

ATENDIMENTO HCF 926250 DATA PRESCRIÇÃO 22/05/2018 : QUARTO/LEITO 203 / B

1	DIETA LIVRE	DESCRÇÃO	DILUIÇAO	VIA	INTERVALOS	APRAZAMENTO
2	PUNÇÃO COM JEICO					SUD
3	DIPIRONA 500MG/ML 2 ML 18 ML DE ABD			EV	6/6 h	12 18 24 06/11
4	CETOPROFENO 100MG IV + 100 ML SF 0,9%			EV	12/12 h	08 20 11
5	TRAMADOL 100MG/2ML + 100 ML SF 0,9%				8/8 h	12 20 06/11
6	CLORIDRATO DE DIFENIDRAMINA 50MG/ML 1ML 100ML SF 0,9%				8/8 h	12 22 06/11
7	OMEPRAZOL 20MG VO EM JEIUM			O		06/11
8	SSV/ + CCGG					12 20 11

Rômulo Férrer
Ortopedia
CRM 12.115

28 MAR. 2019



HCF
Hospital
Central
de Fortaleza

Nossa Satisfação é o seu bem-estar

PACIENTE: Amélia Maria de Paiva

DATA: 24/04/2019 CONVENIO: 5320 SETOR: P.O. LEITO: 2036

REGISTRO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO-ORIENTADO () DESORIENTADO ()

VERBALIZA () CONTACTUA () DEAMBULA () CADEIRANTE () ACAMADO ()

AR AMBIENTE () CATETER NASAL ___/min () MV ___% () MR 100% ()

DIETA: VO () SNG () SNE () GTT () NPT () ZERO () - PARA: _____

EVACUAÇÕES: NORMAIS () PASTOSA () LÍQUIDAS () Nº EPISÓDIOS: _____

DIURESE: ESPONTÂNEA () FRALDA () SVA () SVD () UROPEN ()

BANHO: ASPERSÃO () LEITO ()

ACESSO VENOSO: PERIFÉRICO () CENTRAL () LOCAL: _____, Nº _____

OBSERVAÇÃO

CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO-ORIENTADO () DESORIENTADO ()

VERBALIZA () CONTACTUA () DEAMBULA () CADEIRANTE () ACAMADO ()

AR AMBIENTE () CATETER NASAL ___/min () MV ___% () MR 100% ()

DIETA: VO () SNG () SNE () GTT () NPT () ZERO () - PARA: _____

EVACUAÇÕES: NORMAIS () PASTOSA () LÍQUIDAS () Nº EPISÓDIOS: _____

DIURESE: ESPONTÂNEA () FRALDA () SVA () SVD () UROPEN ()

BANHO: ASPERSÃO () LEITO ()

ACESSO VENOSO: PERIFÉRICO () CENTRAL () LOCAL: _____, Nº _____

	06:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	24:00:00	02:00	04:00	06:00
PA:			120x30			120x30			120x30			120x30
P:			79			76			79			78
TI:			36			36			36			36
FR:			39			39			39			39
SPO2:												
DRENO:												
DX:												

28 MAR. 2019

Enfermeira Responsável

Letícia de Oliveira

Enfermeira

Letícia de Oliveira

Enfermeira

Letícia de Oliveira

HOSPITAL SOS

Emissão: 22/05/2018 11:44:54

Impressão da evolução

Página: 1 de 1

Filtro Tipo: Evolução de enfermagem

Período: 22/05/2018 11:43 a 22/05/2018 11:43

Paciente 02036517 **ARNALDO MORAES DA ROCHA****Atendimento** HCF 926250**Internação** 21/05/2018 16:23**Leito** 6 / 31**Médico** 545 ROMULO CORREIA FERRER FILHO**Exame****EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM****Data e hora:** 22/05/2018 11:43

MT - PACIENTE A.M.R., 41a, MASC., HD: FRATURA DE TORNOZELO, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA, EUPNEICO, EM AA. TOLERA DIETA VO. EVACUAÇÕES AUSENTES NO PERÍODO. DIURESE EPSONTANEA PRESENTE. AGUARDA CIRURGIA, AVP FUNCIONANTE, SALINIZADO. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

28 MAR. 2019

PACIENTE 02036517 AR. P. MORAES DA ROCHA

Médico: 1016 PEDRO PAULO VIANA
ATENDIMENTO HCF 926250

DATA INTERNAÇÃO 21/05/2018 16:23
DATA PRESCRIÇÃO 23/05/2018 :

CONVENIO: 118 ISSEC
QUARTO/LEITO 203 / B

APRAZAMENTO

DESCRIÇÃO	DILUIÇÃO	VIA	INTERVALOS	
1 DIETA LIVRE				SN
2 PUNÇÃO COM JELCO				SN
3 DIPIRONA 500MG/ML 2 ML 18 ML DE ABD		EV	6/6 h	12/18 24
4 CETOPROFENO 100MG IV + 100 ML SF 0,9%		EV	12/12 h	08 26
5 TRAMADOL 100MG/2ML + 100 ML SF 0,9%			8/8 h	16 26 08
6 CLORIDRATO DE DIFENIDRAMINA 50MG/ML 1ML 100ML SF 0,9%			8/8 h	14 21 25
7 OMEPRAZOL 20MG VO EM JEJUM		O		26
8 SSVV + CCGG				26

Rômulo Férrei
Otopedista
CRM 2115

28 MAR. 2019

28 MAR. 2019



28 MAR. 2019

Termo de Responsabilidade

Pelo presente termo, eu **ARNALDO MORAES DA ROCHA** portador(a) do documento de identificação No. 15176318 SSP-CE, CPF:492.550.453.34, Nacionalidade **Brasil**, Natural de FORTALEZA Estado **CE**, Estado civil **Casado**, Residente a R FRANCISCO MENDES DE OLIVEIRA, 797, CEP - , Município de **FORTALEZA**, Estado **CE**, Telefone(s) **(85) 9993.88656**, assumo inteira responsabilidade pela internação por ordem médica do(a) Dr.(a) ROMULO CORREIA FERRER FILHO, CRM 12115, no Hospital Central de Fortaleza-HCF, com sede à Rua Tristão Gonçalves, 1367 Anexo, Centro, Fortaleza-Ce, inscrita no CNPJ No. 04.870.928/0001-88, conforme cláusulas abaixo:

1. Declaro para os devidos fins que o termo tem como objetivo a prestação de serviços médicos hospitalares nas dependências do Hospital , ao (a) paciente acima qualificado (a), por determinação do médico responsável, ficando o Hospital expressamente autorizado a executar por si ou terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento e que se façam necessários e indispensáveis a salvaguarda da vida do paciente, até o seu efetivo restabelecimento.

2. Declaro estar ciente de que a condição de CLIENTE PARTICULAR se caracteriza a partir da internação e que, no caso de internação por intermédio de CONVÊNIO médico (seguro saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, empresas com planos de auto gestão, e outro(s) responderei como principal e solidário pagador por eventuais despesas não cobertas pela empresa ou instituição com qual o (a) internado (a) mantenha relação de convênio médico hospitalar, credenciado neste hospital, devendo o pagamento das despesas ser efetuado na data da alta ou transferência do (a) paciente:

2.1 Declaro para os devidos fins que estou ciente dos itens que necessitam de autorização (senha) ou estão excluídos de cobertura por força do contrato que o paciente **ARNALDO MORAES DA ROCHA** mantém com a empresa CONVÊNIO ISSEC .

Assim, caso durante o período de internação e tratamento do paciente, for necessária a utilização de alguns dos itens constantes na relação fornecida pelo plano de saúde do paciente e que ora é apresentada pelo hospital, e for negada a senha e indeferida sua cobertura, comprometo-me ao pagamento respectivo diretamente ao Hospital.

2.2 Declaro desde já, aceitar a cobrança e efetuar o pagamento de contas parciais que serão emitidas pelo hospital, sempre que o (a) paciente permanecer internado (a) por período superior a 24 horas.

2.3 É do meu conhecimento que em caso de internação procedida por intermédio de convênio médico, o(a)



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria do Planejamento e Gestão

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| ☐ DIÁRIA DE UTI | ☐ VACINA ANTI Rh |
| ☐ PRORROGAÇÃO DE INTERNAMENTO | ☐ HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL |
| ☐ HEMODINÂMICA | ☐ HEMOTERAPIA |
| ☐ USO DE OXIGENADORES | ☐ NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL |
| ☐ FISIOTERAPIA | ☐ MEDICAMENTOS QUE NÃO CONSTEM NO BRASÍNDICE |
| ☐ EXAMES ESPECIALIZADOS | |
| ☒ OUTROS <u>Material (Gonorréia)</u> | |

DADOS GERAIS:

HOSPITAL H. e F
 PACIENTE Arnaldo morais Rolha
 N.º GIH _____ CARTÃO ISSEC _____
 MÉDICO SOLICITANTE _____ CRM _____
 PRESTADOR EXECUTANTE _____

JUSTIFICATIVA

01 placa 112 Tubo
 02 pontos cost
 02 pontos espiga
 7 Int. femoral

DATA 25 05 18

28 MAR. 2019

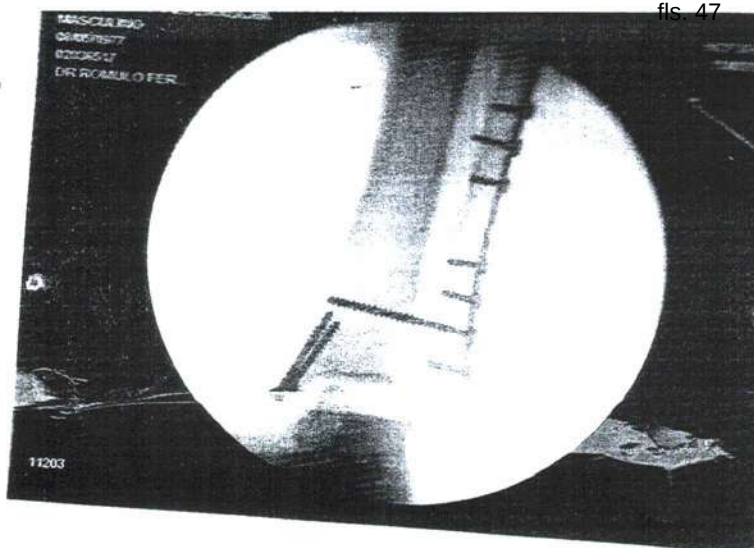
Rômulo Ferrer
Ortopedia
CRM 12115

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante



LAUDO MÉDICO P

- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ PRORROGAÇÃO DE INTERNAMENTO
- ☐ HEMODINÂMICA
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ FISIOTERAPIA
- ☐ EXAMES ESPECIALIZADOS
- ☒ OUTROS Intubação



DADOS GERAIS:

HOSPITAL H E F
 PACIENTE Arnaldo Moraes Rolha
 N.º GIH _____ CARTÃO ISSEC _____
 MÉDICO SOLICITANTE _____ CRM _____
 PRESTADOR EXECUTANTE _____

JUSTIFICATIVA

Intubação de Ego
- Falha

DATA 25.05.18

28. MAR. 2019

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante

paciente é obrigado a cumprir as normas do convênio em relação a acomodação, acompanhante e as demais. Optando o (a) paciente ou seu responsável por acomodação superior ou quaisquer outros benefícios não previstos no seu contrato, pactuado com seu convênio médico, me comprometo a pagar as eventuais diferenças de preços, devidas em razão dessa opção.

4. É de meu conhecimento que em caso de ultrapassar o valor de R\$ _____, referente ao procedimento 52.15.015-1 FRATURAS E/OU LUXACÕES DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURG, me comprometo a pagar a diferença de preço pois tenho ciência que o pacote contempla apenas 01 diária de internação e não encontra-se inserido no pacote: Diárias de UTI, medicação de alto custo, oxigênio, procedimentos de alta complexidade, exames laboratoriais.

5. No momento da alta hospitalar será disponibilizada a fatura contemplando os materiais medicamentos, exames, exames e demais procedimentos realizados para o devido pagamento caso exceda o valor pago no ato da admissão.

Declaro para todos os efeitos legais e de direito que assumo perante o Hospital plena e total responsabilidade na condição de principal e solidário pagador pelas despesas de todos os tratamentos médicos cirúrgicos, pelas despesas dos serviços prestados, medicamentos e materiais fornecidos por este ou por terceiros, necessários ao tratamento do (a) paciente acima identificado e conforme prescrição médica inclusive na condição de bastante fiador.

Parágrafo Único: Declaro ainda, ser responsável pelo pagamento dos honorários dos médicos comprovadamente prestadores de serviços. Autorizo desde já, que a cobrança dos referidos honorários seja feita diretamente pelos respectivos médicos, pelo que fico ciente que o Hospital não é titular do crédito relativo a honorários médicos.

Todas as informações referentes ao tratamento do paciente são confidenciais e serão mantidas e guardadas sob sigilo profissional, de forma a garantir que o acesso ao prontuário está condicionado ao interesse do paciente, com observância do dever legal, vedado o conhecimento de terceiros estranhos bem como fornecimento de cópias sem prévia autorização do paciente ou de quem validamente o represente.

Declaro, ainda, ser responsável ora assumida sem prazo determinado, vigorando até o pagamento integral de todas as despesas a serem havidas, ficando ciente que, no caso de mora o débito será reajustado pelo índice ou na falta, por qualquer outro índice governamental que vier a substituí-lo, acrescido de juros 1% ao mês incidente, sobre o principal corrigido, e na hipótese de eventuais medidas judiciais ou extrajudiciais, a parte vencida arcará com custos, honorários advocatícios a razão de 20% sobre o valor da condenação ou débito, e mais cominações legais de estilo.

1. Autorizo ainda o Hospital promover os atos necessários para recebimento dos valores que forem apurados, inclusive como emissão de boletos e duplicatas referentes a prestação de serviços.

2. Por ser de exclusivo interesse e benefício do paciente, autorizo ainda o Hospital a disponibilizar para o instituto, plano/seguro de saúde do qual o paciente acima referido é beneficiário, cópia do seu prontuário médico, com o objetivo de agilizar os procedimentos necessários para obtenção de autorização de cobertura e itens utilizados no seu tratamento, razão pela qual isenta a instituição e seus profissionais de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

28 MAR. 2019

6. Por ter pleno conhecimento de que o Hospital é uma Empresa Privada, e desta forma autorizo desde já a transferência do paciente para hospital da rede pública, no caso de descumprimento de quaisquer das obrigações ora assumidas.

7. Declaro, outrossim, estar ciente da tabela de preços vigente nesta data, de cujo teor tomei conhecimento e cuja cópia se encontra a disposição no setor de internação do Hospital, para consulta sempre que eu ou meus familiares desejarmos, bem como ter recebido, neste ato, cópia do MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE INTERNO E SEUS ACOMPANHANTES do hospital, estando de acordo e me comprometendo a cumprir os seus termos.

8. Fica eleito o foro da Comarca de Fortaleza para ajuizamento de qualquer procedimento judicial decorrente da responsabilidade aqui assumida, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por ter assim pleno conhecimento de seus termos, firmo presente documento em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, para que se produzam os efeitos de direito.

9. Declaro para todos os efeitos legais e de direito que assumo a responsabilidade da guarda dos pacientes de forma segura, haja visto que o Hospital disponibiliza meios, tais como: Chave de Apartamento/Enfermaria e estou ciente que caso saia das dependências do leito deverei trancá-lo e a chave ficará sob minha responsabilidade até o dia da alta.

Fortaleza (CE), 21/05/2018.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Ass. Medico Assistente

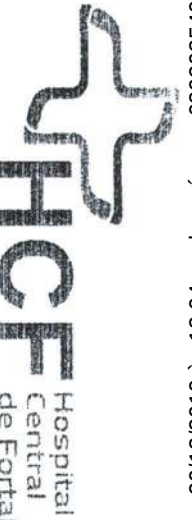
Nome: _____

Nome: ROMULO CORREIA FERRER FILHO

RG/CPF: _____

CRM: 12115

28 MAR. 2019



Nossa satisfação é o seu Bem-estar

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Adriana Silva DATA: 21/05/18

CONVÊNIO: 15366 SETOR: 2 LEITO: 203 B

PRESCRIÇÃO MÉDICA		APRAZAMENTO		RESPIRADOR		GLICEMIA	
				LIG:	HORA	VALOR	
Prescrição Médica		5 ANO		DES:			
Prescrição Médica		18 ANO		LIG:			
Prescrição Médica		20 V		DES:			
Prescrição Médica				AR-COMPRESSIVO			
Prescrição Médica				LIG:			
Prescrição Médica		22		DES:			
Prescrição Médica				BOMBA 1ª			
Prescrição Médica				LIG:			
Prescrição Médica		22		DES:			
Prescrição Médica				BOMBA 2ª			
Prescrição Médica				LIG:	HORA	VALOR	
Prescrição Médica				DES:			
Prescrição Médica				BOMBA 3ª			
Prescrição Médica				LIG:			
Prescrição Médica				DES:			
Prescrição Médica				MONITOR			
Prescrição Médica				LIG:			
Prescrição Médica				DES:			
Prescrição Médica				OXÍMETRO	HORA	VALOR	
Prescrição Médica				LIG:			
Prescrição Médica				DES:			

28 MAR 2018

28 MAR. 2019

NOME: Arnaldo morais da Rocha DATA: 23/05/2018
UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Posto 2 LEITO: 2035
SEXO: M IDADE: 41 CONVÊNIO: Wec MÉDICO ASSISTENTE: Pedro Paulo

1. HISTÓRICO

1.2 DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Tornozelo
1.3 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (QUEIXAS):

1.4 DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: () HAS () DM () CARDIOPATIAS () IRC () DISLIPIDEMIAS () ETILISMO () DPOC () OBSESIDADE () OUTROS

1.5 ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: neg

1.6 MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO:

2. EXAME FÍSICO:

2.1 SISTEMA NEUROLÓGICO:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: consciente

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO: consciente

DÉFICIT MOTOR:

2.2 SISTEMA RESPIRATÓRIO

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA:

SATURAÇÃO DE O₂:

AUSCULTA:

SUORTE VENTILATÓRIO: () SIM (☒) NÃO QUAL:

PRÓTESES VENTILATÓRIAS: () SIM (☒) NÃO QUAL:

TEMPO DE PERMANÊNCIA:

2.3 SISTEMA CARDIOVASCULAR

FREQUÊNCIA CARDÍACA:

PA:

PROTÉSES CARDÍACAS: () SIM (☒) NÃO QUAL:

2.4 SISTEMA GASTROINTESTINAL

ESTADO DE NUTRIÇÃO: balanço

VIA DE ALIMENTAÇÃO: VO

INTOLERÂNCIA/ALERGIAS ALIMENTARES neg

CARACTERÍSTICAS DAS FEZES:

2.5 SISTEMA GENITOURINÁRIO

VIA DE ELIMINAÇÃO: urinal exp

CARACTERÍSTICAS DE URINA:

VOLUME:

SONDAS: () SIM (☒) NÃO TEMPO DE PERMANÊNCIA:

2.6 PELE E MUCOSAS:

fls. 53

INTEGRIDADE DA PELE: (☒) SIM () NÃO

LOCAL DE LESÕES:

CARACTERÍSTICAS DA S LESÕES:

ESTÁGIO DAS FERIDAS:

COLORAÇÃO E HIDRATAÇÃO DA PELE:

RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO: () SIM (☒) NÃO

3. EXAMES DO PACIENTE:

4. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

às 16:50 h, paciente admitido para tratamento cirúrgico.
recebeu a droga medicamentosa e comorbidades. Paciente
em autorização da cirurgia.

Lilian, Lucá
Enfermeira
COREN 55404 RJ

28 MAR 2019

ENFERMEIRA:

COREN:



Ats

DECLARAÇÃO

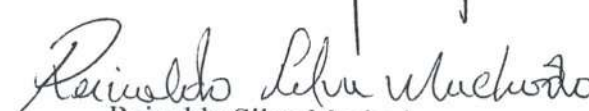
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Arnaldo Moraes da Rocha**, no dia **21/05/2018**, às **13h25min**, na **Rua Princesa Isabel c/ Rua Pedro I**, no **Bairro Centro**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P274056/2018**.

Fortaleza, 26 de julho de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

28 MAR. 2019

**TERMO DE ENTREGA****PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº **P274056/2018**, estamos entregando ao Sr. **Arnaldo Moraes da Rocha**, CPF: **492.550.453-34**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **21/05/2018**.

Fortaleza, 26 de Julho de 2018.

Atenciosamente,

Francisco Rômulo Sampaio Lira
Diretor Médico - SAMU 192
Regional Fortaleza
CPF: 623.995.433-00 - Mat. 86920-1


Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

28 MAR. 2019

Nome do solicitante: _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Data do recebimento: ____/____/____



P.244056/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 94	PONTO DE APOIO: HMF	Nº DA OCORRÊNCIA: 0653
DATA: 22/05/18	TURNO: MT	EQUIPE: B - Elba + George
NOME: Arnaldo Moraes de Rocha	IDADE: 49	SEXO: Masculino
ENDEREÇO: R. Princesa Isabel/Pedro I.	BAIRRO: Centro	
REFERÊNCIA: Vac. Evoluções	QUY: 13:58	QUU: 14:20
QTY: 12:58	QUS: 13:25	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro/moto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

A Vias aéreas	☒ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____
-------------------------	---	-------------------------------------	------------

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
	☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
	☐ BRADIPNEICO			
	☐ AGÔNICA/ AUSENTE			

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO	☐ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☐ SIM
	☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☒ NÃO
	☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
	☐ CHEIO	☒ SUDOREICA		
	☐ FILIFORME	☐ SECA		
	☐ IMPALPÁVEL	☐ QUENTE		
	LOCAL: _____	☒ FRIA		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

D Neurológico	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
	À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5
	À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
	NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
	TOTAL: 35	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
	PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA ☐ 1
	☐ ALTERADAS		

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		MIE tibia e fíbula esq. 28 MAR. 2019	

SAMPLA

FC: 87	PA: 120x80	FR: 18	GLIC.: 114	OXIM.: 96%	TEMP.: _____
--------	------------	--------	------------	------------	--------------

Pte vítima de colisão moto/carro, consciente, orientado, nega síncope, portava capacete, apresenta fratura fechada no MIE, localizado na região tibia e fíbula, nega alergia medicamentosa.
Pte desacompanhado. Apresenta deformidade no MIE na região tibia e fíbula e edema no local.

RTW - Dra. Natália

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE: Hosp. SOS (Hosp. Central de Fortaleza)

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO: (JICE)

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☒ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

Dr. Paulo Viana
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro
CRM: 13032 / TEOT: 1456

EM: 23/05/2018 às 14:20h

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: ____/____/____

TERMO DE RECUSA

U,

RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO