEM
INTERCOSTAL

g) SISTEMA CARDIOVASCULAR

Perfusão Periférica: () Normal () Diminuída () Cianose Outros: _____
Ausculta cardíaca: () Normal () Bradicardia () Taquicardia Ritmo: () Regular () Irregular
Acesso Venoso: () Sim () Não Qual: _____
Faz uso de marcapasso: () Sim () Não Há quanto tempo: _____

h) SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen: () Flácido () Tenso () Plano () Globoso () Simétrico () Assimétrico () Escavado () Distendido
() Timpânico () Doloroso
Ruídos Hidroaéreos: () Ausente () Presente, tipo: () Hiperativos () Hipotativos
Estomias: () Não () Sim Qual: _____
Tipo de Dieta: () Enteral () Parenteral Vias: (X) Oral () SNG () SOG () SNE () Jejunostomia () Gastrostomia
Aceitação da dieta: (X) Sim () Não () Parcialmente
Eliminações Intestinal: (X) Normal () Constipação () Diarréia () Melena () Enterorragia () Obstipação

i) MÚSCULO ESQUELÉTICO

Deambulação: (X) Sem auxílio () Com auxílio, Qual dispositivo? () Muleta () Andador
Utiliza prótese/órtese? () Não () Sim Tipo: _____
Sensibilidade: () Não () Sim Tipo: () Parestesia Qual lateralidade? _____
Déficit motor: () Não () Sim Tipo: () Hemiplegia () Hemiparesia () Direito
() Esquerdo () Tetraplegia () Paraplegia
Tonicidade: () Rígido () Flácido () Direito () Esquerdo
Imobilização: () Não () Sim Lateralidade? _____
Movimenta os quatro membros: (X) Sim () Não Risco de queda: () Sim () Não

ACIONAR O
FISIOTERPEUTA
QUANDO O PACIENTE
APRESENTAR PARESIA
E/OU HEMIPARESIA

j) SISTEMA TEGUMENTAR

Pele: () Íntegra () Desnutrida () Hidratada () Desidratada () Normocorada () Hipocorada () Icterícia () Edema
() Lesionada Local: _____ Escala de Braden: _____ Risco de pele
lesão por pressão: () Sim () Não Classificação: 1 () 2 () 3 () 4 () Inclassificável ()

k) APARELHO GENITOURINÁRIO

Urinar: (X) Espontânea () Incontinência () Retenção Urinária () Fraída
Positivo Urinário: () Não () Sim Tipo: () Sonda de alívio () Sonda de Foley () Cistostomia



m) SISTEMA REPRODUTOR: () Menarca () Menopausa () Primípara () Multipara () Não se aplica

V - CIRURGIAS: Você já realizou alguma cirurgia: () Não () Sim

Qual(is):

Qual o ano:

VI - EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional () Sim () Não

Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-alta () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária ()

Outro Especifique:

Pessoa a qual deve estar envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante () Familiar

Realiza algum tratamento especializado: () Sim Não ()

Qual:

VII - PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS:

1. O paciente faz parte de populações especiais? () Não () Sim () Não se aplica

() Criança

() Idosos debilitados

() Adolescente

() Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos

() Indígena

() Outro Qual:

2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

() Alimentação

() Linguagem

() Deambulação/ Mobilidade

() Surdo e mudo

() Sono e repouso

() Comunicação

() Acompanhante

() Outros Qual:

3. Registre os cuidados especiais a serem realizados.

VIII - OUTRAS INFORMAÇÕES:

O Sr. ou Srª. gostaria de fazer alguma pergunta?

DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA

Assinatura (Paciente ou Responsável)

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO

AValiação DO GRAU DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

PERCEPÇÃO SENSORIAL	1. TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO
UMIDADE	1. COMPLETAMENTE MOLHADA	2. MUITO MOLHADA	3. OCASIONALMENTE MOLHADA	4. RARAMENTE MOLHADA
ATIVIDADE	1. ACAMADO	2. CONFINADO A CADEIRA	3. ANDA OCASIONALMENTE	4. ANDA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	1. TOTALMENTE IMÓVEL	2. BASTANTE LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
ALIMENTAÇÃO	1. MUITO POBRE	2. PROVAVELMENTE	3. ADEQUADO	4. EXCELENTE
PROTEÇÃO E CUIDADO	1. PROBLEMA	2. PROBLEMA EM POTENCIAL	3. NENHUM PROBLEMA	

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL SETÚLIO VARGAS

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - CIRURGIA SEGURA PARA O PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO

NOME: Edilson da Silva Fernandes DN: 05/ 8/ 82

CLÍNICA: Neurologia DATA: 03/ 05/ 18 HORÁRIO: 08: 00

Nº	ITENS A SER CONFERIDO ANTES DE O PACIENTE IR AO CENTRO CIRÚRGICO	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira -- nome completo e data do nascimento)	✓
2	Conferir se o paciente encontra-se com a marcação cirúrgica da lateralidade	
3	Confirmar com o Centro cirúrgico se o paciente será operado	✓
4	Conferir se os termos de consentimento da anestesia estão preenchidos e assinados	
5	Conferir se o termo de consentimento da cirurgia encontra-se assinado	✓
6	Conferir se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga	✓
7	Verificar a retirada de adornos, prótese dentária, esmalte nas unhas	✓
8	Orientar a retirada de roupa íntima	✓
9	Preparar o paciente com a vestimenta apropriada (camisole, gorro e pró-pés)	✓
10	Conferir o jejum	✓
11	Verificar se o paciente tem alergia e registrar no prontuário	✓
12	Identificar junto ao paciente e prontuário o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e parecer cardiológico	✓
13	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluir a dor)	✓
14	Fazer o registro de enfermagem do encaminhamento ao cc no prontuário	✓
15	Solicitar o maqueiro para o transporte e encaminhar o paciente ao centro cirúrgico de maca ou cadeira de rodas, acompanhado pelo técnico de enfermagem obrigatoriamente	✓

OBS: DEVERÁ SER VERIFICADO E CHECADO ☒ CADA ITEM

*a assinatura deve ser feita pelo profissional que preencheu.

ASSINATURA DA (O) ENFERMEIRA (O) E CARIMBO: <u>Nathalia Kelly de S. Andrade</u> Enfermeira COREN-PI: 543.908	ASSINATURA DO TÉCNICO OU AUXILAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO
---	---

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro - CEP: 84001-020 - Teresina - PI - Tel. 66 - 3221-3040

Nathalia Kelly de S. Andrade
Enfermeira
COREN-PI: 543.908



HGV

GERENCIA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE CONTROLE INFECÇÃO HOSPITALAR
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÕES DIÁRIAS PARA PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO - LPP

1. IDENTIFICAÇÃO:
Paciente: Edilson da Silva Fernandes Idade: 05 DN: 08/08/82
Data de Admissão: 03/08/14 Procedência: C.C.

2. AVALIAÇÃO

- 2.1.1 Admitido neste serviço com LPP: () SIM ☒ NÃO
2.1.2 Localização Anatômica: _____
2.1.3 Estágio: () I () II () III () IV
2.1.4 Data: ____/____/____
2.2 Riscos de nova (s) UPP (s): BASEADO NA ESCALA DE BRADEN ☒ SIM () NÃO
2.3 Surgimento de UPP neste serviço: () SIM () NÃO
2.3.1 Localização Anatômica: _____
2.3.2 Estágio: () I () II () III () IV
2.3.3 Data: ____/____/____
2.4 Condições Nutricionais: () Satisfatória ☒ Não Satisfatória
2.5 Incontinência: () Urinária () Fecal ☒ Ausente
2.6 Avaliação da Dor: ☒ SIM () NÃO

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	PONTUAÇÃO
PERCEIÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	3 0 1 5
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	
ATIVIDADE	Acamado	Confinado a Cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações	
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	
FRICÇÃO E ENXUAGEM	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		

TOTAL: 14

3.1 AVALIAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN (INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM):

() RISCO BAIXO (15-18 PONTOS)

- Cronograma de mudança de decúbito;
Otimização da mobilização; Proteção do calcanhar;
Manejo da umidade, fricção e cisalhamento; uso de superfícies de redistribuição de pressão.

☒ RISCO MODERADO (13-14 PONTOS)

- Continuar as intervenções do Risco Baixo;
Mudança de decúbito com leito a 30°.

() RISCO ALTO (10-12 PONTOS)

- Continuar intervenções do Risco Moderado;
Mudança de decúbito frequente.

4. INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO DAS LPPs

- 4.1 Avaliação diária das LPPs existentes: () SIM ☒ NÃO
4.2 Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LPPs: ☒ SIM () NÃO
4.3 Inspeção diária da pele: ☒ SIM () NÃO
4.4 Avaliação da umidade da lesão: () SIM ☒ NÃO
4.5 Avaliação de cobertura especial: () SIM ☒ NÃO Qual? _____





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUI
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

ANEXO 01

MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME RISCO

BAIXO RISCO	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
Não deixar o ambiente totalmente escuro	03/05	04/05	/	/	/	/	/
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes.							
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura.							
MODERADO							
Orientar para que toda saída do leito deva ser orientada pela enfermagem.							
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devam ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta.							
Orientar necessidade de acompanhante.							
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito.							
Manter ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.							
ALTO RISCO							
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período.	X	X					
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante.	X	X					
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições.	X	X					
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com enfermeiro.	X	X					

DECLARAÇÃO

Declaro que recebi as orientações quanto a Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar, ao uso de vestiários e calçados adequados, bem como o folder educativo na primeira avaliação. Estou ciente do risco de queda avaliado e que entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.

Assinatura(paciente/acompanhante):

Observação: O paciente e acompanhante devem seguir as orientações fornecidas.

*O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.

Maria de Jesus Ferreira dos Santos

ENFERMEIRA
123 717 751 188

Enfermeiro / Coren

MOD.131 - HGV





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUI
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 01

NOME: Edilson da Silva DN: DATA DE ADMISSÃO: 03/05/18
CLÍNICA: UTI-I ENF./LEITO: 09 HORÁRIO: 16:20

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS*

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
() Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrição). Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda)	03/05	04/05					
() Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação.							
() Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período da internação.							
() Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	X	X					
Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.							
Idade (Selecione apenas uma opção)							
() 60 – 69 anos (1 ponto)							
() 70 – 79 anos (2 pontos)							
() 80 anos e mais (3 pontos)							
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável).							
() Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)							
Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção)							
() Incontinência (2 pontos)							
() Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)							
() Urgência/aumento da frequência de incontinência (4 pontos)							
() Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)							
() Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)							
() Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)							
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (Selecione apenas uma opção)							
() Um equipamento (1 ponto)							
() Dois equipamentos (2 pontos)							
() Três ou mais equipamentos (3 pontos)							
Mobilidade (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Marcha instável (2 pontos)							
() Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)							
() Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)							
Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos).							
() Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)							
() Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos)							
() Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)							

pontos
score de 0-5 pontos
0: escore de 6-13 pontos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
FUNDAÇÃO ESTATAL PIAUIENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM



NOME: BOILSON DA SILVA FERNANDES
CLÍNICA: Neurologia ENF./LEITO: 310-5 DN: 05/08/82 IDADE: 35a DATA DE ADMISSÃO: 24/04/18
DATA DE ADMISSÃO NA UNIDADE: 24/04/18 HORÁRIO: _____ PROCEDÊNCIA: _____

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS*

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	DATA 03/05	DATA 02/05	DATA 02/05	DATA /	DATA /	DATA /	DATA /
() Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrrição). Implemente intervenções básicas de segurança. (BAIXO RISCO DE QUEDA)	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de ALTO RISCO de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para ALTO RISCO de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente é considerado de ALTO RISCO de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	()	()	()	()	()	()	()

Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.

Idade (Selecione apenas uma opção): () 60 – 69 anos (1 ponto) () 70 – 79 anos (2 pontos) () 80 anos e mais (3 pontos)	-	-	-				
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável): () Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)	-	-	-				
Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção): () Incontinência (2 pontos) () Urgência ou aumento da frequência (2 pontos) () Urgência/aumento da frequência de incontinência (4 pontos)	-	-	-				
Medicamentos (selecione apenas uma opção): (x) Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos) () Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos) () Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)	3	3	3				
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (Selecione apenas uma opção): () Um equipamento (1 ponto) () Dois equipamentos (2 pontos) () Três ou mais equipamentos (3 pontos)	-	-	-				
Mobilidade: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos): () Marcha instável (2 pontos) () Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos) (x) Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)	3	3	3				
Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos): () Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto) () Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos) () Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)	-	-	-				
Somatória dos pontos: Baixo risco: escore de 0-5 pontos Risco Moderado: escore de 6-13 pontos Alto Risco: escore > 13 pontos	6	6	6				

MOD.131 - HGV





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
FUNDAÇÃO ESTATAL PIAUIENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM



MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME RISCO							
BAIXO RISCO	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
	01/05	02/05	03/05	/	/	/	/
Não deixar o ambiente totalmente escuro.	X						
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes.	X		X				
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura.	X		X				
MODERADO							
Orientar para que toda saída do leito deva ser orientada pela enfermagem.	X	X	X				
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devam ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta.	X	X	X				
Orientar necessidade de acompanhante.	X	X	X				
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito.	X	X	X				
Manter ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.	X	X	X				
ALTO RISCO							
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período.							
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante.							
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições.							
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com enfermeiro.							

DECLARAÇÃO

Declaro que recebi as orientações quanto a Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar, ao uso de vestiários e calçados adequados, bem como o folder educativo na primeira avaliação. Estou ciente do risco de queda avaliado e que entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.

Assinatura (paciente/acompanhante): Edilson da Silva Fernandes

Observação: O paciente e acompanhante devem seguir as orientações fornecidas.

*O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.

Fabiana M.
Fabiana Mendes Ferreira
Enfermeira
COREN-PI: 543.908

Enfermeira (o) / COREN

Nathalia
Nathalia de S. Andrade





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

AValiação e intervenções diárias para prevenção e acompanhamento de lesões por pressão - LLP

1. IDENTIFICAÇÃO:

Paciente: Edilson da Silva Fernandes Clínica: Neuro Enf./Leito: 310/5 DN: 5/8/82 Idade: 35
Data de Admissão: 24/4/18 Data de Admissão na Unidade: 24/4/18 Procedência: OUT

2. AVALIAÇÃO

- 2.1. Admitido neste serviço com LLP: ☒ SIM () NÃO
2.1.1 Localização anatómica: occipital
2.1.2 Estágio: () I ☒ II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável
2.1.3 Data: 24/4/18
2.2. Riscos de nova (s) LP (s): BASEADO NA ESCALA DE BRADEN ☒ SIM () NÃO
2.3. Surgimento de LP neste serviço: () SIM ☒ NÃO
2.3.1 Localização anatómica: _____
2.3.2 () I () II () III () IV () Lesão tissular profunda () Não classificável
2.3.3 Data: ____/____/____
2.4. Condições Nutricionais: ☒ Satisfatória () Não Satisfatória
2.5. Incontinência: () Urinária () Fecal ☒ Ausente
2.6. Avaliação da Dor: ☒ SIM () NÃO

3. APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

DESCRIÇÃO	1	2	3	4	PONTUAÇÃO
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	4
UMIDADE	Complemente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	3
ATIVIDADE	Acamado	Confinado à Cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	3
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não apresenta Limitações	3
NUTRIÇÃO	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente	3
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema	-----	2
TOTAL:					18

3.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DA ESCALA DE BRADEN

*RISCO BAIXO (15 a 18 PONTOS)

- Mobilidade: Cronograma de mudança de decúbito; otimização da mobilidade e elevação da cabeça a 30°
Higiene: Manter pele limpa e seca; manter roupas sem dobras e aplicar creme hidratante 2x ao dia.
Nutrição: Observar aceitação da dieta; auxiliar na alimentação e comunicar intolerâncias.

*RISCO MODERADO (13 a 14 PONTOS)

- Continuar as intervenções do Risco Baixo;
Dispositivos: Colocar colchão de ar; utilizar coxins e outras superfícies de apoio.
Coberturas: Colocar espuma em região sacral e filme transparente em calcâneos.

*RISCO ALTO (10 a 12 PONTOS) E RISCO MUITO ALTO (≤ 9 PONTOS)

- Continuar as intervenções do Risco Moderado;
Supervisionar a mudança de decúbito de 2/2 horas.

4. MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DAS LPPs

- 4.1 - Acompanhamento diário dos riscos de desenvolvimento de LLPs: ☒ SIM () NÃO
4.2 - Inspeção diária da pele: ☒ SIM () NÃO
4.3 - Mudança de decúbito de 2/2 horas: ☒ SIM () NÃO () Contraindicado
4.4 - Utilização de superfície de apoio: () SIM ☒ NÃO, Qual? () Colchão de ar () Coxins () Almofadas () Outras: _____
4.5 - utilização de curativo profilático: () SIM ☒ NÃO, Qual? () Hidrocoloide () Filme transparente () Espuma

5. MEDIDAS PARA TRATAMENTO DAS LPPs

- 5.1 - Avaliação diária das LPPs existentes: ☒ SIM () NÃO () Não se aplica
5.2 - Avaliação da umidade da lesão: ☒ SIM () NÃO () Não se aplica
5.3 - Utilização de cobertura especial: ☒ SIM () NÃO () Não, Qual? AGE



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/06/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 0190659



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

6. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Manten. limpas utilizadas
Hidratat. pele 2x dia

Olivia de A. Costa
ENFERMEIRA
COREN-PI 327.067

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

Fatores Avaliados	1ª Reavaliação	2ª Reavaliação	3ª Reavaliação	4ª Reavaliação	5ª Reavaliação	6ª Reavaliação	7ª Reavaliação	8ª Reavaliação	9ª Reavaliação	10ª Reavaliação	11ª Reavali.
DATA	25.4	26.4	27.4	28.4	29.4	30.4	01.05	02.05	03.05		
Inspeção Da Pele	S	S	S	S	S	S	S	S	S		
Score de Braden	18	18	18	18	18	18	18	18	18		
Avaliação da Umidade da Lesão	S	S	S	S	S	S	S	S	S		
Utilização de Cobertura Especial	S	S	S	S	S	S	S	S	S		
Mudança de Decúbito	S	S	S	S	S	S	S	S	S		
Utilização de Superfície de Apoio	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
Surgimento de uma Nova LLP	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
Assinatura e Carimbo	Olivia de A. Costa ENFERMEIRA COREN-PI 327.067 Maria de A. Costa ENFERMEIRA COREN-PI 327.067 Olivia de A. Costa ENFERMEIRA COREN-PI 327.067 Olivia de A. Costa ENFERMEIRA COREN-PI 327.067 Fabiana Mendes Ferreira ENFERMEIRA COREN-PI 327.067										

Fatores Avaliados	12ª Reavaliação	13ª Reavaliação	14ª Reavaliação	15ª Reavaliação	16ª Reavaliação	17ª Reavaliação	18ª Reavaliação	19ª Reavaliação	20ª Reavaliação	21ª Reavaliação	22ª Reavaliação
DATA											
Inspeção Da Pele											
Score de Braden											
Avaliação da Umidade da Lesão											
Utilização de Cobertura Especial											
Mudança de Decúbito											
Assinatura e Carimbo											





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 01

NOME: Edilson da Silva Fernandes DN: 05/08/82 DATA DE ADMISSÃO: 24/04/2017
CLÍNICA: Neurologia ENF./LEITO: 310 / 5 HORÁRIO: 22h

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS*

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.

() Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrrição). Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda)

() Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação.

() Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período da internação.

() Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.

Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.

Idade (Selecione apenas uma opção)

() 60 – 69 anos (1 ponto)

() 70 – 79 anos (2 pontos)

() 80 anos e mais (3 pontos)

Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável).

() Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)

Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção)

() Incontinência (2 pontos)

() Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)

() Urgência/aumento da frequência de incontinência (4 pontos)

() Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)

() Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)

() Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)

Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex.: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (Selecione apenas uma opção)

() Um equipamento (1 ponto)

() Dois equipamentos (2 pontos)

() Três ou mais equipamentos (3 pontos)

Mobilidade (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)

() Marcha instável (2 pontos)

() Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)

() Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)

Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos).

() Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)

() Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos)

() Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)

Somatória dos pontos

Baixo risco: escore de 0-5 pontos

Risco Moderado: escore de 6-13 pontos

Alto Risco: escore > 13 pontos

MOD.131 - HGV



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
ANEXO 01

MEDIDAS PREVENTIVAS CONFORME RISCO							
	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
BAIXO RISCO	24/04	25/04	26/04	27/04	28/04	29/04	30/04
Não deixar o ambiente totalmente escuro	X		X	X			
Pacientes que deambulam: utilização de calçados antiderrapantes.	X		X	X			
Orientar para que o paciente não se levante subitamente da cama pelo risco de hipotensão postural e tontura.	X		X	X			
MODERADO							
Orientar para que toda saída do leito deva ser orientada pela enfermagem.		X	X	X	X	X	X
Orientar que exercícios de marcha e equilíbrio devam ser realizados apenas com o acompanhamento do fisioterapeuta.		X	X	X	X	X	X
Orientar necessidade de acompanhante.		X	X	X	X	X	X
Manter a grade elevada (distal ao profissional) no momento de mobilização no leito.		X	X	X	X	X	X
Manter ao alcance do paciente seus pertences e objetos mais utilizados.		X	X	X	X	X	X
ALTO RISCO							
Manter as grades da cama elevadas durante todo o período.							
Orientar sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente permanecerá sem acompanhante.							
Orientar sobre a necessidade de auxílio para as refeições.							
Orientar sobre a leitura do folder para Prevenção de Quedas e do esclarecimento de qualquer dúvida com enfermeiro.							
DECLARAÇÃO							
Declaro que recebi as orientações quanto a Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar, ao uso de vestiários e calçados adequados, bem como o folder educativo na primeira avaliação. Estou ciente do risco de queda avaliado e que entendi perfeitamente as orientações que me foram fornecidas.							
Assinatura (paciente/acompanhante): <i>Edilson da Silva Fernandes</i>							
Observação: O paciente e acompanhante devem seguir as orientações fornecidas.							

*O instrumento é uma versão adaptada da avaliação do risco de queda The Johns Hopkins Health System Corporation.

Apia Kamline da Costa Monteiro
ENFERMEIRA
CREN-PI: 329.650-15



Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
640239

Prontuário: 362078 Nome: EDILSON DA SILVA FERNANDES
Endereço: RUA VILA MARIANA 608 CRUZEIRO
Cidade: UNIAO UF: PI CEP: 64120-000

Sexo: M **DT. Nasc:** 05/08/1982 (**Idade:** 35 Anos **Estado Civil:** S **Profissão:** PEDREIRO
Cadastro: 24/04/2018 **Telefone:** 86 -9951.56950 **Cartão SUS:** 704802010627148 **CPF:** 04866938307

Justificativa:

+ AM - Tidur malam.

Data	Assinatura
10W 1P	X Domingos Terndade da Silva Fernandes
10U1 1P	X Domingos Terndade da Silva Fernandes
10U1 1P	X Domingos Terndade da Silva Fernandes
10Y18 -	X Erlane da S. Fernandes
10Y19 -	Erlane da S. Fernandes
10Y18 -	Erlane da S. Fernandes
10Y18 -	Erlane da S. Fernandes
10S18 -	Erlane da S. Fernandes
10S18 -	Erlane da S. Fernandes
10S18 OTL	Erlane da S. Fernandes
10S18 -	Erlane da S. Fernandes
10S18 -	Erlane da S. Fernandes
10S18 -	Erlane da S. Fernandes
10S18 -	Erlane da S. Fernandes
08 10S18 -	Erlane da S. Fernandes
09 10S18 AB	Erlane da S. Fernandes.
1 1	

Data: / /

Auditor

Data: 1 1

Ass. Médico Solicitante

Assinatura - CPF





FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO

Origem: ☐ Clínica: _____ ☒ UTI ☐ Centro Cirúrgico ☐ Outro: _____		Destino: ☒ Clínica: <u>Neurologia</u> ☐ UTI ☐ Centro Cirúrgico ☐ Outro: _____		Acompanhamento no transporte: ☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Fisioterapeuta ☒ Técnico de enfermagem ☐ Outro: _____	
REGISTRO MÉDICO Diagnóstico: <u>1º DO de artrose de coluna cervical</u> Comorbidades: _____ Estado de consciência: ☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Sonolento ☐ Sedado Exame/Procedimento realizado ☐ Sim: _____ ☐ Não Infecção: ☒ Não ☐ Sim Foco: _____ ATB: _____					
REGISTRO ENFERMAGEM Acesso venoso: ☐ Não ☒ Periférico ☐ Central ☐ Hemodiálise ☐ Outro: _____ Última medicação para dor: Droga: <u>dipirona</u> Hora: <u>10h</u> ☐ NA ☐ Não ☐ Alta vigilância ☐ Sedação ☐ Droga vasoativa Infusão: ☐ Outro: <u>NU</u> Velocidade de infusão: _____ Sinais vitais: PA: _____/_____/_____ mmHg FR: _____ rpm FC: _____ bpm SpO2: _____ % Cateteres/Sondas: ☒ Não ☐ Sim: _____ Curativos: ☐ Não ☒ Sim: <u>FO</u> Termos de consentimento: ☒ Não ☐ Sim ☐ NA Dispositivos implantados: ☒ Não ☐ Marcapasso ☐ DVE/PIC ☐ PA invasiva Medicamentos encaminhados: ☒ Não ☐ Sim Modo de transporte: ☒ Maca ☐ Cadeira ☐ Cama Precauções/Isolamento: ☒ Padrão ☐ Contato ☐ Respiratório ☐ Imunodeprimido Risco de queda: ☐ Baixo ☒ Moderado ☐ Alto Alergia: ☒ Não ☐ Sim: _____ Dieta: ☐ Zero ☒ Sim: <u>VC</u> Escala de Braden: LPP: ☒ Não ☐ Sim: _____					
REGISTRO DE FISIOTERAPIA Suporte Ventilatório: ☐ TOT ☐ TQT ☒ Cateter nasal <u>1</u> l/min ☐ Máscara de Venturi _____ % ☐ Ventilação mecânica Observações: _____					
Profissionais que encaminharam: <u>MLL</u>			Recebo paciente e confirmo informações:		



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI

ADMISSÃO MÉDICA

PACIENTE: EDILSON DA SILVA FERNANDES

DATA NASC.: 05/08/1982

SEXO: Masculino

IDADE: 35

NATURALIDADE: UNIAO

ATENDIMENTO: 0000640239

HDA

PACIENTE POI ARTRODESE CERVICAL C5-C7 POR FRATURA VERTEBRAL CERVICAL

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA

TRAUMA NAO SABE DETALHES
NEGA ALERGIAS

EXAME FÍSICO

GERAL:

NEUROLÓGICO:

ACORDADO, SEM DEFICIT MOTOR APARENTE , PUPILAS ISOCORICAS

AP. RESPIRATÓRIO:

RESPIRAÇÃO ESPONTANEA
MV + SEM RA

AP. CARDIOVASCULAR:

HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL SEM DVA , TENDENDO A BRADICARDIA

AP. DIGESTIVO:

ABDOME FLACIDO

SIST. MUSCULO-ESQUELETICO:

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
ma 10/01/19



EXAMES JÁ REALIZADOS:

HIPÓTESES(S) DIAGNÓSTICA(S):

EXAMES SOLICITADOS:

PLANEJAMENTO NAS PRIMEIRAS 24 Hs:

Teresina (PI), 03/05/2018

Ilza Raquel Silva Meneses
Clín. Médica - Nefrologia
CRM-PI 2888

Ass. Médico

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/05/2018
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-9



ADMISSÃO FISIOTERÁPICA

PACIENTE: EDILSON DA SILVA FERNANDES
IDADE: 35 NATURALIDADE: UNIAO

DATA NASC.: 05/08/1982

SEXO: Masculino

ATENDIMENTO: 0000640239

HDA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 16/03/2018 NA CIDADE DE UNIÃO, RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS NO HOSPITAL DE UNIAO, TRANSFERIDO PARA HUT DE ONDE VEIO TTRAZIDO PELO SAMU PARA ESSA ENTIDADE HGV (24/04/2018), PARA REALIZAR PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL, ETILISTA E TABAGISTA

EXAME FÍSICO

GERAL:

CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, ACIANOTICO PORÉM COM APORTE DE O2 NASAL 2L/MIN, REFERINDO DOR

NEUROLÓGICO:

GLASGOW DE 15

AP. RESPIRATÓRIO:

MV+ DIMINUIDO BILATERALMENTE

AP. CARDIOVASCULAR:

PA:
FC

SISTEMA. MÚSCULO-ESQUELÉTICO:

MOVIMENTANDO OS 4 SEGMENTOS

EXAMES REALIZADOS:



DIAGNÓSTICO CINESIOFUNCIONAL:

CONDUTA:
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA
MONITORIZAÇÃO CONTINUA E OXIGENOTERAPIA

Teresina (PI), 03/05/2018

Helôisa P. de Carvalho Alves
Fisioterapeuta
CRP: 644.855

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/06/18
Edna Maria Andrade Silva





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA - DEGLUTIÇÃO

PRONTUÁRIO: 0000362078 Cód. ATEND: 0000640239 ENFERMARIA / LEITO: ENFERMARIA: UTI I LEITO: UTI I L-109
NOME: EDILSON DA SILVA FERNANDES DATA DA INTER: 24/04/2018 - 23:46:55
DT. NASC: 05/08/1982 IDADE: 35 Anos 8 Meses 29 Dias

Diagnóstico de Base:

1 PO ARTRODESE CERVICAL - C5,C6; FRATURA DE FACE (LÁBIO INFER. E MAXILA) S.I.C. CUIDADORA.

CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS: ☒ Consciente ☐ Atenção reduzida ☐ Sonolento
☐ Coma vigil ☐ Coma profundo
CARACTERÍSTICAS LINGÜÍSTICAS: ☒ Fásico ☐ Afásico ☐ Disártrico ☐ Disfônico

ASPECTOS RESPIRATÓRIOS:

INTUBAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO TEMPO:
VENTILAÇÃO MECÂNICA: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Invasiva ☒ Não-invasiva TEMPO: CATETER DE O₂
HISTÓRIA DE ASPIRAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO
TRAQUEOSTOMIA: ☐ SIM ☒ NÃO TIPO: ☐ Plástica ☐ Metálica ☐ Fenestrada

NÚMERO DA CÂNULA:

TEMPO:

Cuff ☐ SIM ☐ NÃO ☐ INSUFLADO ☐ parcialmente INSUFLADO ☐ DESINSUFLADO
CONSEGUE MANTER-SE COM CUFF DESINSUFLADO? ☐ SIM ☐ NÃO TEMPO:

SECREÇÃO ENDOTRAQUEAL: ☐ SIM ☒ NÃO NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO

AUSCULTA CERVICAL: ☒ LIMPA ☐ RUIDOSA

HISTÓRIA ATUAL E PRÉGRESSA DE PNEUMONIA:

☐ SIM ☒ NÃO ☐ ATUAL ☐ RECENTE (< 6 MESES) ☐ ANTIGA (> 1 ANO)

VIA DE ALIMENTAÇÃO:

☐ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ G ☐ J TEMPO: ZERO P LIBERAÇÃO.

COMUNICAÇÃO ORAL: CAPACIDADE DE ARTICULAR OS FONEMAS: ☐ SIM ☐ NAO

APRESENTA VOZ COM CUFF DESINSUFLADO: ☐ SIM ☐ NAO

AVALIAÇÃO SENSORIAL-MOTORA ORAL:

OFAS	INTEGRIDADE	TENSÃO	MOBILIDADE	POSTURA
LÁBIOS	☐ SIM ☐ NÃO	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4	☐ NL ☒ AL	☐ NL ☒ AL
LÍNGUA	☒ SIM ☐ NAO	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☒ NL ☐ AL	☐ NL ☐ AL
HAS	☒ SIM ☐ NAO	☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ NL ☒ AL	☐ NL ☐ AL
DURO	☐ SIM ☐ NAO			

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/06/18
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 019065-9

DENTIÇÃO PRESERVADA

HIGIENE ORAL: ☒ ADEQUADA ☐ RESÍDUOS EM CO ☐ HALITOSE

MASTIGAÇÃO: NÃO AVAL - RELATO DE DIFIC

AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO / DISFAGIA:

COM SALIVA - VOLUNTÁRIA: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA ☐ AUSENTEAUTOMÁTICA: ☐ NORMAL ☐ ALTERADA ☐ AUSENTECOM CUFF: ☐ INSUFLADO ☐ DESINSUFLADO

COM ALIMENTOS:

LÍQUIDOS: ÁGUA

LÍQUIDOS-PASTOSOS:

PASTOSOS:

SÓLIDOS:

VOLUME: ☒ 5 ML ☐ 10 ML ☐ 50 ML ☐ 100 ML ☐ COPOELEVÇÃO LARÍNGEA: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE ☐ REDUZIDATempo de trânsito oral: ☒ ADEQUADO ☐ AUMENTADOQV. Pós-deglutição: ☒ NORMAL ☐ ALTERADA ☐ ASPIRAÇÃO ☐ ANTES ☐ DURANTE☐ APÓS DEGLUTIÇÃO ☐ SAÍDA DE ALIMENTOS PELO TRAQUEOSTOMA ☐ TOSSE ☐ ENGASGO☐ DISPNEIA ☐ ESTASE ☐ POSSIBILIDADE DE ASPIRAÇÃO SILENTEMELHOR CONSISTÊNCIA: ☒ L ☐ L - P ☐ P ☐ S MELHOR QUANTIDADE:

CONCLUSÃO:

PACIENTE POLIQUEIXO, REFERE DOR CORPORAL, NA F.O., DOR AO DEGLUTIR E AO ELEVAR A CEBEIRA DO LEITO. FÁSICO, DÉFICIT VISUAL À "D" PÓS TRAUMA, TRAUMA FACIAL (DO LÁBIO INF A MAXILA QUE DIFICULTA A MASTIGAÇÃO) S.I.C. CUIDADORA, EM USO DE CATETER DE O₂, JÁ SE ALIMENTAVA C/ DIETA NA CONSISTÊNCIA LÍQUIDA-PASTOSA NA ENFERM., ESTÁ EM DIETA ZERO. VEJO LÁBIO DESVIADO P/"E", MOVIMENTAÇÃO DE LÍNGUA RESTRITA PORÉM PACIENTE JÁ NASCEU C/ ESSA ALTERAÇÃO, DEGLUTIÇÃO DE SALIVA PRESENTE REFERINDO DOR AO DEGLUTIR, AUSCULTA CERVICAL LIMPA, DOR AO TOSSIR, BOM PADRÃO VOCAL, ELEVÇÃO LARÍNGEA ALGO DIMINUÍDA. NA TENTATIVA DE REALIZAR O TESTE DE DEGLUTIÇÃO PACIENTE NÃO COPEOU, REFERIU DOR, TOMOU APENAS 5ML DE ÁGUA OFERTADAS NO COPO PEQUENO E O TESTE FOI SUSPENSO. ALTERAÇÃO DA FASE ORAL DA DEGLUTIÇÃO -DESVIO LABIAL, ABERTURA DE BOCA E MASTIGAÇÃO EM FUNÇÃO DO TRAUMA; DOR AO DEGLUTIR PELA CIRURGIA RECENTE.

CONDUÇÃO:

SUGESTÃO DE TENTATIVA DE DIETA POR VIA ORAL NA CONSISTÊNCIA LÍQUIDA PARA EVITAR ESFORÇO E DOR E POSTERIORMENTE LÍQUIDA-PASTOSA. OUTRAS CONSISTÊNCIAS ALIMENTARES PODEM LEVAR A ASFIXIA OU BRONCOASPIRAÇÃO PELA IMPOSSIBILIDADE DE MASTIGAÇÃO.

TENSÍLIOS COMO CANUDO OU COPO PEQUENO FACILITAM A OFERTA ALIMENTAR. PARA MAIOR SEGURANÇA DO PACIENTE AS MEDICAÇÕES DEVEM SER DILUÍDAS.

PLANO TERAPÊUTICO:

CONVERSA C/ EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PARA MELHOR CONDUÇÃO, ORIENTAÇÃO A FAMÍLIA E PACIENTE E MONITORAMENTO DA ALIMENTAÇÃO.

Manuela Moura de Souza Félix
FONOAUDIÓLOGA
CRFa 8ª R. nº 10424-PR
Manuela M. S. Félix

DATA: 04/05/2018

ASSINATURA / CARIMBO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI

Nome: Edilson da Silva Fernandes

Leito: 09 Pront.: 362078

EVOLUÇÃO MÉDICA - MANHÃ

DATA:	DIA DE UTI	
04/05	#2.º DI UTI #35 ANOS #1.º PO de Artrose cervical C5-C7 (po- tural vertebral)	
- Dreno de sucção em região cervical;		
S.N.C: GLASGOW: AO <u>4</u> , RV <u>5</u> , RM <u>6</u> , TOTAL: <u>15</u> PUPILAS: <u>ISOCÓRICAS</u>		
paciente consciente, orientado, responsivo a comandos;		
A.C.V: VARIAÇÃO DA P.A:		
DROGA VASOATIVA: <u>sem</u> PERF. CAPILAR: <u><2m</u>		
<u>ΔPA = 69-87</u> <u>duas</u>		
A. RESP.: PADRÃO RESPIRAT.: <u>espontânea</u> , V.M.: <u>—</u>		
SAT. O2 <u>Δ = 91-100%</u> .		
A. DIGEST.: DIETA: <u>dieta zero</u> - AUSCULTA: <u>RVB, sem ruídos</u>		
Abdomem <u>plano</u> ; <u>depressível</u> ; FEZES: <u>adventícios</u>		
<u>sem vasculomegalias</u> ; <u>sem evacuação 12h</u> .		
RENAL-METABÓLICO: DIURESE: <u>200 ml</u> BAL. HÍDRICO: <u>1209 ml</u> ESCÓRIAS:		
<u>- diurese por dispositivo urinário</u> ;		
HEMAT. INFECCIOSO: FEBRE: <u>—</u> LEUCO: BT: SEG.:		
<u>ATax = 35,3 - 37,1°C</u>		
CONCLUSÃO: <u>- Orientar enfermagem sobre controle diurese</u> ;		
CONDUTA: <u>- Rota médica</u> ;		

MOD 356.100V

310.05

UTI - I
14:00hNew
03.05.18SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				3 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL GETÚLIO VARGAS				2 7 2 6 9 7 1	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL GETÚLIO VARGAS				4 - CNES 2 7 2 6 9 7 1	
Identificação do Paciente				8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE Edilson da Silva Diniz				9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fm. ☐ 3	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 709802010627148				10 - DATA DE NASCIMENTO 05.08.1982	
15 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Domingos Trindade da Silva Diniz				11 - TELEFONE DE CONTATO () () () () () ()	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL				23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Necessito de UTI Artrode se cervical torácica (C4-C6)					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Antônio Carlos Sousa				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 02.05.18	
41 - DOCUMENTO 1 - CNS 2 - CPF				42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Cirurgião de Coluna Vertebral CRM - PI: 3720				44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
AUTORIZAÇÃO					
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DOCUMENTO 1 - CNS 2 - CPF				48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

MOD. 376 - HGV



HOSPITAL GETULIO VARGAS
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 2 / 2
Emitido por: CECIANE NERY
Em: 04/05/2018 10:46

Paciente...: 362078 - EDILSON DA SILVA FERNANDES Atendimento: 640239 Serviço: NEUROCIRURGIA

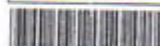
1ª VIA

Unid. Int.: UTI I Leito.: UTI I L-109

Prescrição.: 446870 Data: 04/05/2018 12:00 Internação.: 24/04/2018 23:46 10 Dias(s) int

Cid.....: S122 FRATURA DE OUTRAS VERTEBRAS CERVICAIS ESPECIFICADAS
Dt Nasc: 05/08/1982 (35a 8m 29d) Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Prescrição.: 446870 Data: 04/05/2018 12:00 Internação.: 24/04/2018 23:46 10 Dias(s) int
Serviço: NEUROCIRURGIA Médico.....: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO
Cid.....: S122 FRATURA DE OUTRAS VERTEBRAS CERVICAIS ESPECIFICADAS
Diagnóstico:
Classificação de Risco:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: CECIANE ALVES NERY - CRM: 2221
FUNÇÃO: MEDICO(A)

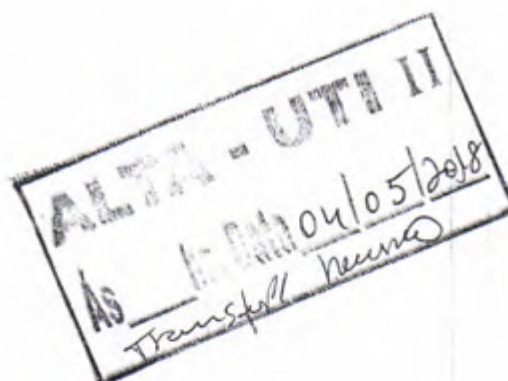
Rubrica do Responsável



CECIANE ALVES NERY
CRM 2221

Diszefam sup 10 4gou

Rexato Reges Carvalho
Cirurgia Geral
CRM-4511



HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DAS UTI'S

DATA: 03/05/2018	UTI: UTI1L09	LEITO: UTI1L09	PRONTUÁRIO: 0000362078	CÓD. ATENDIMENTO: 0000640239	PESO_PREDITO:
NOME: EDILSON DA SILVA FERNANDES			DATA DO NASC.: 05/08/1982	IDADE: 35 Anos 8 Meses 28 Dias	
DIA/UTI: 9	TURNO: NOITE	DIAGNÓSTICO: POI ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL (C5-C7)			

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:					
☐ CONSCIENTE	☐ ORIENTADO	☐ DESORIENTADO	☐ SONOLENTO	☐ TÓRPOROSO	☐ COMATOSO
GLASGOW: AO:		RV:	RM:	TOTAL: 17	☐ SEDADO RASS:
MOTRICIDADE OCULAR INTRÍNSECA:					
☒ NORMAIS ☐ MIÓTICAS ☐ MIDRIÁTICAS ☐ REATIVAS ☐ ARREATIVAS					
☐ ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS: ☐ D>E ☐ E>D					
PADRÃO DE RESPOSTA MOTORA:					
☐ NORMAL ☐ PARÊSIA ☐ MMSS: ☐ D ☐ E ☐ MMII: ☐ D ☐ E					
☐ PLEGIA ☐ MMSS: ☐ D ☐ E ☐ MMII: ☐ D ☐ E ☐ DESCEREBRAÇÃO ☐ DECORTICAÇÃO ☐ ARREFLEXIVO					
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA:					
Via Aérea: ☐ V.A. SUPERIOR ☐ V.A. ARTIFICIAL ☐ CÂNULA METÁLICA. Nº ☐ CÂNULA PORTEX. Nº					
PADRÃO RESPIRATÓRIO: ☐ TÓRACO ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ABDOMINAL ☐ PARADOXAL FR: ☐					
Amplitude: ☐ NORMAL ☐ SUPERFICIAL ☐ PROFUNDA RITMO: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL TIPO: ☐					
Ausculta Pulmonar: MV+ DIMINUIDO BILATERALMENTE					
Oxigenioterapia: ☐ CATETER ☐ VENTURI ☐ MACRO ☐ VNI APORTE: L/min SPO2					
SECREÇÃO: ☐ -/4 ☐ +/4 ☐ ++/4 ☐ +++/4 ASPECTO:					
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: ☐ BIPAP: IPAP: cmH2O. EPAP: cmH2O. ☐ CPAP: PEEP: cmH2O					
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA:					
Via aérea Artificial: ☐ TOT: Nº: ☐ TQT: Nº: PRESSÃO CUFF: cmH2O					
Cidagem: ☐ VOLUME ☐ PRESSÃO ☐ FLUXO ☐ TEMPO					
Modalidade: ☐ ASSISTIDO/CONTROLADO ☐ SIMV ☐ PSV ☐ CPAP OUTROS:					
Hemodinâmica: FC: bpm PA: mmHg PAM: mmHg					

PARÂMETROS VENTILATÓRIO														
V.C.	V.MIN.	F.R.V.	F.R.T.	P.CONTR.	PEEP	P.PICO	P.PLAT	P.SUPOR.	TRIGGER	FIO2				
MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA														
SpO2	V.C.esp.	F.R.esp.	V.M.esp.	FR/VC	PaO2/FIO2	Pimax.	C.Dinam	C.Estát	P.O. 0.1					
GASOMETRIA ARTERIAL														
HORA	PH	PaCO2	E.B.	HCO3	Diff(A-a)O2	SgO2	FIO2/coleta	DISTÚRBO ÁCIDO - BASE						
CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:					FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA					FISIOTERAPIA MOTORA				

OBSERVAÇÃO:

Assinado eletronicamente por: NEERIAS CAVALCANTE DE LIMA - 23/01/2019 17:10:49
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901231710488220000003975026
Número do documento: 1901231710488220000003975026

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Edilson da Silva Fernandes 310-5

DA CLÍNICA: NEUROLÓGICA

À CLÍNICA: CARDIOLOGIA

MOTIVO DA CONSULTA

AVALIAÇÃO RISCO CIRURGICO

CIRÚRGIA: TRM

ANESTESIA: GERAL

Dr. Antônio Carlos Sousa
NEUROCIRURGIA
CPF: 963.249.613-20
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PI: 3720

DATA: 25.4.18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Id = 35 a

HTA = NAD / D u

Monu no cardi (normal)

ECG = normal

Baixo Risco PI

procedimento neurocirurgico

Dr. Antônio Carlos Sousa
Cardiologista
CRM-PI





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: Edilson da Silva Fernandes

DATA DE NASCIMENTO: 05/07/1980 Prontuário: 36.2098

Data: 02/06/18

CHECAGEM ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		CHECAGEM ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA		CHECAGEM ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA	
Identificação (SIGN-IN)	Responsáveis: Cirurgião (a), Auxiliar, Anestesiista, Enfermeira (o) Instrumentador(a) e Circulante	Confirmações (TIME-OUT)	Registros (CHECK-OUT)		
Confirmar com o paciente: Identidade (nome e Data de nascimento): (X) Sim () Não Jejum? (X) Sim - Quantas horas? <u>+ 8 hrs</u> () Não Procedimento programado <u>Artroscopia cervical</u> Sítio demarcado () Sim () Não () Não se aplica Usar dispositivo médico? () Sim () Não Está na sala e conferido? Consentimentos informados preenchidos e assinados: Para a anestesia () Sim () Não Para a cirurgia () Sim () Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? () Sim () Não () Não se aplica Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário): () Sim () Não Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis? () Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? () Sim () Não O paciente possui alergia? () Sim (X) Não Quais? O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? () Sim () Não Equipamentos para assistência disponíveis? () Sim (X) Não O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/kg)? () Sim () Não Tem acesso endovenoso adequado () Sim () Não Tem reserva de sangue () Sim () Não	Confirmar com o paciente: Identidade (nome e Data de nascimento): (X) Sim () Não Jejum? (X) Sim - Quantas horas? <u>+ 8 hrs</u> () Não Procedimento programado <u>Artroscopia cervical</u> Sítio demarcado () Sim () Não () Não se aplica Usar dispositivo médico? () Sim () Não Está na sala e conferido? Consentimentos informados preenchidos e assinados: Para a anestesia () Sim () Não Para a cirurgia () Sim () Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? () Sim () Não () Não se aplica Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário): () Sim () Não Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis? () Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? () Sim () Não O paciente possui alergia? () Sim (X) Não Quais? O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? () Sim () Não Equipamentos para assistência disponíveis? () Sim (X) Não O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/kg)? () Sim () Não Tem acesso endovenoso adequado () Sim () Não Tem reserva de sangue () Sim () Não	Confirmar com o paciente: Identidade (nome e Data de nascimento): (X) Sim () Não Jejum? (X) Sim - Quantas horas? <u>+ 8 hrs</u> () Não Procedimento programado <u>Artroscopia cervical</u> Sítio demarcado () Sim () Não () Não se aplica Usar dispositivo médico? () Sim () Não Está na sala e conferido? Consentimentos informados preenchidos e assinados: Para a anestesia () Sim () Não Para a cirurgia () Sim () Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? () Sim () Não () Não se aplica Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário): () Sim () Não Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis? () Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? () Sim () Não O paciente possui alergia? () Sim (X) Não Quais? O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? () Sim () Não Equipamentos para assistência disponíveis? () Sim (X) Não O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/kg)? () Sim () Não Tem acesso endovenoso adequado () Sim () Não Tem reserva de sangue () Sim () Não	Confirmar com o paciente: Identidade (nome e Data de nascimento): (X) Sim () Não Jejum? (X) Sim - Quantas horas? <u>+ 8 hrs</u> () Não Procedimento programado <u>Artroscopia cervical</u> Sítio demarcado () Sim () Não () Não se aplica Usar dispositivo médico? () Sim () Não Está na sala e conferido? Consentimentos informados preenchidos e assinados: Para a anestesia () Sim () Não Para a cirurgia () Sim () Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? () Sim () Não () Não se aplica Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário): () Sim () Não Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis? () Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? () Sim () Não O paciente possui alergia? () Sim (X) Não Quais? O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? () Sim () Não Equipamentos para assistência disponíveis? () Sim (X) Não O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/kg)? () Sim () Não Tem acesso endovenoso adequado () Sim () Não Tem reserva de sangue () Sim () Não	Confirmar com o paciente: Identidade (nome e Data de nascimento): (X) Sim () Não Jejum? (X) Sim - Quantas horas? <u>+ 8 hrs</u> () Não Procedimento programado <u>Artroscopia cervical</u> Sítio demarcado () Sim () Não () Não se aplica Usar dispositivo médico? () Sim () Não Está na sala e conferido? Consentimentos informados preenchidos e assinados: Para a anestesia () Sim () Não Para a cirurgia () Sim () Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? () Sim () Não () Não se aplica Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário): () Sim () Não Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis? () Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? () Sim () Não O paciente possui alergia? () Sim (X) Não Quais? O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? () Sim () Não Equipamentos para assistência disponíveis? () Sim (X) Não O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/kg)? () Sim () Não Tem acesso endovenoso adequado () Sim () Não Tem reserva de sangue () Sim () Não	Confirmar com o paciente: Identidade (nome e Data de nascimento): (X) Sim () Não Jejum? (X) Sim - Quantas horas? <u>+ 8 hrs</u> () Não Procedimento programado <u>Artroscopia cervical</u> Sítio demarcado () Sim () Não () Não se aplica Usar dispositivo médico? () Sim () Não Está na sala e conferido? Consentimentos informados preenchidos e assinados: Para a anestesia () Sim () Não Para a cirurgia () Sim () Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? () Sim () Não () Não se aplica Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário): () Sim () Não Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis? () Sim () Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? () Sim () Não O paciente possui alergia? () Sim (X) Não Quais? O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? () Sim () Não Equipamentos para assistência disponíveis? () Sim (X) Não O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (criança > 7 ml/kg)? () Sim () Não Tem acesso endovenoso adequado () Sim () Não Tem reserva de sangue () Sim () Não
Cirurgião	Anestesiista	Instrumentador (a)	Circulante	Enfermeira (o)	

MOD.135-HGV



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**

Prontuário: **362078**

Atendimento **640239**

Dt. Nasc.: 05/08/1982

Idade: 35a 9m 3d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: **100354**

Data Pedido: 07/05/2018

Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**

Setor Solicitante: **CL. NEUROLOGIA**

Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 311**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.06.01.007-9**

Data do Laudo: 07/05/2018

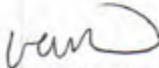
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TÉCNICA:

Foram realizados cortes axiais de 5 a 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- Fraturas em região frontal bilateral, predominando anteriormente, com acometimento das órbitas.
- Áreas hipodensas irregulares intra-axiais localizadas na porção anterior dos lobos frontais, sugestivas de encefalomácia e gliose sequelar.
- Ventriculos laterais, 3º e 4º ventriculos com formas/dimensões normais.
- Não há desvio da linha média.
- Sulcos e fissuras de aspecto normal em relação a idade.
- Cisternas basais sem alterações.
- Ausência de calcificações patológicas.


CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES
2000

HOSPITAL GETULIO VARGAS





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

neuro

LAUDO MEDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**

Prontuário: **362078**

Atendimento **640239**

Dt. Nasc.: **05/08/1982**

Idade: **35a 8m 21d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **98694**

Data Pedido: **26/04/2018**

Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**

Setor Solicitante: **CL. NEUROLOGIA**

Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Cód. Procedimento: **02.04.03.013-7**

Data do Laudo: **26/04/2018**

RADIOGRAFIA DE TORAX PA - LATERAL

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do tórax realizado na incidência PA demonstra:

- Campos pulmonares com transparência normal.
- Seios costofrênicos livres.
- Mediastino sem alterações.
- Área cardíaca dentro dos limites da normalidade.

CONCLUSÃO:

O estudo radiológico do tórax evidencia campos pleuro-pulmonares de transparência normal.

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341

HOSPITAL GETULIO VARGAS
TERESINA - PI





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Neuro

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**

Prontuário: **362078**

Dt. Nasc.: 05/08/1982

Atendimento **640239**

Idade: 35a 9m 3d

Sexo: M

Dados da Solicitação:

Pedido: **100353**

Data Pedido: 07/05/2018

Médico Solicitante: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO

Setor Solicitante: CL. NEUROLOGIA

Unid. Internação / Leito: NEUROLOGIA / NEU 311

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cód. Procedimento: 02.04.02.003-4

310

5

Data do Laudo: 08/05/2018

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL

RELATÓRIO:

- Artrodese com presença de placa e de parafusos metálicos anteriores em C5 e C7 e cage corpectomia entre C5 e C6.


CARLOS AUGUSTO MOURA FE
1341





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**
Prontuário: **362078** Atendimento: **640239**
Dt. Nasc.: **05/08/1982** Idade: **35a 8m 28d** Sexo: **M**
Pedido: **95024** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA III**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **25 de Abril de 2018**

COAGULOGRAMA

Material: **Sangue**

Tempo de Sangria.....: **1,30 min.**
Método: Duke Normal: **1,0 a 4,0 Minutos**

Tempo de Coagulação.....: **7,00 min.**
Método: Lee-Write Normal: **Até 12 Minutos**

Prova do Laço.....: **NEG**
Normal: **Negativo**

RETRAÇÃO DO COAGULO.....:

ANA MARIA DA PONTE LOPES
1790

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COMO ORIGINAL





HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**

Prontuário: **362078**

Atendimento: **640239**

Dt. Nasc.: **05/08/1982**

Idade: **35a 8m 28d**

Sexo: **M**

Pedido: **95024**

Data Pedido: **25 de Abril de 2018**

Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**

Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA III**

Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**

Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

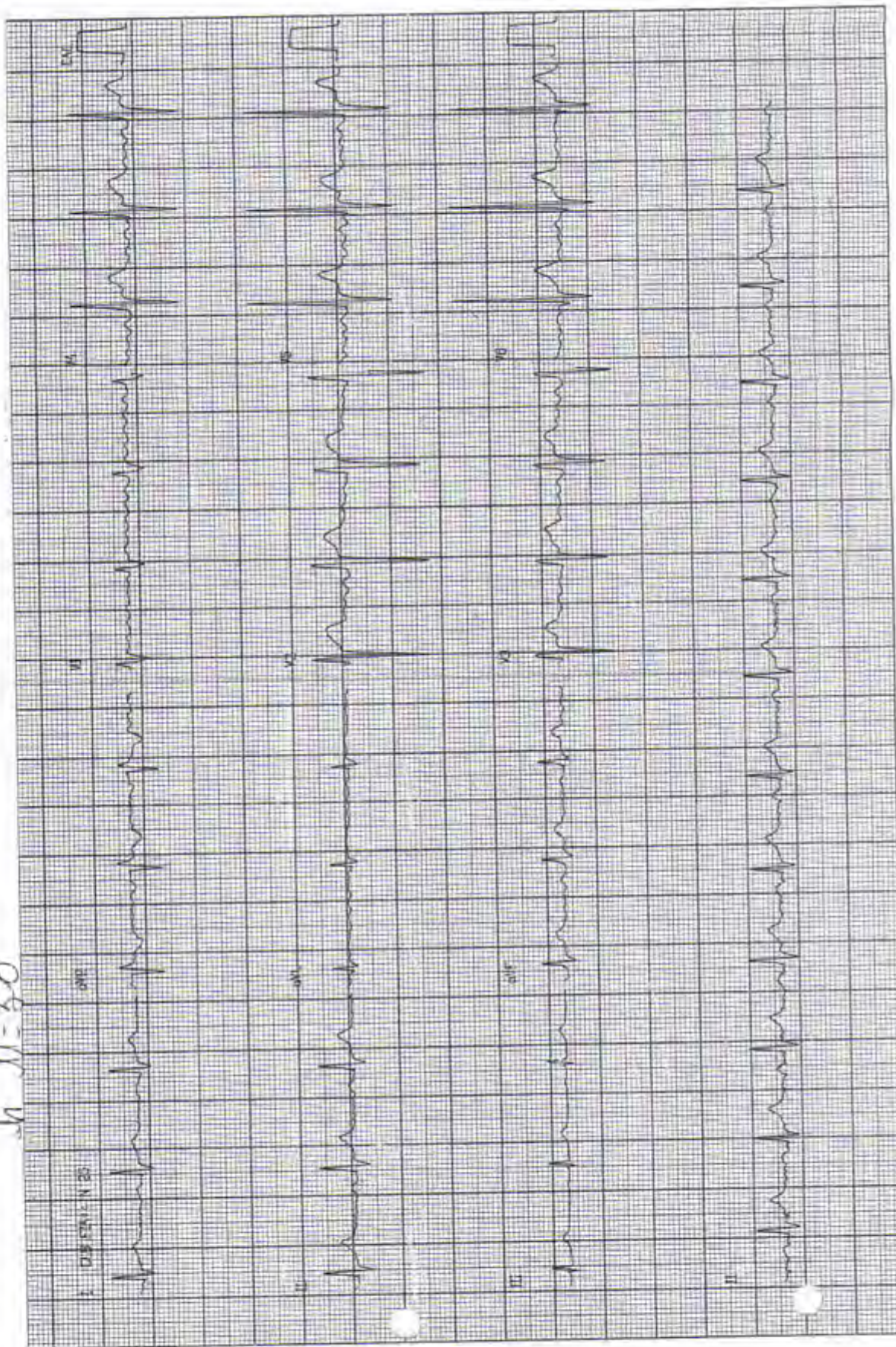
ANA MARIA DA PONTE LOPES
1790

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/05/2018



25/04/18
 Edilson de Lima Ferreira
 35 anos

h H=30



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**
Prontuário: **362078** Atendimento: **640239**
Dt. Nasc.: **05/08/1982** Idade: **35a 8m 28d** Sexo: **M**
Pedido: **95024** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA III**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

HEMOGRAMA COMPLETO

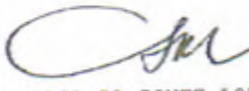
ERITROGRAMA

de Referências	Valores	
	Homem	Mulher
Hemácias em milhões/ml.....	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina em g/dl.....	13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
Hematócrito em %.....	40,0 - 54,0	36,0 - 47,0
Vol. Glob. Média em u3.....	76,0 - 96,0	
Hem. Glob. Média em uug.....	27,0 - 32,0	
C.H. Glob. Média em %.....	32,0 - 36,0	
OBS: HMN		

LEUCOGRAMA

	Valores Encontrados	
Leucócitos por ml.....	8.410	4.000 - 10.000
Promielocitos.....	0,00	0
Mielocitos.....	0,00	0 - 1
Metamielocitos.....	0,00	1 - 3
Bastões.....	0,00	40 - 75
Segmentados.....	61,00	1 - 6
Eosinófilos.....	1,00	0 - 1
Basófilos.....	0,00	20 - 45
Linfócitos.....	30,00	2 - 10
Monócitos.....	8,00	
OBS:		

Plaquetas..... 324.000 mm/3
142.000 mm/3 a
450.000 mm/3
OBS: PMN


ANA MARIA DA PONTE LOPES
1790

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE.COM O ORIGINAL



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**
Prontuário: **362078** Atendimento: **640239**
Dt. Nasc.: **05/08/1982** Idade: **35a 8m 28d** Sexo: **M**
Pedido: **95024** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA III**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

CREATININA.....: 0,55 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,3 mg/dl

ANA MARIA DA PONTE LOPES
1790

HOSPITAL GETULIO VARGAS
COPIA COM O ORIGINAL





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**
Prontuário: **362078** Atendimento: **640239**
Dt. Nasc.: **05/08/1982** Idade: **35a 8m 28d** Sexo: **M**
Pedido: **95024** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA III**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

UREIA:: 15,00 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
10 a 50 mg/dl

ANA MARIA DA PONTE LOPES
1790

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**
Prontuário: **362078** Atendimento: **640239**
Dt. Nasc.: **05/08/1982** Idade: **35a 8m 28d** Sexo: **M**
Pedido: **95024** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA III**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: 25 de Abril de 2018

POTASSIO.....: 3,50 mEq/L
Material: Soro Método: Eletrodo Valor de Referência:
Seletivo 3,5 a 5,5 mEq/l


ANA MARIA DA PONTE LOPES
1790

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**
Prontuário: **362078** Atendimento: **640239**
Dt. Nasc.: **05/08/1982** Idade: **35a 8m 28d** Sexo: **M**
Pedido: **95024** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA III**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **25 de Abril de 2018**

SODIO.....: 123,00 mEq/L
Material: Soro Método: Valor de Referência:
Eletrodo Seletivo 130 a 145 mEq/l

ANA MARIA DA PONTE LOPES
1790

HOSPITAL GETULIO VARGAS





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP:6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Paciente: **EDILSON DA SILVA FERNANDES**
Prontuário: **362078** Atendimento: **640239**
Dt. Nasc.: **05/08/1982** Idade: **35a 8m 28d** Sexo: **M**
Pedido: **95024** Data Pedido: **25 de Abril de 2018**
Médico Solicitante: **ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO**
Setor Solicitante: **CL. CIRURGICA III**
Unid. Internação / Leito: **NEUROLOGIA / NEU 310**
Convênio: **SUS - INTERNACAO**

Data do Laudo: **25 de Abril de 2018**

GLICEMIA

RESULTADO.....: **138,00** MG/DL

VALOR DE REFERÊNCIA: **NEGATIVO**
MÉTODO: **COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO**
MATERIAL: **SORO/PLASMA**

ANA MARIA DA PONTE LOPES
1790

HOSPITAL GETULIO VARGAS
... ORIGINAL





Procedimentos

Fontes pagadoras

Unidade de coleta

Resultados

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resultados

Paciente: EDILSON DA SILVA FERNANDES

Código: 95335

Dt Nascimento: 05/08/1982

Sexo: Masculino

RG:

CPF:

Telefone:

Endereço:

Último resultado

Alterar modo de visualização

Voltar para busca

ORDENS DE SERVIÇO

Exibir filtros

016-64763-387
25/04/2018 - 14:51:26
TAP - TGO
ARQUIMEDES CAVALCANTE
CARDOSO

INFORMAÇÕES DA ORDEM DE SERVIÇO

Imprimir laudo

Visualizar procedimentos

O.S.: 016-64763-387 - 25/04/2018 - 14:51:26

Fonte pagadora: HGV

Solicitante: ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO

Unidade de coleta: HOSPITAL GETULIO VARGAS

ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (TGO)

26 U/L

Material: Soro
Método: Enzimático
Valores de Referência: 0 a 40 U/L
Método: Enzimático
Valores de Referência: 0 a 40 U/L

Coleta: 25/04/2018

Liberação: 25/04/2018

Exame assinado eletronicamente por: Roberto Passos - CRP-02-014

TEMPO DE PROTROMBINA-TAP

Material: Plasma com citrato
Método: Enzimático

Coleta: 25/04/2018

Liberação: 25/04/2018

INR

1,06

ATIVIDADE ENZIMÁTICA

88,50 %

TEMPO DO PACIENTE

14,70 s

Valores de Referência:

Atividade: 70 - 100%

Tempo: 14,0 - 16,0 s

Valor de referência obtido após determinação do tempo de atividade (protrombina) - teste de fibrinólise.
e parte da referência de referência, diluída (aproximadamente).

Novo valor de referência a partir de 05/01/2018

Anteriores:

Nota:

NOTA IMPORTANTE

RECOMENDAÇÕES DOS LIMITES TERAPEUTICOS DA ANTICOAGULAÇÃO ORAL:

INDICAÇÃO	Valor Alvo	Valor Limite
Profilaxia do tromboembolismo venoso	2,5	2,0 - 3,0
Tratamento de trombose venosa profunda	3,0	2,0 - 4,0
Prevenção de embolia na fibrilação atrial, doença cardíaca valvular ou válvulas biológicas, Embolicismo sistêmico recorrente, Prótese valvular	3,5	3,0 - 4,5

Exame assinado eletronicamente por: José Silveira G. Junior - CRP-02-014

Problema ao visualizar o resultado? Clique aqui.

Copyright © 2018 - www.elis.com.br

Número do exame e resultado

03/05/2018 09:01





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : EDILSON DA SILVA FERNANDES
Id,Sx : 35a , M
Pedido: 4032985
Médico: DR REGIVALDO DE M GONÇALVES
Emissão: 05/04/2018 às 09:26

Fl. 3/4
Registro: 11356677
Clínica: P04
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT
Cadastro: 05/04/2018 às 00:04

Coletado em 05/04/2018 às 00h 07min

GASOMETRIA ARTERIAL

Liberado em 05/04/2018 às 07h 34min

RESULTADO

pH : 7.440
pCO2 : 36.5 mmHg
pO2 : 69.4 mmHg
HCO3 : 24.2 mmol/L
HCO3st : 24.7 mmol/L
BE : 0.5 mmol/L
BEecf : 0.1 mmol/L
sO2 : 94.4 %
FIO2 : 0.30 %
Temp : 37.0 Graus Celsius
Lactato: 1.1 mmol/L

VALORES DE REFERÊNCIA

7,35 a 7,45
35,0 a 49,0 mmHg
80,0 a 100,0 mmHg
22,0 a 26,0 mmol/L
-3,0 a 3,0 mmol/L
94,0 a 100,0 %
0,4 a 2,2 mmol/L

Material: SANGUE TOTAL

Liberado por Risenberg Soares Pereira - CRF-PI-489

Coletado em 05/04/2018 às 00h 07min

ÁCIDO LÁTICO / LACTATO

Liberado em 05/04/2018 às 07h 34min

RESULTADO: 1.1 mmol/L

Material:

VALORES DE REFERÊNCIA

Sangue Venoso : 0,3 a 2,2 mmol/L
Sangue Arterial: 0,5 a 1,6 mmol/L
Liquor Adulto : 1,1 a 2,4 mmol/L
Liquor RN : 1,1 a 6,7 mmol/L

Liberado por Risenberg Soares Pereira - CRF-PI-489

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/08/2018



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Fl. 1/4

Nome : EDILSON DA SILVA FERNANDES
Id, Sx : 35a , M
Pedido: 4032985
Médico: DR REGIVALDO DE M GONÇALVES
Emissão: 05/04/2018 às 09:26

Registro: 11356677

Clinica: P04
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT
Cadastro: 05/04/2018 às 00:04

Coletado em 05/04/2018 às 00h 07min

Liberado em 05/04/2018 às 08h 23min

URÉIA

RESULTADO: 28 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA 15 a 40 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado por Conceição de Maria Andrade Bastos - CRF-PI-246

Data	04/04/2018 01:03	03/04/2018 01:16	02/04/2018 00:05
Uréia	35	27	23

Coletado em 05/04/2018 às 00h 07min

Liberado em 05/04/2018 às 09h 23min

CREATININA

RESULTADO: 0.7 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA

Homens : até 1,4 mg/dL

Mulheres: até 1,2 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado por Conceição de Maria Andrade Bastos - CRF-PI-246

Data	04/04/2018 01:03	03/04/2018 01:16	02/04/2018 00:05
Creatinina	0.7	0.6	0.4

Coletado em 05/04/2018 às 00h 07min

Liberado em 05/04/2018 às 07h 35min

SÓDIO

RESULTADO: 138.8 mmol/L

VALORES DE REFERÊNCIA: 138 a 145 mmol/L

Método: Seletivo

Material: SORO

Liberado por Risenberg Soares Pereira - CRF-PI-489

Data	04/04/2018 01:03	03/04/2018 01:16	02/04/2018 00:05
Sódio	136.5	134.5	133.3

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
NÃO É COM O ORIGINAL



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : EDILSON DA SILVA FERNANDES

Id, Sx : 35a , M

Pedido: 4029178

Médico: IGO MARCELLO SIMEAO DE OLIVEIRA

Emissão: 03/04/2018 às 09:34

Fl. 2/4

Registro: 11356677

Clinica: P04

Origem : HUT-HUT

Destino: HUT

Cadastro: 03/04/2018 às 00:04

Coletado em 03/04/2018 às 00h 16min

POTÁSSIO

Liberado em 03/04/2018 às 09h 56min

RESULTADO: 4.82 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA: 3,5 a 5,0 mmol/L

Método: Seletivo

Material: SORO

Liberado por Ingrid Virginia de Oliveira Sena - CRP-PI-666

Data	02/04/2018 00:05	01/04/2018 00:20	31/03/2018 00:52
Potássio	4.48	3.96	4.31

Coletado em 03/04/2018 às 00h 16min

CÁLCIO IONIZADO

Liberado em 03/04/2018 às 09h 56min

RESULTADO: 1.113 mmol/L

VALOR DE REFERÊNCIA: 1,1 a 1,32 mmol/L

Método: Ion Seletivo

Material: SORO

Liberado por Ingrid Virginia de Oliveira Sena - CRP-PI-666

Data	02/04/2018 00:05	01/04/2018 00:20	31/03/2018 00:52
CAIO	1.147	1.191	1.145

Coletado em 03/04/2018 às 00h 16min

MAGNÉSIO

Liberado em 03/04/2018 às 09h 20min

RESULTADO: 2.25 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA: 1,9 a 2,5 mg/dL

Método: Colorimétrico

Material: SORO

Liberado por Ingrid Virginia de Oliveira Sena - CRP-PI-666

Data	02/04/2018 00:05	01/04/2018 00:20	31/03/2018 00:52
Magnésio	2.08	2.07	2.18

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
NÃO RECEBER COM ORIGINAL



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : EDILSON DA SILVA FERNANDES
Id, Sx : 35a , M
Pedido: 4029178
Médico: IGO MARCELLO SIMEAO DE OLIVEIRA
Emissão: 03/04/2018 às 09:34

Fl. 4/4

Registro: 11356677

Clinica: P04

Origem : HUT-HUT

Destino: HUT

Cadastro: 03/04/2018 às 00:04

Coletado em 03/04/2018 às 00h 15min

HEMOGRAMA COMPLETO

Liberado em 03/04/2018 às 08h 38min

ERITOGAMA

Hemácias 4.25 milhões/mm³
Hemoglobina 12.0 g/dL
Hematócrito 36.3 %
V.C.M. 85.4 fL
H.C.M. 28.2 uug
C.H.C.M. 33.1 g/dL
R.D.W. 12.3 %
Observações:

VALORES DE REFERÊNCIA

Homem	Mulher
4,50 a 6,50	3,90 a 5,80
13,50 a 18,00	11,50 a 16,40
40,00 a 54,00	36,00 a 47,00
	76,00 a 96,00
	27,00 a 32,00
	32,00 a 36,00
	11,60 a 14,80

LEUCOGRAMA

Leucócitos 21200 mm³
Neutrófilos 18232 mm³ 86.0 %
Segmentados 17808 mm³ 84.0 %
Bastões 424 mm³ 2 %
Metamielócitos 0 mm³ 0.0 %
Mielócitos 0 mm³ 0.0 %
Promielócitos 0 mm³ 0.0 %
Eosinófilos 212 mm³ 1.0 %
Basófilos 0 mm³ 0.0 %
Linfócitos 1060 mm³ 5.0 %
Monócitos 1696 mm³ 8.0 %

VALORES DE REFERÊNCIA

Adultos	: 4.000 a 10.000
4 a 7 anos	: 6.000 a 15.000
8 a 13 anos	: 4.500 a 13.000
2.300 a 7.500 mm ³	40 a 75 %
-	40 a 75 %
45 a 230 mm ³	1 a 3 %
-	0 a 1 %
-	0
-	0
40 a 330 mm ³	1 a 6 %
1 a 100 mm ³	0 a 1 %
1.500 a 3.500 mm ³	20 a 45 %
200 a 800 mm ³	2 a 10 %

Observações

LEUCOCITOSE

NEUTRÓFILOS COM GRANULAÇÕES TÓXICAS

Contagem de PLAQUETAS 720000 mm³
Observações

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm³

Método: Automação
Material: SANGUE TOTAL

Liberado por Mariana Oliveira Santos - CRF-PI-445



Assinado eletronicamente por: NEERIAS CAVALCANTE DE LIMA - 23/01/2019 17:10:49

<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012317104914500000003975136>

Número do documento: 19012317104914500000003975136



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
RUA Dr. Otto Tito 1920 Redenção
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 7331 - Em: (24/04/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
210567	471144	EDILSON DA SILVA FERNANDES	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 140	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS			
Evolução:			Diagnóstico/Comorbidades:						
Hora:			FRATURA DE C6						
6/5, neu. quiesc. de tremor			Alergias:						
Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LÍQUIDA PASTOSA,								
1	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. SOS	1,00	Aspola	EV	8/8h				09:00 na enfermaria de c6
2	OMEPRAZOL 20MG EM JEJUM FELA MANHÃ	2,00	Cápsula	Oral	24/24h				baixa de aspiração, sem
3	CAPTOPRIL 25MG SE PAS > 160 E/OU PAD > 100mmHg	2,00	Comprim	Oral	8/8h				queda náusea de c6
4	DIPICINA SÓDICA 500MG EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Comprim	Oral	6/6h				leve em c6 na noite
5	TRAVADOL 50MG	1,00	Cápsula	Oral	8/8h				respição com piores
6	FENITOINA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h				de neurológico e piores
7	ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL	1,00	Seringa	Subcutâ	24/24h				zede de tratamento de
8	BROMETO DE IPRATROPIA 0,025% (0,250MG/ML), GOTAS	1,00	Gotas	Inalató	8/8h			SF 0,94	leve, em noite

NB2: BEROPEC 8 GOTAS+ ATROVENT 20 GOTAS+ SF 5ML.
6/6H

Observações Gerais: 8 - ACESSO VENOSO SALINIZADO
OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
SSVV 6/6H

Bruno Nuyana
Neurologista
CRM-PI 3811

Acet + Nicotina
Núcleo
Téc. de Enfermagem
COREN-PI 387951

14:00 medicação de m
8 não administrada após
e por leve de c6

leve
previsão da



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

FOLHA DE CONTROLE

800 copias

FEPISERH
Fórmula de Evolução e Progressão de Saúde

Nome: Edilson da Silva Fernandes
DIAGNÓSTICO MÉDICO:

DATA: 09/05/2018
LEITO: 318-05
G.S. / F. RH:

PRONTUÁRIO: 362078
INTERNAÇÃO:

SAÍDA:

H O R A	SINAIS VITAIS				PVC	SAT O ₂	P I C O	G L I C O	MUDANÇA DECÚBITO	ENTRADAS				SAÍDAS					
	T	P	R	PAU PAM						ESCORE DA DOR	VO SNG	PLASMA	SANGUE	HPC	MED	SF	SG	DRENOS	SNG
07																			
08																			
09																			
10																			
11	36,80	79	15	120/90															
12																			
13																			
14																			
SOMA PARCIAL																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
SOMA PARCIAL																			
23																			
24																			
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
SOMA PARCIAL																			
SOMA TOTAL																			
BALANÇO 24 HS																			
SAÍDAS:										ENTRADAS:									
1. EVACUAÇÕES:										2. MUDANÇA DE DECÚBITO:									
LEGENDA:										3. ESCALA NUMÉRICA DA DOR:									
(-) Ausente										- Decúbito Dorsal									
(+) Pequena quantidade										- Decúbito Lateral Direito									
(+ +) Média quantidade										- Decúbito Lateral Esquerdo									
(+ + +) Grande quantidade										- Decúbito Ventral									
MOD. 139 - HGV										DD DLD DLE DV									

3. ESCALA NUMÉRICA DA DOR:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

Muito dor

Pior dor

Edna Maria Andrade Silva
EM 19/05/2018
CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Unidade de Pronto Atendimento MAT. 019065-9

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 19/08/08
Edna Maria Andrade Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019065-9

[illegible]





FEPISEH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS
CLÍNICA DE NEUROCIRURGIA



HGV
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE EDILSON DA SILVA FERNANDES	PRONTUÁRIO 362078	DN/IDADE 05/08/1982-35 ANOS	SEXO M	/INTERNAÇÃO 24/2018	ENFERM 310	LEITO 05
DIAGNÓSTICO ATUAL ARTROSE CERVICA - (CAGE)	DATA 09/05/2018	MÉDICO ASSISTENTE DR. ANTONIO CARLOS				
COMORBIDADES, ALERGIAS, RISCO DE QUEDAS E RISCO DE LPP: <i>pk wdmh; plow hem parvovirus</i>						
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
<i>pk cataract. cr-ALVA</i>						
01	DIETA LIQUIDA-PASTOSA	<i>1º () 2º () 3º ()</i>				
02	SF 0,9% 500ML 01 FRASCO EV 8/8 H					
03	SF 0,9% 500ML 01 FRASCO EV ACM					
04	DIPIRONA 1G/2ML 1AMP EV 4/4 H	<i>16-20-24.04-08-12</i>				
05	RANTIDINA 25MG/ML - 1AMP EV 8/8 H	<i>22.06.14</i>				
06	GLICOSE 50% 10ML 4AMPS EV ACM se GLICEMIA >70MG/DL					
07	INSULINA REGULAR CONFORME GLICEMIA;					
	181-220; 4UI 221-260; 6UI 261-300; 8UI >301; 10 UI SC					
08	FENTONINA 100MG 1CP VO 8/8 H	<i>22.06.14</i>				
09	MORFINA 10MG/ML - 1ML EV ACM - FAZER 3ML EV ACM se DOR INTENSA					
10	GLICEMIA CAPILAR 6/6 H	<i>18-24-06.12</i>				
11	MEDIR VOL. COR E ASPEC.DA URINA-CHAMAR PLANTONISTA se OLIGÚRIA					
12	DIAZEPAM 10MG 1CP VO 1 X DIA (NOITE)	<i>21</i>				

Dr. Aquilander Cavalcante Cardoso
NEUROCIRURGIÃO
CRM-PI 1790 CPF: 227.000.683-53





SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
640239

Paciente: EDILSON DA SILVA FERNANDES		Idade: 35 Anos 8 Meses 19 Dias	Sexo: M	Prontuário: 362078
Endereço: RUA VILA MARIANA		Número: 608	Bairro: CRUZEIRO	Cidade: UNIAO
UF: PI	DT. Nasc: 05/08/1982	Profissão: PEDREIRO	Telefone: 86 - 9951.56950	CPF: 048.669.383-07
			Cartão SUS: 704802010627148	

Internação: 24/04/2018	Alta: 05/05/18 às ___:___	Permanência: 15 dias
-------------------------------	---	-----------------------------

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal: 031.52.80	epidemiol - TCC / trauma de fratura
CID Secundário: M53.2	TAM - fratura C6.
CID Causa Morte: ___	

Evolução e Situação na Alta: _____

Medicações Utilizadas: **Infex SIN**

Cirurgia: Data: **03/05/18** Tipo: **Artroscopia C5-C7 + Ligamentoplastia**

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência: **Exame de imagem**

Amo. Menor / RMF

Tipo de Alta: ☒ 1.1.1. Curado ☐ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

Transferência:

Vaga cedida por: _____

Transporte: _____

Nome: _____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

