



ATESTADO/RELATÓRIO MÉDICO

PARA: NOME DO PACIENTE

PARA: XXXXXX

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE SUPRACITADO(A) ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO MÉDICO NO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA FUNCIONAL E DOR DESTE SERVIÇO COM QUADRO CLÍNICO COMPATÍVEL COM DOR CRÔNICA INTRATÁVEL CID: R52.1

DOENTE REFERE INÍCIO DO QUADRO ÁLGICO HÁ MAIS DE 2 ANOS , QUADRO DE LOMBOCIATALGIA COM PREDOMÍNIO QUADRO AXIAL A APENDICULAR , ALÉM DE DOR DIFUSA FIBROMIÁLGICA.

PACIENTE APRESENTANDO "" HERNIA L5S1 COM ABAULAMENTO SIMÉTRICO E POTENCIAL CONFLITO RADICULAR , DISMORFISMO DO ARCO POSTERIOR DE L5S1, HIPOPLÁSICO à ESQUERDA"".

FOI SUBMETIDA A BLOQUEIO VENOSO COM MELHORA FULGAZ DOS SINTOMAS.

PACIENTE REFERE MANTER QUADRO ÁLGICO DE MODERADA INTENSIDADE QUE O INCAPACITA DE REALIZAR ATIVIDADES DE MAIORES ESFORÇOS, SEM INDICAÇÃO DE ARTRODESE OU DESCOMPRESSÃO CIRÚRGICA NO MOMENTO.

SOLICITAMOS AVALIAÇÃO DO MÉDICO PERITO PARA AFASTAMENTO TEMPORÁRIO DE SUAS ATIVIDADES.

GRATO.
MONTES CLAROS