

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

600 885 803-42

4 - Nome completo da vítima:

JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

6 - CPF:

600 885 803-42

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

RUA STA RITA

9 - Número:

5

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

CAUCAIA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

61695-990

15 - E-mail:

(85) 996333541

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2620 0 CONTA: 28851 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim
teve filhos? Não

29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou
nascituro (val nascer)?

Sim
 Não

31 - Vítima
teve irmãos?

Sim
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim
 Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA-CE 08/07/2020

✓ JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002 /2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 118 - 1439 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/06/2020 11:56:48**
Data / Hora da Ocorrência: **25/03/2020 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR ESTRADA ENTRE A BR 222 E SITIOS NOVOS, SITIOS NOVOS - CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência: **SITIOS NOVOS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS**
Nascimento: **20/11/1986** CPF: _____
RG : **2003097042116** Orgão Emissor: _____ UF: **CE**
Filiação:
Endereço: **RUA SANTA RITA, 5**
Bairro: **SITIOS NOVOS**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: _____
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98139-8887**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNN3117** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KD0810FR445679** Renavam: **1061259550** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

diz o declarante que no dia e hora acima descrito, pilotava sua moto já mencionada acima quando atropelou um jumento; Que o declarante foi levado por uma ambulância do Samu para o hospital Antônio Prudente em fortaleza onde recebeu tratamento médico. que na pancada o declarante fraturou o fêmur direito, o pé direito e a escápula.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES
Assinatura de Menezes
61.369
JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Jeison Raphael Neves Medeiros*

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE JESUITA BARBOSA FILHO
JOSE JESUITA BARBOSA FILHO - MAT.: 133545-1-X

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

600 885 803-42

4 - Nome completo da vítima:

JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

6 - CPF:

600 885 803-42

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

RUA STA RITA

9 - Número:

5

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

CAUCAIA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

61695-990

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 9963333541

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2620

0

CONTA: 28851

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAUCAIA-CE 08/07/2020

✓ JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002 /2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2020 10:58

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66418234 Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1
Profissional(is): FERNANDO GOMES BEZERRA RIBEIRO-CRM 13378 [1] Nº: 52870994 25/03/2020 às 22:27

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO-ANIMAL COM PRESENCA DE FRATURA DE FEMUR. ACIDENTE DE GRANDE ENERGIA APRESENTA DOR ABDOMINAL E EM TORAX A INSPIRACAO PROFUNDA RELATA CEFALEIA ECG 15 CONSCIENTE E ORIENTADO [1]

CD SOLICITO TAC DE ABD, TORAX E CRANIO ANALGESIA REAVALIAÇÃO APOS EXAMES

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO
FOLHA 29356
Assinatura

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: 04/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.425,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02622-0

CONTA: 000010028851-0

Nr. da Autenticação 80C4372CF6854CFE

0900587



Cagece

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Sistema das Cidades

Nº de Inscrição:

54054559

DADOS DO CLIENTE

Nome: LIDIANE DE SOUSA BARBOSA
 End. Leitura: RUA STA RITA, 5, CENTRO
 Cidade: SITIOS NOVOS [CAUCAIA]

End. Entrega:

Cidade:

Local: 112 Setor: 001
 Subsetor:

Quadra: 025 Lote: 0200 Comp: 0000

CEP: 61.695-990

UN-BME - SITIOS NOVOS [CAUCAIA]

ECONOMIAS

Residencial: 001	Comercial: 000	Industrial: 000	Pública: 000
------------------	----------------	-----------------	--------------

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A08F499169	16	17	1	2

DATAS

Leitura Atual: 02/10/2019 | Emissão: 15/10/2019 | Lacre Água: A08F499169
 Leitura Anterior: 02/09/2019 | Próxima Leitura: 1/11/2019 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	10	10	10	10	10
Analisadas	10	10	10	10	10
Em conformidade	10	8	3	9	10

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO[OUT/14 A SET/15]: 8 M3 | META: 10 M3.
 AGRADECemos SUA PONTUALIDADE. AGUA TRATADA E SAUDE.
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
	26,30	0000	0	
		0000	0	
		0000	0	
		0000	0	
		02/2019	13	0
		03/2019	2	0
		04/2019	1	0
		05/2019	3	0
		06/2019	4	0
		07/2019	2	0
		08/2019	2	0
		09/2019	4	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO		
		Descrição	Valor do Serviço	Valor (R\$)
PIS	0,27			41,10
COFINS	1,35			12,80
		Total de Serviço		28,30
MÊS/ANO	VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)	
10/2019	05/11/2019		28,30	

ONDE PAGAR SUA FATURA

Banco: Bradesco, BB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triunfo, Outros: PagSeguro.
 A Cagece não cobra taxa de débito em conta (Banco, Itaú, Bradesco, Santander, Triunfo, Outros). Consulte sua agência.

E obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0185, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria Pública: www.adpce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras Fortaleza: ACFOR - Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 273 3838.



GERENCIAMENTO DO ESTADO
CENTRAL DE ATENDIMENTO

Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado.

309-640885492-7

05/nov/2019

HORA DF 17:58:5

LOT. 05.005835-5
 LOCALIDADE: CAUCAIA
 AG. VINCULADA: 1089

TERM. R0035

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
 CAGECE CIA AG ESG CEARA

VALOR DO PAGAMENTO: 28,30

8265000000003 2830000000003
 054054559915 020010220158

309-640885492-7

1ª VIA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

19/06/2020 10:58

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66418234 Prontuário: 17466922
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1
 Profissional(is): FERNANDO GOMES BEZERRA RIBEIRO-CRM 13378 [1] Nº: 52870994 25/03/2020 às 22:27

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO-ANIMAL COM PRESENCA DE FRATURA DE FEMUR. ACIDENTE DE GRANDE ENERGIA APRESENTA DOR ABDOMINAL E EM TORAX A INSPIRACAO PROFUNDA RELATA CEFALEIA ECG 15 CONSCIENTE E ORIENTADO [1]

CD SOLICITO TAC DE ABD, TORAX E CRANIO ANALGESIA REAVALIAÇÃO APOS EXAMES

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

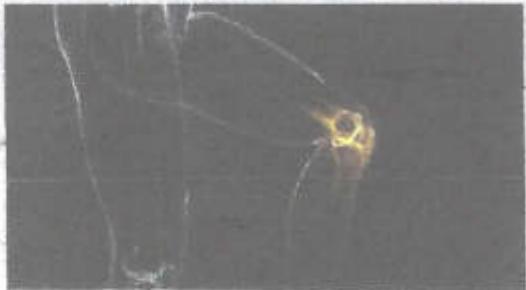
DIAGNÓSTICO

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

CID10 R100 ABDOME AGUDO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO
FOLHA 29356
 Assinatura



Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia e Artroscopia do Joelho
CRM 10184 TEOT 12042

ATESTADO

NOME: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 25/03/2020. SOFREU POLITRAUMATISMO: FRATURA DE FEMUR DIREITO, FRATURA DA ESCAPULA ESQUERDA, E FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO. PACIENTE FOI SUBMETIDO A 02 PROGRAMAÇÕES CIRÚRGICAS (OSTEOSSINTESE DO FEMUR DIREITO E DA MÃO DIREITA), E TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA EM FRATURA DE ESCAPULA ESQUERDA. REALIZOU TAMBÉM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO PARA REABILITAÇÃO FUNCIONAL DAS FRATURAS. NO MOMENTO, PACIENTE ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA, MAS PERSISTE COM DOR RESIDUAL E DÉFICIT DE FORÇA DA COXA DIREITA, COM LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO E DIFICULDADE PARA FAZER ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM MEMBRO INFERIOR DIREITO. APRESENTA AINDA DOR, REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO, E DÉFICIT DE FORÇA DE PREENSÃO PALMAR DA MÃO DIREITA. EM RELAÇÃO AO OMBRO ESQUERDO, PERSISTE COM DOR RESIDUAL, DEFICIT DE FORÇA, E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO. PACIENTE APRESENTA INCAPACIDADE FUNCIONAL DE 70% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, 70% DA MÃO DIREITA E 65% DO OMBRO ESQUERDO.

DATA 08/07/2020

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
TEOT 12042 - RQE - 5137
CRM PE 10184

Clinica Otomedica - Av. 13 de Maio, 1189 - Fátima - (85) 3304.7676
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000
Clinica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

11:17

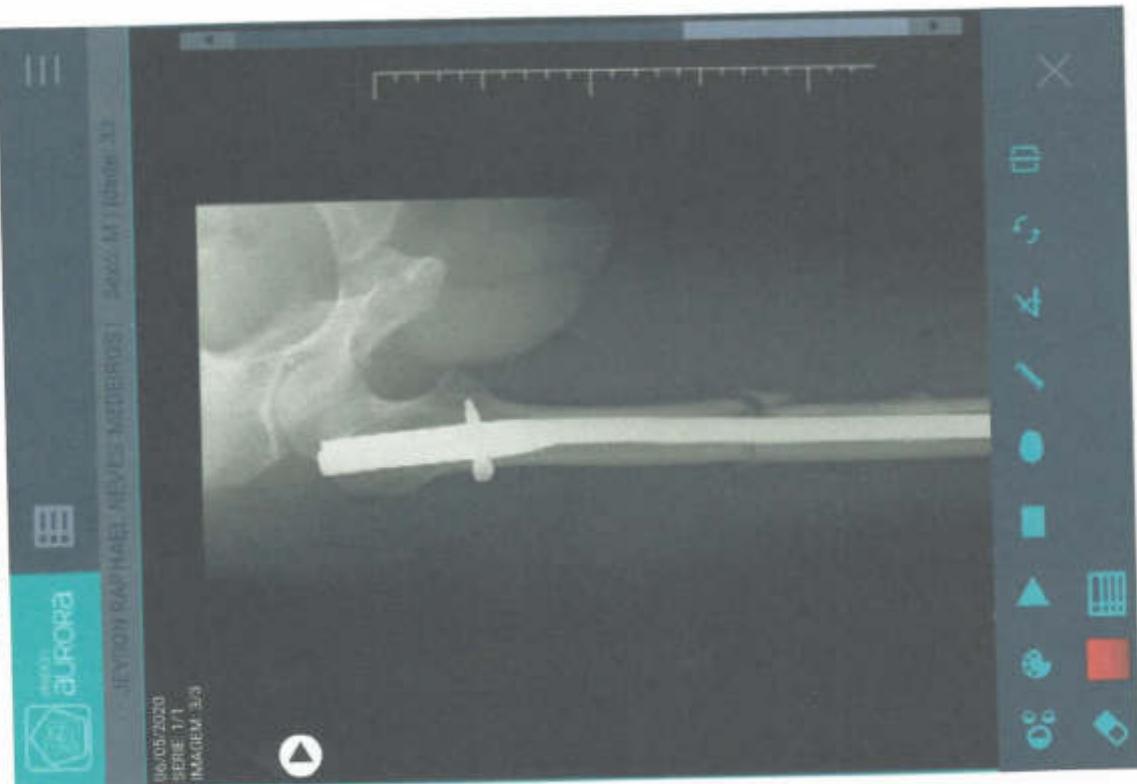
50%

X Pixeon | Aurora | Visualiza...
pacsmobile.happyvida.net.br8090



28%

X Pixeon | Aurora | Visualiza...
pacsmobile.happyvida.net.br8090



08:23 25

11:05 25°

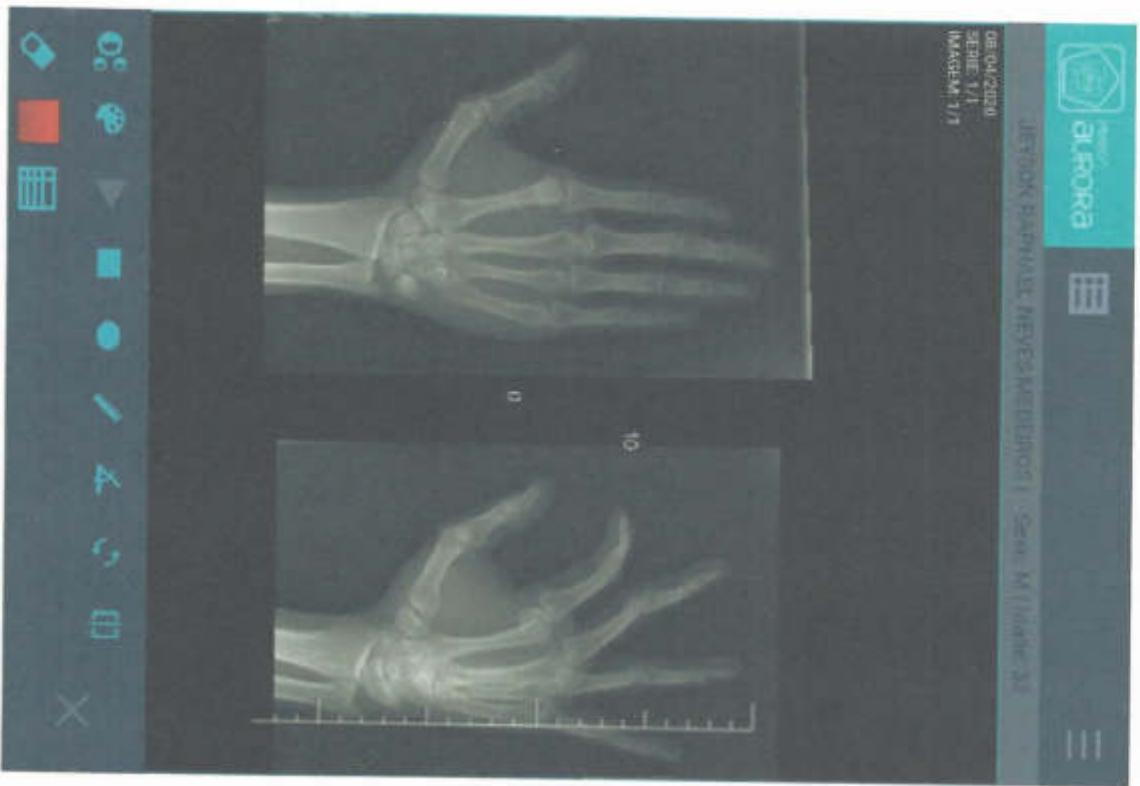
53%

X Pixeon | Aurora | Visualiza...
pacsmobile.happyda.net.br:8090



DIAFRAGMA HUESO RADIAL 01 2011 N. 004-22

OB:04/02/2010
SERIE: 1.1
IMAGE: M.17



JEYSON RAPHAEL NEVES MEDAROS | Sexo M | Idade 33

06/05/2020
SÉRIE 1/1
IMAGEM 1/2

E 10



Exame:
RX COXA DIREITA



064219271

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur com haste metálica e parafusos.
Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

6642192742

RELATÓRIO:

Presença de fratura desalinhada em corpo da escápula.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica. I

OBS: Exame documentado em CD.

Exame:

TC DE OMBRO ESQUERDO

TÉCNICA:

Exame realizado em projeção axial e reconstavações multiplanares sem administração de contraste

COMENTÁRIOS:

- Fratura cominutiva desalinhada do corpo da escápula
- Demais estrutura e densidade ósseas anatômicas.
- Os espaços articulares estão conservados.
- Planos musculogordurosos preservados.

RELATÓRIO:

6642192

Presença de fratura em metacarpo do segundo dedo.

Superfícies e espaços articulares integros.

Demais aspectos inalterados.

OBS: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após consulta clínico radiológica.

OBS: Exame documentado em CD

12/01/2012

ESTE FOLHETO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

OK
26/03/2020 11:05:35

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
17436922	JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	M	20/11/1986	33
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
200200142116 SSP CE	60088580342			1-CASADO

Endereço

R DO CAMPO 7 SITIOS NOVOS CAUCAIA-CE CEP:61695990

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
981398887		MARIA DO SOCORRO MEDEIROS DAS NEVES

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
26/03/2020	10:51		
Médico Atendente			Clinica
1938509 LEANDRO REBOUÇAS BEZERRA			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1938509 LEANDRO REBOUÇAS BEZERRA			0 INTERNACAO

Avaliação médica

30/03

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Polo	SERVIARM SERVICO DE VIGILANCIA ARMADA LTDA
22-09-VIDA	13-NOSSO PLANO - APARTAMENTO -	COLETIVO
Carteira	Validade	

68978001968009017

/

Posto	Acomodação	Leito
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133420 SALA CC 02	12

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
45651683	39996666	D59851278	INTERNACAO
45651683	30725127	D59851278	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO
45651683	30723086	D59853467	OSTEOTOMIAS / ARTRODESSES - TRATAMENTO CIRURGICO
45651683	30732026	D59853466	ENXERTO OSSEO
45651683	30726182	D59853472	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS - TRATAMENTO CIRURGICO

() RISCO DE QUEDA

() RISCO DE UPP

() RISCO DE FLEBITE

() RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

() RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

EN 29

CM 98,29 // Olha má tela da Alta



ANTONIO
PRUDENTE

NOTA DE SALA

W90454

Atendimento:	66421927	Prontuário:	17466922	JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	HAPVIDA
Cirurgia(s) :	30725127	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO		Tipo Anestesia:	RAQUE+SEDACAO
	30723086	OSTEOTOMIAS / ARTRODESES - TRATAMENTO CIRURGICO			
Sala Cirúrgica:	SALA CC 06	Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	133420
Equipe Médica:	CIRURGIAO	29505461	EDILMAR FERREIRA LESSA	CRM	7399
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	2585251	FILIPE SANCHO DE MÁCEDO	CRM	15158
	ANESTESISTA	3631303	BRUNO CÉSAR SOARES GOMES	CRM	61897

Código	Especificação	Qtdc	Código	Especificação	Qtdc
	Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos	
84948	AGUILHA DESC.DE RAQUE N.27 - 1 UD	1	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2,5 ML	1
27855	AGUILHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	5	130863	DEXMEDETOMIDINA 200MCG/2ML SOL INJ FRAP AMPL 2 ML	1
27847	AGUILHA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD	2	154754	DEXTROCEFTAMINA 100MG/2ML INJ FRAP AMPL 1 UD	1
27871	AGUILHA DESCARTAVEL 30X08 - 1 UD	1	38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	3
32450	AGUILHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4	145419	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 5ML AMPL 5 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	42013	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD	1
27928	ARRUELA PI MONITOR DESCARTAVEL C/T - 1 UD	5	40037	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	4	124102	MORFINA 0,2MG/1ML INJ. AMPL AMPL 1 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
81868	CANETA DESCARTAVEL PI BISTURI - 1 UD	1	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	43290	RINGER CILACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	2
30201	CAUTER INTRA VENOSO 20 (FELCO) - 1 UD	2	43800	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	83941	SUFENTANILA 10MCG/2ML SOL INJ AMPL AMPL 1 UD	1
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	45233	XYLOCAINA C/A 2% 20 ML FRAP 20 ML	1
112712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	6			
134084	EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 UD	1			
50997	ESPADRAGO IMPERM 10CMX4,5M TUBO 450 CM	100			
31771	ETER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50		Gases / Aparelhos	
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	1	19	TAXA DE SALA	Inicio: 14:10 Fim: 16:35
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1	20	OXIGENIO	Inicio: 14:10 Fim: 16:35
119496	FIO MONONYLON (1163T) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	3	15	BISTURI ELETRICO	Inicio: 14:00 Fim: 16:30
25895	FIO POLYCOT (SPA45T) - POLYCOT BLUE D 15 - 1 UD	2	16	MONITORIZAÇÃO	Inicio: 14:10 Fim: 16:35
32220	FIO J&J VICRYL (1408H) - VICRYL* VLT 0 70CM (- 1 UD	2	22	OXIMETRO DE PULSO	Inicio: 14:10 Fim: 16:35
161606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	2			
165566	FIO Q-PG130X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERI PCT C/10 PCT 1 UD	8			
27227	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM	5			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	6			
140443	HASTE INTRAMEDULAR BLOQ.DE FEMUR C/PARAFUSOS - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	2			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	2			
105112	LATEX SILICONIADO - 1 MT	4			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8			
30651	LUVA DESC.ESTERIL N-7,0 - 1 PA	3			
30660	LUVA DESC.ESTERIL N-7,5 - 1 PA	3			
30678	LUVA DESC.ESTERIL N-8,0 - 1 PA	3			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	6			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	200			
130923	PLACA DESCARTAVEL PIBISTURI ADULTO - 1 UD	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	3			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	4			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	4			
30961	SONDA ASP.TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

GASTOS DO ANESTESISTA

MEDICAMENTO	QTE	MEDICAMENTO	QTE
ANTAK		ROCEFIN 1g	
ADRENALINA amp		RAPIFEN	
ATLANSIL amp 150 mg/ml		SEVORANE	
ATROPINA 0,25 mg/amp		SOLU-CORTEF 500 mg	
BICARBONATO DE SÓDIO amp		SUFENTA ml	
CLONIDIN 150 mg		TRANSAMIN	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% amp		THIONEMBUTAL 0,5 mg	01
CIPRO 200 mg FR		TRAMAL 100 mg	
CLEXANE 20 mg/amp		TRIDIL 50 mg	
DECADRON 4 mg FR 2,5 ml	01	TRACRIM 25 mg/amp	
DAZEPAN 10 mg	01	ULTIVA 2 mg	
DIMORF 0,2 mg/ml Amp. (1ml)		XILOCAÍNA amp S/AD 5 ml 2%	
DIMORF 10 mg		XILOCAÍNA C/A 2% ml	
DIPRIVAN amp 20 ml		XILOCAÍNA PESADA 5% amp	
DIPRIVAN seringa 50 ml PFS		XILOCAÍNA S/A 2% ml	
DIPRIRONA amp		XILO-GEL	
DRAMIN 86 DL IV			
DOLANTINA amp			
DOPAMINA			
DORMONID 15 mg/amp	01		
DOBUTREX amp			
EFORTEL amp			
ERGOTRATE 0,2 mg/amp			
ESMERON			
FLAGYL 500 mg			
FENTANIL amp			
GLUCONATO DE CALCIO			
FORANE			
HIDROCORTIZONA 500 mg			
HALOTHANO			
HEPARINA			
HYPNOMIDATE 2 mg/ml			
INOVAL amp			
IPSILO 1g			
KEFAZOL fr/ amp			
KEFLIN amp	02		
KETALAR ml			
LANEXAT amp	01		
LASIX amp			
MARCAÍNA C/A 0,5% amp			
MARCAÍNA PESADA amp	01		
MARCAÍNA S/A 0,5% amp			
METHERGIN amp			
NILPERIDOL amp			
NIMBIDIUM 10 mg			
NAUSEDRON 8 mg	01		
NARCAN amp			
NAROPIN amp			
NIPRIDE amp			
NORADRENALINA			
NORCURON			
NUBAIN amp			
OIMEPRAZOL 400 mg FR			
ORASTINA amp 5 UI/ml			
PAVULON amp			
PLAMET amp			
PLASIL amp			
PROFENID IV	01		
PROSTIGMINE amp 0,5 mg			
QUELIGIN 100 mg/ vd			
PROTAMINA			

Assinatura do Anestesista - CRM

Dr. Bruno César Soares Gomes
Anestesiologista
CREMEC 20293 / RQE 9507

Justificativa Médica

BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 16:54

Paciente:	JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.:	20/11/1986	Atendimento:	66421927	Prontuário:	17466922
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito:	133420/12		
Profissional(is):	EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1]	Nº:	52893039	26/03/2020	às 16:34		
DIAGNÓSTICO							
Diagnóstico Clínico	S723						[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S723						[1]
DADOS DA CIRURGIA							
Data Da Cirurgia	26/03/2020						[1]
Hora Da Cirurgia	16:35						[1]
Cirurgia	OSTEOSSÍNTSE DE FRATURA DE FEMUR						[1]
Cirurgião	EDILMAR LESSA						[1]
1º Auxiliar	FILIPE SANCHO						[1]
Anestesista	BRUNO						[1]
Descrição Cirúrgica	1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL EM MESA DE TRAÇÃO SOB EFEITO ANESTÉSICO 2. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS OPERATÓRIOS 3. ACESSO LATERAL EM QUADRIL DIREITO, DISSECÇÃO POR PLANOS E HEMOSTASIA 4. REALIZADO OSTEOTOMIA DO FEMUR PROXIMAL 5. REALIZADO INTRODUÇÃO DO FIO GUIA APÓS FRESAGEM INTRODUTÓRIA, REDUÇÃO DA FRATURA, E PASSAGEM DO FIO GUIA ATÉ REGIÃO DISTAL DO FEMUR, CONTROLE DE IMAGEM COM INTENSIFICADOR E REALIZADO MEDIDAÇĀO DO TAMANHO DA HASTE 6. INTRODUÇÃO DE FRESA RÍGIDA E EM SEGUIDA FRESGENS SEQUENCIAIS COM FRESGAS FLEXÍVEIS 7. INTRODUÇÃO DA HASTE DE FEMUR INTRAMEDULAR LONGA 380X10MM PARA FIXAÇÃO DA FRATURA DE FEMUR 8. RETIRADO FIO GUIA 9. FIXAÇÃO DA HASTE COM 1 PARAFUSO DE BLOQUEIO PROXIMAL E 2 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL 10. RETIRADO ENXERTO ÓSSEO DA REGIÃO PROXIMAL DO FEMUR E REALIZADO ENXERTO ÓSSEO NO FOCO DA FRATURA 11. REPARO DO LIGAMENTO FASCIA LATA 11. LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO 12. SUTURA POR PLANOS 13. CURATIVO 14. ENCAMINHADO PARA SRPA						
Códigos Dos Procedimentos	30725127; 30726182; 30732026; 30723086						[1]



Dr. Edilmar Lessa
Traumatologista e Ortopedista
CRM 7399 TEOF 10979

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 14:48

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66421927 Prontuário: 17466922
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/12
 Profissional(is): MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 52889773 26/03/2020 às 14:41
 COREN 1317983 [1]
 MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA COREN 1317983 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	26/03/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	14:10	[2]
Cirurgia	FRATURA DE FEMUR	[2]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM.	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO	[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	NÃO.	[2]
Via Aérea Difícil	NÃO	[2]
Confirmação De Vaga Em Uti	NÃO.	[2]
Kit Cirúrgico Completo Em Sala	SIM.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	SIM.	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	SIM.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[2]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM	[2]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[2]
Lateralidade Do Procedimento	DIREITA.	[2]
Paciente Certo	SIM.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[2]
Procedimento	SIM.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[2]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[2]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
	SIM.	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 14:48

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133420/12

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas

[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados

[2]

As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas
E Agulhas. Estão Corretas

[2]

Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E
Acondicionada Corretamente

[2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião

[2]

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E
O Manejo Do Paciente

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

[2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificificar

DORSAL

[2]

BOLETIM DE CIRURGIA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:36

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66525125	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/1	
Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1]	Nº: 53269768	09/04/2020	às 16:31
<hr/>			
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico Clínico	S623		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S623		[1]
DADOS DA CIRURGIA			
Data Da Cirurgia	09/04/2020		[1]
Hora Da Cirurgia	16:31		[1]
Cirurgia	OSTEOSSÍNTSE DE FRATURA DO 2º METACARPO DIR		[1]
Cirurgião	EDILMAR LESSA		[1]
1º Auxiliar	FILIPE SANCHO		[1]
Anestesista	REISALLA		[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA; ASSEPSSIA, ANTISSEPSIA E CAMPEAMENTO; MINI-INCISÃO EM DORSO DA MÃO DIR; DIÉRESE; HEMOSTASIA; REDUÇÃO DA FRATURA EM 2º METACARPO SOB RADIOSCOPIA POR LIGAMENTOTAXIA; FIXAÇÃO COM 2 FIO K 1,5 MM TRANSÓSSEA SOLIDARIZANDO COM MTCP VIZINHO SOB RADIOSCOPIA; RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DA BASE DO 3º MTCP E ENXERTIA LOCAL NA FRATURA; REPARO LIGAMENTO MTCP-FALANGEANO; SUTURA; CURATIVO; TALA METÁLICA		[1]
Códigos Dos Procedimentos	30721237; 30722430; 30732026		[1]



Edilmar F. Lessa
Traumatologia-Ortopedia
CREMEC 7399

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO (25/03/2020)

Paciente: **JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS**

PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Prescrição médicas diárias com carimbos e assinaturas? Sinalizar pendência de medicação alto custo, medicação não padrão e dieta enteral, se houver.	X		
Sinalizar pendência de parecer médico, se houver; isolamento e cuidados paliativos.		X	
Aprazamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepse verificar a existência do fluxo administrativo.	X		
Medicações checadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipos, sonda e BICs.	X		
Verificar existência de SAE, evolução de enfermagem, prescrição, diagnóstico de enfermagem, avaliação de risco, peri operatório e check-list cirurgia segura.	X		
Sinalizar pendências de exames em geral, se houver. Verificar evolução de enfermagem de encaminhamento ao exame.		X	
Realizado hemotransfusão? Verificar o preenchimento do formulário de registro transfusional e o termo de consentimento.		X	
Procedimentos de enfermagem tais como: (curativos, punção venosa, sondagens, AVAS e etc). E procedimentos médicos como: (paracentese, drenagem de tórax, punção de AVC, dentre outros), estão checados e evoluídos no sistema?	X		
Existe acompanhamento dos registros/ fechamento de B.H em sistema?		X	
Verificar o registro dos Sinais Vitais em sistema? Inclusive para sinalizar para equipe dos técnicos o intervalo de tempo da verificação dos próximos.	X		
Registro e avaliação do Risco de Queda estão presentes e sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	X		
Identificação ou não de Alergia sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?		X	
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?		X	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)	X		

Assinatura do enfermeiro _____

Mayara V. Costa Q. da
Cova - CRF-SP 00000000000000000000

Assinatura do enfermeiro Líder_____

1. DIETA: ZERO/ZERO

2. DIETA: LÍQUIDA-ADULTO/PARA POS-CIRURGIA

33h ORAL

INICIAR 6H APÓS CIRURGIA

3. HIDRATAÇÃO Venosa 4 Fases Vol. Total: 500 ml 40,00 gts/min CRM-7399

CRM-7399

SORO GLICOSADO 5% 2 fases VIG: 1,7 Vol. Total: 500 ml 40,00 gts/min Acesso Periférico CRM-7399

CRM-7399

SORO GLICOFISIOLOGICO 1:1 1g 1FRAP (FRAP C/1GR) 808h EV CRM-7399

CRM-7399

5. KEFAZOL (1,00g) (D1/2) Agua Destilada 18 ml CRM-7399



6. OMEPRAZOL (40,00mg) Agua Destilada 40mg 1FRAP (FRAP C/40MG) 24/24h EV CRM-7399

CRM-7399

7. PLAMET (5,00mg/ml) Agua Destilada 10mg 2ML (AMPL C/10MG) 8,88h EV SN CRM-7399

CRM-7399

8. TRAMADOL (50,00mg/ml) Soro Fisiológico 0,9% 100mg 2ML (AMPL C/100MG) 8,88h EV SN se dor intensa CRM-7399

CRM-7399

9. DIPRORNA AvMP (500,00mg/ml) Agua Destilada 1mg 2ML (AMPL C/500MG) 6,6h EV SN CRM-7399

CRM-7399

10. CETOPROFENO IV (100,00mg) Soro Fisiológico 0,9% 100mg 1FRAP (FRAP C/100MG) 12/12h EV CRM-7399

CRM-7399



60,00 gts/min em 30min

11. CLEXANE (40,00mg/ml) Alta vigilância 40mg 0,4 ML (SERI C/40MG) 24/24h SC SN CRM-7399

CRM-7399

12. O2 UMIDO C/ CATETER NASAL 2 l/min SN CRM-7399

CRM-7399

13. SONDAGEM VESICAL DE ALVIM 2 l/min SN CRM-7399

CRM-7399

14. PUNCAO CI JEICO SN CRM-7399

CRM-7399

15. BALANCO HIDRICO SN CRM-7399

CRM-7399

16. SINAIS VITais SN CRM-7399

CRM-7399

17. MONITOR CARDIACO SN CRM-7399

CRM-7399

18. OXIMETRO DE PULSO SN CRM-7399

CRM-7399

19. ROTINAS UTI RECUPERACAO SN CRM-7399

CRM-7399

20. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC SN CRM-7399

CRM-7399

21. CURATIVO C/ COM ATADURA E GAE A COCHOADA GRAND SN CRM-7399

CRM-7399

22. COMPRESSAO COMETER SN CRM-7399

CRM-7399

ANTONIO
PRUDENTE

EDILMAR FERREIRA LESSA

Emissão: 26/03/2020 13:59

Paciente: ELYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Nº Nasc.: 20111986
Convênio: HAPVIDA
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Profissional: CRM-7399
EDILMAR FERREIRA LESSA

Dt. Nasc.: 20111986
Nº Prescrição: 26311737
Leito: 13342012
Atendimento: 64421927
Prontuário: 1466922
Peso: 70,00 kg

RP1541

IP: 192.85.4.101

26/03/2020 13:59

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 26/03/2020 21:09

Página 1 de 4

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR

1025
 Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 65421927
 Nº Prescrição: 0026311737 Prontuário: 17466922
 Leito: 2 Peso: 70,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA ZERO / ZERO

Prescritor: CRM-7399

2. DIETALÍQUIDA-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA 3/3h ORAL

Prescritor: CRM-7399

3. Hidratação 4 Fases Vol. Total: 500 ml 40,00 gts/min Acesso Periférico

Venosa 500ml

SORO GLICOSADO 5%

Prescritor: CRM-7399

4. Hidratação 2 Fases Vol. Total:

500 ml 40,00 gts/min Acesso Periférico

Venosa 500ml

SORO GLICOFLUIDO 1:1

Prescritor: CRM-7399

5. KEFAZOL (1,00g)

(D-1/2) Agua Destilada

1g 1FRAP (FRAP C/1GR) 8/8h EV

(D-1/2) Agua Destilada

18ml 1FRAP (FRAP C/40MG) 24/24h EV

Prescritor: CRM-7399

6. OMEPRAZOL (40,00mg)

Aqua Destilada

40 mg 1FRAP (FRAP C/40MG) 24/24h EV

Aqua Destilada

18ml 27/03-05:59

*Manaus Medicina Ltda
Controlada*

Prescritor: CRM-7399

7. PLAMET (5,00mg/ml)

Aqua Destilada

10 mg 2ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV SN

8. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiologico 0,9%

100 mg 2ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV SN

Alta vigilância

Prescritor: CRM-7399

9.

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 26/03/2020 21:09

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
 Convenio: HAPVIIA
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 20/11/1986
 Nº Prescrição: 0026311737
 Leito: 133420/12

Atendimento: 66421927
 26/03/2020 às 13:56
 Peso: 70.00 kg

Prontuário: 1746592
 ;

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)	1mg	2ML (AMPL C/ 500MG)	5/6h	EV	SN
Agua Destilada	18ml				

HORÁRIOS

Prescritor: CRM-7399

10.CETOPROFENO IV (100.00mg)
 Soro Fisiológico 0,9%
 100ml

1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV

60.00 gts/min em

30min

Prescritor: CRM-7399

11.CLEXANE (40.00mg/ml)

40mg 0.4ML (SERI C/ 40MG) 24/24h SC SN

• DE

Prescritor: CRM-7399

12.O2 UMIDO C/ CATETER NASAL

Prescritor: CRM-7399

2 L/min
 SN

Prescritor: CRM-7399

13.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

Prescritor: CRM-7399

SN

Prescritor: CRM-7399

14.PUNCAO C/ JELCO

Prescritor: CRM-7399

SN

Prescritor: CRM-7399

15.BALANCO HIDRICO

Prescritor: CRM-7399

SN

Prescritor: CRM-7399

16.SINAIS VITAIS

Prescritor: CRM-7399

SN

Prescritor: CRM-7399

17.MONITOR CARDIACO

Prescritor: CRM-7399

SN

Prescritor: CRM-7399

18.OXIMETRO DE PULSO

Prescritor: CRM-7399

SN

Prescritor: CRM-7399

19.ROTINAS UTI RECUPERACAO

Prescritor: CRM-7399

SN

Prescritor: CRM-7399

20.RETRADA DE DRENO DE

Prescritor: CRM-7399

GRUPO 35.07-FAR

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 26/03/2020 21:09

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 20/11/1986
 Nº Prescrição: 0026311737
 Leito: 13342012

Atendimento: 06421927
 26/03/2020 às 13:56
 Peso: 70.00 kg

HORÁRIOS

21. CURATIVO COM ATADURA E GAE

Atadura

SN

22. COMPRESSÃO COM ÉTER

Comprimido

SN

Prescritor: CRM-7399

Reservado para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EDILMAR FERREIRA LESSA

Legenda horário : Indica item não administrado.

Indica item checado.

Jeysen Raphael Neves
 CRM-7399

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 26/03/2020 21:09

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66421927 Prontuário: 17466922
 Nº Prescrição: 0026311737 26/03/2020 às 13:56
 Leito: 133420/12 Peso: 70,00 kg

DATA: 26/03/2020
 HORAS: 13:56:41

SASTOS	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26314927	27/03/2020 às 00:36	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: WANESSA VASCONCELOS MARTINS (COREN 525527)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
NIVEL DE ORIENTACAO	Manhã	Tarde	Noite
PADRAO RESPIRATORIO	Manhã	Tarde	Noite
ELIMINAÇÕES	Manhã	Tarde	Noite
2 - MANTER			
INTEGRIDADE FISICA E MENTAL	Mantido		
ACESSO VENOSO PÉRvio E IDENTIFICADO	Mantido		
5 - ESTIMULAR			
AUTO-CUIDADO	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS



Wanessa Vasconcelos Martins
27/03/2020

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
26/03/2020 11:08 AM
nº102_02

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26310124	26/03/2020 às 11:06	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: GIZELE BEZERRA MOREIRA DE QUEIROZ (COREN 343238)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NIVEL DE ORIENTACAO	Mantido		
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRvio E IDENTIFICADO	Mantido		
6 - OFERECER			
APOIO PSICOLÓGICO	Mantido		
PAPAGAIO / APARADEIRA	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Mantido		
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS


Gizele B. MOREIRA
CORENCE 343238 - ENF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
26/03/2020 05:57 PM
sp1201_01

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26310124	26/03/2020 às 11:06	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: GIZELE BEZERRA MOREIRA DE QUEIROZ (COREN 343238)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
NIVEL DE ORIENTACAO	Mantido		
2 - MANTER			
ACESSO VENOSO PÉRvio E IDENTIFICADO	Mantido		
6 - OFERECEL			
APOIO PSICOLÓGICO	Mantido		
PAPAGAIO / APARADEIRA	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO A ROTINA DO SET	Mantido		
8 - COMUNICAR			
INTERCORRÊNCIAS	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Sayuri Nunes
COREN-CE 599.266-ENF


DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

27/03/2020 00:36

IP270.sar

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26314925	27/03/2020 às 00:34	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1	Enfermeiro(a): WANESSA VASCONCELOS MARTIN	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: TRATAMENTO

RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO IMPOSTA

Manter Leito Em Posição Adequada/ Grades Laterais Levantadas	Mantido:
--	----------

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido:
----------------------------	----------

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

Manhã Tarde Noite

5 - DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO PI/HIGIENE CORPORAL, ORAL, VESTIR-SE

Relacionado a: DOR OU DESCONFORTO

ORIENTAR HIGIENE CORPORAL/ORAL/INTIMA	Mantido:
---------------------------------------	----------

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
-----------------------------	----------

Wanessa Vasconcelos Martin
27/03/2020 00:34

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

26/03/2020 11:06

sp/032_200

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26309920	26/03/2020 às 11:04	
Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12	Enfermeiro(a): GIZELE BEZERRA MOREIRA DE QU	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO

ADMINISTRAR MEDICAÇÃO PRESCRITA Mantido:

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

BANHO PRÉ OPERATORIO

Mantido:


Gizele B. Moreira
CREF/CE 34370 - ENF

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

26/03/2020 18:00

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26313139	26/03/2020 às 17:58	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12	Enfermeiro(a):	SAYURI NUNES
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO			
Profissionais:			

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS
EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Mantido:
-----------------------------	----------

12 - RISCO DE QUEDA

Relacionado a: SEDATIVOS

Orientar Sobre Risco De Queda Relacionado Ao Uso De Medicações	Mantido:
Movimentar O Paciente De Forma Segura	Mantido:
MANTER GRADES LATERAIS ELEVADAS	Mantido:

15 - RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

Relacionado a: Imobilização Física

Manter A Pele Seca	Mantido:
--------------------	----------

Sayuri Nunes
COREN-CE 599.266 - ENF


EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA		Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12
Profissional(is): SAYURI NUNES, ENFERMEIRO(A), COREN 599266 [1]		Nº: 52895191	26/03/2020 às 17:53

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Evolução de enfermagem

PACIENTE ADMITIDO NA RPA ÀS 16:40 NO POI POR CIRURGIA DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO REALIZADA PELO DR EDILMAR, SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, SEM QUEIXAS, SEM ALERGIA, SEM CORMOBIDADE, AVP EM MSD PÉRVO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, CURATIVO LIMPO E SECO EM INCISÃO CIRÚRGICA, PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO NO MSE. AFERIDO SSVV, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Sayuri Nunes
COREN-CE 599.266 - ENF.


Paciente: JÉYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

1. DIETA: ZERO / ZERO

2. DIETA: LÍQUIDA- ADULTO / PARA POS. CIRURGIA

3. Hidratação Venosa 4 Fases
SORO GLICOSADO 5%

4. Hidratação Venosa 2 Fases
SORO GLICOFLISTOLÓGICO 1:1

5. KEFAZOL (1.00g)
Agua Destilada

6. OMEPRAZOL (40.00mg)
Agua Destilada

7. PLAMET (5.00mg/ml)
Agua Destilada

8. TRAMADOL (50.00mg/ml)
Alta vigilância
Soro Fisiológico 0,9%

9. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)
Agua Destilada

10. CETOPROFENO IV (100.00mg)
Soro Fisiológico 0,9%

11. CLEXANE (40.00mg/ml)
Alta vigilância

12. O2 UMIDO C/ CATETER NASAL
O2

13. SONDAÇÃO VESICAL DE ALMO

14. PUNCAO CJELCO

15. BALANÇO HIDRÓICO

16. SINAIS VITais

17. MONITOR CARDACO

18. OXIMETRO DE PULSO

19. ROTINAS UTI RECUPERACAO

20. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

21. CURATIVO COM ATADURA E GAE ACCOCHOADA GRAND

Jr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia do Joelho
Cirurgia do Tornozelo
CRM-13798

22. COMPRESSÃO COM ELÉTRICO

RP1541

Nº Prescrição: 26311742
Laito: 10251
Dt. Nasç: 20/11/1985
27/03/2020 às 06:00

Atendimento: 58421927
Pronotário: 1746922
Peso: 70,00 kg

CRM -13798

INICIAR 6H APÓS CIRURGIA.

CRM -13798

3. Hidratação Venosa

4. Hidratação Venosa

5. KEFAZOL (1.00g)

6. OMEPRAZOL (40.00mg)

7. PLAMET (5.00mg/ml)

8. TRAMADOL (50.00mg/ml)

9. DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)

10. CETOPROFENO IV (100.00mg)

11. CLEXANE (40.00mg/ml)

12. O2 UMIDO C/ CATETER NASAL

13. SONDAÇÃO VESICAL DE ALMO

14. PUNCAO CJELCO

15. BALANÇO HIDRÓICO

16. SINAIS VITais

17. MONITOR CARDACO

18. OXIMETRO DE PULSO

19. ROTINAS UTI RECUPERACAO

20. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

21. CURATIVO COM ATADURA E GAE ACCOCHOADA GRAND

Jr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia do Joelho
Cirurgia do Tornozelo
CRM-13798

22. COMPRESSÃO COM ELÉTRICO

PEDRO BARREIRA CABRAL

CRM-13798

</div

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 20/11/1985 Atendimento: 66421927
Nº Prescrição: 0026311742 Prontuário: 1746622
Leito: 1025/1 Peso: 70,00 kg

Emissão: 27/03/2020 11:15

1.-DIETAZERO / ZERO

Prescritor: CRM-13798

2.-DIETALIQUIDA-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA

Prescritor: CRM-13798

3/3h

ORAL

INICIAR 6H APÓS
CIRURGIA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

() RISCO DE QUEDA

() RISCO DE UPP

() RISCO DE FLEBITE

() RISCO DE BRONCOP

3. Hidratação
Venosa
SORO GLICOSADO 5%

Prescritor: CRM-13798

Vol. Total: 500 ml
500ml
40,00 gts/minAcesso Periférico

11/09 : 17/09 ; 23:59 : 28/03 - 05/04

17/09 : 28/03 - op/60 :

17/09 : 28/03 - 00:06 :

4. Hidratação
Venosa
SORO GLICOFISIOLÓGICO 1:1

Prescritor: CRM-13798

Vol. Total: 500 ml
500ml
40,00 gts/minAcesso Periférico

11/09 : 17/09 ; 23:59 : 28/03 - 05/04

17/09 : 28/03 - op/60 :

17/09 : 28/03 - 00:06 :

5. KEFAZOL (1,00g)

Prescritor: CRM-13798

Agua Destilada
1g
18ml
1FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV

11/09 : 17/09 ; 23:59 : 28/03 - 00:06

17/09 : 28/03 - 00:06 :

Prescritor: CRM-13798

6. OMEPRAZOL (40,00mg)
Agua Destilada
40 mg
18ml
1FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV

28/03-05/09 : ;

Prescritor: CRM-13798

7.PLAMET (5,00mg/ml)
Agua Destilada
10mg
18ml
2ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV SN

11/09 : 17/09 ; 23:59 : 28/03 - 00:06

Prescritor: CRM-13798

8. TRAMADOL (50,00mg/ml)
Soro Fisiológico 0,9%
se dor intensa
100mg
100ml
8/8h EV SN

11/09 : 17/09 ; 23:59 : 28/03 - 00:06

Alta vigilância
Prescritor: CRM-13798

9.

*Jordan Brito
CRM-13798
JORDAN BRITO
COREN-RJ*

PREScrição MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 4

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 20/11/1986
Nº Prescrição: 0026311742
Leito: 1025/I

Atendimento: 66421927
Pronuáio: 17466922
27/03/2020 às 06:00
Peso: 70,00 kg

Emissão: 27/03/2020 11:15

DIPIRONA AMP (500,00mg/ml)

Aqua Destilada

1mg 2ML (AMP) C/
18ml 500MG)

10h
enr

HORÁRIOS

Prescritor: CRM-13798

10.CETOPROFENO IV (100,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1FRAP (FRAP/C/100MG) 12/12h EV

30min

1759 : 28/03-05/09
Cm⁶

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

/

</

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 4

Paciente: JEVSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 20/11/1985
Atendimento: 66121927
Nº Prescrição: 0026311742
Prontuário: 17466922
Leito: 10251

Peso: 70,00 kg

Emissão: 27/03/2020 11:15

PRESCRIÇÃO MÉDICA

21-CURATIVO COM ATADURA E GAE

~~ARAGOMA E TURMERICINA~~

22-COMPRESSÃO COM ÉTER

~~ARAGOMA E TURMERICINA~~

Prescritor: CRM-13798

Profissionais: CRM-13798

14:00

:

;

SN

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;

;</p

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 4 de 4

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Convenio: HAPVIDA

Posto:POSTO 1B

GASTOS

	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.
<u>KEFAZOL</u>								
ALGODÃO HIDROFILÓ - 500 GR	0							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6							
SERINGA DESCARTÁVEL 20ML SERI 20 ML	2							
AGULHA DE STÍLADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML	2							
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	20							
AGULHA DESCARTÁVEL 40X12 - 1UD	2							
KETACOL FRAP 1UD	2							
<u>DET. OPROFENO IV</u>								
AGULHA DESCARTÁVEL 40X12 - 1UD	1							
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	10							
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 K1	1							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3							
ALGODÃO HIDROFILÓ - 500 GR	4							
SERINGA DESCARTÁVEL 65 ML SERI 5 ML	1							
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1							
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1							
HV Vol.Total: 500,00 Vigt: 1,70								
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	5							
SORO GLICOSADO 5% 500ML TUBO 500 ML	2							
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	10							
SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML SERI 10 ML	1							
AGULHA DESCARTÁVEL 40X12 - 1 UD	1							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1							
ALGODÃO HIDROFILÓ - 500 GR	2							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2							
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1							
ALGODÃO HIDROFILÓ - 500 GR	4							
SORO GLICOFISIOLÓGIC 1:1 500ML TUBO 5C1								
TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1							
TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	2							

Emissão: 27/03/2020 11:15

Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 65421927 Prontuário: 17466922

Nº Prescrição: 0025311742 Leito: 10257

Peso: 70,00 kg

PRÉSCRICÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 27/03/2020 19:42

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
 Convenio: HAPVIDA
 Posto: POSTO 1B

Dt. Nasc.: 20/11/1986
 Nº Prescrição: 0026311742
 Leito: 10251

Atendimento: 66421927
 27/03/2020 às 06:00
 Peso: 70.00 kg

HORÁRIOS

PREScrição MÉDICA

14:00 :

21.CURATIVO COM ATADURA E GAE
 REGGHTONI DURRIGE

SN

22.COMPRESSÃO COM ÉTER

Prescritor: CRM-13798

23.MORFINA AMPOLA (0,02mg/ml)
 Áqua Desilidada

2 mg

2ML

(AMPL C/1MG)

4/4h

EV

12:00

; 16:00

; 20:00

; 28/03-00:00

;

28/03-04:00 ;

Alta vigilância
 Prescritor: CRM-16854

Profissionais: CRM-16854

CRM-13798

FRANCISCO THALES ANDRADE MESQUITA
 PEDRO BARREIRA CABRAL

Reservado para o SND
 ENTEROFIX _____ Ass.

Legenda horário : Indica item não administrado.
 Indica item checado.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
28/03/2020 12:49 AM
rp1532_02

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922	
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26322640	28/03/2020 às 00:48		
Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1			
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA				
Profissionais: MARCIANA ALMEIDA DA COSTA (COREN 436988)				
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO				
Sinais Vitais- Temperatura	09:00	06:00	12:00	18:00
2 - MANTER				
ACESSO VENOSO PÉRvio E IDENTIFICADO	00:00			
4 - RENOVAR/ DATANDO				
CURATIVO A CADA 24HS OBSERVANDO ASPE	00:00			
7 - ORIENTAR				
ORIENTAR PACIENTE QTO.A ROTINA DO SET	Manhã	Tarde	Noite	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26322639	28/03/2020 às 00:47	
Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1	Enfermeiro(a): MARCIANA ALMEIDA DA COSTA	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			
Profissionais:			
2 - CONFORTO PREJUDICADO			
Relacionado a: TRATAMENTO CIRÚRGICO			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL		Manhã	Tarde
ELEVADAS		Nóite	
7 - RISCO DE QUEDA			
Relacionado a: DÉFICIT MOTOR			
MANTER LEITO E GRADES LATERAIS		00:00	
ELEVADAS			
8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A			
Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS			
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO			
OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS	Manhã	Tarde	Nóite

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/03/2020 11:16

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Leito: 1025/1	
Profissional(is): ANTONIA JORDANA FELIPE GOMES DE BRITO, ENFERMEIRO(A), COREN 532219 [1]	Nº: 52912887	27/03/2020	as 11:16

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

[1]

PACIENTE J.R.N.M., 33 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO POSTO 1B PROVENIENTE DA RPA, COM HD: 1º PO FRATURA DE FÉMUR DIREITO REALIZADA PELO DR EDILMAR, SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO.

ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO AO LEITO. SEM QUEIXAS NO PÉRIODO, SEM ALERGIA, SEM CORMOBIDADE. SSVV ESTÁVEIS, DIETA VO, BEM ACEITA. AVP EM MSD PERVIO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, CURATIVO LIMPO E SECO EM INCISÃO CIRÚRGICA, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

*Jordana Brito
CUNHO 532219-ENF*

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 4

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1B

Dr. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66421927

Prontuário: 17466922

Nº Prescrição: 00266317842

Leitor: 00254

Peso: 70,00 kg

Emissão: 28/03/2020 13:32

1. DIETA ZERO / ZERO

Prescritor: CRM-16854

2. DIETA LIQUIDA-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA

3/3h ORAL

Prescritor: CRM-16854

INICIAR 6H APÓS
CIRURGIA.

3. Hidratação

4 Fases

Vol. Total: 500 ml
40,00 gts/min Acesso Periférico
11:59 NÃO NECESSARIO NESSE HORARIO 17:59
23:59 : 29/03 - 05:59 :

4. Hidratação

2 Fases

Vol. Total: 500 ml
40,00 gts/min Acesso Periférico
11:59 NÃO NECESSARIO NESSE HORARIO 17:59
23:59 : 29/03 - 05:59 :

5. KEEFAS (200g)

(D1/2)

Aqua Destilada
1g
1FRAP (FRAP C/1GR)
18ml
8/8h EV
00:00 : 16:00 ; 29/03 - 00:00 ;

Prescritor: CRM-16854

6. OMEPRAZOL (40,00mg)

Aqua Destilada

40mg
1FRAP (FRAP C/40MG) 24/24h EV
18ml
8/8h EV

Prescritor: CRM-16854

7. PLAMET (5,00mg/ml)

Aqua Destilada

10mg
2ML (AMPL C/10MG)
18ml
8/8h EV

Prescritor: CRM-16854

8. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg
100ml
se dor intensa

Alta vigílancia
Prescritor: CRM-16854

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 28/03/2020 13:32

Página 2 de 4

A
misiones salteñas misiones río grande
Enfermería
COREM-CB: 437400

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 3 de 4

Emissão: 28/03/2020 13:32

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
 Convenio: HAPVIDA
 Posto:POSTO 1B

Dt. Nasc.: 20/11/1986
 Atendimento: 65421927
 N° Prescrição: 0026317842
 28/03/2020 às 06:00
 Leito: 1025/1
 Peso: 70,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

20. ROTINAS UTI RECUPERACAO

Prescritor: CRM-16854

21. RETIRADA DE DRENO DE

~~PRESE~~CRM-16854

22. CURATIVO COM ATADURA E GAE

~~ARRAS~~CRM-16854

23. COMPRESSÃO COM ÉTER

Prescritor: CRM-16854

1

24/24h

14,00/-

HORÁRIOS

Prescritor: CRM-16854
 Profissionais: CRM-16854

FRANCISCO THALES ANDRADE MESQUITA

Reservado para o END

ENTEROFIX

A.SS.

Legenda horário : Indica item não administrado.
 Indica item checado.

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 4 de 4

Emissão: 28/03/2020 13:32

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto:POSTO 1B

Dt. Nasc.: 20/11/1986
Nº Prescrição: 0026317842
Lito: 1025/1

Atendimento: 66421927
Data: 28/03/2020 às 06:00
Peso: 70,00 kg

GASTOS		Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição
MORFINA AMPOLA							
ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	8		AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1			
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	20		LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	2			
LUNA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	8		ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	2			
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4						
MORFINA 2MG/2ML INJ. AMPL. 2ML	4						
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	4						
ÁGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL. 10 ML	4						
KEFAZOL							
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	2						
ÁGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL. 20 ML	2						
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	20						
LUNA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6						
ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	6						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	2						
KEFAZOL FRAP 1 UD	2						
CETOPROFENO IV							
ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	4						
PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
SORO FÍSIO. OCOCO 0,9% 100ML TUBO 100 K.1							
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 U 1							
EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 U 1							
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	10						
HV Vol Total: 500,00 Vlr: 1,70							
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	5						
TORNEIRA 03 VAS - 1 UD	2						
SORO GLICOSULOGIC 11.500ML TUBO SC 1							
EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL 1 U 2							
ALCOOL 70% TÓPICO FRAS 1000 ML	10						
ALGODÃO HIDROFILO - 500 GR	4						
SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	1						
TORNEIRA 03 VAS - 1 UD	1						
EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 U 1							
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1						
SORO GLICOSADO 5% 500ML TUBO 500 ML	2						

*Thianda Marques Marques
Enfermeira
CRN-SP: 437400*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/03/2020 10:20

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B	Léito: 1025/1	
Profissional(is): AMANDA MARIA MARTINS MARQUES RIBEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 437400 [1]	Nº: 52938467 28/03/2020 às 10:17		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PLANTÃO MT

[1]

PACIENTE J.R.N.M., 33 ANOS, SEXO MASCULINO. ADMITIDO NO POSTO 1B PROVENIENTE DA RPA. HD: 2ºPO FRATURA DE FÉMUR DIREITO REALIZADA PELO DR EDILMAR, SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO. ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO AO LETO. REFERE ALGIA, SEM ALERGIA, SEM CORMOBIDADE. SSW ESTÁVEIS. DIETA VO, BEM ACEITA. AVP EM MSD PÉRvio E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, CURATIVO LIMPO E SECO EM INCISÃO CIRÚRGICA, AGUARDA TC DE ARTICULAÇÕES E COLOCAÇÃO DE TIPOI TIPO VELPEAU EM CLAVICULA. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 a 10)

0

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 29/03/2020 12:42

Página 1 de 4

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2A - HAPFOR

 Dt. Nasc.: 20/11/1986
 Atendimento: 66421927
 Pronunciário: 17466922
 Nº Prescrição: 0026330679
 29/03/2020 às 07:48
 Leito: 2008/1
 Peso: 70,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

- RISCO DE QUEDA**
- RISCO DE UPP**
- RISCO DE FLEBITE**
- RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO**
- RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO**
- INICIAR 6H APÓS CIRURGIA.**

1. DIETAZERO / ZERO

Prescritor: CRM-13339

- 2. DIETA GERAL-ADULTO / PARA POS-CIRURGIA**
- 24/24h ORAL

Prescritor: CRM-13339

Vol. Total: 500 ml

40,00 gts/min Acesso Periférico

3. Hidratação 4 Fases

SORO GLICOSADO 5%
Prescritor: CRM-13339

500ml

4. Hidratação 2 Fases

SORO GLICOFLUIDO 1:1
Prescritor: CRM-13339

500 ml

5. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%
Prescritor: CRM-13339

100ml

1FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV

60,00 gts/min em

30min

18:00

; 30/03-06:00

;

6. OMEPRAZOL (40,00mg)

Aqua Destilada
Prescritor: CRM-13339

18ml

1FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV

30/03-06:00

;

7. PLAMET (5,00mg/ml)

Aqua Destilada
Prescritor: CRM-13339

18ml

2ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV

30/03-06:00

;

8. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%
Prescritor: CRM-13339

100mg

2ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV

30/03-06:00

;

100ml se dor intensa

Alta vigiliância
Prescritor: CRM-13339

9.


 Keversson Xavier
 RG: 0593790 ENR
 COREN: CE593790

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 29/03/2020 12:42

Página 2 de 4

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0026330679	29/03/2020 às 07:48	
Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1	Peso: 70,00 kg	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MORFINA AMPOLA (0,02mg/ml) Prescritor: CRM-13339	2mg Agua Destilada	2 ML (AMPL C/ 1MG) 9,5ml	4/4h EV 44:40 ; 15:00 ; 19:00 ; 23:00 ; 05:00
Alta vigilância			
10.CLEXANE (40,00mg/ml)	40 mg	0,4 ML (SERI C/ 40MG) 18ml	24/24h SC SN
Alta vigilância			
Prescritor: CRM-13339			
11.DIPRIONA AMP (500,00mg/ml) Prescritor: CRM-13339	1mg Agua Destilada	2 ML (AMPL C/ 500MG) 18ml	6/6h EV SN
Prescritor: CRM-13339			
12.TIPO VELPEAU	1	24/24h	
Prescritor: CRM-13339			
13.O2 UMDO C/ CATETER NASAL Prescritor: CRM-13339		SN	
O2	2 L/min		
Prescritor: CRM-13339			
14.SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO Prescritor: CRM-13339		SN	
SN			
15.PUNCAO C/ JELCO Prescritor: CRM-13339		SN	
SN			
16.BALANCO HIDRICO Prescritor: CRM-13339			
17.SINAIS VITAIS Prescritor: CRM-13339			
18.MONITOR CARDIACO Prescritor: CRM-13339			
19.OXIMETRO DE PULSO Prescritor: CRM-13339			
20.ROTINAS UTI RECUPERACAO			

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 29/03/2020 11:42

Página 3 de 4

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2A - HAPFOR

Dt. Nasc.: 20/11/1986
 Nº Prescrição: 0026330679
 Leito: 2008/1

Atendimento: 66421927
 29/03/2020 às 07:48
 Peso: 70.00 kg

Prontuário: 17466922
 SN

Reservado para o SNO

Ass.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

Prescritor: CRM-13339

21. RETIRADA DE DRENO DE

CRM-13339

22. CURATIVO COM ATADURA E GAE

CRM-13339

23. COMPRESSÃO COM ÉTER

CRM-13339

Prescritor: CRM-13339

LUCAS ROCHA

SN

Prescritor: CRM-13339

ENTEROFIX

SN

Reservado para o SNO

Ass.

Legenda horário : Indica item não administrado.
 Indica item checado.

Jeyson Raphael Xavier
 NEVERSSON ROCHA XAVIER
 CRM-13339

PREScrição MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 29/03/2020 12:42

Página 4 de 4

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS
Convenio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2A - HAPFOR

Dt. Nasc.: 20/11/1986
 Nº Prescrição: 0026330679
 Leito: 2008/1

Atendimento: 66421927
 29/03/2020 às 07:48
 Peso: 70,00 kg

Prontuário: 17466922
 Emissão: 29/03/2020 12:42

GASTOS

	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	Descrição	Qtd.	
MORFINA AMPOLA							
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	15	SERINGA DESCARTAVEL 20ML SERI 20 ML	3	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	SERINGA DESCARTAVEL 20ML SERI 20 ML	3
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	6	ALGODAO HIDROFILLO - 500 GR	6	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	3
MORFINA 2MG/2ML INJ AMPL AMPL 2 ML	3	ALGODAO HIDROFILLO - 500 GR	6	CETOPIOFENO IV			
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	3	ALGODAO HIDROFILLO - 500 GR	4		
SERINGA DESCARTAVEL 20ML SERI 20 ML	3	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10		
AGUA DESTILADA 10 ML 10 ML AMPL 10 ML	3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 L	1	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1		
CETOPIOFENO IV		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 L	1	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3		
ALGODAO HIDROFILLO - 500 GR	4	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1		
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10						
SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	1						
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	3						
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1						
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 L	1						
CETOPIOFENO IV FRAP 1 UD	1						
EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1						

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
29/03/2020 06:10 AM
ID:532_02

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26330307	29/03/2020 às 06:09	
Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA			
Profissionais: LEILIANE SUMAIA AVILA DA SILVA (COREN 414678)			
1 - OBSERVAR			
NÍVEL DE ORIENTAÇÃO	Mantido		
Nível de Consciência	Mantido		
PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA	Mantido		
TGI	Mantido		
TGU	Mantido		
2 - REALIZAR/REGISTRANDO			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Mantido		
4 - MANTER			
MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

29/03/2020 06:09

01632.sar

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26330281	29/03/2020 às 06:07	
Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1	Enfermeiro(a): LEILIANE SUMAIA AVILA DA SILVA	
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CLÍNICO			
Profissionais:			

7 - RISCO DE INFECÇÃO

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mantido:

9 - DOR AGUDA/CRÔNICA

Relacionado a: REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR

REGISTRAR LOCAL/CARACTERÍSTICA DA DOR

Mantido:

10 - PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR OU DESCONFORTO

PROPORCIONAR CONFORTO E PRIVACIDADE

Mantido:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

29/03/2020 08:55

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1	
Profissional(is): KEVERSSON ROCHA XAVIER, ENFERMEIRO(A), COREN 931332 [1]		Nº: 52960247	29/03/2020 às 08:53

Evolução de Enfermagem
Evolução de enfermagem

[1]

PACIENTE J.R.N.M., 33 ANOS, SEXO MASCULINO, ADMITIDO NO POSTO 1B PROVENIENTE DA RPA.

HD: 2º PO FRATURA DE FÉMUR DIREITO REALIZADA PELO DR EDILMAR, SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO.

ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO AO LEITO, REFERE ALGIA, SEM ALERGIA, SEM CORMOBIDADE. SSVV ESTÁVEIS. DIETA VO, BEM ACEITA. AVP EM MSD PÉRVENTO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, CURATIVO LIMPO E SECO EM INCISÃO CIRÚRGICA. AGUARDA TC DE ARTICULAÇÕES E COLOCAÇÃO DE TIPOI TIPO VELPEAU EM CLAVICULA. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]



ANTONIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 2 de 2
Emissão: 30/03/2020 08:42

Paciente: JYSON RAPHAEL NEVIS MEDEIROS
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSIO 2A - HAPFOR

Dt. Nasc. 20/11/1986
Nº Prescrição: 26330731
Leito: 2008/1

Atendimento: 66421927
Prontuário: 37466922
Peso: 70.00 kg

CURATIVO COM ATADURA E GAE ACOCHOADA GRAND
23. COMPRESSÃO COMER
25. Alta em: 30/03/2020
Alta dada por: PEDRO BARREIRA CABRAL

SN

CRM-13798

Profissional: CRM-13798
PEDRO BARREIRA CABRAL

Dr. Cirurgião Ortopedista e Traumatologista do Olho Pedro Barreira Cabral

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

30/03/2020 10:29

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1	
Profissional(is): AMANDA MARIA MARTINS MARQUES RIBEIRO, ENFERMEIRO(A), COREN 437400 [1]		Nº: 52986342	30/03/2020 às 10:25

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem	PACIENTE J.R.N.M., 33 ANOS, SEXO MASCULINO. ADMITIDO NO POSTO 1B PROVENIENTE DA RPA. HD: 2º PO FRATURA DE FÉMUR. DIREITO REALIZADA PELO DR. EDILMAR, SOB ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO.	[1]
	ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, RESTRITO AO LEITO. REFERE ALGIA, SEM ALERGIA, SEM CORMOBIDADE. SSVV ESTÁVEIS. DIETA VO, BEM ACEITA. AVP EM MSD PÉRVENTO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, CURATIVO LIMPO E SECO EM INCISÃO CIRÚRGICO. APOS AVALIAÇÃO MEDICA EVOLUI COM ALTA HOSPITALAR. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	
ALERGIAS		
Alergias	NEGA	[1]
AVALIAÇÃO DE DOR		
Dor (0 A 10)	0	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Flebite	Sim	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

Amanda Maria Martins Marques Ribeiro
 Enfermeira
 COREN-CE 437400


EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

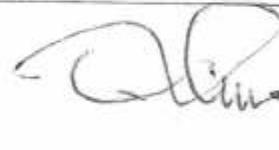
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 16:58

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12	

Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1]	Nº: 52893644 26/03/2020 às 16:56
--	----------------------------------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO	
Evolução Do Paciente	PACIENTE SUBMETIDO A OSTE OSSÍNSESE DE FRATURA DO FEMUR DIREITO. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITais DENTRO DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA. [1]
CID 10	S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR [1]



Dr. Edilmar Lessa
Tutoriaclista e Cirurgião
CRM 7399 TECI 10378

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

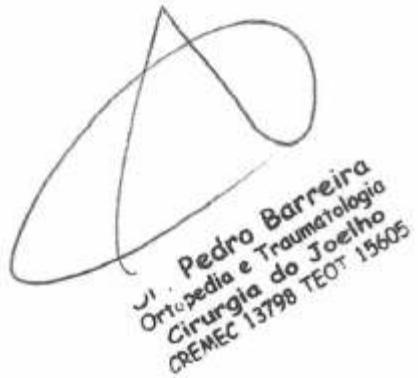
HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/03/2020 10:42

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B		Leito: 1025/1
Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL, MÉDICO, CRM 13798 [1]	Nº: 52911663 27/03/2020 às 10:41		

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO FEMUR DIREITO. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITais DENTRO DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA. RELATA DOR NA CLAVICULA ESQUERDO E MAO DIREITA. CD: SOLCITÓ EXAMES DE IMAGEM E AVALIAÇÃO DE FRATURA DA MAO	[1]
CID 10	R100 ABOOME AGUDO	[1]



Jr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CREMEC 13798 TEOT 15605

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

-28/03/2020 07:45

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 1B		Leito: 1025/1
Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL MEDICO CRM 13798 [1]		Nº: 52934643	28/03/2020 às 07:40

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍTESE DE FRATURA DO FEMUR DIREITO, SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITais DENTRO DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA. RELATA DOR NA CLAVICULA ESQUERDO E MAO DIREITA. PACIENTE COM FRATURA DE ESCÁPULA CD: DISCUTIR CIRURGIA COM ESPECIALISTA	[1]
CID 10	R100 ABDOME AGUDO	[1]



Dr. Pedro Barreira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Tórax
CRM/CRC 13798 TEC/15605

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1	
Profissional(is): LUCAS ROCHA, MÉDICO, CRM 13339 [1]		Nº: 52959159	29/03/2020 às 07:44

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO	
Evolução Do Paciente	<p>D2 PO osteossíntese de femur</p> <p>Relata leve dor em MID; Mobilização passiva indolor</p> <p>Relata dor intensa em MSE devido a fratura de escápula</p> <p>Exame neurológico normal</p> <p>Cd: aguardo avaliação da TC; aguardo definição de tratamento cirúrgico ou conservado da fratura de metacarpo em mão direita; segue internado</p>
CID 10	S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

29/03/2020
GILSON GOMES
16:40

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

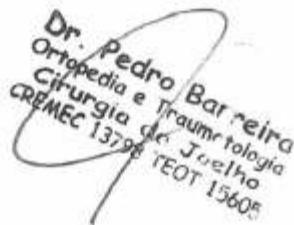
Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

30/03/2020 08:37

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2A - HAPFOR	Leito: 2008/1	
Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL, MÉDICO, CRM 13798 [1]	Nº: 52982720	30/03/2020	às 08:35

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO	
Evolução Do Paciente	D4 PO osteossíntese de femur FX DE ESCAPULA A ESQUERDA - CONSERVADOR (ORIENTADO POR DR DEGINALDO) FX DO 2º META MAO DIREITA - CONSERVADOR (ORIENTADO DR JOAO MAMEDE) QUEIXA DE DOR LEVE CD: ALTA + ANALGESIA
CID 10	S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR


 Dr. Pedro Barreira
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM/MEC 13798 TEOT 15608

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE Eclarecido
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**



Nome do Paciente:	JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	
Data de Nascimento:	01/11/1986	Data de Internação: 25/03/2020

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao (s) exame (s)/ procedimento (s) a ser (em) realizado (s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame (s)/ procedimento (s).

Eu, _____, inscrito no CPF sob o Nº _____, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) _____ quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s). Compreendo que durante o(s) procedimento (s): _____ para tentar curar, ou

melhorar a(s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) assim como também poderá (ão) ocorrer situações imprevisível (eis) ou fortuita. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirme que li, recebi explicações, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: J. S. P. B. H. RG: _____

Data de Nascimento: 13/12/1988 Grau de Parentesco: Espouse

Fortaleza, 26 de Maio de 20 20 20.

J. S. P. B. H.
Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, FELIMAR F. GESSA, CRM Nº 37309, médico (a) responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Fortaleza, 26 de 03 de 20 20.
Medicina e Odontologia
EC 7200 TG0110870

Felimar Gessa
Assinatura/ Carimbo do Médico

Nome completo: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Data de nascimento: 26 / 03 /20 Número do registro hospitalar:

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: 23 / 03 2020	Hora:	Unidade de origem: EMG
Responsável pelo transporte: <input checked="" type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta		

SITUAÇÃO

Motivo da transferência:							
Diagnóstico(s):							
Sinais Vitais: PA mmHg FC: bpm: FR: rpm: T: °C	SpO2 %	Escore de dor					
Medicamentos em uso							
Riscos gerenciados	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input checked="" type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> TEV <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros:						
Protocolos gerenciados	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sepse <input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Outros:						
Suporte de oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Cateter l/min <input type="checkbox"/> Nebulização l/min <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica						
Acessos vasculares	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> CVC <input checked="" type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Port a cath <input type="checkbox"/> Outros						
Sondas, drenos, ostomias	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?:						
Outros dispositivos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?:						
Lesão de pele	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local: Estágio:						
Curativos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual produto?:						
Precaução	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Aerossóis <input type="checkbox"/> Gotículas						
Monitorização	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?:						
Nível de consciência	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Comatoso						
Locomoção	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula sem auxílio <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado						
Transporte utilizado	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Incubadora de transporte						

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Outros
Alergias	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?:
Procedimentos realizados	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?:
Valores, crenças, barreiras	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?: Data: _____ / _____ / _____

AVALIAÇÃO

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas	
---	--

RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais e pendências	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual(is): Orientar quanto a cuidados com curativos e FO.
--------------------------------------	---

Thalita Y. Colbucci
CRF-G-33133-EIP

Sayuri Nunes

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem	Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino
--	---

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME	
foi realizado o exame: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	
paciente apresentou intercorrência durante o exame: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual:	
conduta imediata: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual:	
foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Nome/Carimbo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia Responsável - Unidade de Origem	Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF: JEVSON RAPHAEL Data de Nasc. 20/11/1986

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual será submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico

Sedacão Enxagu

ou

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também, das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirme que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, comprehendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

26 de Março de 2010

Hora: 11:50

Nome legível:

Jevson Raphael

Assinatura:

Grau de parentesco do responsável:

Esposo

CPF: 094 984 003 20

TESTEMUNHA

Nome legível:

Assinatura:

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirme que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Thaciara Sales
Anestesiologista
CREMEC 15
CR 8525

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

Preencher quando não houver etiqueta.

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)		DOR
56						Sólidos	58	Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
						Líquidos		Criança 0 1 2 3 4 5

CIRURGI / PROCEDIMENTO		DIAGNÓSTICO	
<i>Intervento cirúrgico de natureza de Lembur</i>			

AVALIAÇÃO CLÍNICA													
Cardio-circulatório	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Câncer	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo										
Tolerância ao exercício	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia										
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Valvulopatia	<input type="checkbox"/> Outras											
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Arritmia												
<input type="checkbox"/> Coronaropatia	<input type="checkbox"/> Angioplastia												
<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> DVP												
<input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca	<input type="checkbox"/> AAA												
<input type="checkbox"/> Outras													
Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Infecções	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo										
<input type="checkbox"/> Dependência O ₂	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> HIV											
<input type="checkbox"/> Apréia do sono	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Outras											
<input type="checkbox"/> IVAS recente	<input type="checkbox"/> DPOC												
<input type="checkbox"/> Expectoração													
<input type="checkbox"/> Outras													
Gastrointestinal/hepático	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Gravidez	<input type="checkbox"/> Negativo										
<input type="checkbox"/> Ref. Castro-esofágico	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas											
<input type="checkbox"/> Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Hepatite												
<input type="checkbox"/> Vômito/ diarréia	<input type="checkbox"/> Ictericia												
<input type="checkbox"/> Hérnia de hiato	<input type="checkbox"/> Cirrose												
<input type="checkbox"/> Obst. Intestinal													
<input type="checkbox"/> Outras													
Neuroológico	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Crianças abaixo de 1 ano	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo										
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> AVC	Condições de Nascimento											
<input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Internação	<input type="checkbox"/> Alta com a mãe										
<input type="checkbox"/> Lesão medular	<input type="checkbox"/> CPIC	<input type="checkbox"/> Termo											
<input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Pré-termo:											
Renal	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas											
<input type="checkbox"/> Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> Diálise	<input type="checkbox"/> Idade pós-conceptual _____ semanas											
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal		(Idade gest.+idade atual)											
<input type="checkbox"/> Outras													
Hematológico	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Hábitos Sociais	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo										
<input type="checkbox"/> Transfusão prévia	<input type="checkbox"/> Coagulopatia	<input type="checkbox"/> Tabaco _____	<input type="checkbox"/> Cigarros/dia										
<input type="checkbox"/> Plaquetopatia	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Drogas										
<input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Outras											
Músculo esquelético	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Alergias	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo										
<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> Artrite	<table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tipo/Agente	Reação									
Tipo/Agente	Reação												
<input type="checkbox"/> Musculodistrofia													
<input type="checkbox"/> Outras													
Endócrino	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo	Cirurgia/anestesia prévia	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo										
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____		<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Anestesia										
<input type="checkbox"/> Patologia da tireoíde		<input type="checkbox"/> Dados relevantes											
<input type="checkbox"/> Outras													
Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório													
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não											
Histórico familiar - problemas com anestesia													
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não											

Comentários sobre os achados	
Anestesiologista	CRM

DATA	HORA
20/03/20	11 : 50
ASSINATURA	
<i>JM</i>	



Nome completo: *Jeyson Raphael Tavares*Data de nascimento: *20/11/1986*

Número do registro hospitalar:

Data: *20/03/2010*

TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

Data: <i>20/03/2010</i>	Hora: <i>10:00</i>	Unidade de origem: <i>RPA</i>	Unidade de destino:
Responsável pelo transporte:		<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	

SITUAÇÃO

Motivo da transferência: *APTA urinária*Diagnóstico(s): *FE, fêmur*Sinais Vitais: PA *128/80 mmHg*FC: *70 bpm*FR: *20 rpm*T: *36,0 °C*SpO₂ *98%*Escala de dor: *0*

Medicamentos em uso

Riscos gerenciados

Não se aplica Febre TEV LPP Sueda Outros:

Protocolos gerenciados

Não se aplica Sepse Dor torácica Outros:

Suporte de oxigênio

Não Sim Cateter l/min Nebulização l/min Ventilação mecânica

Acessos vasculares

Não Sim CVC CPV PICC Port a cath Outros

Sondas, drenos, ostomias

Não Sim Qual?

Outros dispositivos

Não Sim Qual?

Lesão de pele

Não Sim Local:

Estágio:

Curativos

Não Sim Qual produto?

Precaução

Não Sim Contato Aerossóis Gotículas

Monitorização

Não Sim Qual?

Nível de consciência

Consciente Confuso Sonolento Comatoso

Locomoção

Deambula sem auxílio Deambula com auxílio Acamado

Transporte utilizado*

Cadeira de rodas Maca Incubadora de transporte

BREVE HISTÓRICO

Antecedentes

Não Sim HAS IDM AVC DPOC Outros

Alergias

Não Sim Qual?

Procedimentos realizados

Não Sim Qual?

Valores, crenças, barreiras

Não Sim Qual?

Data: _____

AVALIAÇÃO

A
Registrar dados relevantes das últimas 24 horas*S-I*

RECOMENDAÇÕES

R
Recomendações especiais e pendências

Não Sim Qual(is)?

Exames Pendentes:

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIDA & IMAGEM APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

Foi realizado o exame: Não SimPaciente apresentou intercorrência durante o exame: Não Sim Qual:Conduta imediata: Não Sim Qual:Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? Não SimSinais Vitais: PA *mmHg* FC: *bpm* FR: *rpm* T: *°C*

Nome/Carimbo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia Responsável - Unidade de Origem

Nome/Carimbo do Enfermeiro Responsável - Unidade de Destino

 ANTONIO PRUDENTE	AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO			Data de Revisão: 10.09.2018-V.01
	Código: FORMULÁRIO: 013	Setor: GESTÃO DA QUALIDADE	Página: 1 de 1	Data da Elaboração: 20/03/2017

NOME COMPLETO DA PACIENTE: Jeyson Raphael DATA DO NASCIMENTO: 09/11/86

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Ómeara DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO: 25/03/2017

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM”

(<input type="checkbox"/>) Não consegue se alimentar bem?	1 +
(<input checked="" type="checkbox"/>) História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
(<input type="checkbox"/>) Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
(<input type="checkbox"/>) Escorre alimento pela boca?	4 +
(<input type="checkbox"/>) Demora muito para engolir?	5 +
(<input type="checkbox"/>) Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
(<input type="checkbox"/>) Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
(<input type="checkbox"/>) Há tosse com líquido?	8 +
(<input type="checkbox"/>) Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
(<input type="checkbox"/>) Não consegue engolir?	10 +
(<input type="checkbox"/>) Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	11 +

SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

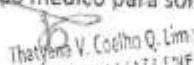
Risco Moderado: Entre 7 e 15

Risco Baixo: < ou = (menor ou igual) a 6

SULTADO:	RISCO ALTO (<input type="checkbox"/>)	RISCO MODERADO (<input type="checkbox"/>)	RISCO BAIXO (<input checked="" type="checkbox"/>)
-----------------	--	--	--

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de deficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização à equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeceira da cama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decúbito a 30° exceto em casos de contraindicação ou determinação expressa do médico assistente.
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia.


 Thayana V. Coelho Q. Lima
 COREN-SP 11.171 ENF

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66418234

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1

Profissional(is): MARIA IRELNE DIOGENES, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 583498 [1] Nº: 52872612 26/03/2020 as 00:25

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento	20/11/1986	[1]
Sexo	Masculino.	[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora	00:25	[1]
------	-------	-----

Hora		[1]
------	--	-----

Descrição	PA:153/91MMHG PAM:112 T:37.7 DX:96MGDL SAT:100% P:72BPM FC:75BPM FR:20RPM	[1]
-----------	--	-----

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM



ANTONIO
PRUDENTE

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

Data de Revisão:
10/09/2018

Código:
FORMULÁRIO: 015

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1

Data da Elaboração:
22/02/2017

Nome do paciente: *Leypen Raphael Neves*

medico

Data de Nascimento:

30/11/86

Nº do prontuário: *17466922*

Data de admissão:

25/03/89

Leito: *2 ML*

Data da realização da escala:

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Escore do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	<i>1</i>
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	<i>3</i>
		2	Doenças Crônicas	
C	Estado de consciência e orientação	2	Doenças oportunistas	<i>3</i>
		2	Uso de medicamentos	
D	Estado psico-cognitivo	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	<i>1</i>
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
E	Comprometimento Sensorial	2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	<i>1</i>
		4		
F	Mobilidade/equilíbrio corporal	1	Alerta e calmo	<i>1</i>
		2	Depressivo	
G	Alterações nas eliminações	3	Ahioso	<i>1</i>
		4	Agitação psicomotora	
H	Comprometimento Sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	<i>1</i>
		2	Dificuldade auditiva	
I	Mobilidade/equilíbrio corporal	3	Dificuldade visual	<i>1</i>
		4	Dificuldade sensorial	
J	Alterações nas eliminações	1	Independente e sem fator de risco	<i>1</i>
		2	Acamado	
K	Mobilidade/equilíbrio corporal	1	Locomove-se apenas com ajuda	<i>1</i>
		2	Locomove-se com cadeiras de rodas	
L	Mobilidade/equilíbrio corporal	3	Locomove-se com ajuda de apoios de marcha	<i>1</i>
		4	Locomove-se se apoiando no mobiliário	
SOMA DOS PONTOS:				

SEM RISCO/RISCO BAIXO:	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/ RISCO ALTO:	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral prévio	Neurotoxoplasmose
Antiarrítmicos	Hipotensão postural	Histoplasmose
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia *
Antidepressivos	Convulsão	Calazar
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corpórea	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (EX: hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

*Thayna V. Colho Q. Lima
coen-ct-11-11-11*

PCHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente		
Nome do paciente	JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS		
Data de nascimento	20/11/1986		
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Lidianne (esposa)		
Procedimento a ser realizado	FX-FÉMUR MEO		

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?	X		06:06 13:00h. DE 25/11/2010
Possui alergia a medicação?	X		
Faz uso de alguma medicação?	X		
Faz uso de anticoagulante?	X		
Problemas cardíacos?	X		
Tem diabetes?	X		
Hipertensão Arterial?	X		
Adornos/próteses	X		
Cirurgias anteriores	X		
Identificação com pulsira	X		MSE

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré operatório	X			
Tricotomia cirúrgica				

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade	X		MEO
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou:

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião:	X		
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica	X		

4. SSVV:

PA	131 X 78
T	
FC	77 bpm
FR	19 IRM

SPOR: 100%.

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66418234	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA		Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/1
Profissional(is): THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA, ENFERMEIRO(A), COREN 437473 [1]		Nº: 52873080	26/03/2020 às 01:17

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	26/03/2020	[1]
Cirurgia	FRATURA DE FÉMUR	[1]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	EMERGÊNCIA-TRAUMA	[1]
Identidade Do Paciente	Sim.	[1]
Alizados Protocolos De Instrumentais	SIM.	[1]
Exames Complementares	Sim. RX,TC,LAB	[1]
Retirada De Adornos/Próteses	Sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	Sim.	[1]
Banho Pre-Operatório	Sim.	[1]
Paciente Refere Alergia	NÃO.	[1]
Paciente Está Em Jejum	SIM.	[1]

Thatyana V. Coelho Q. Lima
COREN-CE 437473

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 14:48

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66421927 Prontuário: 17466922
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/12

Profissional(is): MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 52889773 26/03/2020 às 14:41
 COREN 1317983 [1]
 MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA COREN 1317983 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	26/03/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	14:10	[2]
Cirurgia	FRATURA DE FEMUR	[2]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM.	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO.	[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	NÃO.	[2]
Via Aérea Difícil	NÃO.	[2]
Confirmação De Vaga Em Ut	NÃO.	[2]
Kit Cirúrgico Completo Em Sala	SIM	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Cirurgia	SIM	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido-Anestesia	SIM.	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[2]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[2]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM.	[2]
Lateralidade Do Procedimento	DIREITA.	[2]
Paciente Certo	SIM.	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM.	[2]
Procedimento	SIM.	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM.	[2]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM.	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM.	[2]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM.	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM.	[2]
Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM.	[2]
	SIM.	

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 14:48

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66421927 Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/12

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas

[2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados SIM. [2]

As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas SIM. [2]

Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente NÃO SE APLICA. [2]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião SIM. [2]

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente SIM. [2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento SIM. [2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar DORSAL [2]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66421927 Prontuário: 17466922
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR Leito: 133420/12
 Profissional(is): MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, Nº: 52890185 26/03/2020 às 14:56
 COREN 1317983 [1] MARIA TATIANE SAMPAIO DE OLIVEIRA COREN 1317983 [2]

PACIENTE

Identificação Do Paciente	JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	[1]
Data De Admissão	26/03/2020	[1]

PRÉ-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia	Emergência	[1]
Data Da Cirurgia	26/03/2020	[1]
Procedimento Cirúrgico Proposto	FRATURA DE FEMUR	[1]
Pulseira De Identificação	MSE	[1]
Comorbidades	NEGA	[1]
Nome, dosagem, frequência	NEGA	[1]
Alergia- Descrição	NEGA	[1]

CONFORTO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		[1]
Procedimentos Intervencionistas e Cirúrgicos	FRATURA DE FEMUR	[1]

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	TEC ELISEU	[1]
Hora	14:10	[1]
Sala	03	[1]
Condições Da Pele ao início da cirurgia	COM TALA EM MID E MSD	[1]
Início Da Anestesia	14:15	[1]
Término Da Anestesia	16:35	[1]
Início Da Cirurgia	14:50	[1]
Término Da Cirurgia	16:25	[1]
Instrumentador	TEC ELISEU + WILSON (ORTOGENESE)	[1]
Circulante	TEC TATIANE	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	FEMUR DIREITO	[1]
Número Inicial De Compressas	20 UD	[1]
Quantidade De Compressas Acresentadas 1	10 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	30 UD	[2]
Exames De Imagem	Sim	[2]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorexedine Degermante	Sim	[1]
Tipo	ELÉTRICO	[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

26/03/2020 16:26

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66421927	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133420/12	
Material	SIM	[1]	
Fornecedor	ORTOGENESE	[1]	
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	COM CURATIVO NO LOCAL	[1]	
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]	
Encaminhamento Do Paciente	SRPA,	[1]	
Encaminhamento Do Paciente			
Horário De Saída Da S.O	16:50		[2]
SINAIS VITAIS			
T	°C	[1]	
P脉	98 bpm	[1]	
PA	87X67	[1]	
PAM	73	[1]	
FC	98 bpm	[1]	
OUTROS DADOS E SINAIS			
Sat O2	100 %	[1]	
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS			
Data	26/03/2020	[1]	
Hora	15:15	[2]	
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS			
Observação	AS 14:10 PACIENTE J.R.N.M , SEXO MASCULINO , 33 ANOS ADMITIDO NO C.C NA SALA 03 PARA O TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR LADO DIREITO COM DR EDIMAR LESSA + AUXILIO DR FILIPE SANCHO . CONSCIENTE , ORIENTADO , VERBALIZANDO . TRANSPORTADA EM MACA , COM TALA EM MSD E MID , COM AVP FUNCIONANTE EM MSE . SUBMETEU-SE A ANESTESIA RAQUI + SEDAÇÃO COM DR BRUNO . REALIZADO EM SALA MONITORIZAÇÃO , DEGERMAÇÃO , CURATIVO SIMPLES NO LOCAL , TRICOTOMIA . PACIENTE POSICIONADO EM MESA DE TRAÇÃO , SEM INTERCORRENCIAS SEGUE PARA A SRPA AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	[1]	
Intercorrências	SEM	[2]	
Eletrodos	TORAX	[2]	
Incisão Cirúrgica	FEMUR	[2]	
Placa De Bisturi	ABDOMEN	[2]	
Punções Venosas	MSE	[2]	
Coxim	CABEÇA	[2]	
PÓS-OPERATÓRIO			

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66418234 Prontuário: 17466922
 Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/1
 26/03/2020 01:30

COGNITIVO / PERCEPTIVO

Em Ouvir	Não.	
Compreender	Não.	[1]
Memorizar	Não.	[1]
Falar	Não.	[1]

CONFORTO

Queixas de Dor	Sim.	
----------------	------	--

DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS

ata	26/03/2020	
Hora	01:30	[1]

INTRA-OPERATÓRIO
PÓS-OPERATÓRIO


 Thalíana V. Coelho Q. Lima
 COREN-CE 00000000000000000000

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66525125 Prontuario: 17466922
 Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1
 Profissional(is): ELISEU ANTONIO PAULINO CA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN Nº: 53269431 09/04/2020 às 16:13
 1017409 [1] ELISEU ANTONIO PAULINO CA COREN 1017409 [2]

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	09/04/2020	[1]
Hora Da Cirurgia	15:35	[1]
Cirurgia	ELETIVO	[2]

ANTES DE ENCaminhar AO CC

Setor De Admissão Do Paciente	CENTRO CIRURGICO	[2]
-------------------------------	------------------	-----

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	SIM	[2]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	SIM	[2]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	SIM	[2]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	NÃO	[2]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	SIM	[2]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	NÃO	[2]
Via Aérea Difícil	NÃO	[2]
Confirmação De Vega Em UI	NÃO.	[2]
Kit Cirúrgico Completo Em Sala	SIM	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	SIM	[2]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM	[2]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM	[2]
Verificação De Anestesia Concluída	SIM	[2]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM	[2]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	SIM	[2]
Lateralidade Do Procedimento	DIREITA	[2]
Paciente Certo	SIM	[2]
Sítio Cirúrgico Identificado	SIM	[2]
Procedimento	SIM	[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	SIM	[2]
Checagem Completa Dos Equipamentos	SIM	[2]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	SIM	[2]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	SIM	[2]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	SIM	[2]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:15

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 665/5125 Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CÉNTRICO CIRÚRGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram SIM. [2]
PrevistasAs Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente NÃO. [2]
Foram Compartilhadas

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento SIM. [2]
Devidamente RealizadosAs Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas SIM. [2]
E Agulhas. Estão Corretas.Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E NÃO. [2]
Acondicionada CorretamentePreenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico SIM. [2]
CirurgiãoA Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E SIM. [2]
O Manejo Do Paciente

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento SIM. [2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar NAO. [2]



ANTONIO
PRUDENTE

PIT STOP ASSISTENCIAL E VISITA/ CHECK LIST DE
PRONTUÁRIO (09/04/2020)

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

PERGUNTAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Prescrição médicas diárias com carimbos e assinaturas? Sinalizar pendência de medicação alto custo, medicação não padrão e dieta enteral, se houver.	X		
Sinalizar pendência de parecer médico, se houver; isolamento e cuidados paliativos.	X		
Aprazamento de medicação estão checados e administrados no horário correto? No caso de carência contratual e protocolo sepse verificar a existência do fluxo administrativo.	X		
Medicações checadas e sem rasuras? Verificar identificação do paciente, medicação, punção, equipos, sonda e BICs.	X		
Verificar existência de SAE, evolução de enfermagem, prescrição, diagnóstico de enfermagem, avaliação de risco, peri operatório e check-list cirurgia segura.	X		
Sinalizar pendências de exames em geral, se houver. Verificar evolução de enfermagem de encaminhamento ao exame.		X	
Realizado hemotransfusão? Verificar o preenchimento do formulário de registro transfusional e o termo de consentimento.		X	
Procedimentos de enfermagem tais como: (curativos, punção venosa, sondagens, AVAS e etc). E procedimentos médicos como: (paracentese, drenagem de tórax, punção de AVC, dentre outros), estão checados e evoluídos no sistema?	X		
Existe acompanhamento dos registros/ fechamento de B.H em sistema?		X	
Verificar o registro dos Sinais Vitais em sistema? Inclusive para sinalizar para equipe dos técnicos o intervalo de tempo da verificação dos próximos.	X		
Registro e avaliação do Risco de Queda estão presentes e sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?	X		
Identificação ou não de Alergia sinalizada na capa do prontuário (internado) e no check list (emergência)?			
Prontuários de alta e óbito, estão evoluídos pelo médico e enfermeiro?		X	
Satisfação do cliente (reclamações e elogios)	X		

Assinatura do enfermeiro _____

Thayano V. Coelho Q. Lima
COT/SP 1333333333

Assinatura do enfermeiro Líder _____

Paciente: EYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

1. DIÉA: GERAL - ADULTO / PARA A IDADE

PLANO NUTRICIONAL

2. Hidratação Venosa

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

3. PLANET (5,00mg/ml)

Agua Desidratada

4. DIPRORNA AMP (500,00mg/ml)

Agua Desidratada

5. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

6. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Soro Fisiológico 0,9%

7. SINAIS VITais

8. MANNER MEMBRO OPERADO ELEVADO

Profissionais: CRM-7399

Dt. Nasc.: 20/11/1986

N° Prescrição: 26417689

Leito: 1334101

09/04/2020 às 16:37

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

Peso: 70,00 kg

	UD	313h	ORAL
2. Hidratação Venosa			
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	Vol. Total:	500 ml	7,00 gts/min
3. PLANET (5,00mg/ml)		500 ml	Acesso Perifílico
Agua Desidratada	10mg	2ML (AMPL C/10MG)	21:00
	18 ml	18 ml (AMPL C/10MG)	CRM-7399
4. DIPRORNA AMP (500,00mg/ml)	1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	
Agua Desidratada	18 ml	18 ml (AMPL C/500MG)	
5. TRAMADOL (50,00mg/ml)	50mg	1ML (AMPL C/50MG)	
Agua Desidratada	100 ml	100 ml (AMPL C/50MG)	CRM-7399
6. CETOPROFENO IV (100,00mg)	100mg	1UD (FRAP C/100MG)	
Agua Desidratada	100 ml	100 ml (FRAP C/100MG)	
7. SINAIS VITais			
8. MANNER MEMBRO OPERADO ELEVADO			
Profissionais: CRM-7399	EDILMAR FERREIRA LESSA		

Edilmar F. Lessa	Pneumologia / Ortopedia	CRM-7399
		CRM-7399

08:00 06/00

08:00

08:00

08:00

CRM-7399

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1
09/04/2020 10:40 AM
rp1832_02

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66625125	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26415046	09/04/2020 às 10:37	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/1		
Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CIRURGIA			
Profissionais: THATYANA VIRGINIA COELHO DE QUEIROZ LIMA (COREN 437473)			
1 - INSPECIONAR/ REGISTRANDO			
Nível de Consciência	Mantido		
2 - MANTER			
POSICIONAR PACIENTE DE FORMA CONFOR	Mantido		
5 - ESTIMULAR			
AUTO-CUIDADO	Mantido		
7 - ORIENTAR			
ORIENTAR PACIENTE QTO A ROTINA DO SET	Mantido		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS
Thalyana V. Coelho Q. Lima
COREN-SP 437473 ENE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

09/04/2020 10:36

pj150_use

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66525125	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 26414920	09/04/2020 às 10:34	
Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HAPFOR	Leito: 133410/1		Enfermeiro(a): HATYANA VIRGINIA COELHO DE Q
Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO			

Profissionais:

2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO

8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mantido:


Thalyana V. Coelho Q. Lima
CORLN-CI-23/4/3 ENF

ANTONIO
PRUDENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1
Emissão: 10/04/2020 10:05

Faciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1A - HAPFOR

1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

PLANO NUTRICIONAL

2. Hidratação Venosa

Fase Única

SORO FISIOLÓGICO 0,9%

3. PLAMEI (5,00mg/ml)

Agua Destilada

4. DIPIRONA AMP [500,00mg/ml]

Aqua Destilada

5. TRAMADOL (50,00mg/ml)

Aqua Destilada

6. CETOPROFENO IV (100,00mg)

Aqua Destilada

7. SINAIS VITais

Aqua Destilada

B. MANTER MÉMbro OPERADO ELEVADO

Aqua Destilada

Profissionais: CRM-13290

NAITALIA SUELLEN BRAGA DA SILVA

Dt. Nasc.: 20/11/1986
Nº Prescrição: 26417690
Leito: 1008/1

Atendimento: 66525125
Prontuário: 37466922

Peso: 70,00 kg

CRM-13290

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS	Dt. Nasc.: 20/11/1986	Atendimento: 66525125	Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1		
Profissional(is): EDILMAR FERREIRA LESSA, MÉDICO, CRM 7399 [1]	Nº: 53270057 09/04/2020 às 16:38		

09/04/2020 16:38

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

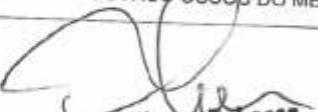
PACIENTE SUBMETIDA A OSTEOSÍTESE DE FRATURA DO 2º METACARPO DIR. SEM INTERCORRÊNCIAS. SINAIS VITais DENTRO DA NORMALIDADE AO SAIR DA SALA DE CIRURGIA.

[1]

CID 10

S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

[1]



Edilmar F. Lessa
Traumatologia-Ortopedia
CREMEC /399

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

13/04/2020 08:32

Paciente: JEYSON RAPHAEL NÉVES MEDEIROS Dt. Nasç.: 20/11/1986 Atendimento: 66525125 Prontuário: 17466922
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 1A - HAPFOR Leito: 1008/1
Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1] Nº: 53285434 10/04/2020 às 10:03

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1º PO DE FRATURA DE METACARPO

[1]

EVOLUI ESTAVEL E SEM QUEIXAS

CD: ALTA HOSPITALAR

CID 10

S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

[1]

*Netalia Suaçgün S. da Silva
CRM/SC 18290
CPF: 025.125.983-77
Av. Avenida Presidente Vargas, 102 - Centro - Joinville*

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

10/04/2020 10:04

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Dt. Nasc.: 20/11/1986 Atendimento: 66525125 Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA Pósto: POSTO 1A - HAPFOR Leito: 1008/1

Profissional(is): TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA, MÉDICO, CRM 14108 [1] Nº: 53285434 10/04/2020 às 10:03

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

1º PO DE FRATURA DE METAÇARPO

[1]

EVOLUI ESTAVEL E SEM QUEIXAS

CID 10

CD: ALTA HOSPITALAR

S623 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

[1]

Tacito Yuri Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14108 - CRIT 15349

PROTOCOLO BLOCO CIRURGICO (Prontuário e exames)

NOME: Geyson Portugal Neto de Oliveira

DATA: 09/10/13/2010

PRONTUÁRIO:
 Ficha de Internação
 Prescrição Médica
 Ficha Anestesica
 Termo Anestesico
 Evolução Médica
 Controle de Materias

Boletim Cirúrgico Atestado
 Perioperatório Receituário
 Check list
 Check list Pré-operatorio
 Orientações Médicas
 Termo Cirurgião

EXAMES:

ECG
 Laudo Cateterismo CD Cateterismo
 Exames Laboratoriais Receituário
 ECO Doppler Atestado
 ECO Stress Orientações
 ECO Trans esofágico Guia de físto
 Teste Ergométrico
 Cintilografia
 Cineangiocoronariografia
 Risco Cirúrgico

CD _____
 Laudo US _____
 Laudo TC _____
 Laudo RX _____
 Película RX _____

OUTROS:

Equipe CC: Zé Neto + William

Setor que recebeu:

RPA Postos UTI

Ass:

Ass:

Exames devolvidos para paciente ou responsável:

Ass:

Setor que paciente foi transferido: Leito: ()

Ass:

Observações:

Atenção: Este impresso deverá ser arquivado na RPA.

CHECKLIST PADRÃO PRÉ-OPERATÓRIO

Hospital	Antônio Prudente		
Nome do paciente	Tleyson Raphael Nemes Neto		
Data de nascimento	20/11/86		
Nome do(a) Responsável/Parentesco	Lidiâne		
Procedimento a ser realizado	Fratura de Falange		

1. Estado clínico do paciente. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Perguntas	Sim	Não	Outros
Fez jejum?	X		desde 07:00
Possui alergia a medicação?	X		
Faz uso de alguma medicação?	X		
Faz uso de anticoagulante?	X		
Problemas cardíacos?	X		
Tem diabetes?	X		
Hipertensão Arterial?	X		
Adomos/próteses	X		
Cirurgias anteriores	X		Rêmulo
Identificação com pulseira	X		MSD

Perguntas	Sim	Não	Não se aplica	Outros. Especifique sua resposta
Banho pré operatório		X		
Tricotonmia cirúrgica		X		

2. Demarcação da lateralidade. Responda marcando com um "X" a opção correspondente:

Não se aplica

Perguntas	Direito	Esquerdo	Outros. Especifique sua resposta
Qual a lateralidade	X		
Demarcação do cirurgião			Informar qual cirurgião realizou:

3. Termos:

Aplicação	Sim	Não	Nome do profissional
Termos de consentimento do cirurgião:	X		
Termo de anestesista e ficha pré-anestésica	X		

4. SSVV:

PA	
T	
FC	
FR	

- () RISCO DE QUEDA
- () RISCO DE VPR
- () RISCO DE FLESCITE
- () RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO
- () RISCO DE PERDA DE DISPOSITIVO

ANTONIO
PRUDENTE

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

Data de Revisão:
10/09/2018Código:
FORMULÁRIO: 015

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1Data da Elaboração:
22/02/2017

Nome do paciente: *Jeison Raphael Neto* *medeu* Data de Nascimento: *20/11/86*
 Nº do prontuário: Data de admissão: *09/04/2018*
 Leito: Data da realização da escala:

Itens	Escores Avaliados	Pontos	Respostas	Score do paciente
A	História da queda anterior	1	Não	
		4	Sim	
B	Condições de saúde	1	Sem doenças Crônicas	
		2	Doenças Crônicas	
		2	Doenças oportunistas	
		2	Uso de medicamentos	
C	Estado de consciência e orientação	1	Consciente/ Orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		2	Consciente/ Parcialmente orientado quanto as suas limitações de locomoção	
		2	Desorientado/ Percepção comprometida de suas limitações de locomoção	
		4		
D	Estado psico-cognitivo	1	Alerta e calmo	
		2	Depressivo	
		3	Ansioso	
		4	Agitação psicomotora	
E	Comprometimento sensorial	1	Sem comprometimento sensorial	
		2	Dificuldade auditiva	
		3	Dificuldade visual	
		4	Dificuldade sensorial	
F	Mobilidade/edunibor de corporal	1	Independente e sem fator de risco	
		1	Acamado	
		1	Locomover-se apoiar com ajuda	
		2	Locomover-se com cadeiras de rodas	
		3	Locomover-se com ajuda de apoios de marcha	
		4	Locomover-se se apoiando no mobiliário	
G	Atividades nas últimas 24h	1	Não	
		4	Sim	

SOMA DOS PONTOS:

7

SEM RISCO/RISCO BAIXO	07-09	Cuidados de enfermagem básicos e padrão voltado para prevenção de quedas
RISCO MODERADO/RISCO ALTO.	10-26	Intervenções padrão de prevenção de queda de alto risco

Uso de medicamentos	Presença de doenças crônicas	Doenças Oportunistas
Benzodiazepínicos	Acidente vascular cerebral prévio	Neurofibromatose
Antiarritmicos	Hipotensão postural	Histoplasmosse
Anti-histamínicos	Tontura	Pneumonia
Antidepressivos	Convulsão	Colistite
Digoxina	Síncope	Tuberculose
Diuréticos	Dor intensa	Hanseníase
Laxativos	Baixo índice de massa corporal	Meningite
Relaxantes musculares	Anemia	
Vasodilatadores	Insônia	
Laxativos	Artrite	
Relaxantes musculares	Osteoporose	
Vasodilatadores	Alterações metabólicas (Ex: hipoglicemia)	
Hipoglicemiantes orais		
insulina		
(Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos)		

Interv. V. (alto risco)
Colostite - 03 dias

ANTONIO
PRUDENTE

AVALIAÇÃO DO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

Código:
FORMULÁRIO: 013

Setor: GESTÃO DA QUALIDADE

Página:
1 de 1Data de Revisão:
10.09.2018 - V.01Data da Elaboração:
20/03/2017

NOME COMPLETO DA PACIENTE:

Jeyson Raphael

DATA DO NASCIMENTO:

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

Enfermagem

DATA DA ADMISSÃO/AVALIAÇÃO:

09/01/20

ENFERMAGEM – CIRCULAR OS PONTOS QUANDO A RESPOSTA FOR “SIM”

<input type="checkbox"/> Não consegue se alimentar bem?	1 +
<input type="checkbox"/> História prévia de broncoaspiração e/ou doenças neurológicas?	2 +
<input type="checkbox"/> Alimenta-se apenas por sonda?	3 +
<input type="checkbox"/> Escorre alimento pela boca?	4 +
<input checked="" type="checkbox"/> Demora muito para engolir?	5 +
<input type="checkbox"/> Movimenta a cabeça e/ou muda a expressão facial (esforço) para engolir?	6 +
<input type="checkbox"/> Permanece resíduo de alimento na boca após alimentação?	7 +
<input type="checkbox"/> Há tosse com líquido?	8 +
<input type="checkbox"/> Há tosse e engasgo com líquido?	9 +
<input type="checkbox"/> Não consegue engolir?	10 +
<input type="checkbox"/> Paciente com condição clínica proibitiva para avaliação?	11 +

SOMA DOS PONTOS CIRCULADOS – ESCORE:

7

Risco Alto: > ou = (maior ou igual) a 16

Risco Moderado: Entre 7 e 15

Risco Baixo: < ou - (menor ou igual) a 6

RESULTADO: RISCO ALTO()

RISCO MODERADO()

RISCO BAIXO()

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DIÁRIA

1. Pesquisa de fatores de risco de deficit de deglutição de acordo com o protocolo de prevenção;
2. Informações à família e/ou acompanhantes nos cuidados sobre o risco;
3. Sinalização a equipe de enfermagem em casos de suspeitos (referente ao risco);
4. Orientação sobre dieta e medicações VO (Via Oral) ou por dispositivos administrada com cabeça da fama elevada a 45°;
5. Pausa da dieta por sonda quando da realização de procedimentos, banho, transporte e outros;
6. Higiene oral com clorexidina para os pacientes elegíveis de risco alto;
7. Reavaliação do posicionamento da sonda;
8. Manutenção do decúbito a 30° exceto em casos de contra-indicação ou determinação expressa do médico assistente;
9. Em casos de risco moderado ou alto, informar ao médico para solicitar avaliação da fonoaudiologia.

Thiayara V. L. Lima
Comissão Fisioterapeuta

Carimbo e assinatura do(a) enfermeiro(a)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ECLARECIDO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO



ANTONIO
PRUDENTE

Nome do Paciente:	Jeyson Raphael Nives Medeiros
Data de Nascimento:	Data de Internação:

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao (s) exame (s)/ procedimento (s) a ser (em) realizado (s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame (s)/ procedimento (s).

Eu, Jeyson Raphael Nives Medeiros, inscrito no CPF sob o N° _____, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo (a) médico (a) Dr. (a) _____ quantos aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade (s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento (s): Fratura na mão para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo (s) exame (s) assim como também poderá (ão) ocorrer situações imprevisível (eis) ou fortuita. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirme que li, recebi explicações, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Fidianne de Souza Barbosa RG: _____

Data de Nascimento: / / Grau de Parentesco: _____

Fortaleza, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do Paciente/ Representante Legal

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO

Eu, _____, CRM N° _____, médico (a) _____, responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de emergência.

Fortaleza, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura/ Carimbo do Médico



Faz bem pra você

(Preencher quando não houver atestado)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de nascimento: 11/10/86

Médico:

CRM:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual seréi submetido neste Instituição.

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico
 a seguinte alternativa anestésica

Sergio L. Basso

DU

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta Instituição.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e também sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também, das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirme que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, comprehendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

09 de Abril de 20 20

Hora: 14:50

Nome legível: *Xadilene de Souza Barbosa*Assinatura: *SJP*Grau de parentesco do responsável: *Esposa*

CPF:

TESTEMUNHA

Nome legível:

Assinatura:

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirme que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

*Dra. Reisalla Verh
Anestesiologista
CRM 17837*

Nome legível, CRM e visto ou carimbado com CRM e visto

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: *Júlio Raphael Nascimento*

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: *17466923*

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)		DOR
						Sólidos	Adulto	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
						Líquidos	Criança	0 1 2 3 4 5
56						7h		

Exame	CR/DEG/IA/PROCEDIMENTO	Exame	CR/DEG/IA/PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
<i>TB c/ diarreia c/ febre</i>				

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-circulatório
 Negativo
 Tolerância ao exercício
 Hipertensão
 Angina
 Coronariopatia
 Infarto do miocárdio
 Insul. Cardíaca
 Outras _____

Respiratório
 Dependência O.
 Apneia do sono
 DIVAS recente
 Expectoração
 Outras _____

Gastrointestinal/hepático
 Ref. Gastro-esofágico
 úlcera péptica
 Divômito/ diarréia
 Hérnia de hiato
 Obst. Intestinal
 Outras _____

Neuroológico
 Convulsões
 Dolorência/ fraqueza
 Lesão medular
 Outras _____

Renal
 Doença renal crônica
 Insuficiência renal
 Outras _____

Hematológico
 Transfusão prévia
 Plaquetopatia
 Outras _____

Músculo esquelético
 Dor lombar
 Musculodistrofia
 Outras _____

Endócrino
 Diabetes tipo _____
 Patologia da tireoide
 Outras _____

Câncer
 Quimioterapia
 Radioterapia
 Outras _____

Infeccioso
 HIV
 Outras _____

Gravidez
 Idade gestacional _____ semanas

Crianças abaixo de 1 ano Negativo
Condições de Nascimento

Internação Alta com a mãe

Termo

Pré-termo:

Idade gestacional _____ semanas
 Idade pós-conceptual _____ semanas
 (Idade gest.+idade atual)

Habitos Sociais Negativo
 Tabaco _____ Cigarros/dia
 Álcool _____ Drogas
 Outras _____

Alergias Negativo

Tipo/Agente	Reação

Cirurgia/anestesia prévia Negativo

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes
<i>Fratelis de ferma 5/11</i>		

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório

Sim Não

Histórico familiar - problemas com anestesia

Sim Não

Comentários sobre os achados

Exame Físico
 Cardíaco _____

Resp _____
 Neuro _____
 Regional _____
 Outro _____

Laboratório

Hb	Ht	Na

Medicação (Verificar se tomou no dia da cirurgia)

Via aérea
 História de via aérea difícil
 Sim Não

Mallampati _____

Distância esterno/mento *70 cm*

Dentição/Prognatismo

Outros

Hemorragias Negativo

Tipagem solicitada

Reserva de _____ U Conc. Glob

Avaliação ASA

I II III IV V VI

Emergência: Sim Não

Planejamento Anestésico

06/03/10 14:50

Ressalta Verh

CRM 17837

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

09/04/2020 16:33

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

Profissional(is): ELISEU ANTONIO PAULINO CA. TECNICO DE ENFERMAGEM. COREN

Nº: 53260693

09/04/2020 às 16:21

1017409 [1]

ELISEU ANTONIO PAULINO CA COREN 1017409 [2]

CONFORTO

INTRA-OPERATÓRIO

Responsável Pelo Recebimento	SRPA	[1]
Hora	15:10	[1]
Sala	02	[1]
Condições Da Pele ao inicio da cirurgia	CURATIVO	[1]
Início Da Anestesia	15:20	[2]
Termino Da Anestesia	16:10	[1]
Início Da Cirurgia	15:35	[2]
Término Da Cirurgia	16:25	[1]
Instrumentador	WILLIAM	[1]
Circulante	ELISEU	[1]
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL	[1]
Membro Ou Lado A Ser Operado	DIREITA	[1]
Numero Inicial De Compressas	10 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	10 UD	[1]
Medicações/hora	CEFAZOLINA 2G 15.15	[1]
Exames De Imagem	Sim	[1]
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]
Clorexedine Degermante	Sim	[1]
Condições Da Pele Ao Termo Da Cirurgia	CURATIVO	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA	[1]
Encaminhamento Do Paciente		[2]
Horário De Saída Da S.O	16:40	
 SINAIS VITAIS		
P脉	72 bpm	[1]
PA	116x75	[1]
 OUTROS DADOS E SINAIS		
Sat O2	100 %	[1]
 DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS		
Data	09/04/2020	[1]
Hora	16:28	[1]

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:33

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuario: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

Observação

PACIENTE ADMITIDO NO CC PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO
FRATURA DE FALAGE.

[1]

COM CIRURGIAO DR EDIMAR.

PACIENTE RELATA NÃO SER ALERGICA ,NAO HIPERTENSA, NEGA
ALERGIAS E ESTA DE JEJUM.SUBMETIDA A ANESTESIA BI OQUEO E SEDACAO POR DRA
REISILLAPROCEDIMENTO REALIZADO COM SUCESSO APÓS
PROCEDIMENTO A ENCAMPINHADA PARA SRVA COM AVP SEGUO
SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

RAIO X FINAL REALIZADO EM SAIA

SEM INTERCORRENCA

[2]

Intercorrências

TORAX

[2]

Eletrodos

MAO DIREITA

[2]

Incisão Cirúrgica

PÓS-OPERATORIO

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 1 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:15

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuario: 17466922

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 13.3410/1

Profissional(is): ELISEU ANTONIO PAULINO CA, TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN
1017409 [1]
ELISEU ANTONIO PAULINO CA COREN 1017409 [2]

Nº: 53269431

Data: 09/04/2020

as 16:13

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia 09/04/2020

[1]

Hora Da Cirurgia 15:35

[2]

Cirurgia ELÉTIVO

[2]

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC

Setor De Admissão Do Paciente CENTRO CIRURGICO

[2]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente SIM

[2]

Opme Checado Em Sala Cirurgica SIM.

[2]

Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica SIM.

[2]

Alergias Do Paciente São Conhecidas NAO.

[2]

Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica SIM.

[2]

Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea NAO.

[2]

Via Aérea Difícil NAO.

[2]

Confirmação De Vaga Em Utí NAO.

[2]

Kit Cirúrgico Completo Em Sala SIM

[2]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia SIM.

[2]

Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia SIM

[2]

Sítio Demarcado Pelo Cirurgião SIM

[2]

Verificação De Anestesia Concluída SIM

[2]

Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento SIM

[2]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função SIM.

[2]

Lateraldade Do Procedimento DIREITA

[2]

Paciente Certo SIM.

[2]

Sítio Cirúrgico Identificado SIM

[2]

Procedimento SIM

[2]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado SIM

[2]

Checagem Completa Dos Equipamentos SIM

[2]

Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos SIM

[2]

Checagem Completa Das Medicações Anestésicas SIM

[2]

Esterilização Do Material Confirmada E Validada SIM

[2]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Pagina 2 de 2

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

09/04/2020 16:15

Paciente: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Dt. Nasc.: 20/11/1986

Atendimento: 66525125

Prontuário: 17466922

Convenio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram
Previstas SIM [2]As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas NAO [2]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados SIM [2]As Contagem Do Instrumentais Cirúrgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas SIM [2]Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E
Acondicionada Corretamente NAO [2]Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião SIM [2]A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E
O Manejo Do Paciente SIM [2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento SIM [2]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar NAO [2]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AGÊNCIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NAME: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

DOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR UF:
2003097042116 SSP/DS CE

CPF: 600.885.803-42 DATA NASCIMENTO: 20/11/1986

PENALDO: FRANCISCO GUSTAVO DAS NEVES
MARIA DO SOCORRO MEDEIROS DAS NEVES

PERMISSÃO: ACC CAT/NA: A

Nº REGISTRO: 06326093013 VÁLIDA ATÉ: 21/05/2024

Nº REVALIDAÇÃO: 13/03/2015

O TERRITÓRIO NACIONAL

VÁLIDA EM TODO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1765281962

COMENTÁRIOS:
SEM OBSERVAÇÃO.

Assinatura do Portador:
FORTALEZA, CE

Data Emissão: 22/05/2019

ICM/VACINOCODE: 09067511122
CE170825825

Assinatura do Emissor:
CEARÁ

**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: 3200247159
Nome do(a) Examinado(a): Jeyson Raphael Neves Medeiros
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Santa Rita, 5
Centro Caucaia CE CEP: 61695-990
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2003097042116
Data local do acidente: [25/03/2020]
Data local do exame: [28/07/2020] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO

FRATURA COMINUTIVA E DESALINHADA DA ESCÁPULA ESQUERDA

FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO

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

Tratamento: OSTEOSÍNTESE DE FRATURAS DO 2º METACARPO E DO FÉMUR. IMOBILIZAÇÃO PARA O OMBRO ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM

Data da Alta: 08/07/2020

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

BLOQUEIO GRAVE METACARPOFALÂNGICO DE FLEXO-EXTENSÃO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO. ASSIMETRIA ESCAPULAR E BLOQUEIO MODERADO DE ABDUÇÃO E DE ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM FORÇA GRAU III, BLOQUEIO MODERADO DE ABDUÇÃO E LEVE DE EXTENSÃO E DE FLEXÃO DO QUADRIL E BLOQUEIO MODERADO DE FLEXÃO DO JOELHO. ALTERAÇÃO DA MARCHA.

- 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 à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

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

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE. SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE. SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS, DO TROFISMO E DA MARCHA.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

2º DEDO DA MÃO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
() 50% médio **(X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247159 Cidade: Caucaia Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS Data do acidente: 25/03/2020 Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO
FRATURA COMINUTIVA E DESALINHADA DA ESCÁPULA ESQUERDA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO

Descrição do exame físico: BLOQUEIO GRAVE METACARPOFALÂNGICO DE FLEXO-EXTENSÃO DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO. ASSIMETRIA ESCAPULAR E BLOQUEIO MODERADO DE ABDUÇÃO E DE ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM FORÇA GRAU III, BLOQUEIO MODERADO DE ABDUÇÃO E LEVE DE EXTENSÃO E DE FLEXÃO DO QUADRIL E BLOQUEIO MODERADO DE FLEXÃO DO JOELHO. ALTERAÇÃO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE DE FRATURAS DO 2º METACARPO E DO FÉMUR. IMOBILIZAÇÃO PARA O OMBRO ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES
DATA DA ALTA: 08/07/2020

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/07/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, EM OMBRO ESQUERDO E EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO DIREITO PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total		55 %	R\$ 7.425,00	

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247159

Vítima: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247159

Vítima: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200247159

Vítima: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.425,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: JEYSON RAPHAEL NEVES MEDEIROS

Valor: R\$ 7.425,00

Banco: 001

Agência: 000002622-0

Conta: 000010028851-0

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, retorno 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.

