



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Josemildo marcio da Silva
ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: sebreiro
RG: 7.872.820 CPF: 084.476.314-43 CEP: 55.500-000
ENDEREÇO: Rua Júlio Correia, N° 20
BAIRRO: centro CIDADE: Exada UF: PE

Pelo presente instrumento de procuração nomeia e constitui seus bastantes procuradores a sociedade de advogados SALES ADVOCACIA, inscrita na OAB/PE sob nº. 1.586 e CNPJ n. 19.180.375/0001-09, sediada na Avenida Senador Salgado Filho, 21, Sala 114, Centro, Paulista/PE, CEP 53401-440, neste ato representada por seus titulares **HILTON SALES DA SILVA JUNIOR**, inscrito na OAB/PE sob o nº 29.447, e **HUGO SALES DA SILVA**, inscrito na OAB/PE sob o nº 31.713.

PODERES: O(s) **OUTORGANTE(S)** confere(m) aos **OUTORGADOS** amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo em repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, bem como instituições bancárias, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, assinar termo, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem.

PODERES ESPECÍFICOS: confere(m) aos **OUTORGADOS** acima dos descritos, poderes para receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, contas judiciais, precatórios, RPV deduzindo e compensando os seus créditos por despesa de verba honorária contratual, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros expressamente constante nesse mandato (art. 105 do NCPC).

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950 e artigo 98 e seguintes do NCPC.

Exada/PE, 26 de outubro de 2020.

Josemildo marcio da Silva
OUTORGANTE





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.872.820 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/08/2018

NOME << JOSENILDO MARCIO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ DANIEL DA SILVA >>
<< GEANE MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE ESCADA - PE DATA DE NASCIMENTO 15/02/1988

DOC. ORIGEM << 006570 01 55 1988 1 00020 175
0022673 48 ESCADA - PE >>

CPF 084.476.314-43

PABLO A. TENDINHO DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

418043381809112909.8284260 F-82 69.028 - 3032





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA BR DE SUASSUNA - NUM. - 00048 - CASA A - CE
INTRO ESCADA PE 55500-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 8528232 Ago/2020

JACIANE MARIA DA SILVA
R JULIO CORREIA, N. 00020 - CAS-A - CIDADE CENTRO ESCADA PE 55
500-000

INSCRIÇÃO: 052.415.525.0330.002 GRUPO: 8 DEB. AUTOMÁTICO: 00352829

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
NÃO MEDIDO			N MEDIDO

ÁGUA:

LEIT ANT: CONSUMO: 10

LEIT ATU:

LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

07/2020 10
06/2020 10
05/2020 10
04/2020 10
03/2020 10
02/2020 10

MÉDIA: 10

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN- A LEGIS
TURBIDEZ	38	38	38
COR APARENTE	38	38	38
CLORO RESIDUAL	38	38	38
COLIF. TOTAIS	38	38	38
E. COLI	38	38	38

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	44,08
JUROS DE MORA 06/2020		0,23

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/09/2020

TOTAL A PAGAR: 44,31

MENSAGEM:



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 16/10/2020

Nº PRONTUÁRIO: 129562

NOME DO PACIENTE: Yreulda Maria da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fração de úmero
distal eq

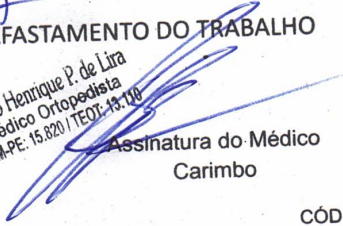
CID: S42.4

OBS.: Fração osteonítida há 02
meses. Deverá fazer prótese

Nº DIAS 90 (noventa)

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Bruno Henrique P. de Lira
Médico Ortopedista
CRM-PE: 15.820 / TEDE: 13.118


Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391



**HOSPITAL REGIONAL
DR. BENÉVOLO WANDERLEY
DO AMARAL**

Data: 08/08/2020

Registro: 2380345

Atendimento:

() Geral
() Pediátrico
() Obstétrico

31 Anos

1. Identificação

José milto marlio da Silva
708 008 336 92 55 98 Data Nascimento: 15/09/1988 Sexo: M () F
R. Paima marta
loqueiro Cidade: Caranda UF: PE

Endereço:

Queixa principal e História da doença atual:

2. Antecedentes Pessoais:

☐ Doenças Degenerativas ☐ Tabagismo ☐ Obesidade
☐ Distúrbios Psiquiátricos ☐ Alcoolismo ☐ Alergias
☐ Tuberculose ☐ Outras

Uso de Medicamentos ☐ Sim ☐ Não

3. Exame Físico

3.1 Estado Geral:

☐ Alerta ☐ Afebril ☐ Febril Temperatura: _____ °C
☐ Normocorado ☐ Acianótico ☐ Anictérico
☐ Hipocorado ☐ Cianose ☐ Icterícia
☐ Hipercorado ☐ Palidez

3.2 Avaliação Neurológica: (Nível de Consciência)

☐ Alerta ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso
☐ Orientado ☐ Semirascoso

3.3 Reflexos:

☐ Hiperreflexos ☐ Anisocoria
☐ Miosis

Escala de Coma de Glasgow: _____ pontos.

Abertura ocular _____ Resposta verbal _____ Resposta motora _____

3.3 Sistema Respiratório: FR _____ ipm

☐ Dispneia ☐ Máscara ☐ TOT ☐ Traqueostomia
☐ Cateter Nasal ☐ Macronebulização

Permeabilidade Torácica Conservada: ☐ Sim ☐ Não Local: _____

Murmúros Vesiculares: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local: _____

Ruidos Adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepitações Local: _____

Expectoração: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Produtiva Aspecto de secreção: _____

3.4 Sistema Cardiovascular:

_____ bpm PA: _____ x _____ mmHg

Ritmo cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta: _____

Mucosa: ☐ Uniforme ☐ Cheiro

Uso de drogas vasoativas: ☐ Não ☐ Sim:

Pressão venosa: ☐ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ NPT

3.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdomem: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Plano

☐ Globoso ☐ Ascítico

Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Normais ☐ Flatos

☐ Vômito ☐ Enterorragia ☐ Êmese ☐ Presente ☐ Ausente

Outros:

3.6 Sistema Geniturinário:

Função: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA

☐ Cistostomia ☐ Dispositivo Urinário

Tratamento:

☐ Hemodiálise ☐ Diálise peritoneal

3.7 Sistema Musculoesquelético:

Atividade: ☐ Ativa ☐ Passiva

Movimentos Conservados: ☐ Sim ☐ Não

Lesão: ☐ Sim ☐ Não Membro: _____

Força motora: Conservada ☐ Sim ☐ Não Local: _____

3.8 Necessidades Psicossociais:

Atitudes: ☐ Cooperativo ☐ Não Cooperativo ☐ Agitado ☐ Choro

☐ Calmo ☐ Ansioso

5.9 Curativo

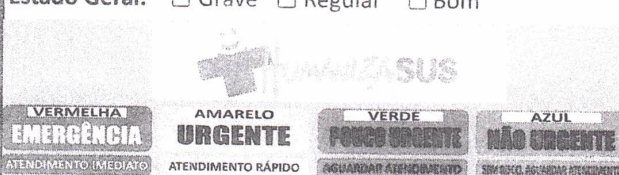
Tipo de Curativo: ☐ FO ☐ Úlcera de Pressão ☐ Outros Local: _____

Aspecto de curativo: ☐ Limpo ☐ Sujo

Aspecto exudato: ☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento

☐ Serosanguinolento ☐ Piosanguinolento

Estado Geral: ☐ Grave ☐ Regular ☐ Bom



Horário de Atendimento: 04 : 40 hs.

Enfermeiro / COREN

6.0 Atendimento Médico

Horário de Atendimento: _____ : _____ hs.

6.1 Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

VITIMA DE ACIDENTE
DE NOVO HA 01 MÊS,
COM TRAUMA EM M.E.

6.2 Diagnóstico Inicial:

1. CEFALO, EDEMA
E CIRCUNSCRIÇÃO
SEM TCE. O MEXMO

6.3 Conduta: ALOCUÇÃO ECG 15.

HA. REATADO O
MUNDO?

AO M.D.M. (TRAUMATO/
OCTOPÓIA).

- 5993203.

Dr. Sérgio Alves
CRM 23341



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 26/10/2020 12:02:40

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102612024005800000068695662

Número do documento: 20102612024005800000068695662



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DECLARANTE: Jaciene Maria da Silva
CPF: 100.844.004-39 RG: 9.292.133

Declaro, para todos os fins e sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), para comprovação de residência que o(a) senhor(a) abaixo:

Joséauldo ellaneiro da Silva
CPF: 084.476.314-43 RG: 4.872.820

reside no endereço de minha propriedade, nos dados abaixo:

ENDEREÇO: Rua Julio Carneiro, N° 20

BAIRRO: Cidade Centro CIDADE: Escada UF: RE CEP: 55.500-000

Declaro, por fim, estar **ciente das sanções civis e penais** da presente declaração, inclusive quanto a crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal¹).

Escada / 20 de Outubro de 2020

Jaciene Maria da Silva Lima
DECLARANTE



¹ **Art. 299** – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir **declaração falsa** ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIE		09R - 36
		
Jaciene Maria da Silva ASSINATURA DO TITULAR		
CARTEIRA DE IDENTIDADE		

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 9.292.133	DATA DE EXPEDIÇÃO 26/08/2011
NOME << JACIANE MARIA DA SILVA >>	
FILIAÇÃO << JOSÉ DANIEL DA SILVA >> << GEANE MARIA DA SILVA >>	
NATURALIDADE ESCADA - PE	DATA DE NASCIMENTO 05/05/1992
DOC. ORDEM << 076570 01 55 1992 1 00028 166 0052212 62 ESCADA-PE >>	
CPF	 ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 116 DE 09/06/83
F-45 41.633 - 4322	

 Ministério da Fazenda Receita Federal COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF	
Número 100.844.004-39	
Nome JACIANE MARIA DA SILVA LIMA	
Nascimento 05/05/1992	

CÓDIGO DE CONTROLE 0652.8CE5.1EC8.9005 
Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil às 16:56:10 do dia 05/05/2018 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOSEMILDO VENIS DE SILVA DATA NASC: 15/02/77
 REGISTRO: 129562 DATA: _____ HORA: _____
 SETOR DE ORIGEM: FW SETOR DE DESTINO: Be

RELATÓRIO DO PACIENTE

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Consciente e orientado</u> HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda () Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: () Realizado _____ () Pendente _____ Curativo: () Não () Sim Local: <u>MI</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro [Assinatura]
 Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

Data: 15/08/20

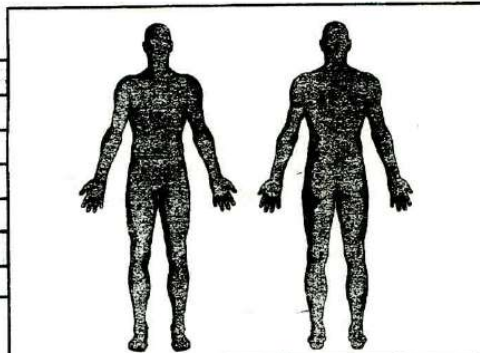
CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: :

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Jornildo Márcio da Silva
Data de Nascimento:	15/02/88
Registro:	129562
Setor:	TRO
Leito:	404-3

SINAIS VITAIS		
PA:	160/90	T: 36,3°C
HGT:	53	
Observação:		



ENTREVISTA			
HIPERTENSO:	SIM () NÃO ()	MEDICAÇÃO EM USO:	
DIABÉTICO:	SIM () NÃO ()	MEDICAÇÃO EM USO:	
HÁBITOS:	TABAGISTA:	SIM () NÃO ()	Há quantos anos: Qtd/dia:
	ETILISTA:	SIM () NÃO ()	Há quantos anos: Qtd/dia:

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM:	RX () TAC c/ Contraste ()	USG () ECO ()	LABORATORIAL: SIM () NÃO ()
	TAC s/ Contraste ()	RNM () CATE ()	Observação:
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM () NÃO ()	Risco Cirúrgico:	
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM () NÃO ()	GRUPO SANGÜÍNEO:	
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM () NÃO ()	Qual?: UTI: LEITO:	

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM () QUAL:		SNE () SNG ()	
NÃO () OBSERVAÇÃO:		SVD ()	
		Outra:	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		DRENO	
SIM () QUAL:		SIM () NÃO ()	
NÃO () OBSERVAÇÃO:		Qual:	
SIM () QUAL: Ciprofloxacino + Clindamicina		Local:	
NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:			

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEIUM:	SIM () NÃO ()	À partir do dia: 15/08/20 às 23:00	Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM () NÃO ()	Observação:	
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO ()	Observação:	
RETIRADO ADORNOS:	SIM () NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM () Quais/Datas:		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM () Quais/Datas:		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM () OBSERVAÇÃO:	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM () OBSERVAÇÃO:
	NÃO ()		

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

Paula Valéria Ramos Veras
Enfermeira
COREMA 383.411

CÓD. 38404



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 26/10/2020 12:02:40

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102612024042000000068695664

Número do documento: 20102612024042000000068695664

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME:	Jorge da Silva		DATA NASC:
REGISTRO:	129562	DATA:	15.08
SETOR DE ORIGEM:	TRD	SETOR DE DESTINO:	BC

RELATÓRIO DO PACIENTE	
S	Situação (Enfermagem) Nível de Consciência: <u>consciente, orientado</u> HGT: <u>53</u> PA: <u>60x100</u> Pulso: <u>80</u> Temp: <u>36,3</u> FR: <u>18</u> Oximetria: <u>97</u> Padrão respiratório: ☒ Ar ambiente ☐ Suporte de O2 ☐ CatO2 ☐ NBZ ☐ TOT ☐ Traqueo VM ☐ Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico) Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: ☐ Não ☐ Sim Antibiótico terapêutico: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____ Prognóstico: ☐ Crônico ☐ Não Crônico Nutrição: ☐ Jejum ☐ Dieta _____
A	Análise (Enfermagem) Dispositivos Invasivos: Cateter central ☒ Não ☐ Sim // SVD ☒ Não ☐ Sim Alergia: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____ Hemoderivados: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: ☐ LPP ☐ Queda ☒ Flebite ☐ Outros: _____ Grau de Complexidade: ☐ Crítico ☐ Semi Crítico ☐ Alta dependência ☒ Intermediário ☐ Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem) Exames Laboratoriais: ☒ Coletado ☐ Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: ☒ Realizado _____ ☐ Pendente _____ Curativo: ☐ Não ☒ Sim Local: <u>MSE</u> Isolamento: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____

aula Valéria Ramos Veras
Enfermeira
COREN-MA 383.411



604-3



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

Data: 24/08/20

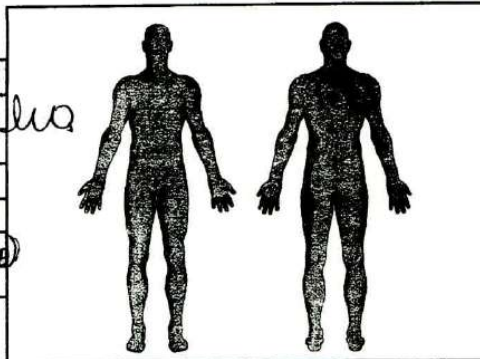
Hora: _____

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:	HUGO SALES DA SILVA	
Data de Nascimento:	17/02/88	Registro: 129562
Setor:	110	Leito: 604-3
160x11 36.2 SINAIS VITAIS 73 (pressão)		
PA: 150x80	T: 36,2	HGT: _____
Observação: _____		



ENTREVISTA		
HIPERTENSO:	SIM (☒) NÃO (☐)	MEDICAÇÃO EM USO: anidipuro + atenolol + metoprolol
DIABÉTICO:	SIM (☐) NÃO (☒)	MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM (☒) NÃO (☐)	Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____
	ETILISTA: SIM (☒) NÃO (☐)	Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS		
IMAGEM: RX (☒)	TAC c/ Contraste (☐)	USG (☐) ECO (☐)
	TAC s/ Contraste (☐)	RNM (☐) CATE (☐)
LABORATORIAL:	SIM (☐) NÃO (☐)	
Observação: _____		
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM (☐) NÃO (☒)	Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM (☐) NÃO (☒)	GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM (☐) NÃO (☒)	Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM (☐)	QUAL: _____	SNE (☐) SNG (☐)
NÃO (☒)	OBSERVAÇÃO: _____	SVD (☐)
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		Outra: _____
SIM (☒)	QUAL: ceftriaxona + clindamicina	DRENO
NÃO (☐)	OBSERVAÇÃO: _____	SIM (☐) NÃO (☐)
		Qual: _____
SIM (☐)	QUAL: _____	Local: _____
NÃO (☒)	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____	

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE		
JEJUM:	SIM (☒) NÃO (☐)	À partir do dia: 23/08 às 20h Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (☒) NÃO (☐)	Observação: _____
TRICOTOMIA:	SIM (☐) NÃO (☒)	Observação: _____
RETIRADO ADORNOS:	SIM (☒) NÃO (☐)	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM (☐) NÃO (☐)
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (☐)	Quais/Datas: _____
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (☒)	Quais/Datas: _____
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (☒)	Observação: _____
	NÃO (☐)	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM (☐) NÃO (☒)

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

CÓD. 38404



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 26/10/2020 12:02:40

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102612024042000000068695664>

Número do documento: 20102612024042000000068695664

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME:	Journildo Marcos da Silva		DATA NASC:
REGISTRO:	129562	DATA:	18-08
SETOR DE ORIGEM:	710	SETOR DE DESTINO:	BC

RELATÓRIO DO PACIENTE	
S	Situação (Enfermagem) Nível de Consciência: <u>consciente, orientado</u> HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico) Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem) Dispositivos invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: <u>amlodipino, atenolol</u> Riscos: () LPP () Queda () Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem) Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: () Realizado () Pendente Curativo: () Não () Sim Local: _____ Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro Julia Vitor Ramos Veras
Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____
COREN/MA 383.411





HOSPITAL

DOM HELDER CAMARA

Data: 18/08/20

Hora: _____

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO



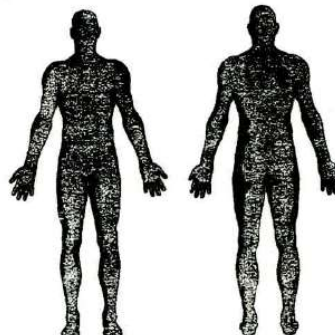
GESTÃO

IMIP

HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Jornelmo Manoel da Silva
 Data de Nascimento: 15/02/88 Registro: 129562
 Setor: 920 Leito: 404-3



SINAIS VITAIS

PA: 1 T: 36.6 HGT: 80
 Observação: _____

ENTREVISTA

HIPERTENSO: SIM () NÃO (X) MEDICAÇÃO EM USO: _____
 DIABÉTICO: SIM () NÃO (X) MEDICAÇÃO EM USO: _____
 HÁBITOS: TABAGISTA: SIM (X) NÃO () Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____
 ETILISTA: SIM (X) NÃO () Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS

IMAGEM: RX () TAC c/ Contraste () USG () ECO () LABORATÓRIAL: SIM () NÃO ()
 TAC s/ Contraste (X) RNM () CATE () Observação: _____
 PARECER CARDIOLÓGICO: SIM () NÃO (X) Risco Cirúrgico: _____
 RESERVA DE HEMODERIVADOS: SIM () NÃO (X) GRUPO SANGÜINEO: _____
 RESERVA DE LEITO DE UTI: SIM () NÃO (X) Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA

USO DE SONDAS

SIM () QUAL: _____
 NÃO (X) OBSERVAÇÃO: _____

SNE () SNG ()
 SVD ()
 Outra: _____

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

SIM () QUAL: _____
 NÃO (X) OBSERVAÇÃO: _____

DRENO

SIM () NÃO ()
 Qual: _____
 Local: _____

SIM () QUAL: Ceftriaxona e clindamicina
 NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: (06h)

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE

JEJUM: SIM (X) NÃO () À partir do dia: / / / às : _____ Observação: _____
 HIGIENIZAÇÃO: SIM (X) NÃO () Observação: _____
 TRICOTOMIA: SIM (X) NÃO () Observação: _____
 RETIRADO ADORNOS: SIM (X) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
 CIRURGIAS ANTERIORES: SIM () Quais/Datas: _____
 NÃO (X)
 ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE: SIM () Quais/Datas: _____
 NÃO (X)
 PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: SIM (X) Observação: _____ LATERALIDADE: _____ SIM () Observação: _____
 NÃO () DEMARCADA: Veras NÃO ()

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

Julia Valéria Santos
 Enfermeira
 COREN-MA 383.411

CÓD. 38404



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 26/10/2020 12:02:40

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102612024042000000068695664

Número do documento: 20102612024042000000068695664

404-3



Tipo do documento: Termo de Consentimento	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansônio	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

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

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

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 anestesiológista. 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.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista 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.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

() PACIENTE / () RESPONSÁVEL LEGAL

Nome do Paciente: _____ Registro: _____

Nome do responsável: _____ RG: _____

Data de nasc.: ____/____/____ Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Hugo Sales da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____

médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura / Carimbo do médico

Ass. Responsável pela elaboração	Ass. Responsável pela aprovação:	Página 1 de 1
----------------------------------	----------------------------------	---------------



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME:	Jorge da Silva		DATA NASC: 15/02/82
REGISTRO:	129562	DATA: 12.08	HORA:
SETOR DE ORIGEM:	TR	SETOR DE DESTINO:	BC

RELATÓRIO DO PACIENTE	
S	Situação (Enfermagem) Nível de Consciência: <u>consciente e orientado</u> HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: ☒ Ar ambiente ☐ Suporte de O2 ☐ CatO2 ☐ NBZ ☐ TOT ☐ Traqueo VM ☐ Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico) Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: ☐ Não ☐ Sim Antibiótico terapêutico: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____ Prognóstico: ☐ Crônico ☐ Não Crônico Nutrição: ☐ Jejum ☐ Dieta _____
A	Análise (Enfermagem) Dispositivos Invasivos: Cateter central ☒ Não ☐ Sim // SVD ☒ Não ☐ Sim Alergia: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____ Hemoderivados: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: <u>não</u> Riscos: ☐ LPP ☐ Queda ☒ Hiebite ☐ Outros: _____ Grau de Complexidade: ☐ Crítico ☐ Semi Crítico ☐ Alta dependência ☒ Intermediário ☐ Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem) Exames Laboratoriais: ☒ Coletado ☐ Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: ☒ Realizado _____ ☐ Pendente _____ Curativo: ☐ Não ☒ Sim Local: <u>MSE</u> Isolamento: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Hora: _____

Valéria Ramos Veras
Enfermeira
COREN-MA 383.411



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

Data: 12/08/20

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: _____

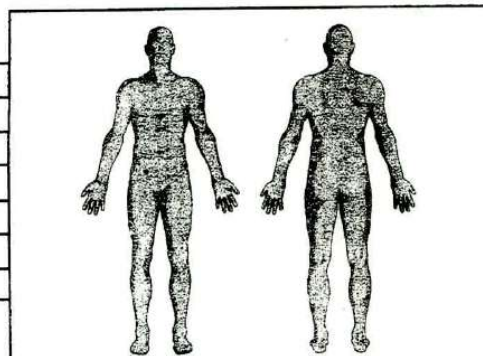


GESTÃO

IMIP

HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	José das Maras da Silva
Data de Nascimento:	15/02/88
Registro:	129562
Sector:	TR0
Leito:	404-3



SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		

ENTREVISTA			
HIPERTENSO:	SIM () NÃO ()	MEDICAÇÃO EM USO:	
DIABÉTICO:	SIM () NÃO ()	MEDICAÇÃO EM USO:	
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM () NÃO ()	Há quantos anos:	Qtd/dia:
	ETILISTA: SIM () NÃO ()	Há quantos anos:	Qtd/dia:

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM: RX ()	TAC c/ Contraste ()	USG () ECO ()	LABORATORIAL: SIM () NÃO ()
	TAC s/ Contraste ()	RNM () CATE ()	Observação:
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM () NÃO ()	Risco Cirúrgico:	
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM () NÃO ()	GRUPO SANGÜÍNEO:	
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM () NÃO ()	Qual?: UTI:	LEITO:

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM ()	QUAL:	SNE ()	SNG ()
NÃO ()	OBSERVAÇÃO:	SVD ()	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		Outra:	
SIM ()	QUAL:	DRENO	
NÃO ()	OBSERVAÇÃO:	SIM () NÃO ()	
SIM ()	QUAL:	Qual:	
NÃO ()	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:	Local:	

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM () NÃO ()	À partir do dia: 12/08/20 às 23:00	Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM () NÃO ()	Observação:	
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO ()	Observação:	
RETIRADO ADORNOS:	SIM () NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ()	Quais/Datas:	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quais/Datas:	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	Observação:	
	NÃO ()	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM ()
			Observação:

Enfermeiro Responsável:

CÓD 38404

(Assinar e Carimbar)

Paula Valéria Ramos Veras
Enfermeira
COREMA 383.411

Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 26/10/2020 12:02:40

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102612024060800000068695665

Número do documento: 20102612024060800000068695665

Num. 70059637 - Pág. 3

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Josefildo Nascio da Silva DATA NASC: 15/02/88
REGISTRO: 1129592 DATA: 08/08 HORA: _____
SETOR DE ORIGEM: Vitória SETOR DE DESTINO: Bloco

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>GG, consciente</u> HGT: _____ PA: <u>90x120mmHg</u> Freq: <u>89</u> Temp: _____ FR: _____ Oximetria: <u>99%</u> Padrão respiratório: ☒ Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: ☒ Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda ☒ Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência ☒ Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: ☒ Realizado () Pendente _____ Curativo: () Não ☒ Sim Local: <u>NSC</u> Isolamento: ☒ Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Hora: _____





HOSPITAL

DOM HELDER CÂMARA

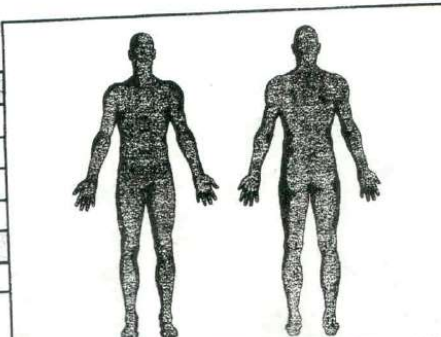
Data: 08/08/2020

Hora: _____

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Joséildo Manoel da Silva
Data de Nascimento:	15/02/1988
Registro:	129562
Setor:	Unimilva
Leito:	



SINAIS VITAIS	
PA: 190 x 120 mmHg	HGT: _____
Observação:	

ENTREVISTA	
HIPERTENSO:	SIM () NÃO (X) MEDICAÇÃO EM USO: _____
DIABÉTICO:	SIM () NÃO (X) MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS:	TABAGISTA: SIM (X) NÃO () Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____
	ETILISTA: SIM (X) NÃO () Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS	
IMAGEM: RX (X) TAC c/ Contraste () USG () ECO ()	LABORATORIAL: SIM () NÃO ()
TAC s/ Contraste () RNM (X) CATE ()	Observação: _____
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM () NÃO (X) Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM () NÃO (X) GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM () NÃO (X) Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM () QUAL: _____		SNE () SNG ()	
NÃO (X) OBSERVAÇÃO: _____		SVD ()	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		Outra: _____	
SIM (X) QUAL: Cefalotina		DRENO	
NÃO () OBSERVAÇÃO: _____		SIM () NÃO ()	
SIM () QUAL: _____		Qual: _____	
NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____		Local: _____	

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE	
JEJUM:	SIM (X) NÃO () À partir do dia: ____/____/____ às: ____ Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM () NÃO (X) Observação: _____
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO (X) Observação: _____
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM () Quais/Datas: _____ NÃO (X)
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM () Quais/Datas: _____ NÃO (X)
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X) Observação: _____ NÃO ()
Enfermeiro Responsável:	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () NÃO () Observação: _____

(Assinar e Carimbar)

CÓD. 38404



Tipo do documento:	Número do documento:	Emissão:
TERMO DE CONSENTIMENTO	TER_001	17/04/2019
Título:	Responsável pela aprovação:	Versão número:
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	Dr. André Sansão	001
Responsável pela elaboração:		Revisão:
Bruna Melo		00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

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

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

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 anestesiolista. 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.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiolista 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.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Joséildo Harão da Silva RG: _____

Data de nasc.: 15/02/88 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, 08 de agosto de 20 20.

X Joséildo Harão da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____
médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de _____ de 20 ____.

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 129562

Nome: JOSENILDO MARCIO DA SILVA

Mãe: GEANE MARIA DA SILVA

End.: RUA ALBERTINA FELIX

Enferm.: 404 - 03 - LT TRAUMA

Atendimento: 569482

Leito: 713

Dt. Cad: 08/08/2020

Dt. Nasc: 15/02/1988

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

CNS: 708008336225528

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- ☒ Identificação do paciente
 - ☒ Local da cirurgia a ser feita
 - ☒ Procedimento a ser realizado
 - ☒ Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- ☒ Identificação do paciente
 - ☒ Local da cirurgia a ser feita
 - ☒ Procedimento a ser realizado

☒ Antecipação de eventos críticos:

☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Sim*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *Sim - 1h*

☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *Sim*

☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim *De*

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

*Int. cirúrgico
Fritons Unidos
ESCADA*

Fabiola M. Pereira Alexandre
COREN-PE 374.214-EM



Nome: <u>JOSEFILDO MARCO DA SILVA</u>		Registro: <u>129562</u>	Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: <u>PÓS FEM. UTERO SGO.</u>		Data: <u>24.08.20</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos		
	☒ Proporcionar apoio emocional		
	☒ Dar informação ao paciente e familiares		
	☐ Outros _____		
2. Ventilação prejudicada ☒	☐ Manter decúbito elevado		
	☐ Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h		
	☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz		
	☐ Manter o paciente em posição de fowler		
	☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR		
	☐ Instalar ☐ manter ☐ Anotar oximetria de pulso		
	☐ Outros _____		
3. Padrão de eliminação urinária ☒ Diminuído ☒ Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h		
	☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).		
	☐ Colocar o paciente em posição de Fowler		
	☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica		
	☒ Registrar-se: ☒ Dor ao urinar ☒ Abaulamento em região suprapúbica ☒ Ausência de diurese espontânea		
	☐ Outros _____		
4. Dor ☒ Local: _____ ☒ Leve ☐ Moderada ☐ Severa	☐ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico		
	☐ Avaliar a localização e a intensidade da dor		
	☐ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação		
	☒ Identificar fatores desencadeantes da dor		
	☒ Registrar características e intensidade da dor		
	☐ Outros _____		
5. Integridade tissular prejudicada ☒	☒ Descrever características da lesão		
	☒ Realizar curativo de <u>24/24</u> h		
	☒ Realizar mudança de decúbito de ___/___ h		
	☐ Medir decúbito de dreno de ___/___ h		
	☐ Manter curativo oclusivo por ___ h		
6. Sangramento ☒ Local: _____ ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo	☒ Aferir pressão arterial de <u>15/15</u> h		
	☐ Manter decúbito: _____		
	☐ Realizar curativo compressivo		
	☐ Outros _____		
7. Imobilidade no leito prejudicada ☒	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente		
	☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)		
	☐ Manter repouso no leito em posição: _____		
	☐ Outros _____		



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação (/)	☒ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada <u>24</u> h ☒ Avaliar e registrar umidade de mucosas ☒ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária ☒ Registrar turgor e elasticidade da pele ☐ Outros	
9. Êmese (/) Náusea (/)	☐ Registrar aspecto e quantidade de episódios ☐ Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada ☐ Verificar posicionamento da SNG/SNE ☐ Outros	
10. Temperatura Corporal (/) Diminuída (/) Elevada	☒ Aferir temperatura de <u>48</u> h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C ☒ Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica ☒ Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente ☐ Outros	
11. Choque hipovolêmico (/)	☒ Aferir sinais vitais a cada <u>5/15</u> h. ☐ Avaliar coloração e umidade da pele ☐ Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. verificar sinais como: (/) Taquicardia; (/) Palidez cutânea; (/) Pulso irregular; (/) Pele fria; (/) Perda de consciência. ☐ Outros	
12. Risco para infecção (/)	☐ Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização ☒ Registrar e anotar sinais flogísticos Local: _____ ☒ Examinar F.O e registrar alteração (/) dor; (/) Calor; (/) rubor; (/) edema. ☐ Outros	
13.	☐ Outros	

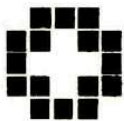
SNG - Sonda Nasogástrica	PA - Pressão Arterial	FC - Frequência Cardíaca
SNE - Sonda Naso enteral	HGT - Hemoglicoteste	AVP - Acesso Venoso Periférico

Fabíola M. Pereira Alexandro COREN-PE 372.912-EM ENFERMEIRO(A) - D -	Márcia M. Galvão COREN-PE 372.912-EM ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	TEC. EM ENFERMAGEM - N -
--	--	--------------------------	--------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Josemildo Maria da Silva Data: 24/08/20 Hora: 19:00 Registro: 129562
Leito de origem: 404-3

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fto. Ang. Frot. Uterino, (D)
Tipo de anestesia: bloqueio + sedação
Equipe: Dr.º Julio Araks Anestesista: Dr.º Julia

3. Admissão

Estado geral: () Bom ☒ Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: ☒ Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não ☒ Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 16 x 11 mmHg FR: 15 p/min FC: 72 p/min SaPO2: 100
Glasgow: -

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	19/15	19:30	20:00	20:30	21:00	22:15
FR	16x11	16x11	142/105	130/94	130/94	123/82
FC	14	14	14	14	13	16
SaPO2	64	57	60	60	65	59
Glasgow	99%	100%	100%	99%	100%	98%

5. Intercorrências/observações:

altera pl infusão

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

(Assinatura)
Dra. Raissa Casado
Médica
CRMPE 18279

CÓD: 38398



**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Joséildo Márcio da Silva Data: 24.08.20 Hora: 14:45 Registro: 129562
Convênio: SUS Leito: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Júlio Anestesista: Dra. Julia
Auxiliar: Dr. Sérgio 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Paulo Jorge

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Fratura de úmero distal "E" Início: 16:50 Término: 18:50
Anestesia: Blocagem de Flaco + sedação Início: 15:50 Término: 17:55

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (x) Regular () Grave () Coma
Nível de Consciência: (x) Orientado (x) Consciente () Sonolento () Traqueostomizado
F. ração: (x) Espontânea () Entubado () Não
Tricotomia: () Sim (x) Não
Chegou no CC em uso de: camisa

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral (x) Dorsal () Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (x) Monitor Cardíaco (x) PNI (x) Bomba CEC Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artoscópio () Microscópio Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa _____ Intensificador ()
Carro de Anestesia () Diprofusor () N° ()
Ap. Vídeo () Bomba de infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não (x) Punção Venosa: Sim () Não (x)
Câmbio Vesical de Demora: Sim () Não (x) Sonda Gástrica: Sim () Não (x)
Anestesia (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim (x) Não () Ferida Operatória MSE

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Amarelo no Prontuário CIRURGIA: Amarelo no Prontuário

6 - OBSERVAÇÕES:

Início do garrote às 16:35
Término do garrote às 18:45

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (x) Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (x) S. Intensiva () LICOR () UTI () Apt° () Residência ()

Data: 24.08.20 Hora: 19:00 Enfermeira: Fabíola Circulante: CPM

CÓD. 33997



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: <u>Joséildo Mares da Silva</u>		DATA: <u>24.08.20</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Julio</u>		RG: <u>729562</u>
ANESTESISTA: <u>Dr. Julia</u>		AUXILIAR: <u>Dr. Igor</u>
CIRURGIA: <u>T- exurg. Fratura de úmero distal esquerdo</u>		ANESTESIA: <u>Bloqueio de plexo + sedação</u>
ESTRUMENTADOR: <u>Ladgane</u>		COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>Ruana</u>
CIRCULANTE: <u>Emile</u>	COREN: <u></u>	
ENFERMEIRA: <u>Fabíola</u>	HORÁRIO INICIAL: <u>16:50</u>	HORÁRIO FINAL: <u>18:30</u>

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
ADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38407



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURIM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTRO CETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICERIDEOS CADEIA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILO 4G C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			





Registro: 129562
Nome: JOSENILDO MARCIO DA SILVA
Mãe: GEANE MARIA DA SILVA
End.: RUA ALBERTINA FELIX Nº: 145
Enferm.: 404 - 03 - LT TRAUMA

Atendimento: 569482
Leito: 713

Dt. Cad: 08/08/2020
Dt. Nasc: 15/02/1988
Bairro: CENTRO
Cidade: ESCADA
CNS: 708008336225528

Sexo: M Cor: Pd Idade: 32 Risco: II DATA: 24/08/2020

CRM: 22933 Anestesista: *Miguel Lima* Cirurgião: *Julio + Igor*

Indicação Pré-Anestésica:

Urgência: ☒ Não ☐ Sim

Cirurgia: TTD craniotomia de fratura de umso distal (E)

Horário	15:45	16:45	17:45	18:45	19:45	Drogas Usadas	Doses
O ₂	100	100	100	100	100	1 Rapi 0.5/	40ml
N ₂ O						2 xilo 1% CIVC	
Líquidos	LSF 500	LSM 500	LSM 500			3 Midazolam	10mg
SaO ₂	100	100	100	100	100	4 Fentanyl	100mcg
ETCO ₂						5 Petidina	25mg
ECG	PRN	PRN	PRN	PRN	PRN	6 Cyclopropano	2g
DIU						7 Dexametasona	10mg
						8 Clonazepam	100mg
						9 Dipriona	2g
						10 Nalundron	8mg
						11 Atropina	40mg

Monitorização

- ☒ Cardioscópio ☐ BIS
☒ Oxímetro ☐ Temperatura
☐ PNI ☐ Swan-Ganz
☐ Sonda Vesical ☐ Analisador Gases
☐ Capnógrafo ☐ PVC
☐ Estet. Pré-Cordial ☐ Estimulador de Nervo
☐ Outros ☐ Linha Arterial
☐ PP/VS

Técnica Anestésica

- ☒ Acompanhamento Respiração
☒ Sedação ☐ Espontânea
☐ A. Geral ☐ Controlada
☐ EV ☐ PCV
☐ Inalatória ☐ VCV
☐ Balanceada ☐ Suporte
☐ A.G. + Bloqueio ☐ IOT
☐ Método ☐ INT
☐ Valvular ☐ ML
☐ Avalvular ☐ Traqueo

Destino

- ☒ SRPA
☐ Apart./Enf.
☐ UTI
☐ Externo
☐ Encaminhado
☐ Acordado
☐ Sonolento
☐ Intubado
☐ Drogas
☐ Vasoativas

Balanco hídrico final:

Perdas:

Jejum
Perdas Insensíveis

Ganhos:

RL
SF0,9%

Sangramentos

Intercorrências: ☐ Sim ☒ Não

Assinatura do Anestesista

OBS. sedação IV sob 02 34 min + BPB
 (E) anestesias intravenosas, sem
 clonazepam e atropina quando por via

Miguel Lima
 CRM- PE 22933

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome: JOSENILDO MARCIO DA SILVA

 Sexo: M

 Idade: 32

 ASA: II

Cirurgia:

ANTECEDENTES PESSOAIS:

 Cirurgias/Anestesias Anteriores: (-)

 Alergias: (-) Nup

Hemotransfusão:

☒ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Uso de Tóxicos

ANTECEDENTES FAMILIARES:
INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

 SISTEMA CARDIOVASCULAR: HTA (+)

SISTEMA DIGESTIVO:

SISTEMA ENDÓCRINO:

SISTEMA NEUROLÓGICO:

 MEDICAMENTO EM USO: Amchuputermos

 SISTEMA RESPIRATÓRIO: Tabagismo

SISTEMA UROGENITAL:

SISTEMA LOCOMOTOR:

OUTROS:

EXAME FÍSICO:

 Estado Geral: Bom

Peso:

Altura:

IMC:

ACV:

AR:

SNC:

ABD:

OUTROS:

 VIA AÉREA: (I)

 MALLAMPATI: (I)

Distância tiroto:

☐ < 6,0cm

☒ > 6,0cm

 Abertura Boca: OK

 Mobilidade / Largura do pescoço: OK

 Protusão Mandibular: OK

Outros:

EXAMES COMPLEMENTARES

Normais. P. endis baixo risco
ORIENTAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA:

 Tempo de Jejum: 7h

Anestesia Proposta:

BPB + sedação
RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Escala de Aldrete e Kroulik	Admissão					Alta	MONITORIZAÇÃO
Atividade Muscular							OXIMETRO
Respiração							ECG
Consciência							PANI
Circulação (PA)							DIURESE
SpO2							TEMP
Diurese							
Escore de dor							
Total							

ESCALA DE DOR


PRESCRIÇÃO NA SRPA

HORA

OBS/ INTERCORRÊNCIAS:

Destino:

☐ UTI

☐ Enf.

☐ Alta Hospitalar

DATA: ____ / ____ / ____

HORA ADM:

HORA ALTA:

Assinatura





HOSPITAL SANTA CASA DE SÃO PAULO

IMIP

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Fosco, Nilas Manoel da Silva DATA NASC: 15.02.1983
REGISTRO: 137562 DATA: 24.08.20 HORA: _____
SETOR DE ORIGEM: SAPA SETOR DE DESTINO: _____

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Consciente</u> HET: <u>94</u> PA: <u>123/86</u> Pulso: <u>64</u> Temp: <u>36,4°C</u> FR: <u>14</u> O2: <u>100%</u> Padrão respiratório: ☒ Ar ambiente () Suporte de O2 () Catc2 () NEZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEZ Intervenção nas últimas 24h: _____
B	Base de cuidado (médico)	Breve relato do caso: <u>Fratura do Ulna do direito</u> Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: <u>Cipro + Clinda</u> Horário: _____ Drogas Vasodiladoras: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta <u>Live de seu acidente</u>
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Risco: () IPP () Queda () Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: <u>Realizado RX</u> () Pendente Curativo: () Não () Sim Local: <u>MSS</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico

Ass. Enfermeiro

Recebido por: Ass. Enfermeiro

Nome

Glória Mª Pereira Alexandre
COREN-DF 276214-EN



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 26/10/2020 12:02:41

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102612024111300000068696718>

Número do documento: 20102612024111300000068696718

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 47595 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 129562 JOSENILDO MARCIO DA SILVA Atendimento : 569482
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 713 404 - 03 - LT TRAUMA Idade : 32 Anos
Dt. Início : 24/08/2020 18:00 Dt. Fim : 24/08/2020 19:25
Cid Pré-Operatório : S422 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERU
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 29 BLOQ PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

CIRURGIAO 13722 JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA
ANESTESISTA 19720 BIANCA JUGURTA VIEIRA DE LIMA ALVES

Descrição

Descrição Cirúrgica :

HD:FRATURA DE UMERU DISTAL
CD: OSTEOSINTESE COM PLACA LCP (CX 3.5) + PLACA 1/3 DE CANO + OSTEOTOMIA DO OLECRANO COM FIXAÇÃO POR CERCLAGEM
+ DESCRIÇÃO CIRURGICA +
1- ASSEPSIA
2- ANTISSEPSIA
3- PASSAGEM DE GARROTE SMARTCH
4- ALOCAÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
5- INCISAO POSTERIOR
6- AFASTAMENTO DO NERVO ULNAR
7- AFASTAMENTO DO TRICEPS
8- DESBRIDAMENTO
9- OSTEOTOMIA DO OLECRANO
10- REDUÇÃO COM 02 FIOS DE K
11- OSTEOSINTESE COM PLACA LCP EM MARGEM LATERAL
12- OSTEOSINTESE COM PLACA 1/3 DE CANO EM MARGEM MEDIAL
13- RETIRADA DE FIO K
14- OSTEOSINTESE DO OLECRANO C/ FIO K + CERCLAGEM
15- SUTURA POR PLANOS
16- CURATIVO COMPRESSIVO
17- RETIRADA DE SMARCHT
18- TALA AXILO PALMAR

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Hospital Metropolitano Dom Helder Camara
Escritório Lyra
Faturamento / SAME
28 AGO. 2020

DR(A) : JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA
CRM : 13722

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Frederico Márcio da Silva DATA NASC: 15/02/88
REGISTRO: 129262 DATA: 03/08/2020 HORA: 15:30
SETOR DE ORIGEM: SBPA SETOR DE DESTINO: trauma

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>consciente, orientado</u> HGT: <u>82</u> PA: <u>160/110</u> Pulso: <u>87</u> Temp: <u>36,0</u> FR: <u>12</u> Oximetria: <u>100%</u> Padrão respiratório: ☒ Ar ambiente ☐ Suporte de O2 ☐ CatC2 ☐ NEZ ☐ TOT ☐ Traqueo VM ☐ Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: <u>Fratura de tíbia (E)</u> Antibiótico profilático: ☒ Não ☐ Sim Antibiótico terapêutico: ☐ Não ☒ Sim Qual: <u>Cipro + Clindamicina</u> Horário: _____ Drogas Vasoativas: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____ Prognóstico: ☐ Crônico ☒ Não Crônico Nutrição: ☐ Jejum ☒ Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central ☒ Não ☐ Sim // SVD ☒ Não ☐ Sim Alergia: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____ Hemoderivados: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: ☐ LPE ☒ Queda ☐ Flebite ☐ Outros: _____ Grau de Complexidade: ☐ Crítico ☐ Semi Crítico ☐ Alta dependência ☒ Intermediário ☐ Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: ☐ Coletado ☒ Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: ☒ Realizado <u>Rx PRÉ OP</u> ☐ Pendente _____ Curativo: ☐ Não ☒ Sim Local: <u>ASE</u> Isolamento: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico

Recebido por: Ass. Enfermeira

Ass. Enfermeira

Hora:

ADM TR0 4º andar
5:30



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 129562

Nome: JOSENILDO MARCIO DA SILVA

Mãe: GEANE MARIA DA SILVA

End.: RUA ALBERTINA FELIX

Enferm.: LEITO 23-E

Atendimento: 569482

Leito: 499

Dt.Cad: 08/08/2020

Dt. Nasc: 15/02/1988

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

☒ Confirmação sobre o paciente

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado
- Consentimento informado realizado

☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica

☒ Checagem do equipamento anestésico

☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

☒ O paciente tem alguma alergia?

☒ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões

☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *limpeza da lesão*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1.00 / min*

☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *Não*

☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Rx

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

☒ Nome do procedimento realizado

☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)

☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente

☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido

☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Deslind tec. deslind. de

lesão em M50

Thais Oliveira das Neves
Coordenadora
477652-5



**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Joséildo marcio da Silva Data: 08.08.20 Hora: 14:30 Registro: 323562
Convênio: S.V.S. Leito: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: DR. Edgley Anestesista: ANA Instrumentador: Jad Janel
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: limpeza Braco (E) Início: 15:05 Término: 15:30
Anestesia: Bloqueio Início: 14:35 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (X) Regular () Grave
Nível de Consciência: () Orientado () Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: () Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim () Não
Chegou no CC em uso de: _____

5 - TRANS-OPERATÓRIO: maca

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal (X) Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim () _____

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso () Monitor Cardíaco (X) PNI () Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artoscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa _____
Carro de Anestesia () Diprofusor () Intensificador () Nº () _____
Ap. Vídeo () Bomba de infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Ânula Orotraqueal: Sim () Não () _____ Punção Venosa: Sim () Não () _____
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não () _____ Sonda Gástrica: Sim () Não () _____
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não () _____
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não () _____

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____
Prontuário Anexado
ao Paciente

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (X) S. Intensiva () LICOR () UTI () Aptº () Residência ()

Data: 08.08.20 Hora: 14:30 Enfermeira: THAIS e ALLINEIDE Circulante: Priscila

CÓD. 33997



PACIENTE: <u>Josemildo Manoel da Silva</u>		DATA: <u>22.08.20</u>
CIRURGIÃO: <u>DR. EAGLEY</u>	AUXILIAR:	RG: <u>529525</u>
ANESTESISTA: <u>ANA</u>	ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Zimbeza</u>	COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>Ruana</u>	
ESTRUMENTADOR: <u>Pascala</u>	COREN:	
CIRCULANTE: <u>Alenilde e THAIS</u>	HORARIO INICIAL: <u>15:05</u>	HORARIO FINAL: <u>15:30</u>

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
AQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

CÓD. 38407



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURIM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVÉRINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICÉRIDEOS CADEIA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GILCOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILON 4G C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			





 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Joséildo Márcio da Silva</u>		Registro: <u>129562</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: <u>Varicela de drenar MSE</u>		Data: <u>08/08/2020</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade ()		☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros _____			
2. Ventilação prejudicada ()		☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR ☒ Instalar ☒ Manter ☒ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros _____		18 00 00 12	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ outros _____			
4. Dor () Local: <u>MSE</u> () Leve () Moderada () Severa		☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ outros _____			
5. Integridade tissular prejudicada ()		☐ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>24</u> h ☒ Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h ☐ Outros _____			
6. Sangramento () Local: <u>MSE</u> () Leve () Moderada () Severo		☐ Aferir pressão arterial de ____/____min ☐ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros _____			
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____			

CÓD. 38605



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	() Registrar temperatura de 6/6 h e comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C	18 00 06 12
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	() Aferir sinais vitais a cada 15/15 min. por 2h após 6/6 h	18 00 06 12
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda da Consciência	
	Outros	
12. Risco de Infecção ()	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos	
	Local: AVP + D	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D - ASSINATURA E CARIMBO	 ENFERMEIRO(A) - N - ASSINATURA E CARIMBO	TÊC. EM ENFERMAGEM - D - ASSINATURA E CARIMBO	TÊC. EM ENFERMAGEM - N - ASSINATURA E CARIMBO
--	--	--	--



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Wesleydo Norberto da Silva D. Nasc.: 15/02/1988 Registro: 12.956.2
Clínica: Ortopedia Enfermaria: 08 Leito: 08/08/20
Diagnóstico: Plantão Diurno

Estado Geral:

Dieta: VO() SNE() GTT() Dieta zero()

Padrão respiratório: espontâneo() AVM() VNI() Cat. 02() Venturi()

Acesso Venoso: Periférico() Central() Local: Data da troca: _____

Drenos: Sim() Não()

Diurese: Espontânea() SVD() Outros: Evacuação: Presente() Ausente()

Observações:

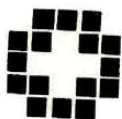
Alta: Transfusão() Melhorada() Óbito() Evasão()

Técnico em
enfermagem:

Realizado na OR, paciente orientado e alertado, a seguir
realizou procedimentos cirúrgicos e a seguir
acompanhado pela equipe de enfermagem

Sheila Andréa dos S. Costa
Técnica em Enfermagem
Coren-PE 001.317.494

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO							
	HGT	FC	PA	SAT O ₂ E FR	TEMP	DIETA	NPT	HDT	DIETA TRANS FUSÃO	DIETA DUR	EVAC	HDL	BORCA NASOG
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Josénila da Nereida da Silva Leito da SRPA: 04
data: 08/08/20 Hora: 15:35 Registro: 12.9562
Leito de origem: 404-03

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: _____
Tipo de anestesia: bloqu岸
Equipe: Dr. Edgley Anestesista: Dr.º

3. Admissão

Estado geral: () Bom ☒ Regular () Torporoso () Grave°
Respiração: ☒ Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não ☒ Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: ☒ Não () Sim Onde: _____
Drenos: ☒ não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 23 x 11 mmHg FR: 14 p/min FC: 76 p/min SaPO2: 98%
Glasgow: -

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>15:50</u>	<u>16:05</u>	<u>16:35</u>	<u>17:05</u>	<u>17:35</u>	
PA	<u>21x11</u>	<u>22x12</u>	<u>18x11</u>	<u>17x12</u>	<u>17x12</u>	
FR	<u>15</u>	<u>16</u>	<u>16</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	
FC	<u>76</u>	<u>77</u>	<u>80</u>	<u>81</u>	<u>81</u>	
SaPO2	<u>98%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>	<u>98%</u>	
Glasgow	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	

5. Intercorrências/observações:

Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Local: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Assinado SRPA pelo médico: _____

Carla Engenheiro Borghese
CRM: 20120



Anotação Técnica em Enfermagem

Nome: Jerônimo da Silva Nasc.: 15/02/1988 Registro: 120562
 Clínica: Neurologia Enfermaria: 02/08 Leito: 08/00
 Diagnóstico: Paralisia em membros superiores Data: 09/08/2020
 Plantão Diurno Impar

Estado Geral: Estável
 Dieta: VOZ ☒ SNE ☐ GTT ☐ Dieta zero ☐
 Padrão respiratório: espontâneo ☒ AVIM ☐ VNI ☐ Cat. 02 ☐ Venturi ☐
 Acesso Venoso: Periférico ☒ Central ☐ Local: Data da troca: _____
 Drenos: Sim ☐ Não ☒
 Diurese: Espontânea ☒ SVD ☐ Outros: Evacuação: Presente ☐ Ausente ☒
 Observações: _____
 Alta: Transferência ☐ Melhorada ☐ Óbito ☐ Evasão ☐
 Técnico em enfermagem: [Assinatura] orientado J.S.V. estomago dieta 100g
uso infusão de medicação
em enfermaria com zome
com zome

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO							
	HGT	FC	PA	SAT O ₂ E FR	TEMP	DIETA	NPT	HDT	MEDIC	TRANS FUSÃO	DRUG	EVAC	HDL
08													
09													
10													
11													
12	82	87	128/70	100%	36,5	+	-	-	+	-	-	+	-
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													



Registro: 129562
Nome: JOSENILDO MARCIO DA SILVA
Mãe: GEANE MARIA DA SILVA
End.: RUA ALBERTINA FELIX Nº: 145
Enferm.: LEITO 23-E

Atendimento: 569482
Leito: 499

Dt. Cad: 08/08/2020
Dt. Nasc: 15/02/1988
Bairro: CENTRO
Cidade: ESCADA
CNS:

Sexo: M Cor: P Idade: 32 Risco: III DATA: 3/8/2020

CRM: 19371 Anestesista: Anne

Cirurgião: Edgley

Medicação Pré-Anestésica:

Urgência: ☐ Não ☒ Sim

Cirurgia: Sutura de ferimento no E

Horário

O₂
N₂O

Líquidos

SaO₂

ETCO₂

ECG

DIU

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

Drogas Usadas

Doses

Fentanyl 100µg
Tramadol 100mg
Diprivo 3g
Xilo 12 40ml
Cefazolin 2g
Dexametaz 10mg
Alendro 75mg

Monitorização

☒ Cardioscópio ☐ BIS
☒ Oxímetro ☐ Temperatura
☒ PNI ☐ Swan-Ganz
☐ Sonda Vesical ☐ Analisador Gases
☐ Capnógrafo ☐ PVC
☐ Estet. Pré-Cordial ☐ Estimulador de Nervo
☐ Outros ☐ Linha Arterial
☐ PP / VS

Técnica Anestésica

☐ Acompanhamento Respiração FR
☐ Sedação ☐ Espontânea PIT
☐ A. Geral ☐ Controlada PEEP
☐ EV ☐ PCV FiO₂
☐ Inalatória ☐ VCV Bloqueio
☐ Balanceada ☐ Suporte ☐ Raqui
☐ A.G. + Bloqueio ☐ IOT ☐ Peri
☐ Método ☐ INT ☐ P. Braquial
☐ Valvular ☐ ML ☐
☐ Avalvular ☐ Traqueo ☐ Cateter S/N

Destino

☐ SRPA
☐ Apart./Enf.
☐ UTI
☐ Externo
☐ Encaminhado
☐ Acordado
☐ Sonolento
☐ Intubado
☐ Drogas
☐ Vasoativas

Balanco hidrico final:

Perdas:

Jejum
Perdas Insensíveis

Ganhos:

RL
SF0,9%

Diurese

Sangramentos

Intercorrências: ☐ Sim ☐ Não

OBS: Bloqueio flexo Sacral via
interescapular e abdução c/ agulha
ASO e cateter S/N

Assinatura do Anestesista



Aviso de Cirurgia : 47397 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 129562 JOSENILDO MARCIO DA SILVA Atendimento : 569482
Convênio Aterid. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 499 LEITO 23-E Idade : 32 Anos
Dt. Início : 08/08/2020 15:00 Dt. Fim : 08/08/2020 15:44
Cid Pré-Operatório : S423 FRATURA DA DIAFISE DO UMERU
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 29 BLOQ PLEXO BRAQUIAL

CIRURGIAO 14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. SUTURA POR APROXIMAÇÃO
7. CURATIVO + TALA TIPO PINÇA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Edgley Lacerda
Traumato Ortopedia
CRM 14583

DR(A) : EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
CRM - 14583

Hospital Dom Helder Câmara
Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Faturamento / SAME
Emissão: 28 AGO. 2020



IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome: JOSENILDO MARCIO DA SILVA

Sexo: _____ Idade: _____ ASA: _____

Cirurgia: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Cirurgias/Anestesias Anteriores: _____

Alergias: _____

Hemotransfusão: _____

☐ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Uso de Tóxicos**ANTECEDENTES FAMILIARES:** _____**INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO**

SISTEMA CARDIOVASCULAR: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO: _____

SISTEMA DIGESTIVO: _____

SISTEMA UROGENITAL: _____

SISTEMA ENDÓCRINO: _____

SISTEMA LOCOMOTOR: _____

SISTEMA NEUROLÓGICO: _____

OUTROS: _____

MEDICAMENTO EM USO: _____

EXAME FÍSICO:

Estado Geral: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

ACV: _____ AR: _____ SNC: _____ ABD: _____

OUTROS: _____

VIA AÉREA:MALLAMPATI: _____ Distância tiromento: ☐ < 6,0cm ☐ > 6,0cm Abertura Boca: _____ Mobilidade / Largura do pescoço: _____

Protusão Mandibular: _____ Outros: _____

EXAMES COMPLEMENTARES _____

ORIENTAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA: _____

Tempo de Jejum: _____

Anestesia Proposta: _____

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Escala de Aldrete e Kroulik	Admissão					Alta	MONITORIZAÇÃO	
Atividade Muscular							OXÍMETRO	
Respiração							ECG	
Consciência							PANI	
Circulação (PA)							DIURESE	
SpO2							TEMP	
Diurese								
Escore de dor								
Total								

ESCALA DE DOR

PREScrição na SRPA	HORA

OBS/ INTERCORRÊNCIAS: _____

Destino: ☐ UTI
☐ Enf.
☐ Alta Hospitalar

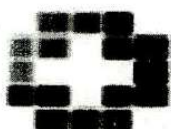
DATA: ____/____/____

HORA ADM: _____

HORA ALTA: _____

Assinatura _____





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 26/8/2020 12:11

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: JOSENILDO MARCIO DA SILVA				
REGISTRO: :129562	DN: 15/02/1988	IDADE: 32	DATA ADMISSÃO: 08/08/2020	DATA ALTA: 26/08/2020

**EVOLUÇÃO CLINICA
ALTA ORTOPEDIA**

HD: FRATURA UMEROS DISTAL ESQUERDO

CD: SINTES COM PLACA 1/3 CANO, LCP, PARAFUSO E CERCLAGEM

PCT EM BOM ESTADO GERAL APÓS TTO CIRURGICO. NO MOMENTO SEM QUEIXAS, FERIMENTO SEM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA E SEM DEMAIS SINAIS INFECCIOSOS. NO MOMENTO EM CONDIÇÕES DE ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

EXAME FISICO:

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

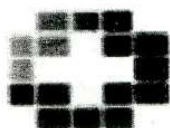
3) NEUROVASCULAR (+)

ALTAS SOB ORIENTAÇÃO DR EDUARDO

- **CONDUTA:**
- **ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA**
- **ORIENTAÇÕES AO PCTE E FAMILIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO**
- **MEDICAÇÃO PARA CASA**
- **RETORNO AMBULATORIAL**
- **ATESTADO**
-

Dr. Rafael Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 26111





**HOSPITAL
DOM HELDER**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 24/8/2020 10:13

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA		32
ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMEROS E.

**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**
- 2) GLASGOW 15**
- 3) NEUROVASCULAR (+)**

**CONDUTA:
PROGRAMADO CIRURGIA PARA HOJE**

[Handwritten signature]
Dr. Ricardo Azevedo
Ortopedia e Traumatologia





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 22/8/2020 09:34

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA		32
ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMERU E.

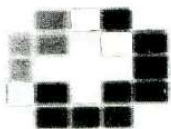
NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS NO MOMENTO.

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO
- 2) GLASGOW 15
- 3) NEUROVASCULAR (+)

**CONDUTA:
MANTIDA**

Dr. Marcelo Machado
Ortopedia - Traumatologia
03/08/2020





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 21/8/2020 12:51

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA		32
ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMERU E.

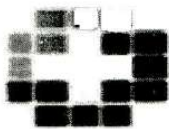
**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**
- 2) GLASGOW 15**
- 3) NEUROVASCULAR (+)**

**CONDUTA:
INSERIDO ENALAPRIL**

Dr. Rafael Azevedo
Ortopedia/Traumatologia
25/11





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 20/8/2020 10:34

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA		32
ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMERU E.

**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**
- 2) GLASGOW 15**
- 3) NEUROVASCULAR (+)**

**CONDUTA:
CIRURGIA CANCELADA DEVIDO A ALTERAÇÃO DA PA. P
P**

Igor Abutrab
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27778





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 19/8/2020 11:26

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA		32
ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMEROS E.

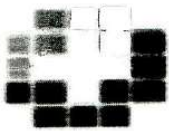
**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**
- 2) GLASGOW 15**
- 3) NEUROVASCULAR (+)**

**CONDUTA:
PROGRAMADO CIRURGIA PARA HOJE**

Dr. Rafael Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 128111





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 18/8/2020 11:58

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA		32
ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMERU E.

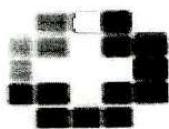
**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**
- 2) GLASGOW 15**
- 3) NEUROVASCULAR (+)**

**CONDUTA:
PROGRAMADO CIRURGIA PARA AMANHA**

[Assinatura]
Dr. Rafael Azevedo
Ortopedia e Traumatologia





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 17/8/2020 10:47

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA		32
ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMEROS E.

**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**
- 2) GLASGOW 15**
- 3) NEUROVASCULAR (+)**

**CONDUTA:
PROGRAMADO CIRURGIA PARA QUARTA**

Dr. Rafael Azevedo
Ortopedia / Traumatologia
CRM 26111





**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



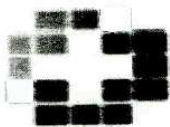
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Joséildo Marcos da Silva Registro: 129562

Clinica: _____ Enfermaria: 404 Leito: 03

Data/Hora	
24.08.2020 13:45h.	- Psicologia - pt visitado. no momento interage em diálogo, demonstra e repete ansiedade, agitação bem como o desejo de logo receber alta... feito apoio observando minuciosamente quadro em apresentado no presente atestando orientados sobre respiração diafragmática... segue ao consultório da psicologia.
25.08.2020	M ^a Cassia Guerra Psicóloga / CRP-11044
14:36h.	- Psicologia - pt visitado. Realizado apoio frente ao processo imigratório no momento o sr. apresentando mais repete queries. M ^a Cassia Guerra Psicóloga / CRP-11044 com Helder Camara e Lyra





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 15/8/2020 09:58

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA			32
	ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMERU E.

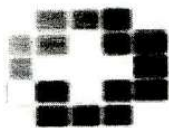
**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**
- 2) GLASGOW 15**
- 3) NEUROVASCULAR (+)**

**CONDUTA:
PROGRAMADO CIRURGIA PARA AMANHA**

[Assinatura]
Dr. Rafael Azevedo
CRM-PE 26111





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 14/8/2020 11:53

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA		32
ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMEROS E.

**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**
- 2) GLASGOW 15**
- 3) NEUROVASCULAR (+)**

**CONDUTA:
PROGRAMADO CIRURGIA PARA DOMINGO**

Dr. Rafael Almeida
CRM 26111





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 13/08/2020

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA		32
ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMEROS E.

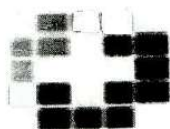
**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**
- 2) GLASGOW 15**
- 3) NEUROVASCULAR (+)**

**CONDUTA:
CIRURGIA SUSPensa**

[Handwritten signature]
Dr. Rafael Almeida
CRM 26111





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 12/08/2020

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA			32
	ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMEROS E.

**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**
- 2) GLASGOW 15**
- 3) NEUROVASCULAR (+)**

**CONDUTA:
PROGRAMADO CIRURGIA PARA AMANHA**

Dr. Rafael Azevedo
CRM-PE 26111



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 11/8/2020 10:55

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA		32
ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMEROS E.

**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NEUROVASCULAR (+)

**CONDUTA:
AGUARDA MELHORAS PARTES MOLES**

Igor Assunção
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27778



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: JOSE LUIS MORALES DE LA Registro: _____

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora

16/08/2022 Onto NINA

pacote em R. fur do
vetro frontal com INTRUSÃO
cunha e desorientação
em contato com motoristas,
suspendendo cunhas para trabalho
de Ps. (185x108) + prender
anatómico.

Avraham Ferreira
SBOT-13098/SBOC
CRM 17411

17/08/2022 CAROL

32 anos

Astenoética

IS-Ø

AD2 desconhecida Alugio Ø Cimento Ø

RX 256

Ela é um pouco avançada S1 eduro

MAR 2T TA 200/105 Pz Ø

no Ø 5.188

DIT 10 F3

~~ECG - Pen + SOE³~~

(4) = Hipertensão secundária?

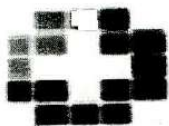
Rusino. *Anelodipus + atenuat*

Chiu Wen Shian
Biologia - Ecocardiografia
1984 - 12.164



Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Número do documento: 20102612024158700000068696724



**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 10/8/2020 12:20

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: JOSENILDO MARCIO DA SILVA		32
ENFERMARIA/ LEITO 404-03	REG: 129562	

404-3

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: FRATURA DIAFISE UMERU E.

**NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL. NEGA QUEIXAS
NO MOMENTO.**

- 1) EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**
- 2) GLASGOW 15**
- 3) NEUROVASCULAR (+)**

**CONDUTA:
AGUARDA MELHORAS PARTES MOLES**

Dr. Rafael Azevedo
CRM 26111





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome Compl.: João Carlos Marcos da Silva Data Nasc.: _____

Registro: 568970 Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
03/08/20	# Ortopedia #
12h	Paciente estável hemodinamicamente e consciente
	Fratura exposta de úmero lateral E
	CD: no bloco.
	Vinicius S. Souto Ortopedia e Traumatologia CRM 55.593-PE
	Serviço Social
09/08/20	Realizada visita ao leito e entregue material informativo sobre DPVAT. Ratificadas orientações.
	Maria Cecília do Nascimento Assistente Social CRESS nº 7692 - 4ª Região/PE
	Dr. Alexandre Lyra Faturamento / SAME Emitido em 11/08/2020

COD. 38251





Exame Físico: Deformidade e lesão extensa
em cotovelo E.
Neurologia preservada.

Antecedentes Pessoais: /

Medicações em Uso /

Antecedentes Familiares: /

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura exposta cotovelo E.

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: /

Plano Terapêutico: /

Cabo de Santo Agostinho, 08/08/2020 Vinicius S. Couto
Assinatura e Carimbo
Cirurgião Traumatologista
CRM 25.583-PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansônio	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☐ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Dr.º(a) _____, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☐ Tratamento: _____
☐ Assistência clínica: _____
☐ Procedimento: _____
☐ Exame: _____ ou _____
a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr.º(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Joseildo Nairão da Silva RG: _____
Data de nasc.: 15/02/88 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, 08 de agosto de 20 20.

X Joseildo Nairão da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de emergência

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20 _____
Edgley Lacerda
Traumato Ortopedia
CRM 14583
Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/08/2020 06:20

Nome Paciente: JOSENILDO MARCIO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/02/1988
Sexo: Masculino
Idade: 32 anos
Senha: 0008
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 08/08/2020 06:23 - 08/08/2020 06:32

JACYANE DA SILVA MENDES - COREN: 9893 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL DE ESCADA, COM SENHA 5993203.
CONSCIENTE, EUPNEICO, EM MACA.
COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO HA 02 HORAS.
HD - FRATURA EXPOSTA
ENCAMINHADO A ORTOPEDISTA.

Medicamento(s):

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Observação:

HAS+
DM-
BPM -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- PAD: 80.00 MMHG
- PAS: 120.00 MMHG
- SAT02: 99.00 %

08/08/2020

Cirurgia geral

Paciente evolui hemodinamicamente estável, respirando em ar ambiente, mantendo boa saturação; No momento refere dor em foco direto, dor, esquerda

ACV: PCR 21,55

AR: MVB, SPA

ADD: Flácido, depressão, sem imitação peritoneal

CD: Alta da cirurgia

Mantém avaliação com a ortopedia.

Dr Ulysses Ferreira
MR Cirurgia Geral
CRM-PE 24498

Acolhido(a) por: JACYANE DA SILVA MENDES - COREN: 9893 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/08/2020 06:32

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 26/10/2020 12:02:42

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102612024175300000068696725

Número do documento: 20102612024175300000068696725

Num. 70059647 - Pág. 7

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 569482

Data e Hora do Atendimento: 08/08/2020 12:49

Usuário do Atendimento: MARIZAMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSENILDO MARCIO DA SILVA

Prontuário: 129562

Nome da Mãe: GEANE MARIA DA SILVA

Nome do Pai: JOSE DANIEL DA SILVA

Data do Nascimento: 15/02/1988

Idade: 32 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 7872820

SDS PE Data Emissão:

CPF: 08447631443

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: ESCADA

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: PEDREIRO

Endereço: RUA ALBERTINA FELIX

145 CENTRO

Cidade: ESCADA

PE CEP: 55500970

Fone: 991193231

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM ESCADA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERMELHA

Leito: LEITO 23-E

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 08/08/2020

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: *Aberto*Diagnóstico: *Fratura de humero*Procedimento: *Fixação com taca*Alta em: *08/08/2020*

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Wederlan R. Silva
Assistente Adm. I
SAME / Faturamento

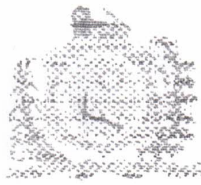
HDH - Hospital Dom Helder Câmara
CCM
01/08/2020

Dr. Rafael Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 26111
HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
28 AGO. 2020



EM ANEXO.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA -
DP63ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0153001473

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/10/2020 às
09:41

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/8/2020 às 03:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PAULO LEITE, 1 - Bairro: CENTRO -
ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55500-000 - Ponto de Referência:
PROX AO BAR DE ADRIANO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSENILDO MARCIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSENILDO MARCIO DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**JOSENILDO MARCIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
GEANE MARIA DA SILVA Pai: JOSE DANIEL DA SILVA Data de Nascimento: 16/2/1988
Naturalidade: ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7872620/SDS/PE (RG),
08447631443 (CPF) Estado Civil: ANASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares:
- (81)9.8858-4319**

Endereço Residencial: **RUA DEZ, 20 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ESCADA/PERNAMBUCO
/BRASIL, POR TRÁS DA CONSTRUCENTRO**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSENILDO MARCIO DA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILDO MARCIO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**





(Liberado em 27/10/2020 às 09:54)

Agente de Polícia
Mat. 399.772

10/17/00

ESTADO DE QUEIROZ - Matrícula

12ª U.P.C.

63ª Circunscrição

