

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010031123-7

Nr. da Autenticação 5D2EFB28D181DCC2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190365750 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TEOTONIO CIPRIANO COSTA **Data do acidente:** 28/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PERNA DIREITA COM LESÃO DE PARTES MOLES DO TORNOZELO

Descrição do exame físico: APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA COM RETRAÇÃO EM TORNOZELO DIREITO E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TRAUMA CONTUSO EM PERNA DIREITA COM LESÃO DE PARTES MOLES DO TORNOZELO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEBRIDAMENTO E TENORRAFIA. REALIZOU TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO TORNOZELO DIREITO EM GRAU LEVE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

| | |
|---|--|
| Número do sinistro: | 3190365750 |
| Nome do(a) Examinado(a): | TEOTONIO CIPRIANO COSTA |
| Endereço do(a) Examinado(a): | RUA MANOEL SABINO DOS SANTOS, 746 - CARANÃ |
| Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: | 662.986.442-53 |
| Data e local do acidente: | 28/06/2018 - BOA VISTA |
| Data e local do exame: | BOA VISTA/RR, 09/09/2019 |

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO NA PERNA D COM CONSEQUENTE LESÃO DE PARTES MOLES DO TORNOZELO

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ CIRURGIA DEBRIDAMENTO + RAFIA DE TENDÃO, EVOLUIU COM OSTEOMIELITE, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM 2018

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

TORNOZELO D: PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA COM RETRAÇÃO + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO EM GRAU LEVE

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

TORNOZELO D: INCAPACIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): TORNOZELO DIREITO

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190365750

Vítima: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TEOTONIO CIPRIANO COSTA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 000010031123-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

HG
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

União
Livre
05-03-18
Brega

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|--|-----------------|--|-----------------|--|-----------------|--|----------------|--|
| Paciente | | Data Nascimento | | Idade | | CNS | | CPF | | Prontuário | |
| TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | 28/09/1986 | | 51 A 9 M 2 D | | 896002747218777 | | 66298644263 | | | |
| Tipo Doc | | Documento | | Órgão Emissor | | Data Emissão | | Sexo | | Estado Civil | |
| IDENTIDADE 63984 | | SESP | | 09/09/2011 | | M | | SOLTEIRO/APARDA | | BOA VISTA - RR | |
| Mãe | | Pai | | Conjuge | | Ocupação | | | | | |
| MARLENE CIPRIANO | | ANTÔNIO COSTA | | (95) 99162-4482 | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | | | |
| AVENIDA - BRASIL - 000 - CENTRO - PACARAIMA - RR | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|------------------------------|--|------------------------|--|-------------|--|------------------|--|-------------|--|
| Class. de Risco | | Plano Convênio | | Nº da Carteira | | Válidade | | Autorização | | Sis. Presal | |
| | | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | | | | | | |
| Motivo do Atendimento | | Caráter do Atendimento | | Profissional do Atend. | | Precedência | | Tema | | Peso | |
| ACIDENTE DE MOTO | | URGÊNCIA | | | | | | | | | |
| Sessão | | Tipo de Chegada | | Precedência Sol. | | | | Registrado por: | | | |
| GRANDE TRAUMA | | DEMANDA ESPONTANEA | | | | | | JACKSON.SADOVSKI | | | |
| Queixa Principal | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------|--|-------------------------------|--|-------|--|
| Anamnese da Enfermagem | | GSC | | TOTAL | |
| | | AD: 1234 RV: 12345 MR: 123455 | | 15 | |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA) _____ h | | ÁREA DE SISTEMAS DE ATENDIMENTO | |
| Sintoma de dor no abdômen, com náuseas e vômitos. | | CONTATO VERIFICADO | |
| Exame Físico | | 05 JUN 2019 | |
| Hipótese Diagnóstica | | GENTE SEGURADORA S/A | |

| | | | |
|--|--|----------------------|--|
| SADY - Exames Complementares | | GENTE SEGURADORA S/A | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAYO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECB <input type="checkbox"/> OUTROS: | | | |

| | | | | | |
|-------------------|--|-------------|--|------------|--|
| PRESCRIÇÃO | | APRAZAMENTO | | OBSERVAÇÃO | |
| Admissão 28/09/11 | | | | | |
| Exame físico | | | | | |
| Diagnóstico | | | | | |
| AO C.C. | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Condição | | Ambulatório | |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: | | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Ata: | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMU - Unidade Psiquiátrica | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------|--|
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | Assinatura do Médico | |
| | | | |

| | | | |
|---------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Impressão por: Jackson.Sadovski | | Data Hora: 06/06/2010 01:03:05 | |
| Impressão por: Jackson.Sadovski | | Data Hora: 06/06/2010 01:03:05 | |

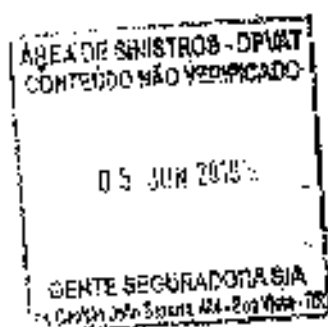


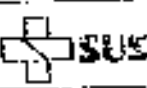
Antepedido Dr. Vitor Parreira

raim e outros e para o alívio do dor + C.R.A.
STADM do T2 e lesão do parte mola.

S. C. C.

Dr. Marcos Aguiar
MAGDO B. B. B. B.
C.R.A. B. B. B. B.
CRM RR 1988





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - DATA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXISTENTE

4 - DATA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

167283

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

8 9 8 1 0 1 0 2 7 4 7 2 4 8 7 7 7

26/09/66

M

10 - NOME DO LÍDER OU RESPONSÁVEL

11 - TIPO DE DESEDOÇÃO

Marlene Cipriano

12 - ENDEREÇO DA U.F. SAÚDE

U.F. Brasil

13 - MUNICÍPIO DE ORIGEM

Pacaraima

14 - END. BSE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

Tremor contínuo do membro superior

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03/04/2014

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Emergência

COMPANHIA SEGURADORA S/A
Rua ... 100 - 04000-000 - SP

19 - ALÍQUOTA - RESULTADOS - PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico OK

20 - INDICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

Síndrome de parkinsonismo + tremor do m. (P)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESTINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

UCL - Desbridamento e refixação da cápsula

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL (CONSELHO)

Dr. Vitor Pereira

20/09/18

DR. VITOR PEREIRA
CRM 123456
R. ... 1000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - UNIDADE SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRÁFICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CBO

41 - ACIDENTE DE TRÁFICO INATIVO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - PREVIDÊNCIA

44 - PREVIDÊNCIA

45 - PREVIDÊNCIA

46 - PREVIDÊNCIA

47 - NÃO SELECIONAR

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - LUGAR DO ASSINADOR

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - CLÍNICA

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

54 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL (CONSELHO)

20/09/18

55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0415040035
R02



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Teotônio Epifânio Costa

DATA: 18

OSF: 18

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão extensa de partes moles

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Debridamento + LCL + roto

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Perceval

1º AUXILIAR: Dr. Leonardo R3

2º AUXILIAR: Dr. Marcos R1

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em BDA sob plano orientado

2) Anestesia + Antiespasmódico

3) LCL anestesiado c/ 50 mg de LCL

4) Debridamento de ferida com retirada de tecido necrótico

5) Sutura de pele

6) Soro

7) RPA

Não foram observadas lesões tendíneas

Boa perfusão distal pós procedimento

Vitor Perceval Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

Dr. Leonardo R3
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610



SERVICIO DE INTENSIVIDADE CARDIOVASCULAR

Alupios

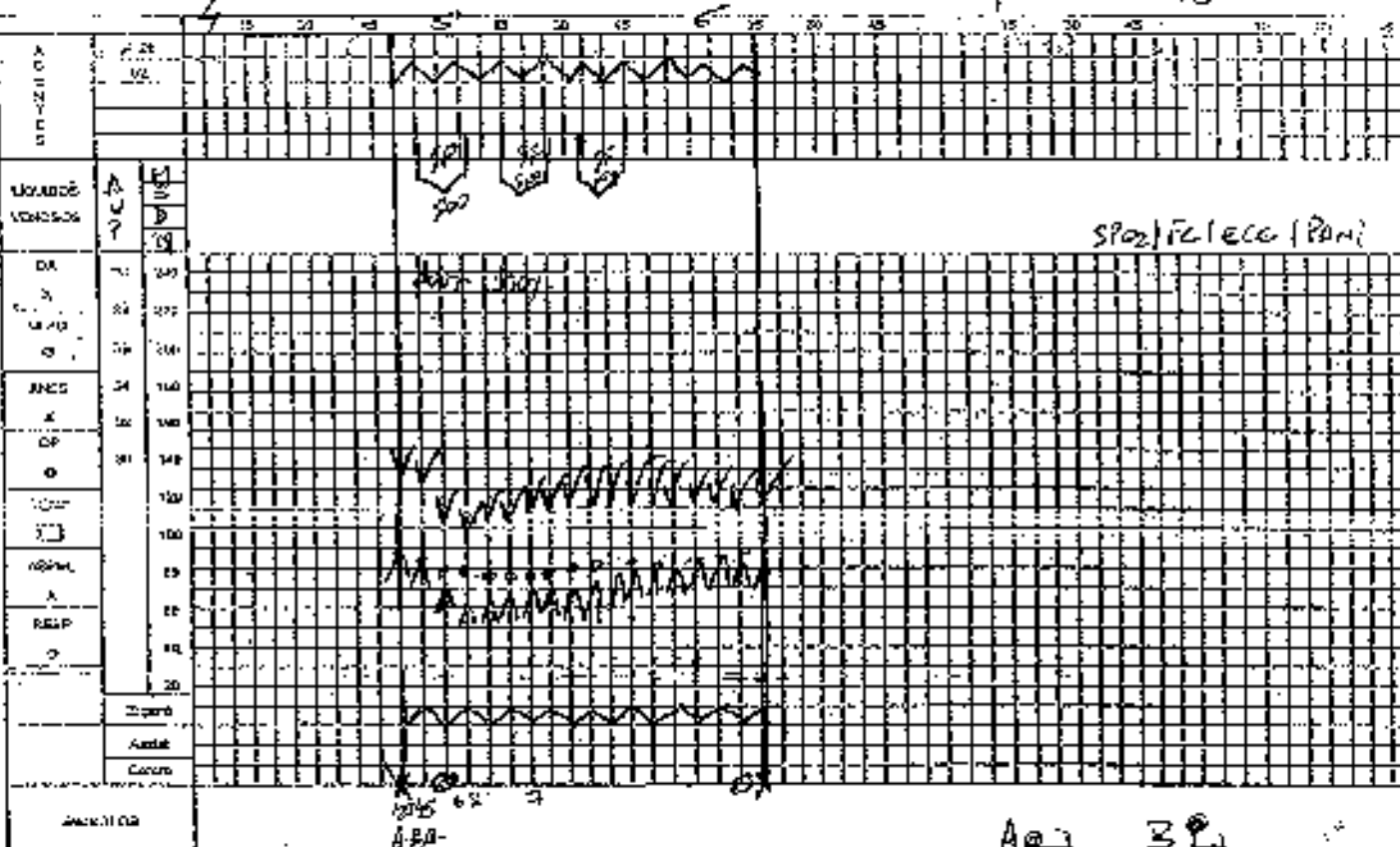
FICHA DE ANESTESIA

Teste de Cerebro - 51 anos

PRÉ-ANESTESIA - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Bac. V. 1.5

28/06/78



| ANESTESIA | DOSE | TEMPO | ANESTESIA |
|-----------------------|--------|-------|----------------------------------|
| 1. Propofol 10mg | 10mg | 10min | 1. Monitorização + Choc. Apneico |
| 2. Fentanyl 200mcg | 200mcg | 10min | 2) Pre-oxigenação O2 100% |
| 3. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | 3) Anestesia profunda com |
| 4. Propofol 10mg | 10mg | 10min | 4) Ressonância magnética |
| 5. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | 5) ECG, LCR claro |
| 6. Propofol 10mg | 10mg | 10min | 6) Injeção bupivacaína |
| 7. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | 7) Anestesia profunda |
| 8. Propofol 10mg | 10mg | 10min | 8) Alfentanil 200mcg |
| 9. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | 9) Tiorixina 4mg |
| 10. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 11. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 12. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 13. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 14. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 15. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 16. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 17. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 18. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 19. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 20. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 21. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 22. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 23. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 24. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 25. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 26. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 27. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 28. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 29. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 30. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 31. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 32. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 33. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 34. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 35. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 36. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 37. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 38. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 39. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 40. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 41. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 42. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 43. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 44. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 45. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 46. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 47. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 48. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 49. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 50. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 51. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 52. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 53. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 54. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 55. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 56. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 57. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 58. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 59. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 60. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 61. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 62. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 63. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 64. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 65. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 66. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 67. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 68. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 69. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 70. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 71. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 72. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 73. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 74. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 75. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 76. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 77. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 78. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 79. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 80. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 81. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 82. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 83. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 84. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 85. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 86. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 87. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 88. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 89. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 90. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 91. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 92. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 93. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 94. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 95. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 96. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 97. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 98. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |
| 99. Alfentanil 200mcg | 200mcg | 10min | |
| 100. Propofol 10mg | 10mg | 10min | |

Dr. Erico / Naveg. E1
Anestesiologia
Cirurgia Geral / RSE 001



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | | |
|---|-----------------------------|---------|---|---------------------------------|-------------|
| NOME DO PACIENTE | | Idade | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA |
| Teotônio Aguiar Costa | | 54 anos | | | 28/10/19 |
| TIPO | | | CIRURGIA | | |
| Sutura de partes moles para | | | TEMPO DE DURAÇÃO | | |
| | | | INICIO | FIM | TEMPO TOTAL |
| | | | 05:05 | 06:01 | |
| CIRURGIÃO | | | EQUIPE MÉDICA | | |
| Dr. Vitor Paracate | | | ANESTESISTA: | | |
| Dr. Marcos | | | RES. ANESTESIA: | | |
| | | | INSTRUMENTADOR | | |
| CIRCUANTE | | | CIRCUANTE | | |
| | | | Sobrinho Ana Cláudia / Sílvia / Claudenir | | |
| TEMPO DE ANESTESIA: R. 00:00 | | | TEMPO DE DURAÇÃO: | | |
| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT. | MEDICAMENTOS | VALOR |
| 7 | PCIS COMPRIMIDAS C/03 UNID. | | 10 | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml | |
| | PACOTES GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| | LUVA ESTÉRIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLUCOSADO | |
| | LUVA ESTÉRIL 7.5 | | | FIO VICRYL® | |
| | LUVA ESTÉRIL 8.0 | | 1 | FIO MONONYLON® 2.0 | |
| | LUVA ESTÉRIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº | |
| | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| | LÂMINA BISTURI® | | | FIO CATGUT SIMPLES Nº | |
| | DRENO DE SUCÇÃO Nº | | | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| | DRENO DE TORAX Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| | DRENO DE PENROSE Nº | | | 2.0 SEDIL Nº | |
| | SERINGA 01ML | | | SURGICAL | |
| | SERINGA 03ML | | | CERA P/ OSO | |
| | SERINGA 05 ML | | | KIT CATARATA Nº | |
| | SERINGA 10ML | | | GEOFOAM | |
| | SERINGA 20ML | | | FITA CARDIACA | |
| | Blindagem | | | OUTROS: | |
| | coletor O2 | | | | |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA | | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | |
| CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | | VALOR | | |
| INSTRUMENTADOR (A) | | | MATERIAL MEDICAMENTOS | | |
| ENFERMEIRA CHEFE | | | SUB- TOTAL | | |
| Aline | | | TAXA DE SALA | | |
| CIRCUANTE DE SALA | | | TAXA DE ANESTESIA | | |
| NACIONÁRIO/CAVALOS | | | SOMA | | |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | | | | |



SAB - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SABA

NOME: Deborah Lipiane Costa

DATA DE RECEPÇÃO: 28/06/2018

HORA: 04:30

DIAGNÓSTICO: 04:30

INTERFERÊNCIA: 04:30

DESCRIÇÃO: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

PLANO DE CUIDADOS: 04:30

TRANSFERÊNCIA

Entrada no SABA: 04:30

Atividade: 04:56

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

Atividade: 06:05

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

SABA

UNIDADE/SECTOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

Teotônio Cipriano Costa

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA / HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

HORARIO:

DESERVAÇÕES:

15

20.15

1) Dado em boa

Suado

1200

2) Aus

Amarelo

1200

3) Calculado de 6/6h

1200

1200

4) Calculado de 6/6h

1200

1200

5) Calculado de 6/6h

1200

1200

6) Calculado de 6/6h

1200

1200

7) Calculado de 6/6h

1200

1200

8) Calculado de 6/6h

1200

1200

9) Calculado de 6/6h

1200

1200

10) Calculado de 6/6h

1200

1200

11) Calculado de 6/6h

1200

1200

12) Calculado de 6/6h

1200

1200

13) Calculado de 6/6h

1200

1200

14) Calculado de 6/6h

1200

1200

15) Calculado de 6/6h

1200

1200

16) Calculado de 6/6h

1200

1200

17) Calculado de 6/6h

1200

1200

18) Calculado de 6/6h

1200

1200

19) Calculado de 6/6h

1200

1200

20) Calculado de 6/6h

1200

1200

21) Calculado de 6/6h

1200

1200

2-15

404
6

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | PRESCRIÇÃO MÉDICA | |
|---|--|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------|-------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | | |
| PACIENTE: <i>João Carlos Cipriano Costa</i> AGNÓSTICO: <i>ferimento aberto no pé</i> ALERGIAS: <i>NENHUMA</i> IDADE: <i>45</i> ANOS LEITO: <i>115</i> DATA: <i>29/06/19</i> | | | | | | | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | | | 5 N |
| 2 | SF 0.9% 500ML EV 1X/DIA | | | | | | 12-18-24-36 |
| 4 | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA | | | | | | 12-18-24-36 |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHÃ | | | | | | 5 N |
| 7 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | | | 5 N |
| 8 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H | | | | | | 12-18-24-36 |
| 9 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA | | | | | | 12-18-24-36 |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | | | 5 N |
| 11 | SSVV + CCGG 8/8 H | | | | | | 5 N |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | | 5 N |
| 13 | <i>gentamicina 240mg EV 1x cada 8h</i> | | | | | | 12-18-24-36 |
| 14 | <i>clindamicina 600mg EV 6/6h</i> | | | | | | 12-18-24-36 |
| 15 | <i>clonazepam 40mg VO 1x cada 8h</i> | | | | | | 12-18-24-36 |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/LML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | | | |

06:00
P.A. 120x80
F.C. 72
T: 36.5°

VOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO - SBC, AGNÓSTICO, ANICTÉRICO, AFEDELL, FUPNEICO;

DEMOGORADO, HIDRATADO.

abre-se em pé com apoio firme no antebraço

SÓCICITADO:

CONDLTA: MANHÃ

antibiótica ferida

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:


PRELIMINAR DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | 6 H | PA | FC | FR | T |
|---------------|--------|--------|----|----|------|
| 12 H | 122x7 | 68 bpm | | | 36.5 |
| 18 H | 60 bpm | | | | |
| 24 H | 120x70 | 70 | 21 | | 36.4 |

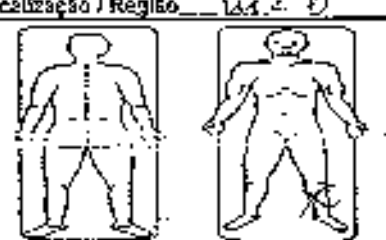

18:00
PA 103x71
FC 69
FR 19
TE 36.0

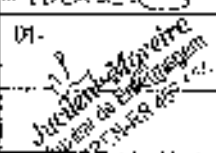

*Depto. Ortop. e Trauma. com
exame de ferimento sulcos
capela presente em unhas*

Dr. C. Cipriano Costa
Médico
CRM-R 1990

| | | | | |
|---|--|-----------------------------|-----------|---------------------------------------|
|  | Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR | Protocolo nº 1 | Versão 08 | Data da Elaboração: Fevereiro 2013 |
| | | Atualização: Janeiro / 2015 | | |
| | | ENFERMEIRO: | | |

Nome: Leonor Aparecida Costa 15

| | | | |
|--|--|---|--|
| DATA: <u>29.06.18</u> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região: <u>14.3.0</u>  | DATA: GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região:  |
|--|--|---|--|

| | |
|--|--|
| Etiologia <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras: | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras: |
| Tamanho da Ferida: Comprimento: <u>5cm</u> Largura: <u>2cm</u> Profundidade: <u>1cm</u> | Comprimento: <u>5cm</u> Largura: <u>2cm</u> Profundidade: <u>1cm</u> |
| Estado do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com escarcado <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarcado <input type="checkbox"/> Tecido necrótico |
| Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante |
| Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo |
| Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> sem odor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> sem odor |
| Condição da pele Perifoneal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: |
| Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 0,5% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: |
| Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Data da Próxima troca: Em <u>30</u> de <u>Jun</u> de 2018 | |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01-  02-  | 01- 02- |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | |

| | |
|--|--|
| OBS: | OBS: |
|--|--|

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CouvêTer, Solutions Programs.
 Os pacientes com Q3 em mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

Bloco F 1(15)



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | |
|------------------|--|-------------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN |
| PACIENTE | FRASTONIO CIPRIANO COSTA | |
| AGNOSTIC | 404-6 | |
| ALERGIAS | HAS | DM2 |
| IDADE | LEITO | DATA |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SN |
| 2 | PARAFENOL 1g EV 6/6H | 18:24 06/18 |
| 4 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | 18:24 04/18 |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | SN |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | SN |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N | SN |
| 10 | TRAMAL 100MG + SFD 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | SN |
| 11 | CAPTODRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | SN |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | SN |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1 CP.V.O | SN |
| 14 | SSVV + CCGG 6/8 H | SN |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | SN |
| 16 | PARAFENOL 1g EV 6/6H (E) 18:24 06/18 | 18:24 06/18 |
| 17 | PARAFENOL 1g EV 6/6H (E) 18:24 06/18 | 18:24 06/18 |
| 18 | PARAFENOL 1g EV 6/6H (E) 18:24 06/18 | 18:24 06/18 |
| 19 | PARAFENOL 1g EV 6/6H (E) 18:24 06/18 | 18:24 06/18 |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

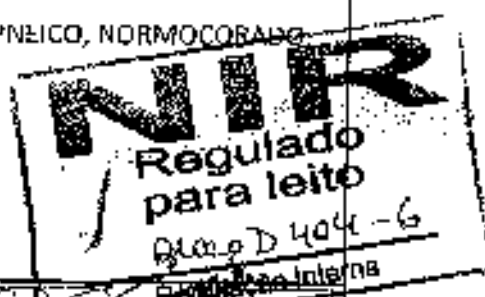
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDIÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|--------|
| 6 H | PA | FC | FR | T |
| 12 H | 101/64 | 63 | | 36,3°C |
| 18 H | 141/75 | 67 | 20 | 36,8°C |
| 24 H | 140/73 | 58 | 21 | 36,7°C |

06:00 → PA: 115 x 63

P: 68

T: 36,2°C


30/06/18

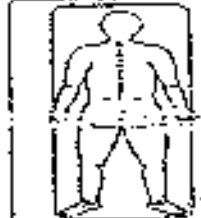

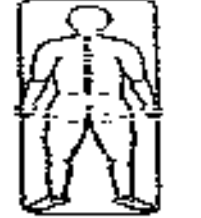

15:00 PA: 141 x 81

P: 67

T: 36,6°C

Ortel Outado
Técnico de Enfermagem
CRM-RR 407.407.75

| | | | |
|---|--|--|---|
|  | Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR | Protocolo nº 1 Versão 05 Atualização: Janeiro / 2013 | Data de Elaboração: avrilho 2013 |
| | ENF/LEITO: 404-4 404-6 | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Nome: <u>Teotônio Simão Costa</u> | | | |
| DATA: <u>30.06.18</u> GRAU - I GRAU - II <input checked="" type="checkbox"/> | Localização / Região <u>14 + T + D</u>   | DATA: GRAU - I GRAU - II | Localização / Região   |
| Patologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | | Patologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | |
| Medida da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm | | Medida da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm | |
| Estado da Ferida: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico | | Estado da Ferida: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escorço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | |
| Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguíneo | | Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo | |
| Odor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Odor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Estado da pele perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritemato / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | Estado da pele perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritemato / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | |
| Medicação para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 0,2% <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | Medicação para limpeza: <input type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| Cobertura primária: <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | Cobertura primária: <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Colágeno de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| Medicação de curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde | | Medicação de curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | |
| Assinatura do Profissional de Enfermagem: Berenice Silva Carlos RG de Enfermagem: _____ COREN-BA 000.722 | | Assinatura do Profissional de Enfermagem: Maguel Mesquita RG de Enfermagem: _____ COREN-BA 000.710 | |

| | |
|---|---|
| OBS: | OBS: |
|---|---|



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 28/06/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICA: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: 51 LEITO: 404-6 DATA: 01/07/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1: DIETA ORAL LIVRE

2: AYP

4: CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8: PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9: DAPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N

10: TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12: SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14: SSVV + CCGG 6/6 H

15: CURATIVO DIÁRIO

16: CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS

17:

18:

19:

20:

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTFRACÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residência
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 18514/R

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

SINAIS VITAIS

| 6 H | PA | FC | FR |
|------|----------|----|----|
| 12 H | 130 X 83 | 68 | - |
| 18 H | 133 X 77 | 76 | - |
| 24 H | 123 X 73 | 70 | 35 |

06/07/2018 - 12h - 130 X 83 - 68 - 35
 19/07/2018 - 12h - 133 X 77 - 76 - 35
 06/07/2018 - 12h - 123 X 73 - 70 - 35

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residência
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 18514/R

404.6

17: 12h
 Parafuso
 Saco de ar
 Saco venoso
 Referencia, pel
 Co. 181 M.S.B.

Artigo 181 do Estatuto
 da Ordem dos Médicos
 do Brasil - C.R.O.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



4046

DATA DE ADMISSÃO: 28/06/2013 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: 51 LEITO: 404-6 DATA: 02/07/2018

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|---|---------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SSV |
| 2 | AVP | SSV |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS | SSV |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 8/8 X DIA S/N | SSV |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | SSV |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | SSV |
| 10 | TRAMAL 100MG + SED. 8% 100ML EV DE 8/8H SED. DOR INTENSA | SSV |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OUPAD > 110 MMHG. | SSV |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | SSV |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | SSV |
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H | SSV |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | SSV |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | SSV |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDIÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | 6 H | PA | FC | FR | |
|---------------|--------|----|----------|--------|--|
| 12 H | 140/60 | 67 | 20mpm | 35,7°C | |
| 18 H | 150/75 | 70 | 20 - 1 - | 36,6°C | |
| 24 H | 130/60 | 80 | 20 | 38°C | |

Dr. Odinechi Okemiri
 Medico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 185174

Dr Odinechi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

47h às 13h
 Administrado medicamentos conforme
 prescrição, aferido sinais vitais;
 t.c. Saalv
 COREN 907564

13 às 19hs - Realizado troca
 A.V.P em membro superior Direto
 com Jelco 20, Adm. Med. de horcu
 rio, aferido SSVV, segue com en
 dados da enfermagem

19 às 21:00hs: Aferido todos os
 dados vitais e enfermagem: JFF
 06:00 - PA: 130/60
 FC: 82
 FC: 82
 FC: 82

Ass. Zaira Fortes da Silva
 Técnica de Enfermagem
 COREN RR 472



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------|--|-------|--|------------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | 28/06/2018 | | DIH | | DN | | 26/09/1966 | |
| PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | | | | | | |
| AGNÓSTICO: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO | | | | | | | | | |
| ALERGIAS: HAS DM2 | | | | | | | | | |
| IDADE | | 51 | | LEITO | | 404-6 | | DATA | |
| | | | | | | | | 03/07/2018 | |
| ITEM | | PRESCRIÇÃO | | | | | | | HORÁRIO |
| 1 | | DIETA ORAL LIVRE | | | | | | | DND |
| 2 | | AVP | | | | | | | |
| 4 | | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS | | | | | | | 18 2/2 |
| 7 | | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | | | | | | | |
| 8 | | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | | | | | |
| 9 | | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | | | | | | | 18 22/30 |
| 10 | | TRAMAL 100MG + SFD 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | | | | | |
| 11 | | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | | | | |
| 12 | | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | | | | | |
| 13 | | OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | | | | | 06 |
| 14 | | SSVV + CCGG 8/8 H | | | | | | | |
| 15 | | CURATIVO DIÁRIO | | | | | | | |
| 16 | | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | | | | | | | 18 2H 06 |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO: PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 120x76 | 64 | 18 | 36,4 |
| 18 H | 130x60 | 70 | - | 36,4 |
| 24 H | 110x60 | 66 | 20 | 37,2 |

Dr. Odinachi Okeniri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

17:30hs Realizado Medicacao
 do tornozelo com SSVV. Ngu
 bs curativos.

Suzana Maria M. do Nascimento
 LEAC-ORTOPEDIA
 COREN-RR 06713 - TE

06:00 PA: 120x70
 FC: 18
 PR: 63

Dr. Odinachi Okeniri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 135118



404-6

PEDIDO DE PARECER

Tuberculose

UNIDADE:

NOME:

IDADE:

SEXO:

E:

E:

Exatidão Clínica:

Ortopedia
 Estômago apertado lateral
 51
 REGISTRO:
 D
 ENFERMARIA:
 LEITO: 404-6
 EMERGÊNCIA:
 Ortopedia
 PARA: Lanchologista

03/07/18

Data

Dr. Osimachi Okemira
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 186784

Médico

Risco Cirúrgico Cardiopulmonar

Emergência: lesões graves molas MTD

HP: História comorbidades, em alergia, nega cirurgia prévia ou utilização de

CG: Anestesia, sem sinais de infecção - em anestesia, coagulada

KT: risco cardíaco normal

OB: Hemoglobina 10, Hto 34, Plac Normal

D. Exame: supintado

CU: RCR, 28, BDF

A = 110 x 63 mmHg

C = 67 bpm

E = MVA, Norm PA

RAH: Alterações (MTD)

03/07/18

Data

cd. M. T.

Cuidados gerais

acompanhar Hto e Hto p/ cirurgia.

Dr. Osimachi Okemira
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 186784

Médico



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | | |
|------------------|--|-------|-------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 28/06/2018 | DIH | DN | 26/09/1966 |
| PACIENTE | TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | |
| AGNÓSTICO | LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA | | | |
| ALERGIAS | HAS DM2 | | | |
| IDADE | 51 | LEITO | 404-6 | DATA |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | Bom dia |
| 2 | AVP | | | |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS | | | 10/22 |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 21 X DIA S/N | | | |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | 12/24 |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | | | |
| 10 | PRAMAL 100MG + SI-0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | 12/24 |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | |
| 12 | 3 ML TICONA 40 GOTAS V.O. 3/3 HRS S/N | | | 12/24 |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | |
| 14 | SSVV + OCGG 6/6 H | | | 12/24 |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | |
| 16 | CLINDAMICINA 300MG EV 6/6HRS | | | 12/24 |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | 12/24 |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | 12/24 |
| | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEFRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAQ

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|------|
| GH | PA | FC | FR | T |
| 12 H | 100/60 | 74 | 18 | 36,4 |
| 18 H | 101/69 | 77 | | |
| 24 H | 115/67 | 62 | 20 | 35,2 |

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185174-6

07:13 h. Pac no leito, administração de medicação e aferido SSVV:
07:00 Paciente queixando-se de dor - administração de analgésico
09:00 Segue com cuidados de enfermagem, aux. Ave
06:11 PA=129x80 PR=65 T=35,2



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA



41046

DATA DE ADMISSÃO: 28/06/2018 DH: 26/07/1966

PACIENTE: **TEOTONIO CIPRIANO COSTA**

AGNÓSTICO: **LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA**

ALERGIAS:

IDADE: 51 HAS: DM2
 LEITO: 404-6 DATA: 05/07/2018

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|--|--|---------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | |
| 2 | AVP | |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS | |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 8/8 X DIA S/N | |
| 8 | PLASII 10MG EV 8/8H S/N | |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N | |
| 10 | TIAMAL 100MG + SFC 9% 100ML EV DE 8/8H SEDOR INTENSA | |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS ≥ 160 E DULPAD > 110 MMHG | |
| 12 | SIMULTICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA DE 1 CP VO | |
| 14 | SSVV + CCOG 8/8 H | |
| 15 | CLORATIVO DIÁRIO | |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: SFC, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, SUPINEICO,
 NO EXAMENADO, HIDRATADO.

SINTOMAS:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H: 144x67 60 20 36,6°C

| SINAIS VITAIS | 6 H | PA | FC | FR | 36,6°C |
|---------------|--------|----|----|--------|--------|
| 12 H | 120x60 | 70 | 18 | 36,7 | |
| 18 H | 119x73 | 70 | 18 | 36,7 | |
| 24 H | 111x72 | 68 | 20 | 36,2°C | |

Dr. Odinachi Okemli
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 105.175-1

Dr. Odinachi Okemli
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

18:00 as 09:00 Admistrado
 medicacoes e par, aferido SSVV
 se que não tenha alteração de temperatura

11:30hs Realizado medicacoes do
 dorso e dor do SSVV. Não as
 mudanças. Enfoque em

Suzana Maria de Jesus
 Tcc em Enfermagem
 COREN-RR 081.713-TE

13 de 19
 Realizado a medi-
 cação de dor e
 aferido do SSVV,
 C. P. M.

Suzana Maria de Jesus
 Tcc em Enfermagem
 COREN-RR 081.713-TE

404-6



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 28/06/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA
AGNÓSTICO: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA

ALERGIAS: IDADE: 51 HAS: DM2: LEITO: 404-6 DATA: 06/07/2018

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|---|---|---------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | |
| 2 | AVP | 5:00 |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS | |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N | 22:00 |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N | |
| 10 | TRAMAL 100MG + SFO 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | 5:00 |
| 11 | CAPTUPRIL 25 mg VO 6x PAS > 160 E OU PAD > 130 MMHG | |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | |
| 14 | SSVV + CCGG 8/8 H | |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 65% 40 ML EV. + AVISAR PLANTONISTA | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:



- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO: BEO, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO,
- # SOLICITADO:
- # CONDUTA:
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H | 100/70 | 64 | 18 | 36.6 |
| 12 H | 130/80 | 62 | 18 | 35.8 |
| 18 H | 120/74 | 76 | | 36.8 |
| 24 H | 100/60 | 62 | 19 | 36.6 |

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
Residente De Ortopedia e Traumatologia

13 as 19h Administrado medicação
com Verificado SSVV Tcc Roraimo
19 as 07 hrs. Adm. med. de horários, Aferido SSVV,
segue aos cuidados da enfermagem Tcc. Júlio

404-6

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|--|--|
|  | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | |  |
| | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | |
| | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | |
| | PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | |

| | | | | |
|------------------|------------|-----|----|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 28/06/2018 | DIH | DN | 26/09/1966 |
|------------------|------------|-----|----|------------|

| | | | | |
|----------|-------------------------|--|--|--|
| PACIENTE | TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | |
|----------|-------------------------|--|--|--|

| | | | | |
|-----------|--|--|--|--|
| AGNÓSTICO | LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO | | | |
|-----------|--|--|--|--|

| | | | | |
|----------|--|--|--|--|
| ALERGIAS | | | | |
|----------|--|--|--|--|

| | | | | |
|-------|----|-----|-----|--|
| IDADE | 51 | HAS | DM2 | |
|-------|----|-----|-----|--|

| | | | | |
|-------|-------|------|------------|--|
| LEITO | 404-6 | DATA | 07/07/2018 | |
|-------|-------|------|------------|--|

| | | | | |
|------|------------|--|--|---------|
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
|------|------------|--|--|---------|

| | | | | |
|---|------------------|--|--|--|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | |
|---|------------------|--|--|--|

| | | | | |
|---|-----|--|--|----|
| 2 | AVP | | | 5h |
|---|-----|--|--|----|

| | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|----|
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS | | | 5h |
|---|-----------------------------------|--|--|----|

| | | | | |
|---|---------------------------------|--|--|---------|
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | | | 10h 22h |
|---|---------------------------------|--|--|---------|

| | | | | |
|---|-------------------------|--|--|--|
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | |
|---|-------------------------|--|--|--|

| | | | | |
|---|----------------------------|--|--|--|
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N | | | |
|---|----------------------------|--|--|--|

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 10 | TRAMAL 100MG + SFO 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | |
|----|---|--|--|--|

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | |
|----|---|--|--|--|

| | | | | |
|----|-------------------------------------|--|--|--|
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | |
|----|-------------------------------------|--|--|--|

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | |
|----|--|--|--|--|

| | | | | |
|----|-------------------|--|--|-----|
| 14 | SSVV + CCGG 8/8 H | | | 05h |
|----|-------------------|--|--|-----|

| | | | | |
|----|-----------------|--|--|--------|
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | Rotina |
|----|-----------------|--|--|--------|

| | | | | |
|----|------------------------------|--|--|-----------------|
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS | | | 10h 13h 24h 06h |
|----|------------------------------|--|--|-----------------|

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 17 | | | | |
|----|--|--|--|--|

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 18 | | | | |
|----|--|--|--|--|

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 19 | | | | |
|----|--|--|--|--|

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 20 | | | | |
|----|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|------------------|--|--|--|--|
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | |
|------------------|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES | | | | |
|---|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HÍDRATADO. | | | | |
|---|--|--|--|--|

| | | | | |
|---------------|--|--|--|--|
| # SOLICITADO: | | | | |
|---------------|--|--|--|--|

| | | | | |
|------------|--|--|--|--|
| # CONDUTA: | | | | |
|------------|--|--|--|--|

| | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|

| | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 105149

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 110/68 | 61 | - | 36,5° |
| 18 H | 114/70 | 70 | - | 36,1° |
| 24 H | 114/66 | 63 | - | 36,4° |

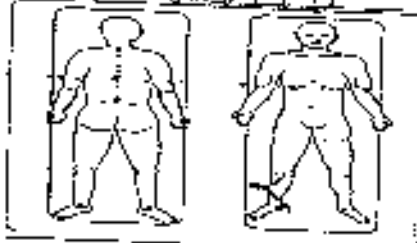
7as 18h Administrados medicamentos com Trocado acesso venoso, punção com gelo Nº 20 em m.s.e. Verificado SSVV. 06 - PA - 110/75 T = 36,5 P - 60

Moraes Rosário J. Vale
Técnico Enfermeiro
CRM: 105149

NOME: Teotônio Cipriano Costa

DATA: 07/07/18

Localização / Região: M.I.D.

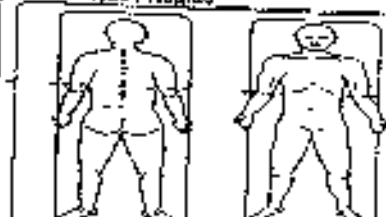


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



~~GRAU - I~~

☐ GRAU - II

Etiologia

☐ Pressão - I - II - III - IV ☐ Vênosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: cm Largura: cm
Profundidade: cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escudo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Odor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Periférica:

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras: Esguiness

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 3%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:

07/07/18

em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

Diário
01. Sônia F. de Souza
02. Cesar
Vanessa Moraes
Téc. em Enfermagem
COPEM-PR 90112-04

OBS:

Nome: Wesley Espirano Costa

DATA: 08/04/18

Localização / Região: M.D.

GRAU - I

GRAU - II



DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região:



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ microangiopatia ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outras:

Tamanho da Ferida:

Superfície: _____ cm. Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escleroza
☐ tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ Nenhum ☐ Pouco ☐ Médio, pouco
☐ Médio, moderado ☐ Molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Seroso sanguinolento

Do:

☒ Não ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras:

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

(Gostoso direto na lesão)

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Nota do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de < 24hs

Deixar

Início e ass.

Tcc. em Enfermagem

Assinatura e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Médico
Assinatura do Enfermeiro

OBS:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA

ALERGIAS

IDADE 51 HAS DM2
LEITO 404-8 DATA 09/07/2018

ITEM 1 DIETA ORAL LIVRE HORÁRIO

2 AVP SNO

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS Montec

7 TENOXICAM 40 MG EV 51 X DIA S/N 10 222

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9 DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 40 GÓTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14 SSVV + CCGG 8/8 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORRÊÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
50%, 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

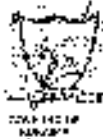
| 6 H | PA | FC | FR |
|------|--------|----|----|
| 12 H | 150/92 | 65 | 19 |
| 18 H | 137/82 | 70 | 19 |
| 24 H | 119/68 | 58 | 35 |

Dr. Otiliano Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

07/07/18 4h 45min SSVV o od medicadoo CRM. Seguiu as
orientações da enfermagem.

06/7 PA=119x70 P=59

Dr. Otiliano Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | | |
|---|--|-------|-------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 28/08/2018 | DIH | DN | 26/09/1966 |
| PACIENTE | TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | |
| DIAGNÓSTICO | LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA | | | |
| ALERGIAS | HAS DM2 | | | |
| IDADE | 51 | LEITO | 404-6 | DATA |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | 24h |
| 2 | AVP | | | manhã |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/2 HRS | | | 10/22 |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 6/6 X DIA S/N | | | |
| 8 | PLASIL 10MG EV 3/8H S/N | | | |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N | | | |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | |
| 12 | SIVETICONA 40 GOTAS V.O. 8/8 HRS S/N | | | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | |
| 14 | SSVV + CCBG 6/8H | | | 24h |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 2/6HRS | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| <p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.</p> | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ALCONTOIRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|-------|--------|
| 6 H | 120/80 | 80 | FR 14 | 36.5°C |
| 12 H | 120/80 | 80 | 19 | 36.8 |
| 18 H | 122/81 | 67 | — | 36.1 |
| 24 H | 126/77 | 70 | 16 | 36.0 |

Dt. Odinachi Okemiti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1861408

Dt. Odinachi Okemiti
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

Obs 7 as 13h por adm
medicacao + SSVV

13as 19h administrado me
dicacao verificado sinais
vitalis

Maílene

Dr. Odinachi Okemiti
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
COREN-RR 010.411.634



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 / Versão: 06

1ª e 2ª Edições
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 404.6

| | | | |
|--|--|--|---|
| Nome: <u>Festonia Cipriano</u> | | Localização / Região: <u>M.I.D</u> | |
| DATA: <u>10/07/18</u> | | DATA: <u>10/07</u> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I | | <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I | |
| <input type="checkbox"/> GRAU - II | | <input type="checkbox"/> GRAU - II | |
| Etiologia | <input checked="" type="checkbox"/> Pressão - I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Oribénica <input type="checkbox"/> Pneumônicos <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Trauma oculto: | Etiologia | <input checked="" type="checkbox"/> Pressão - I - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Oribénica <input type="checkbox"/> Pneumônicos <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Trauma oculto: |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm | Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm |
| Índice de Lallo: | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico | Índice de Lallo: | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante |
| Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo | Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo |
| Dor: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Dor: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor |
| Condição da pele Perilesional: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubeo <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | Condição da pele Perilesional: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubeo <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: | Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: | Cobertura primária (Contato direto na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: |
| Hora do curativo: | <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde | Hora do curativo: | <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde |
| Próxima troca caso da + de 24hs | <u>Diário</u> | Próxima troca caso da + de 24hs | <u>Diário</u> |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem | 01. <u>[Assinatura]</u> Nanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-PR 125.78 | 01. <u>[Assinatura]</u> Nanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-PR 125.78 | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | <u>[Assinatura]</u> Salmi Pinheiro Téc. em Enfermagem | <u>[Assinatura]</u> Salmi Pinheiro Téc. em Enfermagem | |
| OBS: | | OBS: | |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvnTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|---|--|-------|-------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 28/06/2018 | DIH | | DN | 26/09/1966 |
| PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | | |
| AGNOSTICADO: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 51 | LEITO | 404-6 | DATA | 11/07/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL CIVIL | | | | SMA |
| 2 | AVP | | | | |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS | | | | 10:22 |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | | | | 5v |
| 5 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | | 5v |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | | | | 5v |
| 10 | TRAMAL 100MG + SFG 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | | 5v |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | 5v |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | | 5v |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | | 06h |
| 14 | SSVV + COGG 6/6 H | | | | 06h |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | | 06h |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | | | | 06h |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

PA 120/80 80 Temp 36,2°C

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|--------|------|
| 6 H | PA | FC | FR | T |
| 12 H | 150/80 | 67 | 16 | 36 |
| 18 H | 131/80 | 71 | 17 | 36,2 |
| 24 H | 130/80 | 82 | 19 rpm | 36,1 |

Dr. Odinechi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Odinechi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia

33 as 19h no leito, com medicações e aferição vitais

4 (4) medicações conforme prescrição, aferição vitais

Odinechi Okemiri
Técnico de Enfermagem
EPREN-HR, 791.356-75

Sarah Moraes Caldeira
COORDENADORA

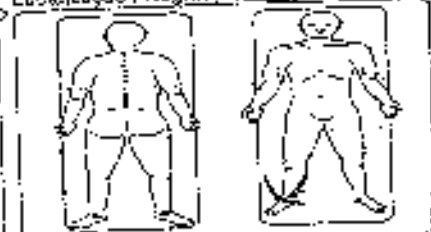
Nome: Teolônio Adriano

DATA: 11.07.18

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

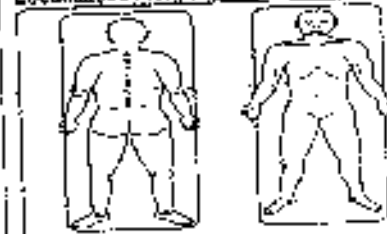


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☒ Varicela ☐ Diabética
☐ Trombose ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm
Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☒ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudado

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ na beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Perifoneal:

☒ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras:

Solução para limpeza

☒ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
em caso de + de 24hs

Diário

Imão e ass. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

01. Teolônio Adriano
02. Teolônio Adriano
Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Enfermeiro

OBS:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | |
|------------------|---|-------|-------|-----------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 28/08/2018 | DIH | DN | 26/09/1966 |
| PACIENTE | TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | |
| AGNÓSTICO | LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO | | | |
| ALERGIAS | HAS DM2 | | | |
| IDADE | 51 | LEITO | 404-6 | DATA 12/07/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | S.M. |
| 2 | AVP | | | - |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS | | | 22 |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | | | SV |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | SV |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N | | | SV |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | SV |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | SV |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | SV |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | 10h |
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | 10h |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | 10h |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | | | 10h |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV → AVISAR PLANTONISTA | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITAÇÃO:
- # CONDUÇÃO:
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 11:30 H | 140x80 | 64 | 18 | 35.2 |
| 17:18 H | 125x71 | 64 | 19 | 35.4 |
| 24 H | 115x66 | 67 | | 35.6 |

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia

11:30h Realizado medicamentos do horário
apreendido SSVV. Jovens em cuidados
de enfermagem.

13 às 19hs. Adm. Med. de
horários, apreendido SSVV
segue aos cuidados
da enfermagem
Téc. Filipe

* 1900h às 7h00h adm. med.
apreendido SSVV. Av. C. Amakobuyato

17:40 - Realizado troca de
AVP em MSD com Jélio
20. Téc. Filipe



Nome: Teotônio Epígnio Costa

DATA: 12/01/18

Localização / Região: pp + perna direita

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II



DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II



Etiologia
☐ Pressão I - II - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ oncológica ☒ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____

Tamanho da Ferida:
 Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
 Profundidade: _____ cm

Característica do Leito:
☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☒ Tecido necrótico aderido com mecha

Quantidade de Exsudato:
☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:
☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serososanguíneo

Dor:
☒ Sim leve ☐ Não

Odor:
☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Periférica:
☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☒ Outras placardas avermelhadas

Solução para limpeza:
☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 0,5%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outra: _____

Cobertura primária (Colado direto na lesão):
☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outra: _____

Hora do curativo:
☒ Manhã ☐ Tarde

de Próxima troca:
 em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem
 01- [Assinatura] [Carimbo]
 02- [Assinatura] [Carimbo]

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
 01- [Assinatura] [Carimbo]
 02- [Assinatura] [Carimbo]

Etiologia
☐ Pressão I - II - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____

Tamanho da Ferida:
 Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
 Profundidade: _____ cm

Característica do Leito:
☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico ☐ Escara

Quantidade de Exsudato:
☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:
☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:
☐ Sim _____ ☐ Não

Odor:
☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele Periférica:
☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Solução para limpeza:
☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outra: _____

Cobertura primária (Colado direto na lesão):
☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outra: _____

Hora do curativo:
☐ Manhã ☐ Tarde

de Próxima troca:
 em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem
 01- _____ [Carimbo]
 02- _____ [Carimbo]

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
 01- _____ [Carimbo]
 02- _____ [Carimbo]

OBS:

OBS:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MEDICA



404.6

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/05/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICADA LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA

ALERGIAS

IDADE 51 HAS DM2
LEITO 404.6 DATA 13/07/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

| | | |
|----|---|---------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | |
| 2 | AVP | SM |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS | |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | SV |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N | SV |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | SV |
| 11 | CAPTAPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | SV |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | SV |
| 13 | OML PRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | SV |
| 14 | SSVV + COGG 8/8 H | 06 |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | retirar |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 73 DL/ML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOITE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDIÇÃO:
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO




Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15651/RR

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|-------|-------|
| 8 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 102/61 | 65 | 20 | 36,0 |
| 18 H | 100/60 | 63 | 20mpm | 36,5 |
| 24 H | 109/70 | 88 | 20 | 36,50 |

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

12:00 ADM. MED. C.R.M. + 550V Administrado medi-
cação conforme pres-
crição, aferido sinais
vital. 13/07/2018
Téc. de Enfermagem
COPEN-RR 007.664-46

404-6

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--|---|---|
|  | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | |  |  |
| | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| | PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |

| | | | | |
|------------------|------------|-----|----|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 28/08/2018 | DIH | DN | 26/09/1966 |
|------------------|------------|-----|----|------------|

| | |
|----------|-------------------------|
| PACIENTE | TEOTONIO CIPRIANO COSTA |
|----------|-------------------------|

| | |
|-------------|--|
| AGNOSTICADO | LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA |
|-------------|--|

| | | |
|----------|-----|-----|
| ALERGIAS | HAS | DM2 |
|----------|-----|-----|

| | | | | | |
|-------|----|-------|-------|------|------------|
| IDADE | 51 | LEITO | 404-6 | DATA | 14/07/2018 |
|-------|----|-------|-------|------|------------|

| | | |
|------|------------|---------|
| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|------------|---------|

| | | |
|---|------------------|-----|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SND |
|---|------------------|-----|

| | | |
|---|-----|-------|
| 2 | AVP | Mante |
|---|-----|-------|

| | | |
|---|-----------------------------------|-------|
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS | 10:25 |
|---|-----------------------------------|-------|

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | |
|---|---------------------------------|--|

| | | |
|---|-------------------------|--|
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | |
|---|-------------------------|--|

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | |
|---|----------------------------|--|

| | | |
|----|--|--|
| 10 | TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | |
|----|--|--|

| | | |
|----|---|--|
| 11 | CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 120 MMHG | |
|----|---|--|

| | | |
|----|-------------------------------------|--|
| 12 | SIMETICONA 45 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | |
|----|-------------------------------------|--|

| | | |
|----|--|--|
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | |
|----|--|--|

| | | |
|----|------------------|-------|
| 14 | SSV + CCGG 8/8 H | 12:18 |
|----|------------------|-------|

| | | |
|----|-----------------|-------|
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | 24:06 |
|----|-----------------|-------|

| | | |
|----|------------------------------|--|
| 16 | CLINDAMICINA 300MG EV 6/6HRS | |
|----|------------------------------|--|

| | | |
|----|--|--|
| 17 | | |
|----|--|--|

| | | |
|----|--|--|
| 18 | | |
|----|--|--|

| | | |
|----|--|--|
| 19 | | |
|----|--|--|

| | | |
|----|--|--|
| 20 | | |
|----|--|--|

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, IOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUZA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinechi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 156.431-TE

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H | PA | FC | FR | T |
| 12 H | 124/73 | 62 | | 35,8° |
| 18 H | 116/66 | 69 | | 36,5° |
| 24 H | 120/70 | 80 | 20 | 36,8° |

Dr. Odinechi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia

7as 19 Administrado medicamentos em

Verificado SS UV. Teó

Verificação de Saúde
Teó. em 28/08/2018
COREN/R 156.431-TE

19as 07hs. Prestado todos os cuidados;
Sinais e exames. Teó:



Atendimento às Feridas
Componente do Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06

Atualizado em: Janeiro 2015

Atualizado: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 404.6

Nome: Teotônio Siqueira

DATA: 14.07.18

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região

ALD

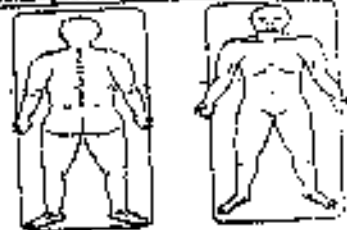


DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

Tamanho da Ferida:

Extensão do Leito:

Quantidade de Exsudato

Tipo de exsudato:

Dor:

Odor:

Condição da pele

Periférica:

Solução para limpeza

Cobertura primária

(Conteúdo na lesão)

Hora do curativo:

da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e Ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

☐ Pressão (I - II - III - IV) ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética

☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:

Comprimento: _____ cm

Profundidade: _____ cm

☐ Tecido de granulação ☒ com esfacelo

☒ Infecção bacteriana

☐ seco, mínimo ☒ Úmidos, pouco

☐ Úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

☒ Sem ☐ Não

☐ Evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito

☐ Evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor

☐ Prurido ☐ Outras:

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%

☐ Clorexidina 4% ☐ Outros:

☒ Gaze ☐ Colagenase

☐ Fibrinase

☐ AGE

☒ Sulfadiazina de Prata

☐ Outros:

☒ Manhã ☐ Tarde

Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

☐ Pressão (I - II - III - IV) ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética

☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:

Comprimento: _____ cm

Profundidade: _____ cm

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo

☐ Infecção bacteriana ☐ Escara

☐ seco, mínimo ☐ Úmido, pouco

☐ Úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento

☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

☐ Sem ☐ Não

☐ Evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito

☐ Evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor

☐ Prurido ☐ Outras:

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%

☐ Clorexidina 4% ☐ Outros:

☐ Gaze ☐ Colagenase

☐ Fibrinase

☐ AGE

☐ Sulfadiazina de Prata

☐ Outros:

☐ Manhã ☐ Tarde

Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro

02- Declaro

01- Declaro



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 28/08/2018 DIH DN 26/08/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICA LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

51

LEITO

404-6

DATA

15/07/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE S/N

2 AVP S/N

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS 10/22

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N S/N

9 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N 24/25

10 TRAMAL 100MG + SFC, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG S/N

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 26

14 SSVV + CCGG 6/6 H Rotina

15 CURATIVO DIÁRIO M

16 CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS 24/25

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | 5h | 20 | 35,82 |
|---------------|----------|----|-----------|
| 6 H | 100 x 60 | FC | FR |
| 12 H | 108 x 66 | 63 | 18 36°C |
| 18 H | 115 x 60 | 70 | 17 36,2°C |
| 24 H | 110 x 70 | 67 | 22 37,0°C |

Dr. Odinechi Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 51 LEITO 404-8 DATA 16/07/2018

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|---|----------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | 5/12 |
| 2 | AVP | 11/12/18 |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS | 11/12/18 |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N | 11/12/18 |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | 11/12/18 |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | 11/12/18 |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | 11/12/18 |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | 11/12/18 |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | 11/12/18 |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | 11/12/18 |
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H | 11/12/18 |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | 11/12/18 |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | 11/12/18 |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 230-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTF, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL. EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA:
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H | PA | FC | FR | T |
| 12 H | | | | |
| 18 H | 136/73 | 65 | 20 | 36,3 |
| 24 H | 111/66 | 58 | 21 | 36,3C |

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.000

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

As 7h as 13 foi adon 6h - Pa = 109x69
medicação + SSVV
Auxilio de Roraima
CC 100.000
As 7h Adm. Adm. as medicações CPM e
feito SSVV

Des 13 as 8 hrs 100mm
medicação CPM + SSVV

feito
167694

412-1

| | | | | | |
|---------------------------|------------|--------------------------------|----|--------------------------------------|--|
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | 28/06/2018 | DIH | DN | 26/09/1966 | |

| | | | | | |
|-----------|--|-------|-------|------|------------|
| PACIENTE | TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | |
| AGNÓSTICO | LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA | | | | |
| ALERGIAS | HAS | DM2 | | | |
| IDADE | 51 | LEITO | 404-6 | DATA | 17/07/2018 |

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORARIO |
|------|---|---------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SD |
| 2 | AVP | SD |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 2/12 HRS | SD |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 31 X DIA (S/N) | SD |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H (S/N) | SD |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 8/8H (S/N) | SD |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | SD |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SC PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | SD |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS (S/N) | SD |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | SD |
| 14 | SSVV + CCGG 8/8 H | SD |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | SD |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS | SD |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | <p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI ± QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA</p> | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|------|
| BH | PA | FC | FR | T |
| 12 H | 130/70 | 70 | 16 | 35,8 |
| 18 H | 122/70 | 82 | 18 | 36,2 |
| 24 H | 115/60 | 72 | - | 36,2 |

Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185116R

Dr. Odinachi Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

PACIENTE COM DIARRÉIA DESDE
16/07/18! *[assinatura]*

06:00h
PA = 130x80
FC = 80
TA = 36,2





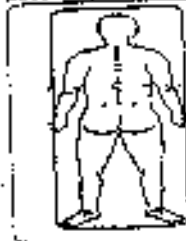
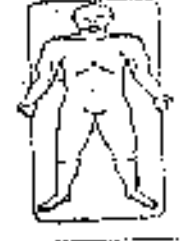

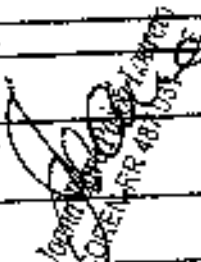
Atendimento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Processo nº 1 | Versão 06

Revisão 06
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 404-6

| Paciente: <u>Leotonia Cipriano</u> | | Localização / Região: <u>M.I.D.</u> | | Localização / Região | |
|--|--|-------------------------------------|--|----------------------|--|
| DATA: <u>17/04/18</u> |   | DATA: |   | | |
| <input type="checkbox"/> GRAU - I | | <input type="checkbox"/> GRAU - I | | | |
| <input type="checkbox"/> GRAU - II | | <input type="checkbox"/> GRAU - II | | | |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncosclerótica <input type="checkbox"/> queimadura <input type="checkbox"/> Trauma cirúrgico | | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncosclerótica <input type="checkbox"/> queimadura <input type="checkbox"/> Trauma cirúrgico | | |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm | | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm | | |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> semi esclerótico <input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> semi esclerótico <input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | |
| Tipos de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | | |
| Dor: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | |
| Condição da pele Perifoneal: | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras | | |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |
| Cobertura primária (contato direto na lesão) | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | |
| Data da Próxima troca: na caso de + de 24hs | <u>Diário</u> | | | | |
| Carimbo e ass. em Enfermagem |  | |  | | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | | | | |
| OBS: | | | | | |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | | | |
|--|---|------------|-------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | 28/08/2018 | DIH | DN | 26/09/1966 |
| PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | | |
| AGNÓSTICO LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | DM2 | | |
| IDADE | 51 | LEITO | 412-1 | DATA | 18/07/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | |
| 2 | AVP | | | | |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS | | | | |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV D1 X DIA S/N | | | | |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | | |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | | | | |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | | |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | | |
| 14 | SSVV - DCGG 8/8 H | | | | |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 142/73 | 56 | 29 | 35,4 |
| 18 H | 122/79 | 57 | 18 | 36,2° |
| 24 H | 115/80 | 70 | 20 | 35,8 |

Dr. Odinachi Okemiri
 Ortopedia e Traumatologia
 CRP 1851406
 Residente De Ortopedia e Traumatologia

07 as 13 admn medicacão verificada com ASVV.

13 as 19h Administrado medicacão por
 Verificado SSVV Tio Rôndão

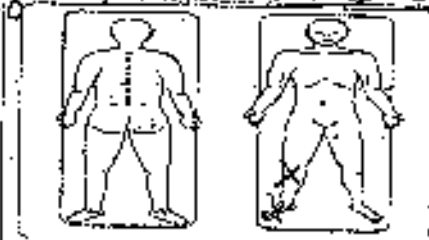
Verso →

Nome: Teotônio Cipriano Costa

DATA: 18/07/18 Localização / Região: M.I.D.

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

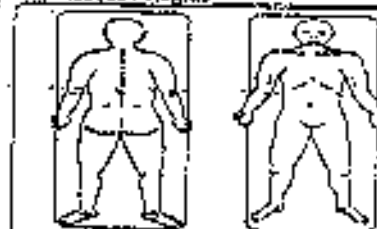


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia: ☒ Pressão I - II - III - IV ☒ Venosa ☒ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☒ Crônica ☐ Trauma oculto

Tamanho da Ferida: Comprimento: 2 cm Largura: 1 cm
Profundidade: 1 cm

Variedade do Leito: ☒ Tipo de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serososanguinolento

Dor: ☒ Sem ☐ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele Perifoneal: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária (Gestão direta na lesão): ☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

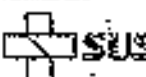
Em caso de 4 do 24hs

Cuidado e ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

OBS:



Sistema
Único de
Saúde

Atividade
de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EDUCADORA

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARIMBO RESIDUAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. B3E MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Osteomielite de fêmur +
lesão de partes moles em pé +
perna

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex + f

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIA 23 - CID 10 TERCIÁRIA

Osteomielite fêmur + lesão partes moles pé + perna

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Desbridamento perna + Osteomielite de fêmur

26 - CUNHA

27 - QUALIDADE DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CDD. DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

38 - CDD. EXPOSURA

39 - CDD. DA EMPRESA

40 - CDD.

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

42 - VÍNCULO COM A RESPONSABILIDADE

43 - VÍNCULO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - JOGADOR

47 - APOSENTADO

48 - INDETERMINADO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

50 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - CUNHA

53 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

0415030013

8408060190 - 1485

0415040035 - ROL

19.7 a 3.8



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Teotônio Cipriano Costa

Data: 10/04/18 O.S. _____

DIAGNOSTICO PRÉ OPERATÓRIO:

Lesão extensa de partes moles

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

em pé e pé + Osteomielite fôss

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

Flu cing. osteomielite fôss +

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Destruído em pé

CIRURGIÃO

Jonathas

1º AUXILIAR:

May

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESIAS:

Bira

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Maximiliano
Ortopedia e Traumatologia
Medicina de Família
CRM-RR 14272

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pele em pé sob anestesia
- 2) Antissepsia + Assepsia
- 3) Remoção de partes
- 4) Destruído de ferimento necrótico em região plantar da base do 1º Met
- 5) Destruído de lesão necrótica de face anterior medial da fíbula
- 6) Amputação de face anterior da fíbula
- 7) HMC. cl. de osteo reconstrução
- 8) Sutura das feridas.

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 14272



Teodoro Garrido Costa.

PARACETAMOL - PROCA - DCE - OFA - EFETD

19.01.2018

20h

[illegible]

~~GROUP 1 - Excluded from automatic downgrading and
declassification~~



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|----------------------------|-----------------------|-------------|---------------------------------|-----------------------|
| NOME DO PACIENTE | | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA | | |
| Antonio Cipriano Costa | | | | 19/10/18 | | |
| CIRURGIA | | | | | | |
| TIPO | | TEMPO DE DURAÇÃO | | | | |
| Osteomielite de pé D + Osteotomia | | INÍCIO | FIM | TEMPO TOTAL | | |
| | | 20:18 | 20:44 | | | |
| EQUIPE MÉDICA | | | | | | |
| CIRURGIÃO | | ANESTESISTA: | | | | |
| Dr. Jonathas | | Dr. Rina | | | | |
| | | RES. ANESTESIA: | | | | |
| | | Dr. Fábio | | | | |
| 1º AUXILIAR | | INSTRUMENTADOR | | | | |
| | | | | | | |
| 2º AUXILIAR | | CIRCULANTE | | | | |
| | | Socorro, Onizio e Jonathas | | | | |
| TIPO DE ANESTESIA: Rápida | | TEMPO DE DURAÇÃO: | | | | |
| Q | NT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |
| 1 | | PCIS COMPRESSAS C/03 UNID. | | 1 | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml | |
| 1 | | PACOTES GAZE | | 1 | cateter de O ₂ | |
| 1 | | LUVA ESTERIL 7.0 | | 1 | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| 1 | | LUVA ESTERIL 7.5 | | 1 | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| 1 | | LUVA ESTERIL 8.0 | | 1 | FIO VICRYLNº | |
| 1 | | LUVA ESTERIL 8.5 | | 1 | FIO MONONYLON Nº | |
| 1 | | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | Dem | 1 | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº | |
| 1 | | LÂMINA BISTURINº 15 | | 1 | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| 1 | | DRENO DE SUÇÃO Nº | utilizado | 1/2 | FIO CATGUT SIMPLES Nº | utilizado de 1/2 |
| 1 | | DRENO DE TORAX Nº | utilizado | 1/2 | FIO CATGUT CRIMATON Nº | utilizado |
| 1 | | DRENO DE PENROSE Nº | utilizado | 1 | FIO PORENE Nº | utilizado |
| 1 | | SERINGA 01ML | utilizado de respirar | 1 | FIO SEDA Nº | utilizado para suture |
| 1 | | SERINGA 03ML | | 1 | SURGICEL | |
| 1 | | SERINGA 05 ML | | 1 | GIRA-POSSO 200ml de clorexidina | |
| 1 | | SERINGA 10ML | | 1 | KIT CATARATANº | utilizado |
| 1 | | SERINGA 20ML | | 1 | GEORAM | equipo marinho |
| | | | | | FITA CARDIACA | utilizada |
| | | | | | OUTROS: | |

| | | | | |
|---|--------------------|---------------------------------------|--|-------|
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A) | ENFERMEIRA CHEFE | MATERIAL MEDICAMENTOS | | |
| | | SUB- TOTAL | | |
| FUNÇÃO/CALCULOS | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE SALA | | |
| | | TAXA DE ANESTESIA | | |
| | | SOMA | | |
| | | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | |



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|------------------|--|-------|
| NOME DO PACIENTE | | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA | |
| Antonio Cipriano Costa | | | | 19/10/18 | |
| CIRURGIA | | | | | |
| TIPO | | TEMPO DE DURAÇÃO | | | |
| Osteomielite de pé D + Ombrelamento | | INICIO | FIM | TEMPO TOTAL | |
| | | 20:18 | 20:44 | | |
| EQUIPE MÉDICA | | | | | |
| CIRURGIÃO | | ANESTESISTA: | | | |
| Dr. Jonathas | | Dr. Rina | | | |
| AUXILIAR | | RES. ANESTESIA: | | | |
| | | Dr. Fábio | | | |
| AUXILIAR | | INSTRUMENTADOR | | | |
| | | | | | |
| CIRCUANTE | | Socorro, Onizio e Jonathas | | | |
| TIPO DE ANESTESIA: Rápida | | TEMPO DE DURAÇÃO: | | | |
| QNT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |
| 1 | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. | | 1 | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml | |
| 1 | PACOTES GAZE | | 1 | cateter de O ₂ | |
| 1 | LUVA ESTÉRIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| 1 | LUVA ESTÉRIL 7.5 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| 1 | LUVA ESTÉRIL 8.0 | | | FIO VICRYL [®] | |
| 1 | LUVA ESTÉRIL 8.5 | | | FIO MONONYLON [®] | |
| 1 | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | DEM | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA [®] | |
| 1 | LAMINA BISTURIN [®] 15 | | 1 | FIO ALGODÃO COM AGULHA [®] | |
| 1 | DRENO DE SUÇÃO N ^o 1 | utilização | 1/2 | FIO CATGUT SIMPLER N ^o 000 agulha de 18 | |
| 1 | DRENO DE TORAX N ^o 1 | utilização | 1/2 | FIO CATGUT CROMADO N ^o 000 malhas | |
| 1 | DRENO DE PENROSE N ^o 1 | utilização | 1/2 | FIO PROLENE N ^o 000 | |
| 1 | SERINGA 01ML | agulha de 25 | 1 | FIO SEDA N ^o 000 | |
| 1 | SERINGA 03ML | | 1 | SURGICEL | |
| 1 | SERINGA 05 ML | | 1 | CERA W/ OSSO 200ml de cloxidina | |
| 1 | SERINGA 10ML | | 1 | KIT CATARATA [®] | |
| 1 | SERINGA 20ML | | 1 | GEFOAM | |
| | | | | FITA CARDIACA | |
| | | | | OUTROS: | |

| | | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|--|-------|
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A) | ENFERMEIRA CHEFE | MATERIAL MEDICAMENTOS | | |
| | Aline e Solange | SUB- TOTAL | | |
| ACIONÁRIO/CALCULOS | CIRCUANTE DE SALA | TAXA DE SALA | | |
| | Socorro, Jonathas | TAXA DE ANESTESIA | | |
| | Nilvana | SOMA | | |
| | | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | |

201-2

412-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | | |
|---|---|-------|-----|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 28/06/2018 | DIH | DN | 76/09/1966 |
| PACIENTE | TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | |
| AGNÓSTICO | LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO | | | |
| ALERGIAS | HAS 90/2 DM2 | | | |
| IDADE | 51 | LEITO | 421 | DATA |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | 5:00 |
| 2 | AVP | | | 5:00 |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HNS | | | 5:00 |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA 5/1 | | | 5:00 |
| 8 | FLASII 10MG EV B/H 5/1 | | | 5:00 |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/8H 5/1 | | | 5:00 |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | 5:00 |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO (SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG) | | | 5:00 |
| 12 | SIMETICONA 10 GOTAS V.O 8/8 HRS 5/1 | | | 5:00 |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | 5:00 |
| 14 | SSVV + CCGG 8/8 H | | | 5:00 |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | 5:00 |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | | | 5:00 |
| 17 | | | | 5:00 |
| 18 | | | | 5:00 |
| 19 | | | | 5:00 |
| 20 | | | | 5:00 |
| <p>SE DIABÉTICO CORRÊÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SFM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|--------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 100/70 | 98 | 18 | 36.2 |
| 18 H | 130/80 | 71 | 22 | 36.0 |
| 24 H | 130/67 | 64 | | 36.0°C |
| 06 H | 117/68 | 56 | | 36.0°C |

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 188549

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12:00 Paciente quiescente e de dor administrada
com O911; AVV: Am. Todas medicações realizadas
e.p.m.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 28/06/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIC CIPRIANO COSTA

ACNÓSTICO: LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITA

ALERGIAS:

IDADE: 51

ITEM:

PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVF

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 HRS

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8 ELASIL 10MG EV 8/8 HRS S/N

9 DIFIRONA 1G EV DE 8/8 HRS S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0 9% 100ML EV DE 8/8 HRS SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 6/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 GRV O

14 SSVV + COGG 6/8 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 CLINDAMICINA 300MG EV 6/8 HRS

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI,
351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE > 70 UI/ML GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO

ALIMENTANDO SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BGG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO

NORMOCORADO, HIDRATADO

SOLICITADO:

CONDUTA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS:





| EH | FA | FC | FR |
|------|--------|----|------|
| 12 H | 128/84 | 49 | 36,3 |
| 18 H | 136/82 | 73 | 36,6 |
| 24 H | 120/83 | 49 | 36,8 |

Dr. Odinacl Okemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Odinacl Okemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

65-111x71 P67 T36-

Nome: Teotônio Cipriano Costa

| | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| DATA: <u>21/07/13</u> | Localização / Região: <u>M.I.D.</u> | DATA: | Localização / Região: |
| GRAU - I |  | GRAU - I |  |
| GRAU - II |  | GRAU - II |  |
| Etiologia: | <input type="checkbox"/> Fratura I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Varizes <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Outras: _____ | Etiologia: | <input type="checkbox"/> Fratura I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Varizes <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| Tamanho do Ferimento: | Comprimento: _____ cm Profundidade: _____ cm | Tamanho do Ferimento: | Comprimento: _____ cm Profundidade: _____ cm |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> Coágulo escuro <input type="checkbox"/> Tecido necrótico | Aparência do Leito: | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> Coágulo escuro <input type="checkbox"/> Tecido necrótico |
| Quantidade de Exsudato: | <input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> Úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante | Quantidade de Exsudato: | <input type="checkbox"/> Seco, mínimo <input type="checkbox"/> Úmido, pouco <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante |
| Cor do exsudato: | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguinolento | Cor do exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguinolento |
| Odor: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Odor: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Condição da pele perilesional: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | Condição da pele perilesional: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| Medicação para limpeza: | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Medicação para limpeza: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Obertura primária: | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: <u>alginate</u> | Obertura primária: | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Tempo de curativo: | <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde | Tempo de curativo: | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Assinatura do Profissional de Saúde: | 01. <u>Diário</u> 02. <u>Assinatura</u> | Assinatura do Profissional de Saúde: | 01. <u>Diário</u> 02. <u>Assinatura</u> |

| | |
|------|------|
| OBS: | OBS: |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|-------|--|-------|--|-------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO | | 28/06/2018 | | DIH | | DN | | 26/09/1966 | |
| PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | | | | | | |
| AGNÓSTICO LESÃO EXTENSA PARTES MOLES PERNA DIREITO | | | | | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | | | | | |
| IDADE | | 51 | | LEITO | | 201-2 | | DATA | |
| | | | | | | | | 22/07/2018 | |
| ITEM | | PRESCRIÇÃO | | | | | | HORÁRIO | |
| 1 | | DIETA ORAL LIVRE | | | | | | SND | |
| 2 | | AVP | | | | | | Manter | |
| 4 | | C. PROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS | | | | | | 10-22 | |
| 7 | | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | | | | | | | |
| 8 | | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | | | | | |
| 9 | | LIPARONA 1G EV DE 6/6H S/N | | | | | | | |
| 10 | | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | | | | SN | |
| 11 | | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | | | | |
| 12 | | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | | | | | |
| 13 | | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | | | | 06h | |
| 14 | | SSVV + COGG 6/6 H | | | | | | Retina | |
| 15 | | CURATIVO DIÁRIO | | | | | | M | |
| 16 | | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | | | | | | 12-18-24-06 | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |
| SE DIABÉTICO CORRÊÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BCG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCURADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|-----------------------|----|----|--------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 130/80 | 66 | — | 36,3°C |
| 18 H | 125/72 | 71 | — | 37,2°C |
| 24 H | sem ponto tempo tempo | | | |

38 hrs: Realiza dos
 es e tens 04, 54, 16

Marcinilda S. Richal
 Aux. Enfermeira
 COREN: 145512/RS

Dr. Odinaochi Okemiri
 Médico Especialista em Ortopedia e
 Traumatologia
 COREN: 043001/RS

Dr. Odinaochi Okemiri
 Médico Especialista em Ortopedia e
 Traumatologia
 COREN: 18617/RS

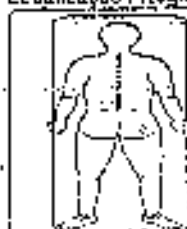
Consentido do Paciente
 DATA: 23/07/18
 HORA: 10:35
 ASS: Odinaochi

Nome: Teotônio Ripuano Costa

DATA: 22.07.18

Localização / Região

M.D.



☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

DATA:

☐ GRAU - I

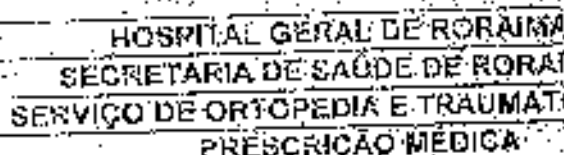
☐ GRAU - II

Localização / Região



| | | |
|---|---|--|
| Etimologia | <input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras: | <input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras: |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante |
| Tipo de exsudato: | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo |
| Dor: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim: <u>moderada</u> <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim: _____ <input type="checkbox"/> Não |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor |
| Condição da pele Perilesional: | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outros: |
| Cobertura primária (Condição direta na lesão) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outros: |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Data da Próxima troca: | <u>diário</u> | |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem | <u>Maria de Fátima M. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem CNPJ nº 14.043.508-00 | <u>Dr. Jucelyne Moreira</u> Autorizada em Enfermagem CNPJ nº 14.043.508-00 |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | |

| | |
|------|------|
| OBS: | OBS: |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA:

| SIN AIS V | PA | FC | FR | TEMP |
|-----------|-----------|----|----|------|
| 6 H | 130 x 70 | 65 | - | 36.0 |
| 12 H | 130 x 100 | 76 | 19 | 36.3 |
| 18 H | 150 x 170 | 84 | 20 | 36.5 |
| 24 H | 140 x 76 | 61 | - | 36.0 |

INTERCONTO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BCG, CTE, ACIANÓTICO; ANIGLÉRICO; AFEBRIL; EUPNEICO; NORMOCORADO, HIGRATADO.

2. SOLICITANDO :

COMPUTATIONAL

II PROGRAMAÇÃO DE TURGIA: NAO

II PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odisei Okeimiri
Presidente de Ortopedia e
Traumatologia

responsabilità
assunzione di
responsabilità
Enf. lavoro

Gr. Realizado a
hora do V.P., 21/12
20 as 21:00
ter: Rafaelly

Atch. Verificados SSVP pela academia de enfermagem - Administrativa

20-2

Os documentos infatigados do Secretariado Municipal de Saúde do Rio Branco e Convênios, Soluções Programadas, Os maiores com 92 ou mais folhas, estas devem ser avaliadas separadamente.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
|---|--|--------|-------|-------|------------|
| PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | | |
| EAGNÓSTICO: DMG DE PE D + DESBRIDAMENTO | | | | | |
| ALERGIAS: | NEGA | HAS | NAO | BM2 | NAO |
| IDADE: | 51 | LEITO: | 201.2 | DATA: | 24/07/2018 |
| ITEM | HORARIO | | | | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE PARA DIABETICO | | | | |
| 2 | AVP | | | | |
| 4 | CIPROFLOXACINA 500MG EV 12/12HR | | | | |
| 5 | DIPIRONA 31 G EV DE 8/8 HS | | | | |
| 6 | TRAMADOL 100MG + SF 0.9% EV OU DE 01-04 VO DE 8/8 SE DOR INTENSA | | | | |
| 7 | FLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | |
| 9 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS + 180 EOU RAD 24/10 mMHG | | | | |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | |
| 11 | CURATIVO DIARIO | | | | |
| 12 | SSVV + CCGG 6/8 h | | | | |
| 13 | CERTAZIDINA 1G EV 8/8h | | | | |
| 14 | | | | | |
| 16 | | | | | |

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED (EXCEPT WHERE SHOWN OTHERWISE) DATE 01-21-2010 BY 60322 UCBAW/KRM

EVOLUÇÃO MÉDICA:

| SINAISS V | PA | PC | FR | TEMP |
|-----------|----------|----|----|-------|
| 8 H | 113 709 | 62 | | 26 |
| 12 H | 140 x 40 | 72 | 22 | 36 °C |
| 18 H | 135 x 94 | 63 | 26 | 30 °C |
| 24 H | 127 181 | 63 | | 35,3 |

EM CONTRO RACIENTE DETADO NO LEITO ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO - BCG, LOTE, AGIOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUNÉICO, NORMOCORAZÃO, HIDRATADO.

4. SOLICITARE

CONDUTA

4. PROGRAMACAO DE CIRURGIA LÍNEA

PREVISÃO DE ALFA: SEM PREVISÃO

Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

pentru 5500 + medicament
carbone presciseaza 8e laia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | | | |
|------------------|---|-------|-------|------|-------------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | |
| AGNÓSTICO | OMC DE PE D + DESBRIDAMENTO | | | | |
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NÃO | DM2 | NÃO |
| IDADE | 51 | LEITO | 201-2 | DATA | 24/07/2018 |
| ITEM | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE PARA DIABÉTICO | | | | 5 NA |
| 2 | AVD | | | | MANUTER |
| 4 | CIPROFLOXACINA 500MG EV 12/12HR | | | | 10:00 25:00 |
| 5 | DIPIRONA 01 G EV DE 8/8 HS | | | | 08:00 16:00 24:00 |
| 8 | TRAMAL 100MG - SE 0,9% EV OU 01 CP VO DE 6/6 SE DOR INTENSA | | | | |
| 7 | PLASB 10 mg EV 8/8H (S/N) | | | | 5 NA |
| 9 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS 100 E OU PAD 25 10 MMHG | | | | |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/6 (S/N) | | | | |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | | | | m |
| 12 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | 10:00 NA |
| 13 | CEFTAZIDINAG EV 6/6 HR | | | | 08:00 16:00 24:00 |
| 14 | | | | | |
| 8 | | | | | 16:00 |

24/07/2018 15:00 COM INJEÇÃO NA REGIÃO DO LOMBO PARA ALIVIO DA DOR. 10:00 25:00 08:00 16:00 24:00
CLIQUE SE SEMPRE NO BOTÃO "IMPRIMIR" PARA IMPRIMIR

EVOLUÇÃO MÉDICA:

| SINAIS V | PA | FC | FR | TEMP |
|----------|--------|----|----|------|
| 6 H | | | | |
| 12 H | 140/70 | 62 | 20 | 36,2 |
| 18 H | 140/70 | 60 | 20 | 36,3 |
| 24 H | 145/70 | 58 | 20 | 36,5 |

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BFG, LOTE, ACIANOTICO, ANIGTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO

SOLICITADO:

CONDIÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr Odinachi Okemiri,
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Paciente refere
cefaleia
Data: 24/07/2018
Teste de Erletina
CURENAR 2018/07



Assessoria Técnica das Unidades
Coordenadoria de Emergência - EGR

Protocolo nº: 001/06

Unidade de Saúde
Povoado 2013

Atualizado: Janeiro / 2013

ENF/LEITO: 004.2

NOME: Teotônio Cipriano Costa

DATA: 23/07/18

GRAU - I

GRAU - II

Localização: 3º andar

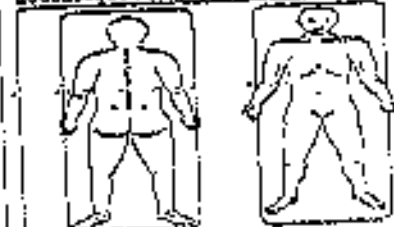


DATA: 25/04

GRAU - I

GRAU - II

Localização: Repto



Etiologia

Tamanho da Ferida:

Forma do Leito:

Quantidade de Exsudato

Tipo da exsudato:

Dor:

Odor:

Condição da pele
Perifoneal:

Solução para limpeza

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

Hora da curativo:

da Próxima troca:
e a cada 4 de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

☐ Presença de ... ☐ Presença de ... ☐ Presença de ...

Diário

01. Cesar Augusto Costa

Técnico em Enfermagem

COREN-RR 589-290

02. Vanessa da Silva Moraes

Técnica em Enfermagem

COREN-RR 565-152-TE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | | | |
|--|--|-------|--|------------|---------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | | |
| AGNÓSTICO: OMC DE PÉ D + DESBRIDAMENTO | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | NÃO | |
| IDADE | | LEITO | | DATA | |
| 51 | | 201-2 | | 25/07/2018 | |
| ITEM | | | | | HORARIO |
| 1 | DIETA GERAL LIVRE PARA DIABÉTICO | | | | SNP |
| 2 | AVP | | | | MANTER |
| 4 | CIPROFLOXACINA 500MG EV 12/12HR | | | | 10h, 22h |
| 5 | DIPYRONA 0,1G EV DE 8/8 HS | | | | 08h, 16h, 24h |
| 6 | TRAMAL 100MG + EF 0,8% EV OU IM CP VO DE 8/8 HS SE DOR INTENSA | | | | 08h, 16h, 24h |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 9 | CAPTOPRIL 25 mg VO 8h PAS = 160 F OU PAD = 140 MMHG | | | | SN |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (S/N) | | | | SN |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | | | | M |
| 12 | SSVV + CCEG 8/8 H | | | | M |
| 13 | CEFTAZIDINA 2G 8/8HR EV | | | | 08h, 16h, 24h |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

SE DIABÉTICO SCR + GAD COM INSULINA REGULAR 100F CONFORME ESCALA 1-0-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-24



Assessoria Técnica das Unidades
Unidade de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão 06 | Data de Circulação
Atualizada: Janeiro / 2015
Pavimento 2013
ENF/LEITO: 204-2

| | |
|---|---|
| Nome: Teotônio Cipriano Costa | |
| DATA: 26.07.18 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região: UDD |
| DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região: _____ |
| Etiologia: <input checked="" type="checkbox"/> Pressão / <input type="checkbox"/> Trauma / <input type="checkbox"/> IV / <input type="checkbox"/> Infecção / <input type="checkbox"/> Mordida / <input type="checkbox"/> Queimadura / <input type="checkbox"/> Cirúrgica / <input type="checkbox"/> Maligna / <input type="checkbox"/> Outra: _____ | Etiologia: <input checked="" type="checkbox"/> Pressão / <input type="checkbox"/> Trauma / <input type="checkbox"/> IV / <input type="checkbox"/> Infecção / <input type="checkbox"/> Mordida / <input type="checkbox"/> Queimadura / <input type="checkbox"/> Cirúrgica / <input type="checkbox"/> Maligna / <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm | Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm |
| Arência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação / <input checked="" type="checkbox"/> Com escara / <input type="checkbox"/> Tecido necrótico | Arência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação / <input type="checkbox"/> Com escara / <input type="checkbox"/> Tecido necrótico |
| Quantidade do Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo / <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco / <input type="checkbox"/> úmido, moderado / <input type="checkbox"/> molhado, abundante | Quantidade do Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo / <input type="checkbox"/> úmido, pouco / <input type="checkbox"/> úmido, moderado / <input type="checkbox"/> molhado, abundante |
| Tipo da exsudação: <input type="checkbox"/> Seroso / <input type="checkbox"/> Fibrinoso / <input type="checkbox"/> Sanguinolento / <input type="checkbox"/> Purulento / <input type="checkbox"/> Serososanguíneo | Tipo da exsudação: <input type="checkbox"/> Seroso / <input type="checkbox"/> Fibrinoso / <input type="checkbox"/> Sanguinolento / <input type="checkbox"/> Purulento / <input type="checkbox"/> Serososanguíneo |
| Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não | Dor: <input type="checkbox"/> Sim / <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Olor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura / <input type="checkbox"/> a base do leito / <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto / <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | Olor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura / <input type="checkbox"/> a base do leito / <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto / <input type="checkbox"/> Sem odor |
| Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal / <input type="checkbox"/> Macerada / <input type="checkbox"/> seca / <input type="checkbox"/> Eritema / <input type="checkbox"/> Rubor / <input type="checkbox"/> Prurido / <input type="checkbox"/> Outras: _____ | Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal / <input type="checkbox"/> Macerada / <input type="checkbox"/> seca / <input type="checkbox"/> Eritema / <input type="checkbox"/> Rubor / <input type="checkbox"/> Prurido / <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% / <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% / <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% / <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% / <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% / <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% / <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Cobertura primária (Colado direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze / <input type="checkbox"/> Fibrinase / <input type="checkbox"/> AGE / <input type="checkbox"/> Colagenase / <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata / <input type="checkbox"/> Outro: Biatac | Cobertura primária (Colado direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze / <input type="checkbox"/> Fibrinase / <input type="checkbox"/> AGE / <input type="checkbox"/> Colagenase / <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata / <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã / <input type="checkbox"/> Tarde | Curativo: <input type="checkbox"/> Manhã / <input type="checkbox"/> Tarde |
| Data de Próximo atendimento: 29.07.18 Em caso de + de 24h | |
| Curativo e ass. Téc. em Enfermagem: Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: OBS: | Curativo e ass. Téc. em Enfermagem: Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: OBS: |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | |
|------------------|---|-------|-------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 28/08/2018 | DIH | DN | 26/09/1966 |
| PACIENTE | TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | |
| AGNÓSTICO | OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO | | | |
| ALERGIAS | | HAS | DM2 | |
| IDADE | 51 | LEITO | 201-2 | DATA |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | S/N |
| 2 | AVF | | | MANUTER |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS | | | 10-22 |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | | | S/N |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | | | |
| 10 | TRAMAL 100MG + SFO, 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | |
| 12 | SIMETICONA 43 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | 06 |
| 14 | SSVV + CCGG 8/8 H | | | ROTINA |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | m |
| 16 | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS | | | 08, 16-24 |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 18 | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE ORIENTADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 8 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 127/80 | 59 | | 36 |
| 18 H | 112/84 | 86 | 20 | 36/40 |
| 24 H | | | | |

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12551-RR

Sen. Antonio
Mário dos
Santos
Vitor
Antônio da Silva Souza
Técnico de Enfermagem
COREN-RR nº 200.883

12h: medicado cpm e
verificado os ssvv

Andressa Seefeldt
COORDENADORA - TE

27-07-18 18:00hs.
Paciente encaminhado
consentimento, realizado
atm 16 e 554-380-0146

COORDENADORA - TE
167.446.72



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 28/06/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS: HAS DM2
 IDADE: 51 LEITO: 201-2 DATA: 28/07/2018

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|---|---------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SP |
| 2 | AVP | SP |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS | SP |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | SP |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | SP |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N | SP |
| 10 | TRAMAL 100MG + SFD, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | SP |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG | SP |
| 12 | SIMETICONA 40 GÓTAS V.O 8/8 HRS S/N | SP |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | SP |
| 14 | SSVV + CCGG 8/8 H | SP |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | SP |
| 16 | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS | SP |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉRRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 140x80 | 56 | | 36,2 |
| 18 H | 135x80 | 61 | | 36,2 |
| 24 H | 140x80 | 60 | | 36,0 |

06H 100x60 57

36,0°C

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 28/06/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA
 AGNÓSTICO: OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS: HAS DM2
 IDADE: 51 LEITO: 201-2 DATA: 29/07/2018

PRESCRIÇÃO

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|--|---------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SVS |
| 2 | AVP | |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS | |
| 7 | TENOXCAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | |
| 10 | FRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | |
| 11 | CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG | |
| 12 | SIMEFICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | |
| 14 | SSVV + CCGG 6/8 H | |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | |
| 16 | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 73 DL/ML, GLICOSE
 50% 45 ML EV. + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: REG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: .
 # CONDUITA:
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | |
|---------------|--------|----|----|
| 6 H | PA | FC | FR |
| 06H | 120x20 | 53 | |
| 18 H | | | |
| 24 H | 106x60 | 67 | |

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 18517/RN

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO OM C DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS

IDADE 51 HAS DM2
LEITO 201-2 DATA 30/07/2018

PRESCRIÇÃO

1 DIETA ORAL LIVRE HORÁRIO

2 AVP SUB.

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS MANUTER

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N 24

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N 7

9 DAPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N SN

10 TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG FV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14 SSVV + CCGG 8/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

| 6 H | PA | FC | FR | T |
|------|--------|----|----|------|
| 12 H | 131x81 | 64 | 20 | 36.2 |
| 18 H | 134x84 | 58 | | 36.1 |
| 24 H | 124x68 | 63 | 22 | 36.2 |

Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 123456

Dr. Odinachi Okemini
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

30-07-18 7:30 Trocado
A.U.P. M.S.E.
2:00hs. PC de deitado no
leito. Curativo realizado
medicação do ferimento
SSVV. C.P.M. COEFICIENTE

IP da administração em
etm 16 do período vespertino

Schell Gomes Marçal
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 5.9047

no



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 201.2

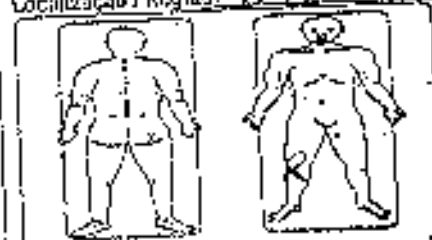
Paciente: Capitão Costa

DATA: 20/01/13

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região: MMA

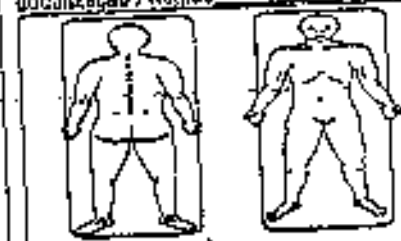


DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região:



Etiologia:

☐ Pressão ☐ I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Quimica ☐ Trauma ☐ Isêmica

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Característica da Ferida:

☒ Tecido de granulação ☐ com escorço
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudado:

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☐ Sim ☒ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira da lesão
☒ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Perifoneal:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza:

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outros

Cobertura primária
(contato direto na lesão)

☒ Gaze ☒ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outros

Ho - p-curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Ida da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Quarto

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

01-

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

OBS:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 28/08/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: 51 LEITO: 201-2 DATA: 31/07/2018

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|--|----------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | S.N.D. |
| 2 | AVP | MANTER |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS | 10:22 |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 31 X DIA S/N | 5U |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | 06 |
| 14 | SSVV + COGG 6/6 H | ROTINA |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | 08:16:24 |
| 16 | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| | <p><u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Assistente
Ortopedia e Traumatologia
Creg: 188147

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 130x78 | 67 | - | 36.1 |
| 18 H | 140x87 | 63 | - | 35.3 |
| 24 H | 115x75 | 65 | - | 36.5 |

56 110x70 65

FEITO AVP. 125 e 36.5

Antoques da Silva Souza
Técnico de Enfermagem
Coren 188147



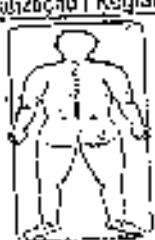



Assessoria Técnica das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº: Versão: 06

Índice na Planilha
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2013

ENF/LETO: 201-2

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|---|--|
| NOME: <u>Tecsonia Cipriano Costa</u> | | Localização / Região: <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> | | DATA: <u>31/07</u> | | Localização / Região: <u>MT/PA</u> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> | |
| DATA: <u>31/07/18</u> | | <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | | <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | | | |
| Etiologia: | | <input type="checkbox"/> Pressão - II - III - IV <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Trauma cirúrgico | | <input type="checkbox"/> Pressão - I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Trauma cirúrgico | | | |
| Tamanho da Ferida: | | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm | | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm | | | |
| Aparência do Leito: | | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico | | | |
| Quantidade de Exsudado: | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | | | |
| Tipo de exsudato: | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo | | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo | | | |
| Dor: | | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| Odores: | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor | | | |
| Condição da pele Peritacional: | | <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | <input type="checkbox"/> normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | | |
| Solução para limpeza: | | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 0,5% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% | | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 0,5% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% | | | |
| Cobertura primária (Devendo estar na lesão): | | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | | |
| Hora do curativo: | | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | | | |
| Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs | | <u>Diário</u> | | <u>Diário</u> | | | |
| Nome e Ass. Téc. em Enfermagem | | S1- <u>Da Silva, Tereza</u> | | S1- <u>Da Silva, Tereza</u> | | | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | <u>Da Silva, Tereza</u> COREN-RR 955.152 | | <u>Da Silva, Tereza</u> COREN-RR 955.152 | | | |
| OBS: | | OBS: | | | | | |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 28/08/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS: HAS DM2
 IDADE: 51 LEITO: 201-2 DATA: 01/08/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1: DIETA ORAL LIVRE DSN

2: AVP DSN

4: CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS DSN

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N DSN

8: PLASIL 10MG EV 8/8H S/N DSN

9: DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N DSN

10: TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA DSN

11: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG DSN

12: SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N DSN

13: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O DSN

14: SSVV + CCGG 8/8 H DSN

15: CURATIVO DIÁRIO DSN

16: CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS DSN

17: DSN

18: DSN

19: DSN

20: DSN

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),

CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;

351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE

50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO





PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO





Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Assistente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 11851/RR

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H | PA | FC | FR | TX |
| 12 H | 127/76 | 60 | - | 36.0 |
| 18 H | 140/70 | 66 | | 36.6 |
| 26 H | 126/76 | 60 | | 36.3 |

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

Não realizado troca de
 lençol, pois não tem no
 setor. Administrado medi-
 cação do horário matutino.
 Tec. Kelly

| | |
|---|---|
| Nome: <u>Teotônio Capriano Costa</u> | |
| DATA: <u>01.08.18</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região: <u>m2o</u>   |
| DATA: <u>01.08.18</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região: <u>Planta do pé</u>   |
| Etiologia | <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| Tamanho da Ferida: | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm |
| Aparência do Leito: | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> Sem escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara |
| Qtd. de Exsudato | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante |
| Tipo de exsudato: | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo |
| Dor: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Odor: | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor |
| Condição da pele Perifoneal: | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| Solução para limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Cobertura primária (Contato direto na ferida) | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Frata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Hora do curativo: | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| Data da Próxima troca: | <input checked="" type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> Semanal |
| Ca. do ass. <input type="checkbox"/> 01- Tcc. em Enfermagem <input type="checkbox"/> 02- | Ca. do ass. <input type="checkbox"/> 01- Tcc. em Enfermagem <input type="checkbox"/> 02- |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | Carimbo e Assinatura do Enfermeiro |
| OBS: | OBS: |

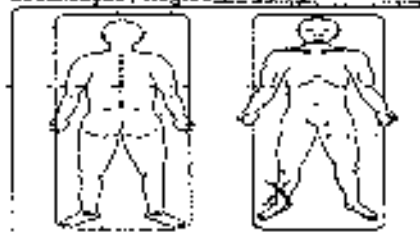
|  HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia PRESCRIÇÃO MÉDICA | |   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------|------------|-----|----|----|----|---|------|--------|----|--|------|------|--------|----|--|------|------|--------|----|--|------|
| DATA DE ADMISSÃO | 28/06/2018 | DIH | DN | 26/09/1966 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACIENTE | TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGNOSTIC | OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALERGIAS | HAS DM2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDADE | 51 | LEITO | 201-2 | DATA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | SND | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | AVP | | | manhã | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS | | | 15:32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | | | SN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | PLASIL 10MG EV 6/8H S/N | | | SN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N | | | SN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA | | | SN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | SN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | SN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | SSVV + CCGG 6/8 H | | | Rotina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | CURATIVO DIÁRIO | | | curativo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS | | | 08:16:24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES #EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACANÓTICO, AMICÍLICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. #SOLICITADO: #CONDUZA: #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO #PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>137/80</td> <td>69</td> <td></td> <td>35.9</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>148/87</td> <td>67</td> <td></td> <td>36.4</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>104/75</td> <td>64</td> <td></td> <td>36.0</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | 6 H | PA | FC | FR | T | 12 H | 137/80 | 69 | | 35.9 | 18 H | 148/87 | 67 | | 36.4 | 24 H | 104/75 | 64 | | 36.0 |
| 6 H | PA | FC | FR | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 H | 137/80 | 69 | | 35.9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 H | 148/87 | 67 | | 36.4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 H | 104/75 | 64 | | 36.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  Dr. Odineci Okemiri Médico Assistente Ortopedia e Traumatologia CRM 1351/ROR Dr. Odineci Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Antes 20.24 x após 22 h p/ procedimento dia 03/08, 4.1.2018

Nome: **TEOTONIO CIPRIANO COSTA**

DATA: **02/08/18**

Localização / Região: **MIO**



☒ GRAU - I

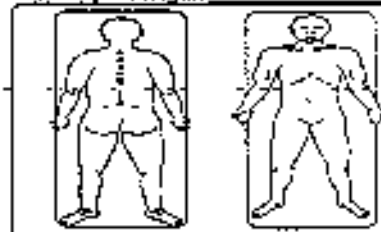
☒ GRAU - B

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - B

Localização / Região:



Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Oncopática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma: ☐ Contus

Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serosossanguíneo

Dor: ☐ Sim ☒ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Periférica: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____

Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Cloroxidina 1% ☐ Cloroxidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☒ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____

Tempo do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde


Data da Próxima troca: **DIÁRIO**
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: **01- [Assinatura]**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: **[Assinatura]**

OBS:

OBS:

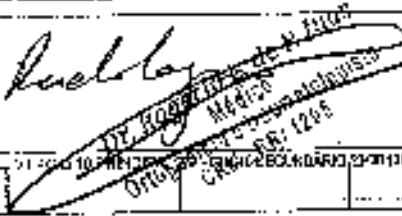
| | | | |
|---|------------------------------|---------------------------|---|
|  SUS | Sistema União de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| | | | |

| | | | |
|---|--|----------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | 2 - CAGE | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE H.E.R. | | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Ortopedia | | 4 - CNEB | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | 5 - Nº DO PRONTUÁRIO | |
| 6 - NOME DO PACIENTE Teofano Lepriano Costa | | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - SEXO | |
| | | | |
| 9 - DATA DE NASCIMENTO 25/09/66 | | | |
| 10 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL | | 11 - TELEFONE DE CONTATO | |
| | | | |
| 12 - ENDEREÇO (SUA, Nº, BAIRRO) | | | |
| | | | |
| 13 - CIDADE DE RESIDÊNCIA | | 14 - ID. IBSCE MUNICIPAL | |
| | | 15 - UF | |
| | | | |

| | |
|---|--|
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | |
| 17 - PRINCIPAIS SÍNTOMAS E SINAIS CLÍNICOS Paciente com 51 anos de idade com doença crônica de Perna e Pe (D) | |

| | |
|---|--|
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tratamento cirúrgico | |
|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) História + Exame físico + Radiografia | |  |
| 20 - INDICAÇÃO DO TRATAMENTO Osteomielite Perna e Pe (D) | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|
| PROCEDIMENTO SOLICITADO Desbridamento de Perna e Pe (D) | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | |
| | | | |
| 26 - CÍRURGIA | | 27 - CARACTERÍSTICA DA INTERNAÇÃO | |
| | | | |
| 28 - QUADRANTE | | 29 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO | |
| | | | |
| 30 - NOME DO SOLICITANTE (ASSISTENTE) | | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | |
| Dr. Marcelo Trucelle | | 03/08/18 | |

| | | | | | |
|--|--|-----------------------|--|-------------------|--|
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | 37 - Nº DO REGISTRO | | 38 - SÉRIE | |
| 35 - Nº DA SEGURADORA | | | | | |
| 39 - CNPJ EMPRESA | | 40 - CNAE DA EMPRESA | | 41 - CDDA | |
| | | | | | |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | 43 - DATA DO ACIDENTE | | 44 - NÃO SEGURADO | |
| EMPREGADO | | | | | |

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|
| AUTORIZAÇÃO | | 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| 43 - Nº DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | |
| 44 - COD. ORGÃO EMISSOR | | | |
| 46 - DOCUMENTO | | 47 - Nº DO DOCUMENTO (RESPOSTA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR) | |
| | | | |
| 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 5/8/18 | | | |

**0415040035
R02**



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03.08.15

O.S. _____

testes de hipocrâto
costa

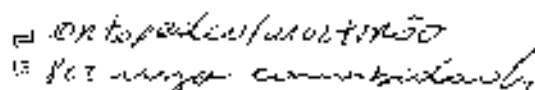
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: Osteomielite de Pe (12) e Perna (12)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Desbridamento de Pe e Perna (12)
LOCAL DE INTERVENÇÃO: Lúmen
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \emptyset
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Marcel Louche AUXILIAR: Dr. Rogerio
2º AUXILIAR: Dr. Fernando B INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em P.D.M. sob anestesia
- (2) Intubação e Sopro
- (3) Abordagem de Lúmen externo
- (4) L.M.E
- (5) Desbridamento lúmen externo no Perna (12) e Pe (12)
- (6) L.M.E
- (7) Lúmen externo
- (8) R.P.A





FICHA DE ANESTESIA

512

Dea Vista - n.n.

75E-4ED136G70 LFCGA-D28E-130FA-EE21-0

N

Midway - 5 mg.
 Eastern - 120 mg.

৩১/১০/১৯

[illegible]

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>PROBIO</p> <p><i>Streptococcus</i> <i>Hydrophobicus</i></p> <p>D</p> <p>E</p> <p>F</p> <p>A</p> <p>GLUCOSE</p> <p>UREA</p> <p>AMYLASE</p> <p>TOTAL</p> <p>CRÉATINE</p> <p>DETERMINAÇÃO DE GLUCOSE</p> <p>DETERMINAÇÃO DE UREA</p> <p>DETERMINAÇÃO DE AMILASE</p> <p>DETERMINAÇÃO DE CREATININA</p> | <p>DETERMINAÇÃO DE GLUCOSE</p> <p>DETERMINAÇÃO DE UREA</p> <p>DETERMINAÇÃO DE AMILASE</p> <p>DETERMINAÇÃO DE CREATININA</p> | <p>DETERMINAÇÃO DE GLUCOSE</p> <p>DETERMINAÇÃO DE UREA</p> <p>DETERMINAÇÃO DE AMILASE</p> <p>DETERMINAÇÃO DE CREATININA</p> | <p>DETERMINAÇÃO DE GLUCOSE</p> <p>DETERMINAÇÃO DE UREA</p> <p>DETERMINAÇÃO DE AMILASE</p> <p>DETERMINAÇÃO DE CREATININA</p> |
|---|---|---|---|

③ *Pterocarya* very
 ④ *Pinus* eq
 ⑤ *Tiliac* eq
 But *Disputa* no eq.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMÍVEL EM CIRURGIA

| NOME DO PACIENTE | APT OU LEITO | NR DO PROMITÓRIO | DATA |
|-----------------------|--------------|------------------|----------|
| Estenho Ribeiro Costa | | | 03/08/18 |

| CIRURGIA | | TEMPO DE DURAÇÃO | |
|----------------------------|--------|------------------|-------------|
| TIPO | INICIO | FIM | TEMPO TOTAL |
| Abdômen Perna e Pé Direito | 14:25 | 14:45 | |

| EQUIPE MÉDICA | | CIRCULANTE | |
|----------------|-----------------|----------------|--|
| ANESTESISTA: | RES. ANESTESIA: | CIRCULANTE | |
| INSTRUMENTADOR | | E. Silva Isaac | |
| | | | |
| | | | |

| QTY | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |
|--------------------------|-----------------------------|-------|--------------------------|-------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | PCTB COMPRESSAS C/ 03 UNID. | | <input type="checkbox"/> | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 | |
| <input type="checkbox"/> | PACOTES GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| <input type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| <input type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 7.5 | | | FIO VICRYL Nº | |
| <input type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 8.0 | | | FIO MONONYLON Nº | |
| <input type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| <input type="checkbox"/> | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | | | FIO CATGUT SIMPLES Nº | |
| <input type="checkbox"/> | LÂMINA DISTORI Nº 35 | | | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| <input type="checkbox"/> | DRENO DE SUÇÃO Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| <input type="checkbox"/> | DRENO DE TORAX Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| <input type="checkbox"/> | DRENO DE PENROSE Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 01ML | | 50ml | FIO SEDAN Nº | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 03ML | | | SERINGA 03ML | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 05 ML | | 50ml | SERINGA 03ML | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 10ML | | | SERINGA 03ML | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 20ML | | | SERINGA 03ML | |
| | | | 5 | OUTROS: Eletrodo | |

| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMÍVEIS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | VALOR |
|---|--------------------|----------------------------|--|-------|
| INSTRUMENTADOR (A) | ENFERMEIRA CHEFE | MATERIAL MEDICAMENTOS | | |
| | Robeca | SUB-TOTAL | | |
| | Luciano | TAXA DE SALA | | |
| ENCARGADO/CAIXEIRO | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE ANESTESIA | | |
| | | SOMA | | |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | | | |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 28/06/2018 DIH: DN: 26/03/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICADO: OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: 51 LEITO: 201-2 DATA: 03/08/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1: DIETA ORAL LIVRE S/D

2: AVP Mantido

4: CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS 08:15 18:22

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8: PLASIL 10MG EV 8/8H S/N S/D

9: DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

10: TRAMAL 100MG + SFC 0,8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12: SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 06

14: SSVV + CCGG S/S H

15: CURATIVO DIÁRIO Rotina

16: CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS 08:15 18:22

17:

18:

19:

20:

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),

CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;

351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE

50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: SEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUZA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H PA FC FR T

10 H 108x64 56 20 36,2

18 H 108x61 67 20 35,2

24 H

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Residente De Ortopedia e Traumatologia

CRP: 184.439

Dr. Odinachi Oxemiri

Testonho.

201.2



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOFEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | |
|------------------|--|-------|---------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN |
| PACIENTE | Leonor Liriana Costa | | |
| DIAGNÓSTICO | Distúrbio de Co. (D) | | |
| ALERGIAS | HAS | DM2 | |
| IDADE | 5 | LEITO | 03 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | Monte |
| 3 | GEFALOTINA 1G EV 8/8h Ciprobazone 400mg EV 12/12h | | 12 |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | 12 |
| 5 | DIPIRONA 500MG EV 8/8h | | 12 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | SN |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | 12 |
| 10 | SSV + CCGG 8/8 H | | SN |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | 12 |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | 12 |
| 16 | Chondrocin 600mg EV 08/06h | | 12 |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Osmar Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/ROR 100.000

| | | | | | |
|---------------|-------|----|--|--|--|
| SINAIS VITAIS | PA | FC | | | |
| 6 H | 50/60 | 74 | | | |
| 12 H | | | | | |
| 18 H | | | | | |
| 24 H | | | | | |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

201-2



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO 28/06/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICOMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 51 LEITO 201-2 DATA 04/08/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE 500

2 AVP 100ml

4 CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS 20

7 TENOXICAM 40 MG EV 21 X DIA S/N 50

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N 50

9 DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N 50

10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA 50

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG 50

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N 50

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 20

14 SSVV + CCGG 6/6 H 20

15 CURATIVO DIÁRIO 20

16 CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS 20

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LÓFL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

| 6 H | PA | FC | FR | TX |
|------|--------|----|----|------|
| 12 H | 130x80 | 72 | + | 36°C |
| 18 H | 130x80 | 66 | - | 36°C |
| 24 H | | | | |

Dr Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12517/R

28/6/18 PA 134x82 OG PA 130x60
PC 65 PC 55
T 36,2 T 35,8

205-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 28/06/2018 DIH: DN: 26/03/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO

ALERGIAS: HAS: DM2: DATA: 05/08/2018

IDADE: 51 LEITO: 2013 DATA: HORÁRIO:

ITEM: PRESCRIÇÃO: HORÁRIO:

1: DIETA ORAL LIVRE S/N

2: AVP S/N

4: CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8: PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9: DAPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

10: TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12: SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14: SSVM + CCGG 6/6 H

15: CURATIVO DIÁRIO

16: CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS

17: S/N

18: S/N

19: S/N

20: S/N

21: S/N

22: S/N

23: S/N

24: S/N

25: S/N

26: S/N

27: S/N

28: S/N

29: S/N

30: S/N

31: S/N

32: S/N

33: S/N

34: S/N

35: S/N

36: S/N

37: S/N

38: S/N

39: S/N

40: S/N

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LETO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HURATADO.

SOLICITADQ: S/N

CONDUÇA: S/N

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRP-RR: 8851/R



| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 120/80 | 60 | 20 | 36°C |
| 18 H | 140/80 | 63 | 20 | 36°C |
| 24 H | 120/70 | 62 | | 36°C |

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e Traumatologia

6h
 PA: 120/80
 FC: 60
 FR: 20
 TR: 36,1°C

205-2

205-1

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
|  | | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | |  | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |

| | | | | |
|------------------|------------|-----|----|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 28/08/2018 | DIH | DN | 26/09/1966 |
|------------------|------------|-----|----|------------|

PACIENTE **TEOTONIO CIPRIANO COSTA**

AGNOSTICAR **OMC DE PE DIREITO + DESBRIDAMENTO**

| | | |
|----------|-----|-----|
| ALERGIAS | HAS | DM2 |
|----------|-----|-----|

| | | | | | |
|-------|----|-------|-------|------|------------|
| IDADE | 51 | LEITO | 205-1 | DATA | 06/08/2018 |
|-------|----|-------|-------|------|------------|

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORARIO |
|------|------------|---------|
|------|------------|---------|

| | | |
|---|------------------|------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | DSND |
|---|------------------|------|

| | | |
|---|-----|----------|
| 2 | AVP | D Manter |
|---|-----|----------|

| | | |
|---|----------------------------------|------|
| 4 | CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12HRS | D 18 |
|---|----------------------------------|------|

| | | |
|---|---------------------------------|------|
| 7 | TFNOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | D 5V |
|---|---------------------------------|------|

| | | |
|---|-------------------------|------|
| 5 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | D 5V |
|---|-------------------------|------|

| | | |
|---|----------------------------|------|
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | D 5V |
|---|----------------------------|------|

| | | |
|----|---|------|
| 10 | TRAMAL 100MG + SFS 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | D 5V |
|----|---|------|

| | | |
|----|---|------|
| 11 | CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | D 5V |
|----|---|------|

| | | |
|----|-------------------------------------|------|
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | D 5V |
|----|-------------------------------------|------|

| | | |
|----|--|------|
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | D 5V |
|----|--|------|

| | | |
|----|-------------------|------|
| 14 | SSVV + CCGG 6/8 H | D 5V |
|----|-------------------|------|

| | | |
|----|-----------------|------|
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | D 5V |
|----|-----------------|------|

| | | |
|----|---------------------------|------|
| 16 | CLITAZIDIMA 2G EV 8/8 HRS | D 5V |
|----|---------------------------|------|

| | | |
|----|--|--|
| 17 | | |
|----|--|--|

| | | |
|----|--|--|
| 18 | | |
|----|--|--|

| | | |
|----|--|--|
| 19 | | |
|----|--|--|

| | | |
|----|--|--|
| 20 | | |
|----|--|--|

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, AI:VO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 150x90 | 60 | 20 | 36 |
| 18 H | 151x88 | 66 | 20 | 36,70 |
| 24 H | 140x90 | 60 | - | 36 |

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Serviço de Ortopedia e Traumatologia
 105/1008

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e Traumatologia

06-08-18 18:00 hs. Paciente admitido no posto
 cirúrgico, realizados medicações de rotina
 30-18 e SSVV c.p.s. na 51 unidade.

66:PA: 140x90
 P. 63

205-1

141



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 28/07/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNOSTICADO: OSTEOMIELOITE DE PE DIREITO

ALERGIAS:

IDADE: 61 HAS: LEITO: 205-1 DM2: DATA: 07/08/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

| | | |
|----|--|------------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | S/N |
| 2 | AVP | MANUTER |
| 4 | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS | 28/07/2018 |
| 7 | TENOXCAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | 28/07/2018 |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | 28/07/2018 |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | 28/07/2018 |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | 28/07/2018 |
| 11 | CAPTODRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | 28/07/2018 |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | 28/07/2018 |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | 28/07/2018 |
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H | 28/07/2018 |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | 28/07/2018 |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS | 28/07/2018 |
| 17 | | 28/07/2018 |
| 18 | | 28/07/2018 |
| 19 | | 28/07/2018 |
| 20 | | 28/07/2018 |
| | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO: PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUZA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 18546/R

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|--------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 120x70 | 82 | - | 36.2°C |
| 18 H | 104x46 | 59 | - | 35.8°C |
| 24 H | 100x82 | 68 | - | 36.8°C |

06/1 132/74 57

Dr. Odinachi Okemiri
 Médico Residente De Ortopedia e Traumatologia
 Rua da Silva
 T.O. em Enfermagem
 COGEM-RR 981-941

205-1

13



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 29/07/2018 DIH: _____ DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OSTEOMIELOITE DE PE DIREITO

ALERGIAS:

HAS

DM2

IDADE: 51

LEITO: 205-1

DATA: 08/08/2018

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|---|---|---------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | |
| 2 | AVP | SN |
| 4 | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS | MANHÃ |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | 18-24 |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | SN |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N | SN |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | SN |
| 11 | CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | SN |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | SN |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | SN |
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H | 06 |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | ROTIMA |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS | 18-24 |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV.+ AVISAR PLANTONISTA | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, AMICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCURADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDIÇÃO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

| 6 H | PA | FC | FR | T |
|------|--------|----|----|------|
| 12 H | 132/78 | 64 | | 36.4 |
| 18 H | 142/93 | 69 | | 35.6 |
| 24 H | | | | |

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

10/08/2018
 Paciente no leito
 em ambiente
 sem queixas
 prestado atendimento de enfermagem

18hs por aceitar
 medicações de horários
 com SSu feito sem queixas
 segue aos cuidados da
 enfermeira

205-1

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
|--|--|-------|-------|------|--|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | 28/07/2018 | DIH | | DN | 26/09/1966 |
| PACIENTE | TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | |
| AGNÓSTICO | OSTEOMIELEITE DE PE DIREITO | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 51 | LEITO | 205-1 | DATA | 09/08/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | AVP | | | | MANUTER |
| 4 | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS | | | | 08 16 24h |
| 7 | TENOXICAM 40 MG FV 01 X DIA S/N | | | | SN |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | | SN |
| 9 | DIPIRONA 1G FV DE 6/6H S/N | | | | SN |
| 10 | TRAMAL 100MG + SFD, 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | | SN |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA, OU 1 CP V.O | | | | 06 |
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 16 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | | | | 12 18 24h 06 |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BCG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUZA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|----|
| 6 H | PA | FC | FR | T |
| 12 H | 150x85 | 68 | | 36 |
| 18 H | 159x89 | 72 | | 36 |
| 24 H | 120/75 | 90 | | 36 |

Dr Odinechi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

12h: medicado com e
verificado os SSVV.

Andressa Seckelt
COREN-RR 078.937-TE

06H = PA = 132/80; FC = 60; T = 36,5;
medicações do horário
realizadas.

Andressa Seckelt
COREN-RR 078.937-TE



| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---------------------------------------|
| Nome: <u>Teotônio Cipriano</u> | | Localização / Região: <u>M.S.O.</u> | | DATA: <u>09/08</u> | Localização / Região: <u>M.T.D.P.</u> |
| <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | | | | <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II | |
| Etiologia | | <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV diferentes <input checked="" type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input checked="" type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Outras: | | <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV diferentes <input checked="" type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input checked="" type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Outras: | |
| Tamanho da ferida | | Comprimento: _____ cm Profundidade: _____ cm | | Comprimento: _____ cm Profundidade: _____ cm | |
| Aparência do Leito | | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esclerose <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico | | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esclerose <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico | |
| Quantidade da Exsudato | | <input checked="" type="checkbox"/> Seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> molhado, abundante | | <input checked="" type="checkbox"/> Seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> molhado, abundante | |
| Tipo da exsudação | | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo | | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo | |
| Dor | | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | |
| Odor | | <input checked="" type="checkbox"/> evidente na recepção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | | <input checked="" type="checkbox"/> evidente na recepção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | |
| Condição da pele Perilesional | | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input checked="" type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Outras: | | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input checked="" type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Outras: | |
| Solução para limpeza | | <input checked="" type="checkbox"/> Solução Fisiológica 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input checked="" type="checkbox"/> Outras: | | <input checked="" type="checkbox"/> Solução Fisiológica 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input checked="" type="checkbox"/> Outras: | |
| Cobertura primária (contato direto na lesão) | | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Bactran Ag</u> | | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Bactran Ag</u> | |
| Hora do curativo | | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde | | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde | |
| Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs | | <u>Alternar</u> | | <u>Alternar</u> | |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem | | Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> | | Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> | |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | | Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> | | Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass. <u>Carimbo e Ass.</u></u> | |
| OBS: | | OBS: | | OBS: | |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 28/07/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OSTEOMIELEITE DE PE DIREITO

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: 51 LEITO: 205-1 DATA: 10/08/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1: DIETA ORAL LIVRE S.N.D.

2: AVP MANUTER

4: CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS 24h

7: TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N 24h

8: PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9: DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N

10: TRAMAL 120MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG.

12: SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14: SSVV + CCGG 6/6 H 24h

15: CURATIVO DIÁRIO 24h

16: CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS 24h

17:

18:

19:

20:

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAD

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO.

Dr. Odinacl Okemiri
 Médico Residente
 Serviço de Ortopedia e Traumatologia
 CRP 188.748

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 130/80 | 65 | | 35,8 |
| 18 H | 132/87 | 72 | 20 | 36,58 |
| 24 H | 130/80 | 62 | | 36,3 |

Dr. Odinacl Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

sh realizada novo AVP
 em MSE; Plac no 20
 regular

10-08-18 12:00m
 Pac. deitado no leito
 consciente, reativo
 medicações em uso
 4-16 e 500V O.P.V.

Dr. Odinacl Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRP 188.748

205.1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO 28/07/2018 DIH DN 26/09/1966

PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICA OSTEOMIELOITE DE PE DIREITO

ALERGIAS HAS DM2
IDADE 51 LEITO 205-1 DATA 11/08/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORARIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS

7 TENOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N

8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

8 DAPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAU > 110 MMHG

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14 SSVV + CCGG 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTURAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

| 6 H | PA | FC | FR | |
|------|--------|--------|--------|--------|
| 12 H | 136/80 | 63 | - | 36,6°C |
| 18 H | 152/97 | 71 | - | 36,6°C |
| 24 H | 140/80 | 73 bpm | 21 bpm | 36,2°C |

Assinatura do Médico Responsável
Odinachi Okemiri
Médico Responsável
Serviço de Ortopedia e Traumatologia

Ass: 84-110260
T: 36,2°C

Assinatura do Enfermeiro Responsável
Ana Carolina Campos
Enfermeira
Serviço de Ortopedia e Traumatologia

205-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 28/07/2018 DIH: DN: 26/03/1966

PACIENTE: TEOTONIO CIPRIANO COSTA

AGNÓSTICO: OSTEOMIELOITE DE PE DIREITO

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: 51 LEITO: 205-1 DATA: 12/08/2018

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CEFOTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N

8 PLASIL 10MG EV 6/8H S/N

9 DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14 SSVV + CCGG 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 250-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTF, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinechi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - 142.118

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 120x80 | 64 | - | 36.3 |
| 18 H | 120x80 | 70 | - | 36.5 |
| 24 H | 128x90 | 71 | - | 36.4 |

Dr. Odinechi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia

06 122x85 75 - 36°C

Cirurgião de Mão e Microcirurgia

DATA: 13/08/18

HORA: 4:25

Assinatura: *[assinatura]*

NO



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06

Lista de Indicação
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2013

ENF/LEITO: 205-1

Nome: Tristonio Liguiano Costa

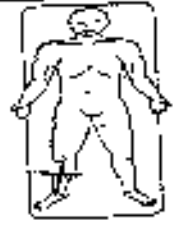
DATA: 13/08/18

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

M.I.D.

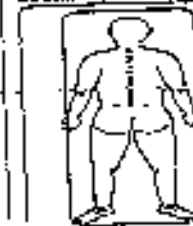


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Varizes ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neurogênica ☐ Prescrição ☐ Trauma ☐ Oculto

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm. Largura _____ cm.
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ líquido, moderado ☐ molhado, abundante

Cor do exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Não ☐ Sim ☐ Não
☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito

Odor:

☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Periférica:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 0,5%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Soro ☐ Colágeno
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: Polimex AG

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da próxima troca:
Em caso de + de 24hs

18/08/18

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Maria de Fátima Viana
Auxiliar de Enfermagem

Gessir Soares Costa
Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Roberto de Aguiar
Téc. Enfermagem

OBS:

OBS:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 28/07/2018 DIH: DN: 26/09/1966

PACIENTE: **TEOTONIO CIPRIANO COSTA**

AGNÓSTICO: **OSTEOMIELOITE DE PE DIREITO**

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: 51 LEITO: 205-1 DATA: 18/08/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE S.U.D

2 AVP MANTER

4 CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS NTF

7 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N 75N

8 FLASIL 10MG EV 8/8H S/N

9 DIFIRONA 1G EV DE 6/8H S/N

10 TRAMAL 100MG + SFO 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O

14 SSVV + CCGG 8/8 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16 CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),

CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;

351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE

50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H PA FC FR

12 H 130/70 65 35.6

18 H 120/80 66 36.2

24 H 100/70 64 36.2

08 100/70 62 36.2

Dr. Odinechi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | | | |
|----------------------------------|--|-------|--|-----------------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | | |
| AGNOSTICOMC PE D | | | | | |
| ALERGIAS | | | | | |
| IDADE | | HAS | | DM2 | |
| LEITO | | 205-1 | | DATA 16/08/2018 | |
| PRESCRIÇÃO | | | | | |
| ITEM | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | |
| 2 | AVP | | | | SAL |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H | | | | MANUTER |
| 4 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | | | | 24/08/2018 |
| 5 | DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS | | | | 24/08/2018 |
| 6 | TRAMAL 150MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | 24/08/2018 |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | |
| 8 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N) | | | | |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 11 | SSVV + CCGG 8/8 H | | | | |
| 12 | CEFTAZIDIMA 2G 8/8HR EV | | | | |
| 13 | CLINDAMICINA 600MG EV 8/8 HR | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS V | PA | FC | FR | TEMP |
|----------|----------|----|----|------|
| 6 H | | | | |
| 12 H | | | | |
| 18 H | 134x83 | 70 | | 36,1 |
| 24 H | AGC x 70 | 58 | | 36,1 |

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Nome: **Teotônio Cipriano Costa**

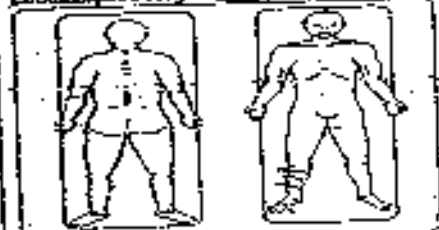
DATA: **17/08/18**

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

MED

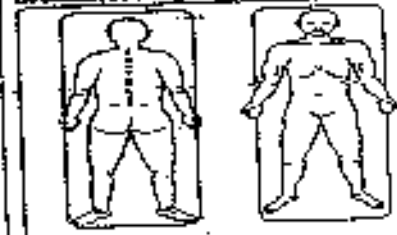


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Quimioterápica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aspecto do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com escalo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras:

Preparação:

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

☒ Gaze ☐ Colagenase
☒ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:

DIÁRIO

Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem

01- **Bernie**

02- **Renata**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

OBS:



Nome:

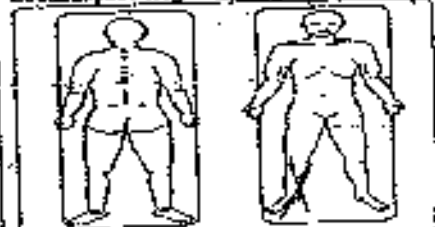
Teodoro Libiano Costa 205-1

DATA: 18.08.18

GRAU - I

GRAU - II 2

Localização / Região

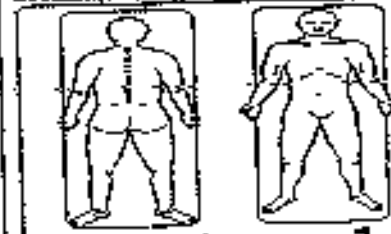


DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☒ Varicose ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leão:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo da exudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim pouco ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Periférica:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 0,9%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária
(Contato direto ao leão)

☐ Gaze ☐ Colagenase
☒ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Diário

Unho e ass.
em Enfermagem

01- Rozinilde

02- Lizarche

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

OBS:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | | | |
|---|---|-------|--------------|------|-------------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | | |
| AGNÓSTICO OMC PE D | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | | LEITO | 205-1 | DATA | 19/08/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | 300 |
| 2 | AVP | | | | manhã |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H | | | | 29-08-12 |
| 4 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA, S/N | | | | SN |
| 5 | DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS | | | | 29-08-12 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV Q11 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SA |
| 9 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | | | | on |
| 12 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 13 | CEFOTAZIDIMA 2G 8/8HR EV | | | | |
| 14 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6 HR | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO; REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITAÇÃO:

CONDUZA:

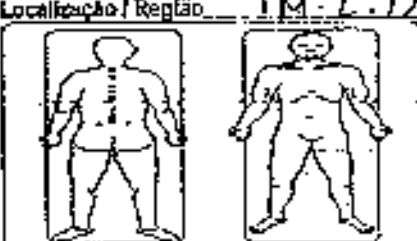
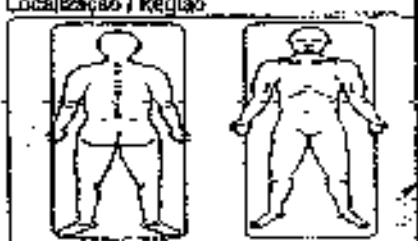
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS V | PA | FC | FR | TEMP |
|----------|----------|----|----|------|
| 6 H | | | | |
| 12 H | 115 x 79 | 62 | - | 36,5 |
| 18 H | 126 x 60 | 58 | | |
| 24 H | 130 x 70 | 70 | | |

Residente de Ortopedia e
Traumatologia

28

| | |
|---|--|
| NOME: <u>Thelma Cipriano Costa</u> | |
| DATA: <u>19-08-18</u> GRAU: <u>I 3x</u> <input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região: <u>M.E.D</u>  |
| DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região:  |
| Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ | DATA: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____ |
| Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm | DATA: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm |
| Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara | DATA: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara |
| Q.idade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante | DATA: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante |
| Tipo da exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo | DATA: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo |
| Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | DATA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor | DATA: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor |
| Condição da pele Perifoneal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mequerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ | DATA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mequerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____ |
| Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | DATA: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ | DATA: <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde | DATA: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde |
| U. na Próxima época: Em caso de + de 24hs | DATA: |
| O.ivo e ass. Tec. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro | DATA: |
| OBS: | DATA: |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



| | | | | | |
|---|--|-------|--|------------|---------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE TEOTONIO CIPRIANO COSTA | | | | | |
| AGNÓSTICO OMC PE D | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | | LEITO | | DATA | |
| | | 205-1 | | 20/08/2018 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO: | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | 5ND |
| 2 | AVP | | | | MANUTER |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H | | | | 12 18 24' 06' |
| 4 | TENOXICAM 40 MG EV D1 X DIA S/N | | | | SN |
| 5 | DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS | | | | 12 18 24' 06' |
| 6 | TRAMAL 100MG - SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | | 7 5ND |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | |
| 8 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160.E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 12 | SSVV + CCGG 8/8 H | | | | ROTINA |
| 13 | CEFTAZIDIMA 2G 8/8HR FV | | | | 12 18 24' 06' |
| 14 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6 HR | | | | 12 18 24' 06' |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITUADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG, LOIL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS V | PA | FC | FR | TEMP |
|----------|---------|----|----|--------|
| 6 H | 118x33 | 60 | — | 36.6 |
| 12 H | 150x100 | 60 | 20 | 36.2 |
| 18 H | 154x80 | 66 | — | 35.8°C |
| 24 H | 120x80 | 63 | — | 36.0 |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

GENITE SEGURADORA S/A
Av. Castelo Branco, 443 - Rio Vista - CR

[Handwritten signatures and stamps]
Residência: 1100 Ortopedia e
Traumatologia
Assessoria de Qualidade

[Handwritten initials]



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

REALIZADO - DPMAY
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2019
GENTE SEGURADORA
a. Cópia do Livro de Registro - Roraima - RR

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

ENTE Victória Lúcia Costa
ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26 / 06 / 18 COM
NÓSTICO DE Lesão de fratura mola L. p. D.

EM 03 / 08 / 18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Lesão de fratura mola L. p. D. SENDO

ADO PELO DR. Vitor Pereira E DR. Marcelo Arruda
DE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21 / 08 / 18 ÀS 1200 EM
ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ALGICAS.

ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia NO HOSPITAL
ONEL MOTA NO DIA 06 / 09 / 18 ÀS 7:00h COM O
Dr. Paulo

INDICAÇÕES GERAIS:

ÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
OMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
ÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
UANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE
ÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
GENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM (QUANTO) DIA DE
NTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

ENTE RESOLVE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.




Dr. Marcos Aguiar
Médico Agente
Roraima - RR 1995

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|---|---|--|----------------------------------|
|  ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OMILIO CRUZ |  Polegar Direito  | REGISTRO GERAL 63964 | DATA DE EXPIRAÇÃO 24/04/2017 |
| | | NOME TEOTÔNIO CIPRIANO COSTA | DATA DE NASCIMENTO 26/09/1966 |
| | | RELACÃO ANTÔNIO COSTA | |
| | | NARLENE CIPRIANO | |
| | | NATURALIDADE BOA VISTA - RR | |
| | | DIG. ORIGINAL CERTO MASC 6144 FLS 86-V LIV A-09 | |
| | | 1 OF BOA VISTA-RR | |
| | | 662.986.442-53 | |
| | | ANADEUS ROCHA TRIANI | |
| | | 2 VIA | P 1 |

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
905314502

NOME
DENILZE CORREA DANTAS

DOC. IDENTIDADE / ORG EMISSOR/UF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LOBATO DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
04953412311

VALIDADE
20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

59564648026
RR207683212

Edilson Dantas Santos
Diretor - Presidente
DETRAN RR
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
905314502





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013812/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/05/2019 11:26 Data/Hora Fim: 07/05/2019 11:50
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 07/05/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 28/08/2018 01:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Leoncio Barbosa

Bairro: Caimbé

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: **TEOTONIO CIPRIANO COSTA (VÍTIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Pacaraima Sexo: Masculino Nasc: 26/09/1966
Profissão: Agricultor
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Marlene Cipriano

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 662.986.442-53
RG - Carteira de Identidade: 63964

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Manoel Sabino dos Santos Nº: 746
Bairro: Caranã

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que na data, local e hora supracitados, conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR 150, PLACA NAQ 7365, CHASSI 9C2KD0550DR358175, de propriedade da ASSOCIAÇÃO D. P. IND. TER.D.S MARCOS, quando na ocasião, um veículo (carro) de PLACA e CONDUTOR não identificados, veio a colidir na lateral direita do veículo conduzido pelo comunicante vindo o mesmo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda houve fratura no tornozelo direito, bem como escoriações pelo corpo, sendo conduzido ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013812/2019

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

Teotônio Cipriano Costa

Teotônio Cipriano Costa
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339 - Falsificação Caluniosa e 340 - Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



MT. 42000372



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 662.986.442-53 Nome completo da vítima: Tedônio Cipriano Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Tedônio Cipriano Costa CPF: 662.986.442-53

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Manoel Sabino Costa Número: 746 Complemento: _____

Bairro: Barão Cidade: Boa Vista Estado: PR CEP: 69.313-598

E-mail: lidiavareira.yendemia@hotmail.com Tel (DDD): (43) 99117-5393

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 31.123 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso devido pelo Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Boa Vista - PR 06.05.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Tedônio Cipriano Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 01381272019-AD1
GENTE SEGURADORA S/A

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/05/2019 09:54 Data/Hora Fim: 23/05/2019 09:55
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 07/05/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 28/06/2018 01:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua Leoncio Barbosa

Bairro: Caimbé

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: TEOTONIO CIPRIANO COSTA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Pacaraima

Sexo: Masculino

Nasc: 26/09/1966

Profissão: Agricultor

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Marlene Cipriano

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 662.986.442-53

RG - Carteira de Identidade: 63964

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Manoel Sabino dos Santos

Bairro: Caranã

Nº: 746

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que na data, local e hora supracitados, conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR 150, PLACA NAQ 7365, CHASSI 9C2KD0550DR358175, de propriedade da ASSOCIAÇÃO D. P. IND. TER.D.S MARCOS, quando na ocasião, um veículo (carro) de PLACA e CONDUTOR não identificados, veio a colidir na lateral direita do veículo conduzido pelo comunicante vindo o mesmo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda houve fratura no tornozelo direito, bem como escoriações pelo corpo, sendo conduzido ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Carlos Regis Cunha
Data de Impressão: 23/05/2019 09:56
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013812/2019-A01

ASSINATURAS


Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento


Teotônio Cipriano Costa
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Sentença Penal, Caput e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT
23 MAIO 2019
AGENTE DE POLICIA
CONFERIDOR
MAT. 42000372

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Comte João Baccara, 444 - Boa Vista - RR