



ADMISSÃO E SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO

Paciente: **CARLOS FERNANDES ANDRADE**

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 PORTADOR DE TREMOR ESSENCIAL REFRATÁRIO AO TRATAMENTO CLÍNICO
APRESENTANDO DESCARGA DO GERADOR DE DBS E RECORRENCIA DOS SINTOMAS

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? _____

EXAME FÍSICO

Temp: ____ °C PA: 120 / 80 mmHg FC: 80 bpm FR: 18 irpm Pulso: 80

DEFINIÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

Hipótese Diagnóstica/ CID: TREMOR ESSENCIAL

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: SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

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? GERADOR DE IMPULSOS CEREBRAIS

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) _____

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

CARLOS FERNANDES ANDRADE

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 PORTADOR DE TREMOR ESSENCIAL REFRATÁRIO AO TRATAMENTO CLÍNICO
APRESENTANDO DESCARGA DO GERADOR DE DBS E RECORRENCIA DOS SINTOMAS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Exame clínico neurológico radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID CAUSAS ASSOCIADAS

TREMOR ESSENCIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

0415020077

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

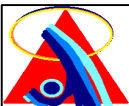
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ 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: **CARLOS FERNANDES ANDRADE**

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
☐ Químico/ 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: CARLOS FERNANDES ANDRADE

Categoria:

Prontuário:

[illegible]



CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o(a) paciente CARLOS FERNANDES AN 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 SEQUENCIAIS EM _____”, 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 _____



SOLICITAÇÃO DE SANGUE E COMPONENTES

Unidade Administrativa: SANTA CASA DE MONTES CLAROS

Paciente: CARLOS FERNANDES ANDRADE	Dt Nasc.: / /	Idade: anos
Nome da Mãe:		
Sexo:	Peso:	
Atendimento: () Hospitalar () Ambulatorial	Convênio: SUS	
Hemoglobina:	Plaquetas: /mm ³	Hematócrito:
Diagnóstico e Indicação Clínica: TREMOR ESSENCIAL		
Cirurgia Proposta: SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA		
Recebeu transfusão: () Sim () Não	Histórico Gestacional: () Sim () Não	Reação à transfusão: () Sim () Não

REQUISIÇÃO

« » ml de Concentrado de Hemácias	TIPO DE ATENDIMENTO			
	TRANSFUSÃO			
« » ml de Plasma Fresco Congelado	Programada	Rotina	Urgência	Emergência
« » Unidades de Concentrados de Plaquetas				
« » Unidades de Crioprecipitado				
« » ml de Concentrado de Hemácias Lavadas				
« » ml de Concentrado de Hemácias Desleucotizadas				
« » ml de Concentrado de Hemácias Irradiadas				
« » Outros(especificar)« »				
« » ml de Concentrado de Hemácias				
« » ml de Plasma Fresco Congelado				
« » Unidades de Concentrados de Plaquetas				

Programada: Para determinado dia e hora. **Rotina:** A se realizar dentro das 24 horas. **Urgente:** A realizar dentro das 3 horas. **Emergência:** Quando o retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente.

() Cirurgia Programada no dia: __/__/__

() Transfusão de Emergência - sem teste de compatibilidade (ver abaixo).

<< _____ >> ml de Concentrado de Hemácias

<< _____ >> ml de Sangue Total

TRANSFUSÃO DE EMERGENCIA, SEM TESTE DE COMPATIBILIDADE

Só é indicada em raríssimas exceções e de ALTO RISCO DE VIDA. Será realizada a classificação sanguínea do paciente e reclassificado o doador, não sendo efetuada a PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ TRANSFUSIONAL (PROVA CRUZADA), mas as provas de compatibilidade devem ser realizadas até o final mesmo que a transfusão já tenha sido completada. Portanto, o risco de reação hemolítica por anticorpos irregulares existirá e será de responsabilidade do médico requisitante, isentando o Serviço de Hemoterapia das consequências delas advindas.

Obs: Transfusão de emergência é quando 40 minutos (tempo para realização do teste de compatibilidade) colocar a vida do paciente em risco.

Data: __/__/__

Médico Solicitante

Nome legível /Carimbo

COMPONENTES, CONTÉUDO E INDICAÇÕES

- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS: Volumes de até 300 ml, hemácias, pouco plasma expansor, leucócitos e seus produtos de degradação. Aumenta a massa de eritrócitos do paciente.
- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS: Usada em pacientes politransfundidos e que apresentam reações às proteínas plasmáticas.
- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DELEUCOTIZADAS: sofre processo de filtração com retirada dos leucócitos e deve ser usada em RN, mulheres grávidas e pacientes com possíveis riscos de sensibilização pelos leucócitos.
- CONCENTRADO DE PLAQUETAS: Volume de até 50 ml, plaquetas, poucos leucócitos e plasma expansor. Corrige trombocitopenias.
- CRIOPRECIPITADO: Até 80 UI por bolsa, fatores de coagulação VIII e I. Tratamento da Hemofilia A e doença de Von Willebrand. Correção de Hipofibrinogenemia.
- PLASMA FRESCO CONGELADO: Volume de até 200 ml, todos os fatores plasmáticos da coagulação. Não possui plaquetas. Tratamento de coagulopatias, principalmente hemofilia B.
- COMPONENTES IRRADIADOS: Usados em pacientes submetidos a transplantes e RN.



IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCÊS DE MONTES CLAROS

Transfusão de Componentes de Sangue ou de seus Hemoderivados

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o(a) paciente CARLOS FERNANDES ANDRADE 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- _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento designado “**TRANSFUSÃO DE COMPONENTES DE SANGUE OU DE SEUS HEMODERIVADOS**”, e todos os procedimentos que o incluem, ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer; além permitir **novas transfusões de hemocomponentes durante todo o período de sua internação**, podendo também 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 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:

DEFINIÇÃO: a transfusão de componentes de sangue ou de seus hemoderivados refere-se a transfusão da parte específica do sangue que o paciente mais necessita, permitindo que o paciente (receptor) receba hemoterapia específica mais efetiva e usualmente mais segura do que o uso do sangue total.

REAÇÕES ADVERSAS:

As complicações mais freqüentes são:

1. Febre;
2. Alergia;
3. Anafilática;
4. Hemolítica: destruição dos glóbulos vermelhos transfundidos;
5. Sobrecarga circulatória: mais comuns em pacientes com problemas cardíacos ou pulmonares;
6. Embolia gasosa;
7. Hipotermia: diminuição da temperatura corpórea;
8. Hipocalcemia: baixa no nível de cálcio sérico;
9. Contaminação bacteriana.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-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 alternativos 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 _____.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

Assinatura do(a) médico(a)

RG nº: _____
Nome: _____

RG nº: _____
Nome: _____

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal. Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.