

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200348042

Vítima: BRAIN WILSON

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRAIN WILSON

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: BRAIN WILSON

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000055174-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Qualificação: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CN) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028179/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/09/2020 16:21:09 Data/Hora Fim: 21/09/2020 16:21:09
 Origem:
 Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/02/2020 01:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Bairro: Zona Rural
 Logradouro: comunidade do PASSARÃO/RR
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRAIN WILSON (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001 Idade 18

Profissão: Agricultor

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Bonfim - RR

Nome da Mãe: Alice Wilson

Documento(s)

RG: 5552435

CPF: 706.679.212-22

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Vila do Passarão S/N

Bairro: Zona Rural

Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 553.032.422-34	Placa NAP2964
Renavam 01084149971	Número do Motor KC22E0G046447
Número do Chassi 9C2KC2200GR046443	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 23/06/2020	Situação do Veículo RENAINF - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028179/2020

Nome Envolvido

Brain Wilson

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 16/02/2020, por volta das 01H:20min da madrugada, o comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 160 FAN ESDI, cor prata, Placa NAP-2964; QUE trafegava da comunidade do PASSARÃO/RR, para a capital do estado de RORAIMA/BV na RR-319; QUE ao chegar na metade de seu destino um veículo automotor vindo sentido contrário, estava obstruindo o campo de visão pois estava com o farol alto ligado; QUE nesse momento uma outra motocicleta indo em sentido igual ao do comunicante tentou ultrapassá-lo, porém devido a obstrução da luz causada pelo veículo e visando não atingir o veículo, que não sabia se estava perto ou longe pois vinha em sentido contrário, esse condutor acabou atingindo a parte traseira da motocicleta do comunicante; QUE ambos os condutores foram arremessados de sua motocicleta causando diversas fraturas em ambos (**laudo médico em anexo a este B.O.**); QUE o condutor que vinha do veículo ligou para a equipe do SAMU informando que havia acontecido o acidente automobilístico; QUE a ambulância demorou para chegar ao local, porém como o comunicante não conseguia se mexer preferiu permanecer no local até a chegada da ambulância; QUE PERGUNTADO para a comunicante se ele consegue identificar os condutores dos veículos ou sabe dos nomes de ambos, RESPONDEU: QUE NÃO sabe informar o nome dos condutores, pois no momento estava sentindo muita dor.

QUE o comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (21/09/2020) para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção

Matrícula 020116684

Responsável pelo Atendimento

Brain Wilson

Comunicante, Vítima

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200348042 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRAIN WILSON **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.1/14/27/67_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Qualificação: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CN) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRAIN WILSON

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000055174-9

Autenticação:

CBF1C8D2E64F2EFF972DCDEB3ACE77911B0A2B95C5BFD7573836986F24D4A4C6

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5990591

SERGIO DINIZ

ES VICINAL DO CAJUAL, S/N ,

BOA VISTA

69300690 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1101188	MÊS 09/2020	PERÍODO DE CONSUMO 12-AUG-20 a 14-SEP-20
CONSUMO (kWh) 316	VENCIMENTO 06-OCT-20	TOTAL A PAGAR R\$ 186,32

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1101188	MÊS 09/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 186,32
-------------------------	----------------	-----------------------------

836000000015.863200750009.000000001107.118809200058



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

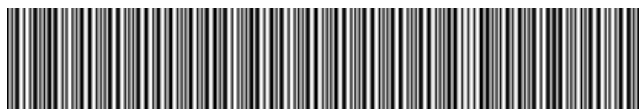
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
BRAIN WILSON inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.679.212 / 22
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima BRAIN WILSON
inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.679.212 / 22 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Maria</u>	Cidade: <u>Boca Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boca Vista RR 21 de Setembro de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



BOLETIM OPERATÓRIO

BRAIN WILSON

Data: 16, 02, 2020 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta de fêmur prox. ①
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico fratur. exp. fêmur ②
 TIPO DE INTERVENÇÃO: cirúrgico
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo.

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares 1º AUXILIAR: Dr. Jovianito
 2º AUXILIAR: Dr. Jovianito INSTRUMENTADORA: _____
 3º AUXILIAR: Dr. Elder Soares ANESTESIA: _____
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR ANESTÉSICO: _____
 ANESTESISTAS: _____ INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em sala sob efeito anestésico
- ② Anestesia, antisepsia e colocação de campos cirúrgicos
- ③ Limpeza extensiva com IFO, 9% e LITROS
- ④ Fixação da fratura subcondilária da fêmur ① com fixador externo. com auxílio de intensificador de imagens.
- ⑤ Lavagem da ferida sangria + sutura.
- ⑥ Curativo.

HOSPITAL GERAL DE ARACAJU
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Planalto - Tel: 3311-1111-3620

AUTENTICAÇÃO

Dr. Elder Soares
 Certifico e sol. fe q. a presente
 cópia é fiel reprodução original
 que foi apresentada neste hospital

Transf: 19/02/2020

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

NIR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com fx Exposta subtrocanterica

HOSPITAL GERAL DE BORAZMA
Av. Brg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel: 95-2121-2622
AUTENTICAÇÃO
28 MAR 2020
Certificado de Autenticação
cópia e Fe. Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO Unifrio

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

Amniocese + Rx + Ex. Histórico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRIMÁRIO

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA DO REPRESENTANTE DO CONSELHO
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-FMT 2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0408050616
5772
W499

Brian Wilson, 10A

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°	
<p>04</p> <p>05</p>		16/02/20	
<p>AGENTES</p> <p>N 20</p> <p>02</p>		<p>15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45</p>	
<p>LIQUIDOS VENOSOS</p> <p>500 500 500 500 500</p>		<p>PC SP2 1000 60</p>	
<p>DA</p> <p>X</p> <p>ULSO</p> <p>•</p> <p>ANES</p> <p>X</p> <p>OP</p> <p>O</p> <p>TEMP</p> <p>□</p> <p>ASPIR.</p> <p>A</p> <p>RESP</p> <p>O</p>		<p>30 120 240</p> <p>38 220</p> <p>36 200</p> <p>34 180</p> <p>32 160</p> <p>30 140</p> <p>28 120</p> <p>26 100</p> <p>24 80</p> <p>22 60</p> <p>20 40</p> <p>18 20</p> <p>Export</p> <p>Assist</p> <p>Contro</p>	
<p>SÍMBOLOS</p> <p>X O</p>		<p>X</p>	
<p>AGENTES</p> <p>A. hipoclorito 0,5% 15g</p> <p>B. clorox 100g 10</p> <p>C. clorox 100g 10</p> <p>D. clorox 100g 10</p> <p>E.</p> <p>F.</p> <p>G.</p>		<p>DOSES</p> <p>TÉCNICA</p> <p>RAQUIMANESTESIA hipoclorito</p> <p>clorox</p>	
<p>GLICOSE LIQUIDOS</p> <p>NOOD</p> <p>SANGUE</p> <p>SP 99% 1500</p> <p>TOTAL 1500 ml</p>		<p>CÂULIS - Naso / Oro Faringea</p> <p>Naso / Orofaringea - Ciego</p> <p>Bal - Tamp - Cefalo de Tudo</p> <p>Bol - Mucosa</p> <p>Difusão Técnica</p> <p>CONTRAINDICAÇÃO</p> <p>TEMPO DE ANESTESIA</p> <p>01:15:00</p>	
<p>OPERAÇÃO</p> <p>Picores de Picores de</p> <p>Picores 10</p>		<p>ANOTAÇÕES</p> <p>1 - crêpe 10: monitomeca, 1000ml, 1000ml, 1000ml</p> <p>2 - 02 1000 on 10/1000</p> <p>3 - 1000 10 1000ml</p> <p>4 - 1000 10 1000ml</p>	
<p>ANESTESIA</p> <p>clorox / 1000 ml</p>		<p>DOCOGO</p> <p>DOCOGO</p> <p>DOCOGO</p>	
<p>PERDA SANGÜEA</p> <p>300ml</p>		<p>Limango - Espanto - Excesso Saco</p> <p>Depressão Respiratória - Hipoxia</p> <p>"Bucking" - Vômito</p> <p>Hemorragia - Anemia</p> <p>Brad Taquicardia - Choque</p>	

CENTAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (68) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
28 de Maio 2011
Caro Sr. Paulo Roberto
COPACABANA - RJ
que se apresentará neste Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

cinco

NOME DO PACIENTE <i>BRAUN WILSON</i>		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>16/02/2002</i>
TIPO <i>FRATURA DE FEMUR</i>		CIRURGIA		
		INICIO <i>05:00</i>	FIM <i>06:04</i>	TEMPO DE DURAÇÃO TEMPO TOTAL
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR	<i>DR. ELDER SOARES</i>	ANESTESISTA:		
2º AUXILIAR	<i>DR. FIDELIS R.</i>	RES. ANESTESIA: <i>JOSE NETO R2</i>		
		INSTRUMENTADOR		
		CIRCULANTE		
TIPO DE ANESTESIA: <i>Rouquin</i>		<i>MARCELO SOCCORIO, ISABEL</i>		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
<i>10</i>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<i>1</i>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
<i>10</i>	PACOTES GAZE		<i>1</i>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.0		<i>1</i>	FRASCOS- SORO GLICOSADO
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.5		<i>1</i>	FIO VICRYL Nº <i>diacelinas de propileno</i>
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 8.0		<i>1</i>	FIO MONONYLON Nº <i>2.0</i>
<i>7</i>	LUVA ESTERIL 8.5		<i>1</i>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
<i>10</i>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		<i>1</i>	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
<i>1</i>	LÂMINA BISTURI Nº <i>20</i>		<i>1</i>	FIO CATGUT SIMPLES Nº <i>catgut de 02</i>
<i>1</i>	DRENO DE SUÇÃO Nº		<i>1</i>	FIO CATGUT CROMADO Nº <i>catgut de 02</i>
<i>1</i>	DRENO DE TORAX Nº <i>5500ml</i>		<i>1</i>	FIO PROLENE Nº <i>catgut maior</i>
<i>1</i>	DRENO DE PENROSE Nº		<i>1</i>	FIO SEDA Nº <i>filon Nº 18</i>
<i>1</i>	SERINGA 01ML <i>cloridina pisada</i>		<i>1</i>	SURGICEL <i>Acidina de RALUC</i>
<i>1</i>	SERINGA 03ML		<i>1</i>	CERA P/ OSSO
<i>1</i>	SERINGA 05 ML		<i>1</i>	KIT CATARATA Nº <i>propil</i>
<i>1</i>	SERINGA 10ML		<i>1</i>	GEOFOAM <i>molesonais</i>
<i>1</i>	SERINGA 20ML		<i>1</i>	FITA CARDIACA <i>gomas</i>
				OUTROS:
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Blanche</i> <i>ANA RENATA</i>	ORTOBINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55/11/30494000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 950 Ref: 4747/03 Lote: 19A000909 Registro ANVISA: 10223710095		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>MARCELO SOCCORIO</i> <i>ISABEL</i>	ORTOBINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55/11/30494000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 950 Ref: 4747/03 Lote: 19A000909 Registro ANVISA: 10223710095		
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SUB-TOTAL		
		SOMA		

AV. BRIG. EDUARDO GUERREIRO
NOVO PLANALTO, 2º ANDAR, 11110-000
FONE: (11) 30494000
FAX: (11) 30494000
E-MAIL: orbi@orbi.com.br
www.orbi.com.br

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

AUTENTICAÇÃO

28

Atestado de que a presente
cópia é fiel reprodução original
que foi apresentada neste Hospital



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopédia		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Braulio Wilson		IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data 15/02/2021
Bloco:	Enfermaria:	Leito: 0	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Dr. Isabel, Socorro, morada	
CAIXAS/EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequena Cirurgia					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM 01	Fixação Externa 350 mm	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT 05	

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 95/110040000
FICADOR LAY FIX C/ BARRA 950
Rm: 4747/03 Lote: 19.000955
Registro ANVISA: 10228710095

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 95/110040000
FICADOR LAY FIX C/ BARRA 950
Rm: 4747/03 Lote: 19.000955
Registro ANVISA: 10228710095

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Elden Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 150491/ROR

1º AUXILIAR: Dr. Paulo R.

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()

Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()
ATHENA () / MACON ()

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
------	-------------------	-------

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121-0637
E-mail: eon.ma.horaima@gmail.com



Nome: Breian Wilson

Data de Nasc: 27/10/2001 Idade: 18 Setor/Leito: _____

Data: 16/02/2020

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim (X) Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA												
Cirurgia Proposta:				Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais									
1. Informações: Jejum () Sim (X) Não Prótese () Sim (X) Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade (X) Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim (X) Não Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: () Sim (X) Não Outros: _____				<u>04:20</u>	<u>04:25</u>	<u>05:00</u>	<u>06:04</u>		<u>Raqui</u>	<u>Exatidão da Cerebral</u>	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10			
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Decubulando (X) Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado () Sinais Vitais: T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular				Cirurgia Realizada: <u>Exatidão da Cerebral</u>		Anestesia: <u>Raqui</u>		Posicionamento: <u> dorsal</u>			Localização	1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros:	0'	15'	30'	45'	1h	01:30h	2h	Observações:
3. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Admitido para realizar procedimento ortopédico. Informa que fez cirurgia de mão e tornozelo há alguns meses.</u>				Hidratação Infundida		Antibiótico: <u>Amoxicilina</u>		Hemoderivados			Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros		
4. Anotações (Saída do Paciente): <u>Admitido para realizar procedimento ortopédico. Informa que fez cirurgia de mão e tornozelo há alguns meses.</u>				N° de Compressas oferecidas:		N° de Compressas recolhidas:		Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: _____	Anatomo Patológico: (X) Não () Sim N° Peças: () Cultura () Outros: _____			5. Sinais Vitais: Saída da SO T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % (X) Regular () Irregular				6. Sinais Vitais: Saída do Paciente T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % (X) Regular () Irregular				
7. Anotações (Alta do Paciente): <u>Admitido para realizar procedimento ortopédico. Informa que fez cirurgia de mão e tornozelo há alguns meses.</u>				8. Sinais Vitais: Saída da SO T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % (X) Regular () Irregular				9. Sinais Vitais: Saída do Paciente T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % (X) Regular () Irregular				10. Sinais Vitais: Saída do Paciente T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % (X) Regular () Irregular								

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Brian Wilson
Responsável Cirurgião m. Geda

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Procedimento

Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ MONITORAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☐ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

BR 566

Assinatura

Data 16/07/20

Hora: 10h30

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista R.2 Jox Neto

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim, clindamicina +

Qual: gentamicina

Hora: 04:40

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim ☐ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Brown Wilson		
AGNÓSTICO	Rx exposta subtrocanterian (D)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO		NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		DATA 16/02/00
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SAD	
3	SF 0.9% 500ML EV 8h = 6/6 Hs	manter	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18.	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06. 12	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	06. 12	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	N.T.F.	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	06.	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	06. 12	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	06. 12	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	06. 12	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	06. 12	
13	SSVV + CCGG 6/6 H		
14	CURATIVO DIÁRIO	DIÁRIO	
15		DIÁRIO	
16			
17			
18			
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE > 7
DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR/2028

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

D. Uir

601-02



Bx7 - HC

CRA

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 17/10/20

PACIENTE: Brian Wilson

DIAGNÓSTICOS: Excesso de peso (D) DNE 27/10/2001

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: 601-2

2- PACIENTE: ☒ ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR3- DIETA: ☒ VIA ORAL () SNE () OUTRA4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS:

PA: 121/61 FC: 67 TEMPERATURA: 36,8 SATO2:

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Analgesic + Antibiotic

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

By 1201E, AAA, SI important in mm-Jd /
aguardo programação cirurgia

Boa Vista, 17 de 02 de 2020 Hora:

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM 1615
Coordenador NIR

CRM 1

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR

☒ HC () HLI () HMI () OUTRO

CRM

autorizando a transferência do paciente para:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **BRAIN WILSON** 23 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 00/01/1900, COM
DIAGNÓSTICO DE FX DE FEMUR DIREITO E NO DIA
31/03/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSINTESE SENDO
OPERADO PELO DOUTOR DR VITOR MONTENEGRO E P/ DR DR BRUNO
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 07/05/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 02 (SEMANAS) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR VITOR MONTENEGRO.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. **NÃO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
3. **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NÃO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. BRUNO FIGUEREDO

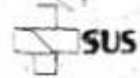
quinta-feira, 7 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Don Martins
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM - 20.518

NIR

Transf: 19/10/2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

laurete com fx Ex poster
subtrocanterica

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto Unifco

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

Anamnese + Rx + Ex. físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fx Ex poster subtrocanterica

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Elden
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

16/7/20

0408050616
5777
W475



2001220896

16/02/2020 01:52:22

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 7

Paciente **BRAIN WILSON** Data Nascimento **27/10/2001** Idade **18 A 3 M 20 D** CNS **CPF 07** Prontuário
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **M** Estado Civil **Pai** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **Nacionalidade**
BRASILEIRA
Mãe **ALICIA WILSON** Contato
Endereço **RUA - VILA DO PASSARAO - SN - - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira **Validade** Autorização **Sis Prenatal**
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. **Registrado por:**
ALEXSANDRO PEREIRA

Queixa Principal ☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC **TOTAL**
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **h**)
Relatado pelo pai Brain por queda de moto
com trauma em caxa direita (PUNHA E FURTO)

Exame Físico
Estimado - Glasgow 15
EC 115 - SpO2 98%

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

S. Fisiológico 100% vit IN
TIPIMON 29 IV
TICATIL 40mg IV

02:24 DATOPEOLA

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: **Data e Hora da Saída/Alta:**

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 16/02/2020 01:54:10



2001220896



BOLETIM OPERATÓRIO

Brain Wilson

Data: 16, 02, 2020. O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta da fêmur prox. D.
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico fratur. exp. fêmur D.
TIPO DE INTERVENÇÃO: cirúrgico
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares 1º AUXILIAR: Dr. Jovianilos
2º AUXILIAR: Dr. P. P. P. INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: Dr. Elder Soares ANESTESIA: _____
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR ANESTÉSICO: _____
ANESTESISTAS: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em sala sob efeito anestésico
- ② Anestesia, antisepsia e colocação de campos cirúrgicos
- ③ Incisão extensiva com 150,0% e 45°
- ④ Fixação da fratura subcondilária da fêmur D com fixador externo. com auxílio intensificador de imagens.
- ⑤ Lavagem da hemostasia + sutura.
- ⑥ Curativo.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Brian Wilson, 18x

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

16/02/20

AGENTES	4 20	15	20	45	15	30	45	15	30	45
	02									
LÍQUIDOS VENCIDOS										
DA	°C	340								
X	38	220								
ULSO	●	36	200							
ANES	34	180								
X	32	160								
OP	30	140								
O										
TEMP	□	120								
ASPIR.	A	100								
RESP	O	80								
		60								
		40								
		20								
Export										
Assist										
Contro										
SÍMBOLOS										

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Propofol 100 mg	15 g	Propofol 100 mg	1 - teste de: monitorização, respiração, um, rtm, pontos
B. Clonidina 0,2 mg	10 g	Clonidina	2 - resumo 2 pontos
C. Gentamicina 100 mg	10 g		3 - resumo 1 ponto
D. Esmolol 50 mg	10 g		4 - posição do paciente
E.			
F.			
G.			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Canais - Naso / Oro Faríngea	
NDCD		Naso / Orofaríngea - Cego	
SANGUE		Bul - Tamp - Calibre do Tubo	
		Solo Máscara	
		Dificuldade Técnica	
SP 94% 2500		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL 2500 ml		21:15H	
OPERAÇÃO			
Pixouli A. Prodro AS			
Pixouli 10			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
Brian / 2500 ml		Prodro / 2500	300ml



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
BRANILSON				16/02/2023	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
FRATURA DE FEMUR		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		05:00	06:04		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:				
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		JOSE NETO R2		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		-		
		CIRCULANTE	MARCUS SOCCO, ISABEL		
TIPO DE ANESTESIA: R0000		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
10	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0	200
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	200
7	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº 2.0	
	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº 2.0	
1	DRENO DE TORAX Nº 2.0		1	FIO PROLENE Nº 2.0	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 2.0	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML		10	KIT CATARATA Nº 1.0	
	SERINGA 10ML		10	GEOFOAM	
	SERINGA 20ML		10	FITA CARDIACA	
				OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	ORTOBINTESE IND. E COM. LTDA		SUB-TOTAL	
	ANIL REGATA	Tel.: 55(11)39494000			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350			
	MARCUS SOCCO R2	Ref. 4747/03			
	ISABEL	Lote 19A000617			
		Registro ANVISA: 10220710005			
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Brian Wilson

Data de Nascimento: 27/10/2001 Idade: 18 Setor/Leito: 16/02/2020

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA						
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Término da Cirurgia	Início da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
1. Informações: Jejum () Sim (X) Não Prétese () Sim (X) Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade (X) Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim (X) Não Qual: <u>Reserva de Hemoderivado:</u> () Sim (X) Não Outros: <u>Outros:</u>	<u>04:20</u>	<u>04:25</u>	<u>05:00</u>	<u>06:04</u>	<u>06:04</u>	<u>Raqui</u>	<u>Exatidão do Elemento</u>	<u>0'</u>		<u>83</u>		<u>100</u>		<u>0</u>
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Desambulando (X) Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado 3. Sinais Vitais: T <u>36.5</u> °C R <u>12</u> rpm FC <u>97</u> bpm PA <u>92/52</u> mmHg SAT <u>97</u> % mmHg	<u>Cirurgia Realizada</u> <u>Exatidão do Elemento</u>	<u>Anestesia</u> <u>Raqui</u>	<u>Posicionamento</u> <u>Dorsal</u>											
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Admissão para</u> <u>realizar pro-</u> <u>cedimento</u> <u>ortopédico.</u> <u>Enfermeira que</u> <u>foi admitida do</u> <u>bloco e comen-</u> <u>te para</u> <u>verificar</u> <u>o paciente.</u>	<u>Hidratação Infundida</u> <u>Antibiótico</u>	<u>Nome: <u>Penicilina</u></u> <u>Dose: <u>200.000</u></u>	<u>Hemoderivados</u> <u>CH: <u>0</u></u> <u>Plasma: <u>0</u></u> <u>Plaquetas: <u>0</u></u>	<u>Anatomia Patológica:</u> (X) Não () Sim N° Peças: () Cultura () Outros: <u>0</u>										
Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT (X) Não () Sim N° 12. SVD (X) Não () Sim N° 13. Outros:	<u>Medicação</u>	<u>CH</u>	<u>SNG/Volume</u>	<u>Dreno/Qual</u>	<u>Hora</u>	<u>SVD/Aspecto</u>	<u>Dreno/Qual</u>	<u>Outros</u>						
Sinais Vitais: Salda da SO T <u>36.5</u> °C R <u>12</u> rpm FC <u>97</u> bpm PA <u>92/52</u> mmHg SAT <u>97</u> % (X) Regular () Irregular	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)													
Destino: (X) SRPA () UTI () outros:														



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Brian Wilson
Responsável Cirurgião Dr. Celso

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALÉRGIA CONHECIDA

- ☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 16/07/20 Assinatura [Assinatura] Hora: 14:40

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. João Roberto

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☐ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(-) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

(-) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(-) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica

(x) Sim, clindamicina +

Qual: gentamicina Hora: 14:40

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim

- ☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- ☐ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

- ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☒ Sim ☐ Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

BRUNO WILSON

AGNÓSTICO

RX

ex porta subhoatiana

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

DATA

16/08/20

ITEM

PREScrição

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manuten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N - 6/6 hs	18h
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	20h
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	20h
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA //	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 //	NRF
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	08h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	04h
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	03h
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	ROTINA
13	SSV + CCGG 6/6 H	DIÁRIO
14	CURATIVO DIÁRIO	
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: Pedro de S. Fausto
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE > 70
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR/2028


EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

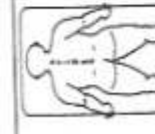


SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <u>Batim Wilson</u>			
HGR	Leito: <u>601.2</u>	Data: <u>10/21/2020</u>			

Localização			Região: <u>Fala direito</u> Grau: I () II ()		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>com penne espalhado</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>com penne espalhado</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>com penne espalhado</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>com penne espalhado</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>com penne espalhado</u>
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-SP 507.095/TE	Larissa Almeida Técnica em Enfermagem COREN-SP 1.247.428-TE			
Observações:					



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Bryan Wilson				
AGNÓSTICO	fratura exposta subscapular de fêmur				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	601-2	DATA	18/08/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8h				08/08h
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				10
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				08h
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				08h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				12h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				10h
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				12h
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSV + CCGG 6/6 H				08h
14	CURATIVO DIÁRIO				08h
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Odinechi Okonji
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 100.000

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120x80	78	20
18 H	132x81	89	20
24 H	120x60	98	20

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00: 120x60 mmHg P=68 bpm T=36,6°

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Brain Wilson				
AGNÓSTICO	F. Export subtraente de (S)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	600-2	DATA	19/02/12	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND.
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANUTEN.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SA.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				10.16.22 04
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				12.20 04
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SA.
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				10.16.22 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				12.24
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ADINA.
14	CURATIVO DIÁRIO				UNAFLO.
15	Ulexa 40 SC 1x12h				16.
16					
17					
18					
19					
20	Ao Plano A				
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	132/93	86	35.3°C
18 H			
24 H			

Dr. Marcos Aguiar
 MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



BXF - HC

Ura

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 27.10.2020
PACIENTE: Braim Wilson DN: 27.10.2020
DIAGNÓSTICOS: Fx exposta sul proximal

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: 601-2

2- PACIENTE: ☒ ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: ☒ VIA ORAL () SNE () OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS:
PA: 118/1 FC: 67 TEMPERATURA: 36,8 SATO2:

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:
Analgesic + Antibiotic

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:
By 12015, AAA, 5/ important in MRI /
aguardando programação cirurgia

Boa Vista, 27 de 02 de 2020. Hora:

Dr. Marcos Aguiar CRM /
Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Pedro Di Giovanni CRM 1615
Coordenador NIR CRM /

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
☒ HC () HLI () HMI () OUTRO

NIR

NIR

Anexo I

Transf: 01/04/2020



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

BRAN Wilson

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81918005810708593

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/02

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

178450

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Alicia Wilson

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Passaço

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

140000

15 - UF

RN

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Romção de material de filtro e
colocação de fixação transitoria

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

4to cirurgia

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

Rx + E. r. b. w.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fx fratura (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia de fratura (D)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Vitor Montenegro

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Vitor Montenegro
Otorrinolaringologista
CRM 665

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0408060360

7847

YR38

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

21/12

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Alerg - 0408050098

BOLETIM OPERATÓRIO

BRAN WILSON

Data: 31/03/2020

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx femur (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

RMS DE FIXADOR EXT + TRACÃO TRANSFEMORAL (MIO)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Vitor Montenegro

2º AUXILIAR:

Fernando R3

3º AUXILIAR:

Otonatti R3

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

Bruno Figueiredo

INSTRUMENTADORA:

Den (R3)

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em DA sob efeito Analgésico,
- ② AA e CC S;
- ③ Rotina de fixador externo p/ fratura de femur (D);
- ④ Colocação de tração transfemoral
- ⑤ A RPA

Dr. Vitor Montenegro
Traumatologia - Ortopedia
CRM-RR 888


Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Brain Wilson

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Boa Vista - RR
31.03.2020

16:00 17:00

AGENTES	N 20 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
	02											
LIQUIDOS VENOSOS	A	M	S									
	V	C	2									
	P	2	500 ml									
DA	°C	240										
X	38	220										
ULSO	36	200										
ANES	34	180										
X	32	160										
OP	30	140										
O												
TELIP												
SPUR.												
A												
ESP												
O												

SÍMBOLOS

2 0

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Supravacina 125mg	Supravacina lombar	Check list + monitorização (SpO2, FC + ECG + PA + Pi)
B		Supravacina lombar com	
C		ventilação espontânea	
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cateter - Nasal / Oro Faríngea	
NDOD		Naso / Orotracheal - Cego	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Bola Manobra	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRÚRGICO	PERDA SANGÜÍNEA
Dr. Wilson		Dr. Vitor / Dr. Breno	

Encaminhado paciente SPPA

OK



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APR	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Bram Wilson		107-01			31/03/2012
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
RMS + Tracção transesquática em MID		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
(Sínus D)		16:30	16:35		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Tibassara	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		R. Andreza	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
R. Fernando		CIRCULANTE			
R. Raquel		Circulante		Dionísio / Daimundo	
TI DE ANESTESIA		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	COMPRESSAS C/03		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
11	PAQUOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	GUATA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	GUATA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	GUATA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	GUATA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
2	GUATAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	GUATA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	GUATA DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	GUATA DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	GUATA DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
2	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
2	SERINGA 05ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM Espuma macia	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
2	Eletrólitos			OUTROS: Veridina 21-	
1	Carteira de O ₂			± 50ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTOS		ENFERMEIRA CHEFE		SUB- TOTAL	
FUNÇÃO		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Date: 31/03/20

[illegible]

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Dr. Wilson
Responsável Cirurgião Dr. Wilson

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura Assinatura

Data 21/09/2020 Hora: 16:21

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Wilson

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim,

Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO

REGISTRADO

☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

() Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim ☒ Não

4- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura Assinatura

Assinatura e Carimbo

207-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		BRUNA WILSON			
AGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	31/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantido
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				20.02.08 19
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				S/N
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				22 08 14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				✓
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				✓
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Revisar
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	Ceftriaxona 1g @ 12h 12/12h				21: 12
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	110/69	79	36.2

Bruno Vieira

CRM 1231 RR

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

MEDICO RESIDENTE

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ob hora

PA=101/59

FC=71

T=36.2

medicações e SSVV
 realizada c.p.m

Martelina Sampaio Ferreira
 COREN-RR 754419 TE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu BRAIN WILSON CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 01 de Abril de 20 20.

Assinatura do paciente: Alice Wilson

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ____ Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____
Dr. Anderson P. Silva
Médico
Clínica e Instrumentação
CRM-RR 1733 RQE 676



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO
RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA/HGR

107-1
B1A

DATA: 30/03/20

PACIENTE: Buiin Wilson

DN: 22/10/01

DIAGNÓSTICO(S): Fr. femur

DIH: / /

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Procedimento agendado para cirurgia (31/03) RMS + fixar
Exames em anexo

Boa Vista, 30 de

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1715 RQE-814

de 20 22 Hora:

CRM 1715 / RR

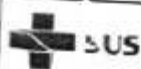
Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

CRM /

Dr. Magda N. M.
Linha Médica
CRM-RR 544/RR



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

4 - CNES

231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

BRAIN WILSON

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898005670708593

11 - NOME DA MÃE

ALICIA WILSON

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

BRAIN WILSON

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: VILA DO PASSARAO - SN ..

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/2001

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RAÇA / COR

PARDA

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO

00178450

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

140010

RR

18 - UF

RR

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/03/2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CDD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS

☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

BRAIN WILSON

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

178950

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898005870708593

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/01

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

ALICE WILSON

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE MASCULINO, 18 ANOS, SEM COMORBIDADES, COM FX EM FEMUR D, COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AGENDADO PARA O DIA 14/04/2020.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

EX CLÍNICO + COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ORTOPEDIA

() CNS

(X) CPF

9 4 1 8 1 4 6 2 2 3 4 - - -

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAYNE BEZERRA MAGALHÃES

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10 / 04 / 2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

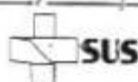
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

BRAUN WILSON

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/2021

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com Fx Fêmur ①

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

Exame clínico + imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Fêmur ①

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERUSCAS

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Don. Assis

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRASETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0308010019 - 1023

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PRESCRIÇÃO MÉDICA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

SETOR:	ENF:06	LEITO: 52	DN: 27/10/01	DIH: 10/04/2020
NOME DO PACIENTE: BRAIN WILSON				
HD: FX DE FEMUR D				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO		
10/04/2020	DIETA ORAL livre	SW		
	AVP			
	TRAMAL 100MG + SF0,9%100ML EV 8/8H			
	Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia			
	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS SN			
	ONDANSETRONA 8MG EV ou VO 8/8 HORAS SN			
	Dextro de 6/6h			
	Correção de glicemia conforme tabela ao lado			
	CAPTOPRIL 25MG ICP SE PAS> 160mmHg e/ou PAD 110mmHg			
	SSVV + CCGG			
	CURATIVO DIÁRIO			

Obs: Troca de medicação
mSE, jelsco 20.
T.E: Antônia

medicação em prescrição
mues: DL 40

EVOLUÇÃO: PACIENTE MASCULINO, 18 ANOS, SEM COMORBIDADES, COM FX EM FEMUR D, COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AGENDADO PARA O DIA 14/04/2020.	
CONDUITA: SUPORTE CLÍNICO	
ESQUEMA DE INSULINA REGULAR	
Até 200: 0	301 – 350: 06 UI
201 – 250: 02 UI	351 – 400: 08 UI
251 – 300: 04 UI	> 401: 10 UI Chamar Platonista
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA	118/74			120/80
FC	82			79
Tax	36,50			36,20
FR	19			20
Evacuação	-			-
Diurese	+			+
Dextro				
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

RESCRIÇÃO MÉDICA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

Leito 53

SETOR:	ENF:	LEITO: 53	DN: 30/10/70	DIHC: DICanarinho: 11/04
NOME: DARIO HENRIQUE MONTERO				
HD: FRATURA DE COLO DE FEMUR ESQ				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
11/04/2020	1. DIETA ORAL LIVRE.			SND
22:45	2. AVP			MANTER
	3. SF0,9% 500ML EV ACM			ACM
	4. Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia			06h
	5. DAPIRONA 1G EV 6/6 HORAS			12, 18, 24, 06
	6. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8H EV SN			SN
	7. ONDANSETRONA 8MG EV ou VO 8/8 HORAS SN			SN
	8. TILATIL 20MG EV 12/12H			SN
	9. CAPTOPRIL 25MG 1CP SE PAS > 160mmHg e/ou PAD 110mmHg			SN
	10. SSVV + CCGG + DEXTRO 6/6h			ROTINA
	11. Correção de glicemia conforme tabela ao lado			ATENÇÃO

[Assinatura]
Dra. Camilla
CRM-PR 2150

EVOLUÇÃO: RECEBO PACIENTE ENCAMINHADO DO HGR COM DX DE FRATURA DE FEMUR APÓS AGRESSÃO FÍSICA. NO MOMENTO, ESTÁVEL E SEM QUEIXAS. NEGA COMORBIDADES.

PEND: AGUARDA CONDUITA PELA ORTOPEDIA.

CONDUITA: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	301 – 350: 06 UI
201 – 250: 02 UI	351 – 400: 08 UI
251 – 300: 04 UI	> 401: 10 UI <i>Chamar Phlebotista</i>

GH 50% 40 ml EV, em *bolus*, se Glicemia < 70 mg/dL.

REGISTRO DE ENFERMAGEM


SINAIS VITAIS

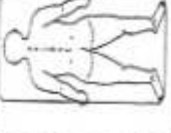
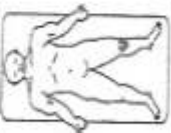


Horário	06h	11h	17h	23h
PA	140/80			140/100
FC				
Tax	35%			37°C
FR	20			20
Evacuação				
Diurese				
Dextro	155.			110mg/dL
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

22/04/20 - adm. med. e pm. afeto SSVV.

seguido a evolução da enfermagem.

Marta Antonio *[Assinatura]*
Aux. de Enfermagem
CRM-PR Nº 243.294

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº I	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: Bonayau Wilson	Data: 14/04/2020			
Leito: 52					

Localização			Região: <u>MI E</u> Grau: I (✓) II ()			Região: _____ Grau: I () II ()	
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____			<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco			<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Anne Karline Macedo Sousa Aus. em Enfermagem COREN-RR 483.548 - AE	Emília da Silva COREN-RR 47342 - AE	Juliana Gomes de Lima Aus. em Enfermagem COREN-RR 389.803 - AE	Jucilene Gomes de Lima Aus. em Enfermagem COREN-RR 389.803 - AE	Jucilene Gomes de Lima Aus. em Enfermagem COREN-RR 389.803 - AE	Jucilene Gomes de Lima Aus. em Enfermagem COREN-RR 389.803 - AE	Jucilene Gomes de Lima Aus. em Enfermagem COREN-RR 389.803 - AE
Observações:							

Leito 52
L 52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	11/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10					12 24
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x60	77		36	
12 H	100x60	89		36.3c	
18 H	100x70			36.2c	
24 H	100x60	80		36.2	

Brúno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Diurese +
evacuação
8h: part. lúcido, orientado
palpando, respirando em
ambiente; AUP em MSE sem
sinais fisiológicos.
em dieta, nega queixa
nos membros de Ext. TE Rôm.

L52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	12/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10					12 24
11	SIMEFICONA 40GTS VO 8/8H				(8) 16 24
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

Afarmácia não disponibiliza

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CIRURGIA MARCADA P DIA 14/04


SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	10x70	79	14	36,5	
12 H	110x70	80	19	36,5	
18 H	100x60	81	20	36,8	
24 H	110x70	78	20	36,6	

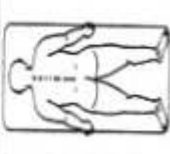
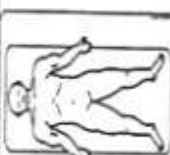

Dr. Lael do Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

85: As 18:00 o paciente no leito e não tem medicação de horário exceto o item 11 sem intercorrência e segue as orientações de enfermagem.

Assistente Social Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 461 072

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo: 1º I	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>Braim Nilson</u>	Data: <u>12/04/2020</u>			
Leito: <u>52</u>					

Localização			Região: <u>perna direita</u> Grau: I (X) II ()		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Q</u> Tração <u>Q</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Q</u> Tração <u>Q</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Q</u> Tração <u>Q</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Q</u> Tração <u>Q</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Q</u> Tração <u>Q</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	() Normal () Macerado (X) seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado (X) seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seroso-sanguineo (X) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seroso-sanguineo (X) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seroso-sanguineo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seroso-sanguineo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seroso-sanguineo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (X) Seco	() Molhado () Úmido (X) Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>gaze de chapele</u>	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 () Diário (X) 48/48h	() 12/12 () Diário (X) 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Larissa Alves Mota TCC em Enfermagem COREN-RR 1.347.428 - TT CONVENIR 994.622	Edicleia Carvalho Gotado TCC em Enfermagem COREN-RR 1.347.428 - TT CONVENIR 994.622	Selma Paula F. da Silva TCC em Enfermagem COREN-RR 1.347.428 - TT CONVENIR 994.622	Selma Paula F. da Silva TCC em Enfermagem COREN-RR 1.347.428 - TT CONVENIR 994.622	Selma Paula F. da Silva TCC em Enfermagem COREN-RR 1.347.428 - TT CONVENIR 994.622
Observações:					

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ E _____ DN _____
PACIENTE **BRAIN WILSON**
DIAGNÓSTICO **FX FEMUR D**
ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____
IDADE _____ LEITO **52** DATA **13/4/2020**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO APÓS 22H	OBSERVAR
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA	6h
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H	8h 16h 24h
11	CURATIVO DIÁRIO	ROTINA
12		
13		
14		
15		
16		
17		
19		
20		

Dr. Bruno Vieira
CRM 1284-ROR
13-ABR. 2020

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


EVOLUÇÃO MÉDICA:

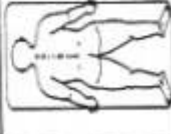

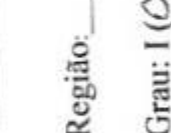
CIRURGIA MARCADA P DIA 14/04

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x80	70		36,5
12 H	120x70	75		36,5
18 H	123x62	81	-	36,5
24 H	130x70	85		36,5

10:00h: Jtm 10 mais sem no setor
SSM, ali e codas
18h P641 2400 SSVV + CCGG
Reina Marcelle de S. Campello
Téc. Enfermagem
PACIENTE NO LIT. 13
Paciente no lit. 13 -
Paciente no lit. 13 -
SS VV

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <u>BRAIN WILLSON</u>			
HGR	Leito: <u>52</u> Data: <u>13/04/20</u>				

Localização			Região: <u>M.D</u> Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)		Região: _____ Grau: I (<input type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)	
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* (<input type="checkbox"/> Queimadura) (<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia) (<input type="checkbox"/> DM) (<input type="checkbox"/> Vascular) <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo (<input type="checkbox"/> ortopedia) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* (<input type="checkbox"/> Queimadura) (<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia) (<input type="checkbox"/> DM) (<input type="checkbox"/> Vascular) <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo (<input type="checkbox"/> ortopedia) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* (<input type="checkbox"/> Queimadura) (<input type="checkbox"/> Cirurgia) (<input type="checkbox"/> DM) (<input type="checkbox"/> Vascular) <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo (<input type="checkbox"/> ortopedia) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* (<input type="checkbox"/> Queimadura) (<input type="checkbox"/> Cirurgia) (<input type="checkbox"/> DM) (<input type="checkbox"/> Vascular) <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo (<input type="checkbox"/> ortopedia) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* (<input type="checkbox"/> Queimadura) (<input type="checkbox"/> Cirurgia) (<input type="checkbox"/> DM) (<input type="checkbox"/> Vascular) <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo (<input type="checkbox"/> ortopedia) <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/> Esfacelo) (<input type="checkbox"/> Granulação) (<input type="checkbox"/> Epitelização) <input type="checkbox"/> Ferida fechada (<input type="checkbox"/> Dreno/Sonda) (<input type="checkbox"/> Outros) _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/> Esfacelo) (<input type="checkbox"/> Granulação) (<input type="checkbox"/> Epitelização) <input type="checkbox"/> Ferida fechada (<input type="checkbox"/> Dreno/Sonda) (<input type="checkbox"/> Outros) _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/> Esfacelo) (<input type="checkbox"/> Granulação) (<input type="checkbox"/> Epitelização) <input type="checkbox"/> Ferida fechada (<input type="checkbox"/> Dreno/Sonda) (<input type="checkbox"/> Outros) _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/> Esfacelo) (<input type="checkbox"/> Granulação) (<input type="checkbox"/> Epitelização) <input type="checkbox"/> Ferida fechada (<input type="checkbox"/> Dreno/Sonda) (<input type="checkbox"/> Outros) _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/> Esfacelo) (<input type="checkbox"/> Granulação) (<input type="checkbox"/> Epitelização) <input type="checkbox"/> Ferida fechada (<input type="checkbox"/> Dreno/Sonda) (<input type="checkbox"/> Outros) _____	
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Macerado) (<input type="checkbox"/> seca) (<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Macerado) (<input type="checkbox"/> seca) (<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Macerado) (<input type="checkbox"/> seca) (<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Macerado) (<input type="checkbox"/> seca) (<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Macerado) (<input type="checkbox"/> seca) (<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor) <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento (<input type="checkbox"/> Seroso) (<input type="checkbox"/> Sanguinolento) (<input type="checkbox"/> Serossanguíneo) (<input checked="" type="checkbox"/> Seco) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento (<input type="checkbox"/> Seroso) (<input type="checkbox"/> Sanguinolento) (<input type="checkbox"/> Serossanguíneo) (<input checked="" type="checkbox"/> Seco) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento (<input type="checkbox"/> Seroso) (<input type="checkbox"/> Sanguinolento) (<input type="checkbox"/> Serossanguíneo) (<input checked="" type="checkbox"/> Seco) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento (<input type="checkbox"/> Seroso) (<input type="checkbox"/> Sanguinolento) (<input type="checkbox"/> Serossanguíneo) (<input checked="" type="checkbox"/> Seco) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento (<input type="checkbox"/> Seroso) (<input type="checkbox"/> Sanguinolento) (<input type="checkbox"/> Serossanguíneo) (<input checked="" type="checkbox"/> Seco) <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido) (<input checked="" type="checkbox"/> Seco)	<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido) (<input checked="" type="checkbox"/> Seco)	<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido) (<input checked="" type="checkbox"/> Seco)	<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido) (<input checked="" type="checkbox"/> Seco)	<input type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido) (<input checked="" type="checkbox"/> Seco)	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/> Álcool 70%)	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/> Álcool 70%)	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/> Álcool 70%)	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/> Álcool 70%)	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/> Álcool 70%)	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze (<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata) (<input type="checkbox"/> Hidrogel) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze (<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata) (<input type="checkbox"/> Hidrogel) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze (<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata) (<input type="checkbox"/> Hidrogel) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze (<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata) (<input type="checkbox"/> Hidrogel) <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze (<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata) (<input type="checkbox"/> Hidrogel) <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/> Diário) (<input type="checkbox"/> 48/48h)	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/> Diário) (<input type="checkbox"/> 48/48h)	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/> Diário) (<input type="checkbox"/> 48/48h)	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/> Diário) (<input type="checkbox"/> 48/48h)	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/> Diário) (<input type="checkbox"/> 48/48h)	
Profissional que realizou procedimento:	Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709	Mônica Reis Farias Técnico em Enfermagem COREN-RR 0082364	Juçiene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	Elisdeia Carvalho Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	Elisdeia Carvalho Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	Elisdeia Carvalho Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554
Observações:						

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	14/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				ROTINA
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				ROTINA
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

16
17 8 16 24 ROTF

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110/60	75		36.4°C
12 H	98/60	70		35.2°C
18 H	110/70mmHg	75	-	36.4°C
24 H	130/80	75		36.4°C

Dr. Lael do Santos da Silva
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

12:00h. Jtar H não tem no Sitar
57m, 200g, 1.60m

As 18h paciente no leito realizado
SSVV. Paciente sem queixa de dor
Presente

Lucineide A. Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 866.340 TE

Adm. medicação CPIM.
paciente w/ queixas, sem
problemas no período.



Tratamento de Feridas –

HGR

Protocollo n° 1

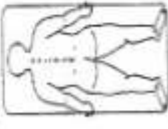
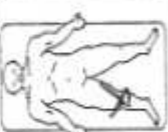


Paciente: Stein

Leito: 52

Versão:08

Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
--------------------	--------------------

Data: 14/04/2020

Localização	 		Região: <u>MTD</u>
Etiologia	Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II () () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Q</u> Tração <u>Q</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros		
Pele Perilesional	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco		
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:			Gláucia Carvalho Nogueira Gerente de Feridas Gerente de Feridas Telefone: 579-5116 E-mail: glaucia@cocoroc.com.br
Observações:	Cocoroc		

N 52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	15/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6 <i>sem acesso</i>
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6h sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				26
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				NP 8 16 24
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/LML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130 x 90	78		36.4
12 H	117 x 7	-	-	36.4
18 H	123 x 10	88		36.5
24 H	160 x 10	75		36.3

Dr. Loel dos Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

11: Paciente no leito, verificando SSVV
não tem o membro superior direito. Aus. Pericula.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente:

Brain Nilson

Leito:

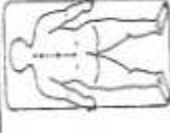

52

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Data: 15/04/2020

Localização		Região: <u>perna direita</u>		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>01</u> Tração <u>01</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I (X) II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado (X) seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (X) Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (X) Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Adonildes de Almeida Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RP 507 795/TE		Bisoleila Carvalho Gotado Enfermeira em Enfermagem Técnicas em Enfermagem COREN-RP 1.347.428 - TE	
Observações:				

Coren-RP 460.579-ENF

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	16/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN <i>2x</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8 16/24
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100/70	75		36,0°
12 H	100/60	80		36,5°
18 H				
24 H	100/60	80		36,5°

Dr. Lailo Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

7as 13hs
Pac mantendo Traça. Não foi administrado
medicação das 8hs porque não tem
na farmácia Tei *Resposta*

Milton de Sá e Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
COREN/RR 1 431-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente: SPAINER WILSON

Leito: 52

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Data: 16/04/20

Localização		Região: <u>MIO</u>		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>X</u> Tração <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: _____	Grau: I <u>X</u> II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Normal () Macerado <u>X</u> seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo <u>X</u> Seco () Outro: _____	() Molhado () Úmido <u>X</u> Seco	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% <u>X</u> Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12	() Diário	() 12/12	() Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Mônica Reis Farias</u> 1651004-1/RR-ENF COREN-RR 000828/004	<u>Bruno S. Pereira</u> 1651004-1/RR-ENF COREN-RR 618.358	<u>Eliscléia Carvalhaes de Azevedo</u> 1651004-1/RR-ENF COREN-RR 468.579-ENF	
Observações:				

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	17/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				NTF
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8 16 24
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DL/ML: GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Dr. Bruno Vieira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1231

farmácia não disponibiliza

Leitura AUP
por Gabriel 22

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130/70	75		36,0	
12 H	120/70	68		36,2	
18 H	130/90	96		36,4	
24 H	120/80	84	20	36,8	

12:00h. Afecido SSVU. Item 11. não tem na farmácia.
13:00 as 19:00h. Gcm. med. CRM + SSVU + cuidados de enfermagem

Dr. João G. M. Araújo
Téc. de Enfermagem
CRM-RR 1234

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Unidade de Referência

HGR

Paciente: Bruna Wilson

Leito: 32

Data: 17/04/2020

Localização		Região: <u>ME D</u> Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)		Região: _____ Grau: I (<input type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma : Tração () Fixador Externo (<input checked="" type="checkbox"/>) ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração () Fixador Externo () ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (<input checked="" type="checkbox"/>) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		
Pele Perilesional	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	 Maria de Fátima N. Viana Enfermeira CNPJ 08.140.701-00 Especialista em Feridas Tratamento de Feridas Especialista em Feridas	 Maria de Fátima N. Viana Enfermeira CNPJ 08.140.701-00 Especialista em Feridas Tratamento de Feridas Especialista em Feridas		
Observações:				

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DN _____
PACIENTE **BRAIN WILSON**
DIAGNÓSTICO **FX FEMUR D**
ALERGIAS **NÃO** HAS **NEGA** DM2 **NEGA**
IDADE _____ LEITO **52** DATA **18/4/2020**


ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6h sn	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16h
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H	8 16 24
12	CURATIVO DIÁRIO	ROTINA
13		
14		
15		
16		
17		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	
23		

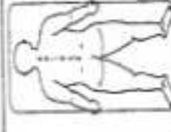


EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110 x 83	72	-	35,5°C
12 H	100/70	73	23	36,1°C
18 H	100/70	78	20	36,2°C
24 H	115 x 72	68	-	36,2°C

Dr. Luis do Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Brain Wilson</u>	Data: <u>18/04/2020</u>		
Leito: <u>6.52</u>					

Localização			Região: <u>M.D</u> Grau: I () II ()		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 407795/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 407795/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 407795/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 407795/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 407795/TE
Observações:					

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	20/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				8 16/24
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8 16/24
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 5UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

CIRURGIA 24/4 MANHÃ

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x60	74		36.5
12 H	143x40	70		35.8
18 H	120/80	72		36.1
24 H	120x70	68		36.1

Dr. Lúcio Santos da Silva
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

Re: cad. SSV
Téc. Enfermagem
Raíza Marcelle de S. Campello
Téc. Enfermagem
COREN-RR 903.942 - TE

Observar - Paciente no 1º andar
na enfermaria observando o
Plano, segue os cuidados
de enfermagem.

Diógenes Peixoto Silva
COREN-RR 799.581 - TE

18h. Apêndio SSV, adm
ministrando medicação
e.p.m, segue nos cuidados.
Jacqueline Moura de Aguiar
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 54997-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *Brayan Wilson*Leito: *52*Data: *20/04/2020*

Localização		Região: <i>M-1 D</i>		Região: _____ Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<input checked="" type="checkbox"/>) Trauma : <i>D</i> Tração <i>Fixador Externo</i> () ortopedia () Outro: _____			() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (<input checked="" type="checkbox"/>) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____			() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco () Outro: _____			() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (<input checked="" type="checkbox"/>) Seco			() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70%			() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h			() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento	<i>André Ricardo de Souza</i> Enfermeiro CRP 12.345-6	<i>Juliane Gomes de Lima</i> Enfermeira CRP 78.901-2	<i>Elisieleia Carvalhal Góes</i> Enfermeira CRP 34.567-8	<i>Elisieleia Carvalhal Góes</i> Enfermeira CRP 34.567-8
Observações:				

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	21/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				06*
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				18
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8 26 (24)
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

CIRURGIA 24/4 MANHÃ

João de Almeida, T. 140
Técnico de Enfermagem
COREN/RR 001 211 211

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2124

Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130x90	72		36
12 H	130x90	73		36
18 H	130x90	81		36
24 H	135x95	80		36,8

Dr. Afonso SSVV. ADM. as medicações com
paciente sem queixas, sem as atividades
da enfermagem!

Francine Pereira de Silva
COREN-RR 510238 - TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Atualizada: 2/2020

Elaborada: 02/2013

Versão: 08

Protocolo nº 1

Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

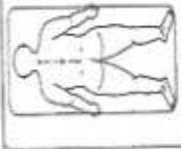
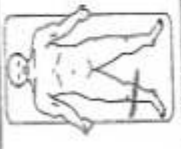
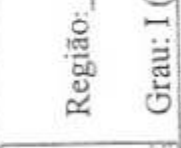
Paciente:

Brain Wilson

Leito:

652

Data: 21/04/2020

Localização			Região: <u>MID</u>		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>8</u> Tração <u>8</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II (<u>8</u>)	Grau: I () II ()	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (<u>8</u>) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (<u>8</u>) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____			
Pele Perilesional	(<u>8</u>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	(<u>8</u>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<u>8</u>) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<u>8</u>) Seco () Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	(<u>8</u>) Soro Fisiológico 0,9% (<u>8</u>) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(<u>8</u>) Soro Fisiológico 0,9% (<u>8</u>) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Cobertura primária	(<u>8</u>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>esparadrapo</u>	(<u>8</u>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Troca	() 12/12 (<u>8</u>) Diário <u>manhã</u> () 48/48h	() 12/12 (<u>8</u>) Diário <u>manhã</u> () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<u>Larissa Alves Mota</u> Técnica em Enfermagem COREN-AR 507.795/TE	<u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnica em Enfermagem COREN-AR 507.795/TE			
Observações:					

Adonilde Vieira Araujo
Técnica em Enfermagem
COREN-AR 507.795/TE

Larissa Alves Mota
Técnica em Enfermagem
COREN-AR 507.795/TE

Eusléia Carvalho Gotado
Gerente de Nucleo
Gerência de Feridas
Tratamento de Feridas
EUSLEIA CARVALHO GOTADO
578-ENF

Coren-PR

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	22/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				8 (16/24) NTF
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
23	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

CIRURGIA 24/04 manhã

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2025

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110/73	69		35,4°C
12 H	128/82	68		36,6°C
18 H	129/84	76		36,9°C
24 H	120/77	75		36,7°C

Plantas molulinas 800002.
Set alimado / 15, realizado
SSVV e medição de glicemia.

33 as 19hs

Administrado medicação com
verificado SSVV.

Setor (S) Não tem na far

cia. Tei

Maria do Rosário A. Vale
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 150.431-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

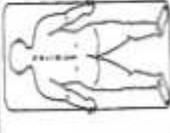


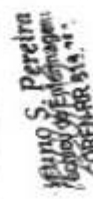
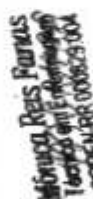
Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: BEATRIZ WILSON

Leito: 52

Data: 22/04/2020

Localização			Região: <u>MID</u> Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		Região: _____ Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	() Normal () Macerado <input checked="" type="checkbox"/> () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado <input checked="" type="checkbox"/> () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	() Molhado () Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Márcio S. Peretini Enfermeiro COREN-PR 000525100	 Márcio Reis Parais Técnicos em Enfermagem COREN-PR 000525100			
Observações:					

Plástica Cirúrgica - Colado

Plástica Cirúrgica - Colado

Plástica Cirúrgica - Colado

Plástica Cirúrgica - Colado

Plástica Cirúrgica - Colado

304-7

52

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA <i>leito 304-7</i>					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	BRAIN WILSON				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR D				
ALERGIAS	NÃO	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	52	DATA	23/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ZERO A PARTIR DAS 22H				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	DIPIRONA 500MG VO 6/6H sn				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
11	SIMETICONA 40GTS VO 8/8H				16h
12	CURATIVO DIÁRIO				8h 16h 24h
13					ROTINA
14					
15	AO HGR PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO AMANHÃ 24/04				
16	SOLICITO RESERVA DE SANGUE - 2 CH				
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONTROLO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS
CIRURGIA 24/04 manhã

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x77	71	18	36,6°C
12 H	120x80	74		36,3°C
18 H	110x70	70		36,2°C
24 H	110x70	75	18	36,4°C

12h - Pct. no leito, sem queixas algicas, medicado com item (11), apneia 88VV, retirado AVP vencido, Tentado nova punção sem sucesso.

As 17:00h - admitido proveniente do hospital de campanha, aos cuidados da ortopedia, paciente com monitorização e solicitação de reserva sanguínea. Obs: não foi realizado solicitação de teste rápido para HIV conforme protocolo. Examinado por médico residente do encaminhamento. Paciente

Plantação de
medicação Ad.
monitorização
controle físico
+ SSVV
fec. pol. ora
foco em processos

Assinatura
Técnico em
Ortopedia

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente: Baiair WilsonLeito: 52


Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Data: 23/04/2020

Localização		Região: <u>MD</u>		Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____			<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco			<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Agnir Kaurine Macedo Sousa Ass. em Enfermagem CRP-RR 468.579-ENF		 Eliseteir Carvalho Gotado Gerente de Núcleo Tratamento de Feridas Enfermeira Coren-RR 468.579-ENF	
Observações:				

	<p>Sistema Único de Saúde</p> <p>Ministério da Saúde</p>	<h2 style="margin: 0;">LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</h2>
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="font-size: 1.2em; text-align: center;">fratura subtrocanterica do fêmur direito.</p>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="font-size: 1.2em; text-align: center;">fratura aberta cominada</p>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p style="font-size: 1.2em; text-align: center;">Rastreamento e exame físico.</p>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <p style="font-size: 1.2em; text-align: center;">fx subtrocanterica do fêmur direito</p>		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO		33 - SÉRIE
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - CNPJ DA SEGURADORA
36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO BILHETE
38 - CNPJ EMPRESA		39 - SÉRIE
40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 24/10/2000 O.S.

Brain wibe

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Enterorrafia

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Intestino de fôros

TIPO DE INTERVENÇÃO: Quirúrgica

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: N

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: a

CIRURGIÃO: Dr. Pedro D. Giovanni 1º AUXILIAR: Dr. T. L. L.

2º AUXILIAR: Dr. M. L. L. (R3) INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: Dr. L. L. L. ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em DDH + Anestesia Geral + mero do tórax
 - (2) Anestesia + Anestesia + campo estéril.
 - (3) Incisão lateral + dissecção por plano do músculo de fôros.
 - (4) Durante a junção do fio "K" sob um do intestino, a perfuração pneumática quebrou, pedindo outro perfurador, tendo agido o perfurador com fio elétrico, a mesma não conseguiu a prova de vácuo do DCS, também com o perfurador Strick, a mesma com problema com o gás bento, também não conseguiu a prova.
 - (5) Então em contato com a UOB, onde a mesma está em contato com a direção e conseguiram o perfurador de Hospital infantil.
 - (6) O paciente ficou aguardando a chegada do perfurador, houve hipotensão durante esse.
- DUIRE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência do Brasil"

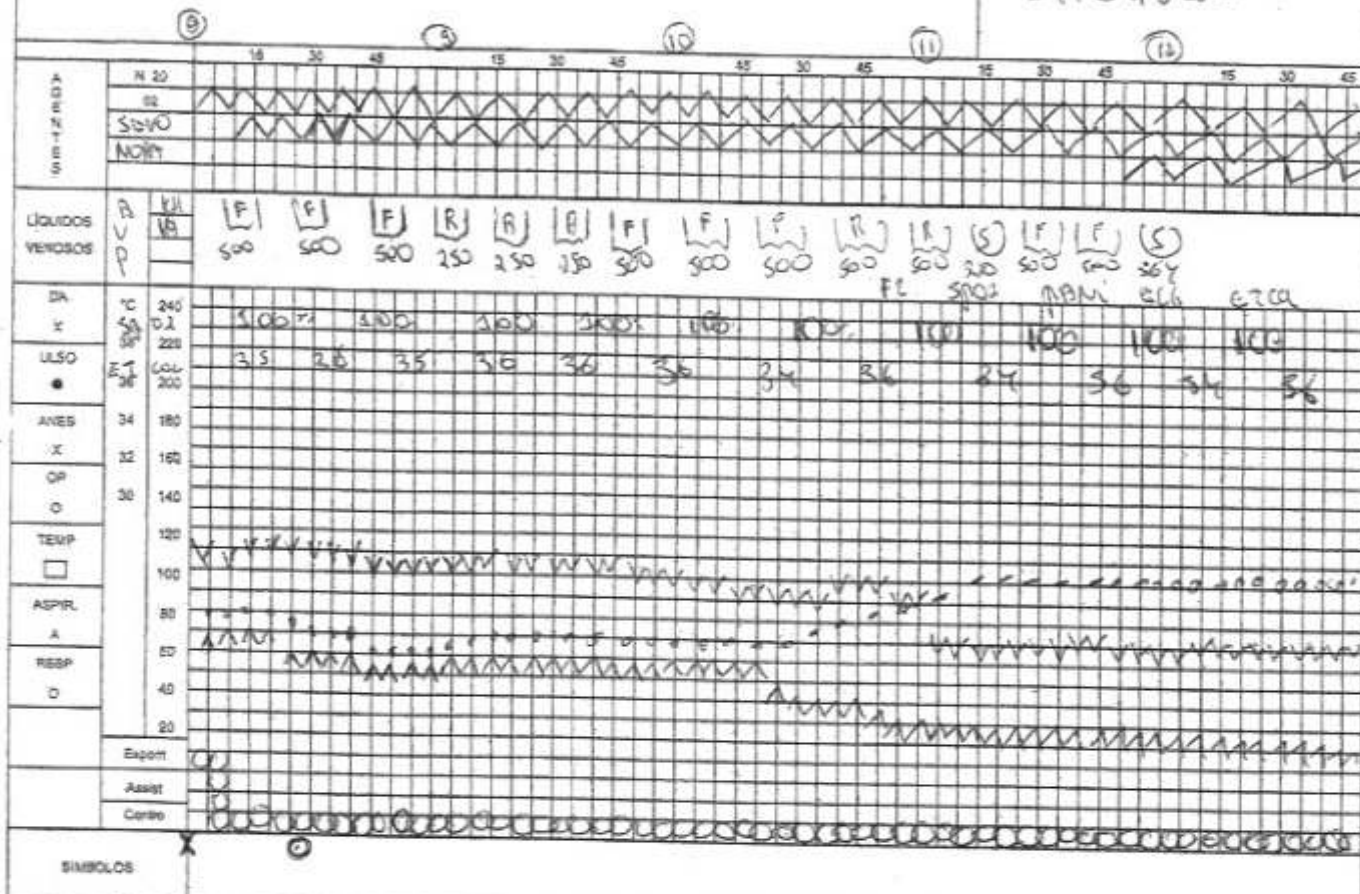
FICHA DE ANESTESIA

Raim Wilson, 18 A

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

24104/2020



Isamir Siqueira
Anestesiologia
CRM-RR-1599



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência dos Brasileiros"

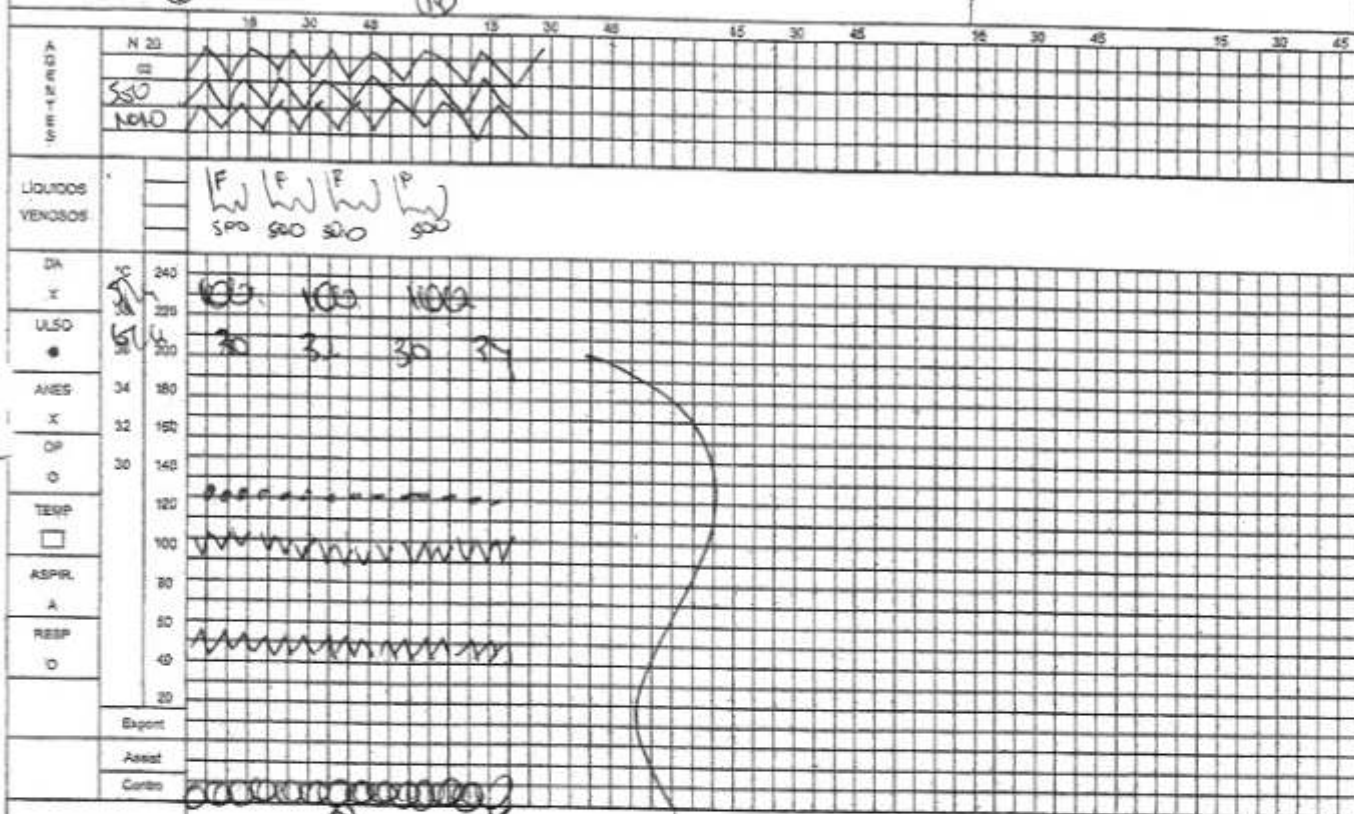
FICHA DE ANESTESIA

Barim Wilson, 180

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

24104/2020



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A			
B			
C			
D			
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	
WGD		Naso / Orofaringeal - Cava	
SANGUE		Bal - Temp - Calibre do Tubo	
		Selo Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO			<div> Lunago - Espasmo - Escasseio Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Braking" - Vômito </div> <div> Hemorragia - Anemia Brdi Taquicardia - Choque </div>
ANESTESIA	CÓDIGO	CRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA

Ismael Simões
Anestesiologia
CRM-RR 1699



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		10-184	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
DRAIN WILSON		504.-		11219	24 / 04 / 20
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
OST. FMT. SUBTRAÇÃO (5)			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			8:45		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		DR. Y10 MW	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		23.30SE	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
DR. PEDRO		CIRCULANTE		DR. WILSON / R3 MARCOS	
DR. PEDRO + R1. BARRA				CUNDE + BAHIA	
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO FEMORAL +		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS GEL	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAM M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 20		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº 18	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº Propri		1	FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML gortias		8	SURGICEL ELETRODOS	
1	SERINGA 03ML mdsachos		1	CERA P/ OSO CATETER O2	
	SERINGA 05 ML		2al	KIT CATARATA Nº ALCOOL 70%	
	SERINGA 10ML		20al	GEOFOAM DEGERMENTE	
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA S/UMA FOLETA	
1	TOT C/ CUFF Nº 8		1	OUTROS: Bula cd. URMIA	
SONDA ASP. Nº 16		ESQUA DEG.			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SCELWA		SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
		M: Grande e Bahud		TAXA DE ANESTESIA	
		T: Searno e Robson		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Nome: Bela Wilson

Data de Nascimento: 27/10/2002 Idade: 18 Setor/Leito: 204/02

Data: 24/04/2020

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim (✓) Não
Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (✓) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA			
Cirurgia Proposta:				Cirurgia Realizada				Anestesia			
Fístula de Fêmur				Fístula de Fêmur				Anestesia			
1. Informações:				2. Informações:				3. Informações:			
Jejum (✓) Sim () Não				Pré-anestesia (✓) Sim () Não				Reserva UTI () Sim (✓) Não			
Prótese () Sim (✓) Não				Exames (✓) Sim () Não				Lateralidade (✓) Sim () Não			
PNE () Sim (✓) Não				Alergia (✓) Sim () Não				Qual: <u>Lotax</u>			
Reserva de Hemoderivado: (✓) Sim () Não				Outros: <u>02/04</u>				Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando (✓) Consciente			
() Com Suporte de O2				() TOT				() Agitado			
Sinais Vitais:				T: <u>36.5</u> °C				R: <u>14</u> rpm			
FC: <u>74</u> bpm				PA: <u>120/80</u> mmHg				SAT: <u>98</u> %			
4. Anotações (Admissão do Paciente):				5. Anotações (Saída do Paciente):				6. Anotações (Evolução/Alta do Paciente):			
<p>Atividade: <u>Admissão</u></p> <p>Pré na sala em pré-operatório de fístula de fêmur. Exame de fístula de fêmur. Exame de fístula de fêmur. Exame de fístula de fêmur.</p>				<p>Atividade: <u>Admissão</u></p> <p>Pré na sala em pré-operatório de fístula de fêmur. Exame de fístula de fêmur. Exame de fístula de fêmur. Exame de fístula de fêmur.</p>				<p>Atividade: <u>Admissão</u></p> <p>Pré na sala em pré-operatório de fístula de fêmur. Exame de fístula de fêmur. Exame de fístula de fêmur. Exame de fístula de fêmur.</p>			
<p>Localização:</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros:</p>				<p>Localização:</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros:</p>				<p>Localização:</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros:</p>			
<p>Posicionamento:</p> <p>D.D</p>				<p>Posicionamento:</p> <p>D.D</p>				<p>Posicionamento:</p> <p>D.D</p>			
<p>Hemoderivados:</p> <p>CH: <u>L</u></p> <p>Plasma:</p> <p>Plaquetas:</p>				<p>Hemoderivados:</p> <p>CH: <u>L</u></p> <p>Plasma:</p> <p>Plaquetas:</p>				<p>Hemoderivados:</p> <p>CH: <u>L</u></p> <p>Plasma:</p> <p>Plaquetas:</p>			
<p>Análise Patológica:</p> <p>() Não</p> <p>() Sim</p> <p>Nº Peças:</p> <p>() Cultura</p> <p>() Outros:</p>				<p>Análise Patológica:</p> <p>() Não</p> <p>() Sim</p> <p>Nº Peças:</p> <p>() Cultura</p> <p>() Outros:</p>				<p>Análise Patológica:</p> <p>() Não</p> <p>() Sim</p> <p>Nº Peças:</p> <p>() Cultura</p> <p>() Outros:</p>			
<p>Exames na SO:</p> <p>() Ht () Hb () Hemograma () RX</p> <p>() Gasometria () Outros:</p>				<p>Exames na SO:</p> <p>() Ht () Hb () Hemograma () RX</p> <p>() Gasometria () Outros:</p>				<p>Exames na SO:</p> <p>() Ht () Hb () Hemograma () RX</p> <p>() Gasometria () Outros:</p>			
<p>Legenda:</p> <p>1. Eletrodos</p> <p>2. Oxímetro</p> <p>3. Mangueira PA</p> <p>4. Placa de Bisturi</p> <p>5. Incisão</p> <p>6. Cateter O2</p> <p>7. Venoclise</p> <p>8. Dreno</p> <p>9. SNG/SNE</p> <p>10. Garrote</p> <p>11. TOT () Não (✓) Sim N°</p> <p>12. SVD () Não (✓) Sim N°</p> <p>13. Outros:</p>				<p>Legenda:</p> <p>1. Eletrodos</p> <p>2. Oxímetro</p> <p>3. Mangueira PA</p> <p>4. Placa de Bisturi</p> <p>5. Incisão</p> <p>6. Cateter O2</p> <p>7. Venoclise</p> <p>8. Dreno</p> <p>9. SNG/SNE</p> <p>10. Garrote</p> <p>11. TOT () Não (✓) Sim N°</p> <p>12. SVD () Não (✓) Sim N°</p> <p>13. Outros:</p>				<p>Legenda:</p> <p>1. Eletrodos</p> <p>2. Oxímetro</p> <p>3. Mangueira PA</p> <p>4. Placa de Bisturi</p> <p>5. Incisão</p> <p>6. Cateter O2</p> <p>7. Venoclise</p> <p>8. Dreno</p> <p>9. SNG/SNE</p> <p>10. Garrote</p> <p>11. TOT () Não (✓) Sim N°</p> <p>12. SVD () Não (✓) Sim N°</p> <p>13. Outros:</p>			
<p>Sinais Vitais: Saída da SO</p> <p>T: <u>36.5</u> °C</p> <p>PA: <u>120/80</u> mmHg</p> <p>SAT: <u>98</u> %</p> <p>FC: <u>145</u> bpm</p>				<p>Sinais Vitais: Saída da SO</p> <p>T: <u>36.5</u> °C</p> <p>PA: <u>120/80</u> mmHg</p> <p>SAT: <u>98</u> %</p> <p>FC: <u>145</u> bpm</p>				<p>Sinais Vitais: Saída da SO</p> <p>T: <u>36.5</u> °C</p> <p>PA: <u>120/80</u> mmHg</p> <p>SAT: <u>98</u> %</p> <p>FC: <u>145</u> bpm</p>			
<p>Destino: () SRPA () UTI () Outros: <u>UTI 02</u></p>				<p>Destino: () SRPA () UTI () Outros: <u>UTI 02</u></p>				<p>Destino: () SRPA () UTI () Outros: <u>UTI 02</u></p>			



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Bruno Wilson
Responsável Cirurgião D. V. V. V.

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☐ Não ☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☐ Não ☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 24/04/20 Assinatura [Assinatura] Hora: 14:30

ANTES DA INCISÃO

Anestesia D. V. V. V.

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica
☒ Sim,

Qual: [Assinatura] Hora: 14:30

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	BOLAN		
AGNÓSTICO	Fe Lftno canina (A)		
ALERGIAS			
IDADE	HAS	NEGA	DM2
ITEM	LEITO	DATA	NEGA
PRESCRIÇÃO			24/04/2020
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
13	SSV + CCGG 6/6 H		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	CETIRIZINA 5 (E) 12/12H		
16	OXACILINA 50 (E) 4/4H		
17			
18			
19			
20			
21			

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANIQUÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Jr. Bruno Vieira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1231

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO				
AGNOSTIC	FX Subtrocantária (D)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	24/04/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H (stop)				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H (stop)				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	CETIRIZINA 5 (EU) 12/12H				
16	OXACURINA 5 (EU) 4/4 H				
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Bruno Vieira de Lima
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1231
 MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PEDIDO DE PARECER



Unidade: HGR
Nome: Bamin Wilson
Idade: 18a REGISTRO: _____
Bloco: C2 Enfermaria: _____ Leito: _____
UTI: _____ EMERGENCIA: _____

De: Anestesiologia

Para: UTI

paciente, jovem, foi submetido a cirurgia de osteossíntese de fratura de fêmur D com necessidade de reposição volêmica após sangramento estimado 1500 ml. Indicado, sob monitorização com RIL 40 mg/hh compressão pneumodinâmica. Soluto up em UTI. Gato

24-04-2024

Data

José Bittenbender
Médico Residente em Anestesiologia
CRM-RR 1887

Médico(a)

Data

medico



ADMISSÃO MÉDICA



UTI-02

Met.
COVID-19
CUG

Nome: Brain Wilson	Idade: 18a	DN: 27/01/2001	Peso: 80Kg	BOX: 18
Data: 24/04/2020 16:07	DIH: 01/04/2020	DIUTI: 24/04/2020	Prontuário: 16508	
Diagnósticos: Osteossistese de Fêmur D/ Choque Hipovolêmico				

REINTERNAÇÃO NA UTI: S () N (x)

ORIGEM: (X) CENTRO CIRURGICO () TRAUMA () UTI-01 () ENFERMARIA () HEMODINÂMICA () OUTRO HOSPITAL () PA

INFECÇÃO NA ADMISSÃO NA UTI: S () N (x)

COMORBIDADES: () HAS () DM () IR sem Hemodiálise () IR com Hemodiálise () Cirrose Child A/B () Cirrose Child C () ICC grau 2-3 () ICC grau 4 () DPOC grave () Tabagista () AIDS () Uso de Corticóide (X) Imunossupressão () Câncer locorregional: (Adenocarcinoma de Córdia) () Câncer Metastático Onde?

positivos invasivos na admissão:

- Acesso venoso periférico MSE/ MSD e Jugular externa esquerda
- SVD

EM USO DE ANTIBIÓTICOS NA ADMISSÃO: () S (X) N Qual?

Relatório Admissional

Relato para os devidos fins que admiti o paciente procedente do Centro Cirúrgico em quadro de choque de origem hipovolêmico franco, Taquicardia (FC > 150 bpm), palidez cutânea, Taquifisgmia, pele fria, com uso de DVA - NORA em doses moderadas;

Ectoscopia: Palidez cutânea, pele fria, Taquicardia, Taquifisgmia, pulsos finos nos quatro membros;

Pupilas Médias porém fotorreagentes;

Neurológico: Glasgow 3/ RASS -4

Cor: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas s/s

MV + bilateral s/RA. Saturando 96%

GI: Abdome plano, flácido, sem visceromegalias, RHA(+).

Extremidades: pulsos periféricos filiformes. TEC > 3s; Panturrilhas livres;

Sinais Vitais na admissão: FC: 160 bpm / PA: 96 X 74 mmHg / SpO2:96 % / Tx: < 35° C / FR 15 irpm

CONDUTA:

- Solicito exames admissionais + RX
- Acesso Venoso Central em VSCE;
- Presecrevo CH e PFC;
- Presecrevo Transamin
- Início Sedoanalgesia

Dr. Messias Neto
Médico
C.R.C. 1000

NOME:		Brain Wilson		18	Data:	24/04/2020
Choque Hipovolêmico/ Osteossíntese de Fêmur D						
Prescrição Médica		HORÁRIOS		Prontuário: s/n		
1	Dieta Zero até segunda ordem	SVD		DN: -20/03/1981-		
2	SF 0,9 % 500 ml IV 04/04 hrs	18-22-08-08-10-14		DI HGR: 30/03/2020		
3	SF 0,9% ou SRL 500 ml IV ACM	ACM 08		DI UTI II: 05/04/2020		
4	Ceftriaxona 1 g IV 12/12 hrs (24/04)	18-08		TABELA DE CORREÇÃO GLICÊMICA		
5	Fentanil 50 ml IV BIC	18-08		151 - 180 02U		
6	Midazolam 50 ml IV BIC	18-08		181 - 210 04U		
7	Noradrenalina 0,5 amp + SG 5% 100ml IV BIC	18-08		211 - 240 06U		
8	Omeprazol 40 mg IV 1x/dia	18-08		241 - 270 08 U		
9	Metoclopramida 10 mg IV 08/08 hrs	18-08		271 - 300 10U		
10	Dipirona 02 ml IV 04/04 hrs SN	18-08		301 - 330 12U		
11	Bicarbonato de Na 8,4% 200 ml IV ACM	18-08		> 330 AVISAR PLANTONISTA		
12	Transamin 1 g + SF 0,9% 250 ml IV 08/08 hrs	18-08		<70 Fazer GH 50% 40ml EV		
13	Gluconato de cálcio 10% 20 ml + SF 0,9% 100 ml ACM	18-08		Evolução da especialidade médica responsável		
14	PFC 04 UD IV ataque	18-08		1. Avaliação Geral:		
15	PFC 02 UD IV 08/08 hrs	18-08		2. Sugestão de Conduta:		
16	CH 02 UD IV	18-08		3. Planejamento Terapêutico:		
17	Cebeceira elevada a 30°	18-08				
18	Glicemia capilar 04/04 hrs	18-08				
19	Hpiromelose 0,5% 1 gl em cada olho de 04/04 hrs	18-08				
20	Anotar diâmetro pupilar 04/04 hrs	18-08				
21	Manter PAM > 75 mmHg	18-08				
22	Manter Paciente aquecido	18-08				
23	METOPROLOL 50mg (C) AGORA 1:45	18-08				
24	ATROPINA 0,2 mg (C) 1:45	18-08				
25	EUFEDINA 01 amp + 10ml AD + 10ml (C) 1:45	18-08				
26	GLUC. DE CÁLCIO 10% 20ml (C) 1:45	18-08				
27	GH 50% 100ml + 12-10-1 (C) 20ml 30ml	18-08				
28						
29						
30						
31						
32						

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NOME: Marian Wilson IDADE: 18 DATA: 24/04/20 LEITO: 18 DE: 18

HD: 18 PERÍODO: () MATUTINO (X) VESPERTINO () NOTURNO

Isolamento de contato/respiratório: () Sim (X) Não

Acesso Venoso Central: () Sim (X) Não Data: 24/04/20 Local: UIC

Acesso Venoso Periférico: (X) Sim () Não Data: 24/04/20 Local: UIC

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim (X) Não

Sangramento: () Sim (X) Não Local: UIC

Hemotransfusão: () Sim (X) Não Local: UIC

PF: () PF () CH () CH () CH

PLAQUETAS QUANTIDADE

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Alimentação da dieta: () Sim (X) Não () Parcial () Total

() VO () NPT () GTT () SNG - Data: 24/04/20 () SNE - Data: 24/04/20

Ruidos hidroaéreos: () Presentes () Ausentes 57 gauda

Abdome: () Normal () Globoso () Distendido () Rápido () Tenso

Eliminação: () Normal () Diarreia () Constipação () Melena

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

Diurese: () Espontânea (X) SVO () Uropen () Oostomia

() Colúria () Polaciúria () Disúria () Oligúria () Anúria () Hematúria

() Olor () Edema () Lesões - Local () Concentrada () Sedimentada

Coloração: () Limpa (X) Amarelada () Sanguinolenta

Secreções: () Sim - Aspecto () Não () Higiene () Satisfatória () Precária

CURATIVOS E DRENOS

Região: C.C.

Características: C.C.

Produto: C.C.

Características: C.C.

Produto: C.C.

Dreno: Local C.C. Volume C.C. Tipo: C.C. Dias C.C.

Secreção: C.C.

ÚLCERA POR PRESSÃO

Região: Sacral Estágio: 1 Estágio: 1 Estágio: 1

Região: Sacral Estágio: 1 Estágio: 1 Estágio: 1

INTEGRIDADE CUTÂNEA

() Febre () Hidratada () Desidratada () Restecada () Ictérica () Clândica

() Hipocorada () Pele fria e sudoreica () Anasarca () Rubor () Palidez

() Petéquias - Local C.C. () Edema - Local C.C.

ENFERMEIRO(a): Caliane Leticia Ribeiro

AValiação PUPILAR

() Reagente () Não reagente

() Normal () Média fixa

() Isocóricas () Anisocóricas

() Miose () Midríase

() D>E () E>D

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
4	5	6
3	4	5
2	3	4
1	2	3
Nenhuma	1	2
Score:		1

Abertura da dor: () Sem dor () Com dor 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 () Ininterrupta

() Não consegue dormir () Não melhora com medicação () Cessa com medicação

ESCALA DE BRADEN

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Espontânea () Eupneia () Taquipneia () Bradipneia

() Dispneia () Cheyne-stokes () Kusmaul

VM TOT (X) VM TOT TOT/TOT - Data: 24/04/20 Modo: C

Posicionamento do TOT/TOT a 90° em dos incisões Pressão do Cuff 20 mmHg

Data da Troca: 24/04/20 Resistência a aspiração: () Sim (X) Não

Ausc. Pulmonar: () Crepitações () Sibilos (X) Murmúrios Vesiculares

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Rítmo (X) Arritmico () Chelo () Filiforme

Ausculta cardíaca: (X) 2 tempos () 3 tempos Local: fevere

Nome: Brain Wilson	Idade: 18a	DN: 27/10/2001	Peso: 75Kg	BOX: 18
Data: 24/04/2020 21:27	DIH: 01/04/2020	DIUTI: 24/04/2020	Prontuário: 16508	
Diagnósticos: Osteossíntese de Fêmur D/ Choque Hipovolêmico				

Variação de sinais nas últimas seis horas			
Tx	33.9 - 36.4	SpO ₂	99 - 100
FC	125 - 157	PVC	-
PAM	72 - 115	PIA	-
FR	22 - 20	Glicemia	273

Prescrição médica sendo seguida? () sim () não

• Medicação em falta:

• Medicamentos não checadas:

INTERCORRÊNCIAS

• CARDIOVASCULAR:

DVA1: <u>NORA</u> 34 ml/h ou <u> </u> µg/kg/h <input checked="" type="checkbox"/> em diminuição <input type="checkbox"/> em ascensão <input type="checkbox"/> mantida <input type="checkbox"/> retirada	DVA2: <u> </u> ml/h ou <u> </u> µg/kg/h <input type="checkbox"/> em diminuição <input type="checkbox"/> em ascensão <input type="checkbox"/> mantida <input type="checkbox"/> retirada	Arritmias? <input checked="" type="checkbox"/> Taquiarritmia <input type="checkbox"/> Bradiarritmia PCR? <u> </u>	ΔPP: <u> </u> Cava: <u> </u> EC: <u> </u> Pulsos: <u> </u>
---	---	---	---

• RESPIRATÓRIO:

<input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> O ₂ CN <input type="checkbox"/> O ₂ Macro <input type="checkbox"/> O ₂ Tubo Y <input type="checkbox"/> VNI <input checked="" type="checkbox"/> VM	Secreção: <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> pouca <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> abundante Aspecto: <u> </u>	Hipoxemia? Causa: <u> </u> Tto: <u> </u>	<input type="checkbox"/> Desconforto Res? <input type="checkbox"/> Broncoespasmo? <input type="checkbox"/> Congestão? <input type="checkbox"/> SARA? <input type="checkbox"/> Rolha? Outro: <u> </u>	PaO ₂ /FiO ₂ : <u> </u> Ajustes: <u> </u>
---	--	--	--	--

• GASTROINTESTINAL:

Dieta instalada? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Motivo? <u> </u>	<input type="checkbox"/> Retorno/Vômitos? <input type="checkbox"/> Diarreia? <input type="checkbox"/> Sangramentos? <input type="checkbox"/> Distensão? <input type="checkbox"/> Ausência de RHA?
--	---

RENAL: 150ml

Diurese últimas 6h: <u> </u> ml/kg/h <input type="checkbox"/> IRA KDIGO <u> </u>	<input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> TRS Estimulação? <input type="checkbox"/> Hidratação? <input type="checkbox"/> Diurético? Outro: <u> </u>
---	---

• NEUROLÓGICO:

Sedação? <input checked="" type="checkbox"/> sim () não RASS: <u>(-4)</u> ECG: <u> </u> Em despertar? <input type="checkbox"/> sim () não	<input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Desperto e desorientado <input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Desperto mas não interage com examinador	<input type="checkbox"/> Desperto e orientado <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Delirium	Pupilas: D: <u> </u> mm E: <u> </u> mm RFM: <u> </u>
--	---	---	--

Outras intercorrências:

<u>NÃO HOVE</u>

Impressão clínica:

<u>GRAVÍSSIMO, INSTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SUSPENSO COM DVA EM DOSE ALTA, TAQUICÁRDICO, HIPO.</u>

Conduta médica: CORRADO, OLIGÚRICO.

<u>SUORTE INTENSIVO</u> <u>VIGILÂNCIA RENAL</u>
--

Sedação adequada	Analgesia	Cateter	Tubo / Cuff	P. Platô < 30	Profilaxia TVP	Profilaxia úlcera
Oftalmo Proteção	Mudança decúbito	Cabeceira elevada	Sonda vesical	Dieta	Prócínético	Fibra alimentar



FICHA DE GASOMETRIA

Nome: <u>Brian W. 1992</u>		BOX: <u>18</u>		DIAGNÓSTICO: <u>Osteoartrite de 1ª e 2ª</u>	
Data:	24/04/20	25/04/20	26/04/20	26/04/20	26/04/20
Hora:	22:43	05:53	20:16	04:40	15:35
pH	7.17	7.27	7.44	7.38	7.44
PO ₂	176	153	170	146	182
PCO ₂	44.6	41	38.0	47.1	38.2
SO ₂	99	99	99.6	99.4	99.7
HCO ₃	13.1	18.3	26.3	25.7	28.3
BE	-14	-13	22	2.6	4.2
IO	502	493	680	584	720
Tubo	-	-	-	-	-
Dias de TOT/TQT	-	-	-	-	-
Modo	VCV	Ant. Aju. V(W)	Ant. Aju. V(W)	Ant. Aju. V(W)	Ant. Aju. V(W)
Fio2	35%	30%	21	25	25
VC/PC	400	400	430	440	440
Ppico	14	14	14	15	15
PPI	7	7	7	7	7
OS	-	-	-	-	-
PEEP	5	5	5	5	5
FR M/E	15	18	18	15	15
T. Insp	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
I. E	1.21	1.21	1.21	1.21	1.21
Sensibilidade	7	7	7	7	7
VM exp	62	62	62	62	62
VC exp	441	441	441	441	441
Profissional	Rodrigo	Rodrigo	Daniel	Daniel	Rodrigo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA



Nome: Brain Wilson

DN: 1/1/ Sexo: M (X) F () DATA: 24/09/20 Leito: 19 D.I.H:

Diagnóstico:

Diagnóstico Cinético Funcional:

Nível de Consciência:		Glasgow AO:	RV:	RM:	Total:
FResp:	SaTO2:	Ritmo:	Ramsay ()	RASS ()	Sedação:
Padrão Resp.:		Desconf. Resp.:		Cuff:	
AP:					
Tosse:		Secreção:			
TOT: ()	TQT: ()	Acoplado ao VM: Sim () Não ()		Ventilador:	
Modo Ventilatório:		Parâmetros:			
Hemodinam.: Estável () Instável ()		Uso de DVA: Não () Sim ()		P.A:	
FC:	T:	Edema:			
Força Muscular:		MOV. AVALIADOS		Direito	Esquerdo
ADM:		Abdução de Ombro			
Tônus		Trofismo:		Flexão de Cotovelo	
Normo ()	Normo ()	Extensão de Punho			
Hipo ()	Hipo ()	Flexão de Quadril			
Hiper ()	Hiper ()	Extensão de Joelho			
Mov. Involuntários:		Dorsoflexão De Tornozelo			
		TOTAL:			
Conduta:					
Fisioterapeuta:					

Nível de Consciência:		Glasgow AO:	RV:	RM:	Total:
FResp:	SaTO2:	Ritmo:	Ramsay ()	RASS ()	Sedação:
Padrão Resp.:		Desconf. Resp.:		Cuff:	
AP:					
Tosse:		Secreção:			
TOT: ()	TQT: ()	Acoplado ao VM: Sim () Não ()		Ventilador:	
Modo Ventilatório:		Parâmetros:			
Hemodinam.: Estável () Instável ()		Uso de DVA: Não () Sim ()		P.A:	
FC:	T:	Edema:			
Força Muscular:		MOV. AVALIADOS		Direito	Esquerdo
ADM:		Abdução de Ombro			
Tônus		Trofismo:		Flexão de Cotovelo	
Normo ()	Normo ()	Extensão de Punho			
Hipo ()	Hipo ()	Flexão de Quadril			
Hiper ()	Hiper ()	Extensão de Joelho			
Mov. Involuntários:		Dorsoflexão De Tornozelo			
		TOTAL:			
Conduta:					
Fisioterapeuta:					

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

BALANÇO HÍDRICO

Nome: (W.D.) Moian Wilson

Idade: 18 DATA: 24/04/20 BOX: 18

HORA		T	P	R	P.A	PAM	FVC / PIC	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS		LÍQUIDOS ELIMINADOS				PARÂMETROS VENTILATÓRIOS											
								INFUSÃO VENOSA	dieta	Água/med	DIURÉTICO	DIURÉTICO 1	DIURÉTICO 2	Evacuação	SHG/E	MOD.	FIO ₂	FR	VOL	P.LIM.	PEEP	SPO ₂	CAB.	Ass.	
07:00min - 12:00min Líquidos Administrados: () JCH () Plasma () Plaquetas Líquidos Eliminados: () JHD UF: Enfermeiro:																									
13:00																									
14:00																									
15:00		34C	150	20	102	73		30 + 205								VC	60	12	45	14	5	92%			
16:00		33	145	12	93	59	32	257 + 380								VC	60	12	45	14	5	92%			Syl
17:00								185 + 181								VC	60	12	45	14	5	92%			
18:00		34C	157	18	115	80	87									VC	35	13	60	11	5	92%			med
13:00min - 18:00min Líquidos Administrados: 1238 JCH () Plasma () Plaquetas Líquidos Eliminados: 700 JHD UF: Balanço Parcial: 538 Enfermeiro: [assinatura]																									
19:00		35	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
20:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
21:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
22:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
23:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
00:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
01:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
02:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
03:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
04:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
05:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
06:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
19:00min - 06:00min Líquidos Administrados: 2932 JCH () Plasma () Plaquetas Líquidos Eliminados: 700 JHD UF: Balanço Parcial: 2232 Enfermeiro: [assinatura]																									
07:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
08:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
09:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
10:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
11:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin
12:00		36	146	14	115	88		131								VC	35	12	51	13	5	92%			lamin

Total:

Líquidos Administrados: +4110

Líquidos Eliminados: -4000

Balanço final: +210

Enfermeiro: [assinatura]

Dr. Danilo Saldanha do C. Med
COREN-RR 148217 - ENF

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO
NOME: BRAUN WILSON

DATA DE NASCIMENTO: 27/07/2001

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 27/07/2001
Nº BOLSA: 0414200323016 VOLUME: 285 ml
BOLSA: ABO: 0 FATOR Rh: +
PACIENTE: ABO: 0 FATOR Rh: +
SINAIS VITAIS:
INICIO: 11:10 h. T: - PA: 90x40 P: 124 FR -
MEIO (15MIN): 11:25 h. T: - PA: 82x34 P: 118 FR -
FIM: 11:50 h. T: - PA: 80x51 P: 116 FR -
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____ COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: José Buttendbender
Médico Residente em Anestesiologia
CRM: 1897

Osvaldo Alves de Siqueira
Rc. Enfermagem
COREN-RR 904.179

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 27/07/2001
Nº BOLSA: 0414200323022 VOLUME: 264 ml
BOLSA: ABO: 0 FATOR Rh: +
PACIENTE: ABO: 0 FATOR Rh: +
SINAIS VITAIS:
INICIO: 11:30 h. T: - PA: 110x53 P: 126 FR -
MEIO (15MIN): 11:55 h. T: - PA: 81x53 P: 126 FR -
FIM: 12:50 h. T: - PA: 82x50 P: 126 FR -
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____ COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: José Buttendbender
Médico Residente em Anestesiologia
CRM: 1897

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 1/1/
Nº BOLSA: _____ VOLUME: _____
BOLSA: ABO: _____ FATOR Rh: _____
PACIENTE: ABO: _____ FATOR Rh: _____
SINAIS VITAIS:
INICIO: _____ h. T: _____ PA: _____ P: _____ FR _____
MEIO (15MIN): _____ h. T: _____ PA: _____ P: _____ FR _____
FIM: _____ h. T: _____ PA: _____ P: _____ FR _____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____ COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____ CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 1/1/
Nº BOLSA: _____ VOLUME: _____
BOLSA: ABO: _____ FATOR Rh: _____
PACIENTE: ABO: _____ FATOR Rh: _____
SINAIS VITAIS:
INICIO: _____ h. T: _____ PA: _____ P: _____ FR _____
MEIO (15MIN): _____ h. T: _____ PA: _____ P: _____ FR _____
FIM: _____ h. T: _____ PA: _____ P: _____ FR _____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: _____ COREN: _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: _____ CRM: _____

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA.

24 04 2020
Buen Wilben
0341949401015

22:00
22:50
22:55

36,4
36,3
36,5

19/196
157/196
155/196

130
131
133

192
+
+

22
17
24

M. Alice
Exp. Donatário do C. Neto
COREN-RR 148.217 - ENF

25 04 2020
Buen Wilben
0341941010010

03:37
04:05
04:05

36,5
36,5
36,6

188x97
183x96
178x81

173
+
+

18
18
18

M. Alice
Exp. Donatário do C. Neto
COREN-RR 148.217 - ENF

24 04 2020
Buen Wilben
034194101002

22:51
23:06
23:25

36,5
36,5
36,5

159x92
158x93
177x93

176
+
+

M. Alice
Exp. Donatário do C. Neto
COREN-RR 148.217 - ENF

25 04 2020
Buen Wilben
034194101004

04:09
04:25
04:40

36,6
36,6
36,6

135x80
126x76
124x89

186
+
+

18
18
18

M. Alice
Exp. Donatário do C. Neto
COREN-RR 148.217 - ENF



ESTADO DE RORAIMA
FARMÁCIA PATAMUNGO 2008 RUA LUIZ GOMES

Paciente: Brain Wilson	Sexo: Masculino	Nasc: 27/10/2001	Idade: 18 ANO
Solicitação: 20175013	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Setor: UTI 2	Leito: 18	
Data de Emissão: 24/04/2020 17:23	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2017501302

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	15,60 seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	1,13	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	35.0 seg	25.0 - 39.0 seg
RATIO	1,29	0.75 - 1.22

Notas

1- O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa 3-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Theliane Reis
Farmacêutica - Bioquímica
CRF-RR 107

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 180
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

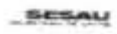
25/04/2020 07:34

(*) Retificado
Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
End: 951 2121 0040
E-mail: hgr@hgr.gov.br
Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 5300 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR



GOVERNO
DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA

Paciente: Brain Wilson

Solicitação: 20175013

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: UTI 2

Leito: 18

Data de Emissão: 24/04/2020 17:23

Recebimento:

Amostra: 2017501301

Resultado de Exame

DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (díazot)

BILIRRUBINA TOTAL

Resultado

Referência

3.97 mg/dL

0.1 - 1.2 mg/dL

BILIRRUBINA DIRETA

2.55 mg/dL

0.0 - 0.4 mg/dL

BILIRRUBINA INDIRETA

1.42 mg/dL

0.1 - 0.8 mg/dL

Notas

1° O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2° Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3° Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

Referência

1.02 mg/dL

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas. O uso recente de dipirona podem interferir nos níveis de creatinina dosada pelo método Enzimático.

DOSAGEM DE FÓSFORO SÉRICO

Material: SORO

Métodologia: M14 - Molibdato

FÓSFORO

Resultado

Referência

8.77 mg/dL

2.5 - 4.8 mg/dL

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

Referência

227.39 mg/dL

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE MAGNÉSIO SÉRICO

Material: SORO

Métodologia: M20 - Mann Yoe

MAGNÉSIO

Resultado

Referência

sem kit mg/dL

1.6 - 2.6 mg/dL

Roberta Silva Rizzo
Bioquímica
CRF-RR 713

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 07:35

(*) Retificado
Página: 1 de 2



Hospital Geral de Roraima
Endereço: 21.211-0000
E-mail: hgr@hgr.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA

Paciente: Brain Wilson

Solicitação: 20175013

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: UTI 2

Leito: 18

Data de Emissão: 24/04/2020 17:23

Recebimento:

Amostra: 2017501303

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

Resultado

Referência

NEUTRÓFILOS

31.39 x10³/uL

4.0 - 10.0 x10³/uL

LINFÓCITOS

85.80 %

50.0 - 70.0 %

MONÓCITOS

5.50 %

20.0 - 40.0 %

EOSINÓFILOS

8.50 %

3.0 - 12.0 %

BASÓFILOS

0.10 %

0.5 - 5.0 %

0.10 %

0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

2.91 x10⁶/uL

4.32 - 5.52 x10⁶/uL

HEMOGLOBINA

9.70 g/dL

13.5 - 18.0 g/dL

HEMATÓCRITO

27.40 %

40.0 - 50.0 %

VCM

94.10 uL

87.0 - 103.0 uL

HCM

33.30 pg

27.0 - 34.0 pg

CHCM

35.40 g/dL

32.0 - 37.0 g/dL

RDW CV

14.00 %

11.0 - 16.0 %

RDW SD

55.60 fL

35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS

175.00 x10³/uL

150.0 - 400.0 x10³/uL

VPM

9.90 fL

6.5 - 12.0 fL

ADP

16.50

9.0 - 17.0

PCT

0.172 %

1.08 - 2.82 %



Thatiane Reis
 Farmacêutica - Bioquímica
 CRF-RR 107

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cezine de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 180
 Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 07:34

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
 69000-000 2121 0640-
 E-mail: hgr@hgr.gov.br
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300 -
 Aeroporto

MÓDULO DE LABORATÓRIO
 DO HGR

SESAU



GOVERNO
 DO ESTADO
 DE RORAIMA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II



NOME:

Brain Wilson, 18 anos, 75kg

18

Data:

25/04/2020

Diagnósticos: Choque Hipovolêmico/ Osteossintese de Fêmur D

Prescrição Médica

		HORÁRIOS	Prontuário: s/n
1	Digita Zero até segunda ordem	25/04	DN: 27/10/2001
2	SF 0,9% 500 ml IV 04/04 hrs	10:15 18 22 08 08	DI HGR: 01/04/2020
3	SF 0,9% ou SRL 500 ml IV ACM	ACM	DI UTI II: 24/04/2020
4	Ceftriaxona 1 g IV 12/12 hrs (24/04)	16 08	TABELA DE CORREÇÃO GLICÊMICA
5	Fentanil 50 ml IV BIC	BIC	151 - 180
6	Midazolam 50 ml IV BIC (SOSP)	BIC	181 - 210
7	Noradrenalina 04 amp + SG 5% 100 ml IV BIC	BIC	211 - 240
8	Omeprazol 40 mg IV 1x/dia	16 08	241 - 270
9	Metoclopramida 10 mg IV 08/08 hrs	16 08	271 - 300
10	Dipirona 02 ml IV 04/04 hrs SN	16 08	301 - 330
11	Transamin 1 g + SF 0,9% 250 ml IV 08/08 hrs	16 08	> 330
12	Gluconato de cálcio 10% 20 ml + SF 0,9% 100 ml ACM	ACM	AVISAR PLANTONISTA
13	PFC 02 UN IV 08/08 hrs	16 08	< 70
14	Glicemia capilar 04/04 hrs	16 08	Fazer GH 50% 40ml EV
15	Hipromelose 0,5% 1 gt em cada olho de 04/04 hrs	16 08	Evolução da especialidade médica responsável:
16	Cebeceira elevada a 30°	16 08	
17	Anotar diâmetro pupilar 04/04 hrs	16 08	1. Avaliação Geral:
18	Manter PAM > 75 mmHg	16 08	
19	Manter Paciente aquecido	16 08	2. Sugestão de Conduta:
20	Manter Sale. 1000 kcal	16 08	
21	SF 0,9% 500 ml IV 04/04 hrs	16 08	3. Planejamento Terapêutico:
22	DEXMEDE TOMIDINA 20mg + SF 0,9% 100 ml IV BIC	16 08	
23	S-H A UVID. (E)	16 08	
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			

NOME: Bryan Wilson

IDADE: 18

DATA: 25.04.20

LEITO: 38

HO:

Isolamento de contato/respiratório: () Sim () Não

PERÍODO: () MATUTINO () VESPERTINO () NOTURNO

ESCALA DE RAMSAY

1	Acordado, atônico e/ou inquieto
2	Cooperativo, orientado e tranquilo
3	Acordado, responde a comandos verbais
4	Dormindo, resposta leve a estímulo tátil/auditivo
5	Sem resposta a estímulo tátil/auditivo, só doloroso
6	Sem resposta a estímulo doloroso

Score: 06

AValiação Pupilar

() Reagente () Não reagente
 () Normal () Média fixa
 () Isocóricas () Anisocóricas
 () Miose () Midríase
 () D-E () EDO

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
Exponetânea	4	Orientado	5	Obedece	6
Estímulos verbais	3	Confuso	4	Localiza a dor	5
A dor	2	Palavras impróprias	3	Flexão normal	4
Nenhuma	1	Sons	2	Flexão anormal	3
		Nenhuma	1	Extensão a dor	2
				Nenhuma	1

Score: 03

Avaliação da dor: () Sem dor () Com dor 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 () Ininterrupta
 () Não consegue dormir () Não melhora com medicação () Cessa com medicação

ESCALA DE BRADEN

1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6

SCORE FINAL: 12

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Espontânea () Eupneia () Taquipneia () Bradipneia
 () Dispneia () Cheyne-stokes () Kusmaul
 VPM TOT () VM TOT TOT/TOT - Data: 25.04.20 Modo: CPAP
 Posicionamento do TOT/TOT a 10 cm dos incisivos Pressão do Cuff 20 mmHg
 Data da Troca: 25.04.20 Resistência a aspiração: () Sim () Não
 Ausc. Pulmonar: () Crepitações () Sibilos () Murmúrios Vasculares

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Rítmico () Arritmico () Chelo () Filiforme
 Ausculta cardíaca: () 2 tempos () 3 tempos Local: Pericardio

Acesso Venoso Central: () Sim () Não Data: 25.04.20 Local: Subclava G
 Acesso Venoso Periférico: () Sim () Não Data: 25.04.20 Local: Subclava G
 Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não
 Sangramento: () Sim () Não Local: 25.04.20
 Hemotransfusão: () Sim () Não () CH () PF () PLACQUETAS QUANTIDADE

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Alimentação da dieta: () Sim () Não () Parcial () Total
 () VO () NPT () GTT () SNG - Data: 25.04.20 SNE - Data: 25.04.20
 Ruídos hidroaéreos: () Presentes () Ausentes
 Abdomem: () Normal () Globoso () Distendido () Flácido () Tenso
 Eliminação: () Normal () Diarréia () Constipação () Melena

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

Diurese: () Espontânea () SVO () Uropen () Cistostomia
 () Colúria () Polaciúria () Disúria () Oligúria () Anúria () Hematúria
 () Odor () Edema () Lesões - Local
 Coloração: () Limpa () Concentrada () Sedimentada
 Secreções: () Sim - Aspecto () Não Higiene: () Satisfatória () Precária

CURATIVOS E DRENOS

Região: AVC Limpo
 Características: 5.1.1.1
 Produto: 5.1.1.1
 Região: FO fêmur D
 Características: 5.1.1.1
 Produto: 5.1.1.1
 Dreno: Local 5.1.1.1 Volume 5.1.1.1 Dias 5.1.1.1
 Secreção: 5.1.1.1

ÚLCERA POR PRESSÃO

Região: San LPP Estágio 5.1.1.1 Região 5.1.1.1 Estágio 5.1.1.1
 Região: San LPP Estágio 5.1.1.1 Região 5.1.1.1 Estágio 5.1.1.1

INTEGRIDADE CUTÂNEA

() Febril () Hipertermia () Desidratada () Ressecada () Ictérica () Clonótica
 () Hipocorada () Pele fria e sudoreica () Anasarca () Rubor () Palidez
 () Petéquias - Local () Edema - Local

ENFERMEIRO(a):

5.1.1.1

Nome: Brain Wilson	Idade: 18a	DN: 27/10/2001	Peso: 75Kg	BOX: 18
Data: 25/04/2020 23:27	DIH: 01/04/2020	DIUTI: 24/04/2020	Prontuário: 16508	
Diagnósticos: Osteossíntese de Fêmur D/ Choque Hipovolêmico				

Variação de sinais nas últimas seis horas			
Tx	4. febre	SpO	100-98
FC	114-86	PVC	
PAM	131-27	PIA	
FR	20-14	Glicemia	132-100

Prescrição médica sendo seguida? () sim (x) não

- Medicação em falta:

Hyptis

- Medicamentos ã checadas:

INTERCORRÊNCIAS

- **CARDIOVASCULAR:**

DVA1: <u>nao</u> <u>40</u> ml/h ou <u> </u> µg/kg/h <input type="checkbox"/> em diminuição <input type="checkbox"/> em ascensão <input type="checkbox"/> mantida <input type="checkbox"/> retirada	DVA2: <u> </u> <u> </u> ml/h ou <u> </u> µg/kg/h <input type="checkbox"/> em diminuição <input type="checkbox"/> em ascensão <input type="checkbox"/> mantida <input type="checkbox"/> retirada	Arritmias? <input type="checkbox"/> Taquiarritmia <input type="checkbox"/> Bradiarritmia PCR? <u> </u>	ΔPP: <u> </u> Cava: <u> </u> EC: <u> </u> Pulsos: <u> </u>
---	--	--	---

- **RESPIRATÓRIO:**

<input type="checkbox"/> ar ambiente <input type="checkbox"/> O2 CN <input type="checkbox"/> O2 Macro <input type="checkbox"/> O2 Tubo Y <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> VM	Secreção: <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> pouca <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> abundante Aspecto:	Hipoxemia? Causa: _____ _____ Tto: _____ _____	<input type="checkbox"/> Desconforto Res? <input type="checkbox"/> Broncoespasmo? <input type="checkbox"/> Congestão? <input type="checkbox"/> SARA? <input type="checkbox"/> Rolha? Outro: _____	PaO2/FiO2: <u>680</u> Ajustes: VC 430-410 FR 15-12
--	--	---	--	---

- **GASTROINTESTINAL:**

Dieta instalada?	() Retorno/Vômitos?
() Sim	() Diarreia?
<input checked="" type="checkbox"/> Não. Motivo?	() Sangramentos?
	() Distensão?
	() Ausência de RHA?

- RENAL:**

Diurese últimas 6h: <u>1200</u> ml/kg/h <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> IRC KDIGO _____ <input type="checkbox"/> TRS	Estimulação? <input type="checkbox"/> Hidratação? <input type="checkbox"/> Diurético? Outro: _____
---	---

- **NEUROLÓGICO:**

Sedação? <input checked="" type="checkbox"/> sim () não RASS: _____ ECG: _____ Em despertar? () sim <input checked="" type="checkbox"/> não	() Sonolência () Desperto e desorientado () Depressivo () Agitado () Desperto mas não interage com examinador.	() Desperto e orientado () Comatoso () Ansioso () Delirium	Pupilas: D: _____ mm E: _____ mm RFM: _____
---	---	---	--

Dr. Alexandre Feito
Médico
CRM-RR 2131

Outras intercorrências:

4. intervenções no turno.

Impressão clínica:

Por gram, Elque hemorágico já compensado c/ OVA, com parame
tro ventilatório, boa diurese e OHEAO

Conduta médica:

- Zūpoke + gūste ventilatāms.

Sedação adequada ✓	Analgesia ✓	Cateter ✓	Tubo / Cuff ✓	P. Platô < 30	Profilaxia TVP ✓	Profilaxia úlcera ✓
Oftalmo Proteção	Mudança decúbito	Cabeceira elevada	Sonda vesical	Dieta	Prócinético	Fibra alimentar

NAME: Bryan Wilson

BALANÇO HÍDRICO

DATA: 25 04, 20 BOX: 18

LOADING:

NOX

[illegible]

Total:

Líquidos Administrados:

1906

Líquidos Eliminados:

0080

Balanco final: -596

Enfermeira:

96

Enfermeiro:

2

THE

CON-EN-IR ↑ -ENF

Nome: Brain Wilson	Idade: 18a	DN: 27/01/2001	Peso: 80Kg	BOX: 18
Data: 24/04/2020 16:13	DIH: 01/04/2020	DIUTI: 24/04/2020	Prontuário: 16508	
Diagnósticos: Osteossítese de Fêmur D/ Choque Hipovolêmico				

Hemograma / Coagulograma

Data	25/04	26/04				
Leucocitos	31380	9,46				
Neutrofilos	85,8	79				
linfocitos	5,5	17				
Bastões						
Hb	8,7	7,2				
Ht	27,4	20,3				
Plaquetas	175000	129000				
TAP	15,6					
RNI	1,13					
TTPA	35					

Gasometria / Ionograma / Bioquímica

BT	3,87	0,55				
BD	2,55	0,39				
BI	1,42	0,16				
Creatinina	1,02	0,84				
FOSFORO	8,77	2,96				
Glicose	227,38	108				
Lactato						
Mg	-					
TGO	155,76	112				
TGP	-					
Ureia	35,88	28				
PCR	24,83	74				
Albumina	3,78	2,93				
Ca	1,24	1,2				
K	4,6	4,2				
Na	145	150				
Cl	112	113				
CPK		2052				
Mioglobina						
Troponina						
CK-MB		68				
SOFA						
BH DO DIA	+ 18702	- 596				

Legenda

NR: Exame solicitado mas não realizado

?: resultado duvidoso

Paciente: Brain Wilson	Sexo: Masculino	Nasc: 27/10/2001	Idade: 18 ANO
Solicitação: 20175091	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Setor: UTI 2	Leito: 18	
Data de Emissão: 25/04/2020 14:05	Recebimento:		

Amostra: 2017509101

Resultado de Exame

DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (diazot)

BILIRRUBINA TOTAL

BILIRRUBINA DIRETA

BILIRRUBINA INDIRETA

Resultado

0.55 mg/dL

0.39 mg/dL

0.16 mg/dL

Referência

0.1 - 1.2 mg/dL

0.0 - 0.4 mg/dL

0.1 - 0.6 mg/dL

Notas

1° O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2° Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3° Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0.84 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas. O uso recente de dipirona podem interferir nos níveis de creatinina dosada pelo método Enzimático.

DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

CPK

Resultado

2052.58 U/L

Referência

24.0 - 195.0 U/L

DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO - MB (CK-MB)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

CK-MB

Resultado

68.14 U/L

Referência


0.0 - 25.0 U/L

Notas

1° O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2° Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3° Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;


 HÓRCLEY ROBERTO DE
 BIOQUÍMICO
 CRF - 054 - RR

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
 Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 06:56

(*) Retificado

Página 1 de 2



Hospital Geral de Roraima
 (065) 2121 0640
 E-mail: hgr@hgr.com.br
 Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 3308
 Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
 DO HGR

SESAU



GOVERNO
 DE RORAIMA



ESTADO DO PARANÁ
PARANÁ - NA PATRIMÔNIO DO SEBRAE 2010

Paciente: Brain Wilson

Solicitação: 20175091

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 27/10/2001

Idade: 18 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: UTI 2

Leito: 18

Data de Emissão: 25/04/2020 14:05

Recebimento:

Amostra: 2017509103

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

9.46 x10³/uL

4.0 - 10.0 x10³/uL

NEUTRÓFILOS

79.00 %

50.0 - 70.0 %

LINFÓCITOS

17.00 %

20.0 - 40.0 %

MONÓCITOS

3.00 %

3.0 - 12.0 %

EOSINÓFILOS

1.00 %

0.5 - 5.0 %

BASÓFILOS

0.00 %

0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

2.23 x10⁶/uL

4.32 - 5.52 x10⁶/uL

HEMOGLOBINA

7.20 g/dL

13.5 - 18.0 g/dL

HEMATÓCRITO

20.30 %

40.0 - 50.0 %

VCM

90.80 ug/L

87.0 - 103.0 ug/L

HCM

32.20 pg

27.0 - 34.0 pg

CHCM

35.50 g/dL

32.0 - 37.0 g/dL

RDW CV

14.00 %

11.0 - 16.0 %

RDW SD

53.90 fL

35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS

129.00 x10³/uL

150.0 - 400.0 x10³/uL

VPM

10.80 fL

6.5 - 12.0 fL

ADP

16.40

9.0 - 17.0

PCT

0.139 %

1.08 - 2.82 %

M:

Wellerson Mendes
Farmacêutico - Bioquímico
CRF - RR 043

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/04/2020 07:54

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
Endereço: 2121 0640-
E-mail: hgr@hgr.gov.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3302 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II



NOME:

Brain Wilson, 18 anos, 75kg

18

Data:

26/04/2020

Diagnósticos: Choque Hipovolêmico/ Osteossintese de Fêmur D / Rabdomiólise

Prescrição Médica

		HORÁRIOS	Prontuário: s/n
1	Dietal enteral SNE 500Kcal/dia.		DN: 27/10/2001
2	SRL 500ml EV 5/6h		DI HGR: 01/04/2020
3	SF 0,9% ou SRL 500 ml IV ACM		DI UTI II: 24/04/2020
4	Ceftriaxona 1 g IV 12/12 hrs (24/04)		
5	Noradrenalina 16mg + SG 5% 100 ml EV em BIC.		
6	Fentanil 50 ml IV BIC		
7	Dexametomidina 2amp + SF 0,9% 100ml EV em BIC		
8	Omeprazol 40 mg IV 1x/dia		
9	Bromoprida 10mg EV 8/8h		
10	Dipirona 2g EV SN		
11	Hipromelose 0,5% 2 gotas em cada olho de 04/04h		
12	Glicemia capilar 04/04h. Correções conforme tabela ao lado.		
13	Manter olhos ocluídos com gaze umidificada enquanto inconsciente.		
14	Banho diário com clorexidina 2%		
15	Higiene oral com clorexidina 0,12% 3x/dia		
16	Cebeceira elevada a 45		
17	Mudança de decúbito de 2/2h conforme protocolo interno.		
18	FST respiratória e motora		
19	AMIGDALINA 150mg + SF 0,9% 50ml (EV)		
20	HIPOCORTISOLINA 300mg (EV) 8h		
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			

AVISAR PLANTONISTA
Fazer GH 50% 40ml EV

Evolução da especialidade médica responsável

1. Avaliação Geral:

2. Sugestão de Conduta:

3. Planejamento Terapêutico:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - UTR

NOME: Braun Wilson

IDADE: 18

DATA: 26/01/20 LEITO: 18

DI: 1

Isolamento de contato/respiratório: () Sim (X) Não

PERÍODO: (X) MATUTINO () VESPERTINO () NOTURNO

ESCALA DE RAMSAY

1	Acordado, ansioso e/ou inquieto
2	Cooperativo, orientado e tranquilo
3	Acordado, responde a comandos verbais
4	Dormindo, resposta leve a estímulo tátil/auditivo
5	Sem resposta a estímulo tátil/auditivo, só doloroso
X	Sem resposta a estímulo doloroso

Score: 1

AVALIAÇÃO PUPILAR

(X) Reagente () Não reagente

() Normal () Média fixa

() Isocóricas () Anisocóricas

() Miose () Midríase

() D>E () E>D

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
4	Orientado	5	Obedece	6	Localiza a dor
3	Confuso	4	Localiza a dor	5	Flexão normal
2	Palavras inapropriadas	3	Palavras inapropriadas	4	Flexão anormal
1	Sons	2	Palavras inapropriadas	3	Extensão a dor
X	Nenhuma	1	Nenhuma	2	Nenhuma

Score: 13

Avaliação da dor: () Sem dor () Com dor 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 () Ininterrupta () Não consegue dormir () Não melhora com medicação () Cessa com medicação

ESCALA DE BRADEN

1	Percepção sensorial	1	Atividade	1	Alteração de percepção	1	Secreção
2	Consciência	2	Transferência	2	Alteração de percepção	2	Secreção
3	Atividade	3	Transferência	3	Alteração de percepção	3	Secreção
4	Atividade	4	Transferência	4	Alteração de percepção	4	Secreção
5	Atividade	5	Transferência	5	Alteração de percepção	5	Secreção

Score Braden: 13

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Espontânea (X) Espontânea () Taquipneia () Bradipneia

() Dispneia () Cheyne-stokes () Kusmaul

Posicionamento do TOT/TQT a 10 cm dos incisivos Pressão do Cuff 20 mmHg

Data da Troca: 26/01/20 Resistência a aspiração: () Sim (X) Não

Ausc. Pulmonar: () Crepitações (X) Sibilos (X) Murmúros Vesiculares

SISTEMA CARDIOVASCULAR

(X) Rítmico () Arritmico () Chelo

Ausculta cardíaca: (X) 2 tempos () 3 tempos

Local: Neck

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Alimentação da dieta: (X) Sim () Não () Parcial (X) Total

() VO () NPT () GTT () SNG - Data: 26/01/20 (X) ASNE - Data: 26/01/20

Ruidos hidroacústicos: () Presentes () Ausentes

Abdome: (X) Normal () Globoso () Distendido () Flácido () Tenso

Eliminação: () Normal () Diarreia () Constipação () Melena

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

Diurese: () Espontânea (X) SVD () Uropen () Cistostomia

(X) Colúria () Polaciúria () Disúria () Oligúria () Anúria () Hematúria

() Odor () Edema () Leões - Local () Concentrada () Sedimentada

Coloração: (X) Limpa () Turva

Secreções: () Sim - Aspecto (X) Não Higiene: (X) Satisfatória () Precária

CURATIVOS E DRENOS

Região: FD da região M.F.D

Características: de uma ferida

Produto: peróxido

Região: C.V.C. - V.S.C.L.E

Características: de uma ferida

Produto: peróxido

Dreno: Local

Secreção: peróxido

Volume: 100 Dias

ÚLCERA POR PRESSÃO

Região: Estágio - Região: Estágio

Região: Estágio - Região: Estágio

INTEGRIDADE CUTÂNEA

() Febril () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Ictérica () Claudica

() Hipocorada () Pela fria e sudoreica () Arasaria () Rubor () Palidez

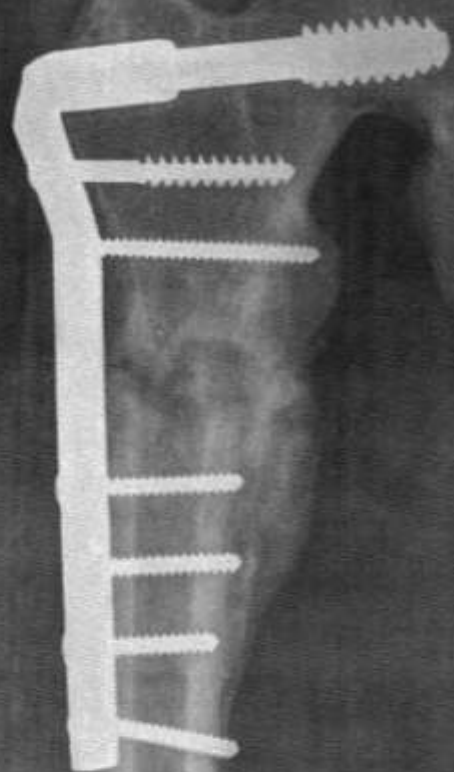
() Petéquias - Local () Edema - Local

ENFERMEIRO(a):

Enf.ª Dorivalda Santana da C. Neto

COREN-RR 148.217 - ENF

D



BRAIN WILSON

6116

HOSPITAL CORONEL MOTA

Marcos

NOTY IRIS PAIOS-X
BRAIN WILSON
018V Sexo: M Data: 06/04/2020 10:40
Técnica: VALDINET

D
LATERAL



AP

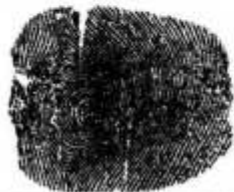
D

LOTTY IRIE BAJOB-N
BRAIN WILSON
0187 SEX: M Data: 08/01/2020 10:44
[Fingerprint Validity]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscópico do Polícia Civil

Divisão de Ident.

2 VIA

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

TRABALHADOR

Este é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5457 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantido, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, a seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://trabalho.gov.br)



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

FUNDESP

136.97466.54-1

5264156

0060

RR

Brain Wilson



BRAIN WILSON

FILIAÇÃO: ALICE WILSON

NASCIMENTO: 27/10/2001

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BONFIM - RR

DOCUMENTO: R.G. 5552435 - 15/08/2016 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 706.679.212-22

TIT. ELEITOR:

CNH:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - RUA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 14/10/2013

Maysa Della Flora

Maysa Della Flora

Superintendente Regional de Trabalho e Emprego-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274468/20

Vítima: BRAIN WILSON

CPF: 706.679.212-22

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRAIN WILSON

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

BRAIN WILSON : 706.679.212-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Brain Wilson
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 5532435
CPF: 706.679.212-22 ENDEREÇO: CS. Original do Lafuel
BAIRRO: _____ CIDADE: Boa Vista
CEP: 9.300-670

VÍTIMA: Brain Wilson
CPF: 706.679.212-22 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-28
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Lavoura Moura

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidade, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista RR, 13 de Maio de 20 20

Brain Wilson

Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274468/20

Vítima: BRAIN WILSON

CPF: 706.679.212-22

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRAIN WILSON

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

BRAIN WILSON : 706.679.212-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO