



ADMISSÃO E SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO

Paciente: **NOME BLOQUEIO NEUROLISE**

Sexo: ☐ Fem. ☐ Masc. Data Nasc. ____/____/____ Idade: _____ Convênio: SUS

Médico Solicitante: LEANDRO FROES BATISTA Serviço: NEUROCIRURGIA

Data de Solicitação da Internação: _____ Data Prevista da Cirurgia: ____/____/____

HMA

PACIENTE COM CERVICALGIA CRONICA E LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE CERVICAL DE CARÁTER PROGRESSIVO. TC DE COLUNA CERVICAL COM ACHADOS DE ARTROPATIA INFLAMATÓRIA. SOLICITADO INTERVENÇÃO PARA TRATAMENTO DE DOR REFRATÁRIA

HISTÓRIA PREGRESSA

Comorbidades? ☐ Não ☐ Desconhecido ☐ Sim ☒ DM ☐ HAS ☐ DPOC ☐ I. Renal ☐ Outros

História de Alergias? ☐ Não ☒ Desconhecido ☐ Sim, Quais?

Uso de Medicação Domiciliar? ☐ Não ☐ Desconhecido ☐ Sim, Quais/Quando?

Outras informações importantes? ESPONDILITE ANQUILOSANTE

EXAME FÍSICO

Temp: 36 °C PA: 120 /80 mmHg FC: 72 bpm FR: 16 irpm Pulso: 72

DEFINIÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

Hipótese Diagnóstica/ CID: DOR CRÔNICA INTRANTÁVEL

EXAMES

Exames a serem realizados:

☐ Laboratoriais ☐ RX ☐ TC ☐ US ☐ RNM ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

Exames externos disponíveis:

☐ Laboratoriais ☐ RX ☐ TC ☐ US ☐ RNM ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

INFORMAÇÕES CIRÚRGICAS

Tipo de Procedimento Cirúrgico Previsto: LESÃO DO SISTEMA NERVOSO NEUROVEGETATIVO PARA TRATAMENTO DE DOR REFRATÁRIA +

Topografia/ Lateralidade Cirúrgica: ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Bilateral ☒ NA ☐ Múltiplos Níveis: _____

Necessidade de Reserva de Hemocomponentes? ☐ Sim ☒ Não (Se sim, preencher Formulário de Reserva).

Necessidade de vaga no CTI? ☐ Sim ☒ Não

Anestesia local: ☐ Sim ☒ Não

MATERIAIS/APARELHOS PARA O PROCEDIMENTO

☐ Ótica ☒ Intensificador de imagens ☐ Aspirador de secreção ☐ Microscópio ☐ Manta térmica

☐ Vídeo ☐ Fonte de Luz ☐ Eletrocautério de Argônio

☒ OPME – Quais? AGULHAS SPINOCAM

CONDUTA

Orientações Especiais/Restrições? _____

Jejum ____/____/____ a partir das _____ (23 horas do dia anterior ao procedimento).

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

☐ Enfermeiro ☐ Fisioterapia ☐ Nutricionista ☐ Médico Especialista: _____

☐ Outros: _____

PREVISÃO DE PERMANÊNCIA 1 Dias

À Portaria:

Solicito internar o paciente acima sob os cuidados de Dr. (a) LEANDRO FROES BATISTA

Assinatura/ CRM _____ Data: _____



Ministério
da
Saúde



HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS
Praça Honorato Alves, 22, Centro – Montes Claros/MG Tel: (38) 3229-2000



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS

2 - CNES

2 1 4 9 9 9 0

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

IRMANDADE NSA SRA MERCÊS MONTES CLAROS

2 - CNES

2 1 4 9 9 9 0

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

NOME BLOQUEIO NEUROLISE

6 - No. DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☐ 1 ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA

14 - COD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM CERVICALGIA CRONICA E LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE CERVICAL DE CARÁTER PROGRESSIVO. TC DE COLUNA CERVICAL COM ACHADOS DE ARTROPATIA INFLAMATÓRIA. SOLICITADO INTERVENÇÃO PARA TRATAMENTO DE DOR REFRACTÁRIA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico de dor crônica refratária . Codificação: 0403050154

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

Exame clínico neurológico e radiológico - Tomografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID CAUSAS ASSOCIADAS

DOR CRÔNICA INTRANTÁVEL

R521

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

LESÃO DO SISTEMA NERVOSO NEUROVEGETATIVO PARA TRATAMENTO DE

0403050154

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

50 - Data Interna

28 - DOCUMENTO

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

NEUROCIR

ELETIVA

CNS

705.0066.7071.6058

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

LEANDRO FROES BATISTA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO TÍPICO

35 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 CBOR

42 - VÉICULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

44 - ORGÃO EMISSOR

53 - TIPO

51 - SITUAÇÃO LAUDO

52 - PROBLEMA

☐ CANCELADO

☐ AUTORIZADO

☐ MP

☐ SIM

☐ NÃO

45 - DOCUMENTO

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

☐ CNS ☐ CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Ministério
da
Saúde



HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS
Praça Honorato Alves, 22, Centro – Montes Claros/MG Tel: (38) 3229-2000



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS

2 - CNES

2 1 4 9 9 9 0

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

IRMANDADE NSA SRA MERCÊS MONTES CLAROS

2 - CNES

2 1 4 9 9 9 0

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

NOME BLOQUEIO NEUROLISE

6 - No. DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☐ 1 ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA

14 - COD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM CERVICALGIA CRONICA E LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE CERVICAL DE CARÁTER PROGRESSIVO. TC DE COLUNA CERVICAL COM ACHADOS DE ARTROPATIA INFLAMATÓRIA. SOLICITADO INTERVENÇÃO PARA TRATAMENTO DE DOR REFRACTÁRIA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico de dor crônica refratária . Codificação: 0403050154

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

Exame clínico neurológico e radiológico - Tomografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID CAUSAS ASSOCIADAS

DOR CRÔNICA INTRANTÁVEL

R521

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

LESÃO DO SISTEMA NERVOSO NEUROVEGETATIVO PARA TRATAMENTO DE

0403050154

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

50 - Data Interna

28 - DOCUMENTO

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

NEUROCIR

ELETIVA

CNS

705.0066.7071.6058

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

LEANDRO FROES BATISTA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO TÍPICO

35 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 CBOR

42 - VÉICULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

44 - ORGÃO EMISSOR

53 - TIPO

51 - SITUAÇÃO LAUDO

52 - PROBLEMA

☐ CANCELADO

☐ AUTORIZADO

☐ MP

☐ SIM

☐ NÃO

45 - DOCUMENTO

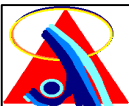
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS ☐ CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



AValiação DO RISCO DE TEV – TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTE CIRÚRGICO



NOME: **NOME BLOQUEIO NEUROLISE**

Nº ATENDIMENTO

SETOR:

DATA: __/__/__

☐ **Cirurgia de Risco Alto**

☒ **Cirurgia de Porte Médio ou Alto (Duração ≥ 60 min)**

☒ **Cirurgia de Pequeno Porte com duração < 45 min e internação < 2 dias**

- ☐ Artroplastia de quadril
- ☐ Artroplastia de joelho
- ☐ Artrodese de coluna
- ☐ Fratura de quadril
- ☐ Oncológica
- ☐ Politrauma
- ☐ Trauma raquimedular

☐ > 60 anos

☐ 40 - 60 anos

☐ < 40 anos

Fatores de risco* para TEV?

SIM ☐

NÃO ☐

Fatores de risco* para TEV?

SIM ☐

NÃO ☐

- ☐ Endoscópica¹
- ☐ Laparoscópica
- ☐ Superficial (mama, plástica, dermatológica)
- ☐ Oftalmológica
- ☒ Outra:

☐ **RISCO ALTO**

☐ **RISCO INTERMEDIÁRIO**

☐ **RISCO BAIXO**

☐ **Classificação pelo enfermeiro**

☐ **Contra indicação impede profilaxia medicamentosa?**

- ☐ Sangramento ativo
- ☐ Úlcera péptica ativa
- ☐ HAS não controlada (> 180 X 110 mmHg)
- ☐ Coagulopatia (plaquetopenia ou INR > 1,5)
- ☐ Alergia ou plaquetopenia por heparina
- ☐ Insuficiência renal (Cl Cr* < 30 ml/min)
- ☐ Coleta de LCR < 2h
- ☐ Paciente em uso de anticoagulante

NÃO ☐

☐ **PROFILAXIA MEDICAMENTOSA**

Medicação²
Enoxaparina* **Risco alto** **Intermediário**
 40 mg 1x/d **20 mg 1x/d**

Tempo de profilaxia recomendado

ATQ e Fratura de quadril 4 a 5 semanas
ATJ Pelo menos 10 dias
Oncologia³ 3 a 4 semanas
Politrauma e TRM Até recuperação
Demais 7 a 10 dias

***Marcar fatores de risco para TEV presentes**

- ☐ Câncer
- ☐ Acesso Venoso Profundo
- ☐ D. Inflamatória intestinal ativa
- ☐ Doença respiratória grave
- ☐ Doença reumática ativa
- ☐ Gravidez/ puerpério
- ☐ ICC classe III ou IV
- ☐ História prévia de TEV
- ☐ Infecção
- ☐ AVC
- ☐ Insuficiência arterial periférica
- ☐ Internação em UTI
- ☐ Obesidade (IMC > 30 Kg/m²)
- ☐ Paresia ou paralisia de MMII
- ☐ Químio/ Hormonioterapia
- ☐ Reposição hormonal/ Contraceptivos
- ☐ Síndrome nefrótica ativa
- ☐ Trombofilias
- ☐ Varizes/ Insuficiência venosa
- ☐ IAM

1 - Inclui ressecção prostática transuretral

2 - Em cirurgia bariátrica, considerar doses maiores: enoxaparina 40 mg 2x/dia.

3 - Estudos principalmente em cirurgia abdominal e pélvica, potencialmente curativa.

Alguns casos não podem ser contemplados pelo algoritmo e deverão ser avaliados individualmente

Assinatura e carimbo do profissional responsável pela classificação: _____



PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA INTERNAÇÃO

Cliente: NOME BLOQUEIO NEUROLISE

Categoria:

Prontuário:

[illegible]



CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o(a) paciente NOME BLOQUEIO NEUROLISE ou seu responsável, Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) LEANDRO FROES BATISTA, inscrito(a) no CRM- _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado LESÃO DO SISTEMA NERVOSO”, e todos os procedimentos que o incluem, ***inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer***, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

POSSÍVEL RISCO:

INFECÇÃO HOSPITALAR:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros - MG _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) Médico responsável

Assinatura do(a) responsável paciente

RG nº _____

Registro nº _____

RG nº _____