

PLANO TERAPÊUTICO
SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME PACIENTE: ELOITA BISPO RAMOS VIEIRA

NASCIMENTO:

CONVÊNIO: SUS

DEFINIÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

Hipótese Diagnóstica:

TUMOR CEREBRAL

Cirurgia Proposta:

MICROCIRURGIA PARA TUMOR CEREBRAL

HISTÓRIA PREGRESSA

Comorbidades?

☐ DM

☐ HAS

☐ DPOC

☐ I. RENAL

☐ Oncológico

☐ Risco Habitual

História de Alergias?

☐ NÃO

☐ DESCONHECE

☐ SIM

Quais:

☐ LÁTEX

☐ IODO

Uso de Medicação Domiciliar?

☐ NÃO

☐ DESCONHECE

☐ SIM

Lista Medicamentos e Horários: LEVOTIRACETAM 1000mg BID , DEXAMETASONA

Demais informações importantes:

EXAMES

Exames externos disponíveis:

☐ Laboratoriais

☐ RX

☐ TC

☐ US

☐ RNM

☐ ECG

☐ OUTROS

INFORMAÇÕES CIRÚRGICAS

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

Necessita de Vaga no CTI? ☒ SIM ☐ NÃO

Necessita de Reserva de Hemocomponentes? ☐ NÃO ☒ SIM (Se sim, preencher Formulário de Reserva)

Necessidade de congelamento (Anátomo Patológico) intra-operatório: ☐ NÃO ☐ SIM

Anestesia Local: ☐ SIM ☒ NÃO

Necessário preparo cirúrgico? ☒ NÃO ☐ SIM Qual:

EQUIPAMENTOS / APARELHOS / OPME

Equipamentos: ☐ NÃO ☒ SIM

☐ Intensificador de Imagem ☐ Torre de Vídeo ☐ Microscópio ☐ Fonte de Luz

☐ Outros: CRANIOTOMO, FIXADOR DE CABEÇA, MICROSCÓPIO, ASPIRADOR ULTRASSONICO

OPME: ☐ NÃO ☒ SIM

Medicamentos Especiais:

DATA E HORÁRIO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

Data da Cirurgia:

Horário:

Previsão duração cirurgia:

Necessário Internar em data anterior a data da cirurgia? ☐ NÃO ☐ SIM

Justificativa do motivo:

PREVISÃO DA PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

(DIAS)

Assinatura/Carimbo Médico
MÉDICO SOLICITANTE

OBSERVAÇÕES/ ORIENTAÇÕES:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1-Nome do estabelecimento			2-CNES		
3-Nome do estabelecimento executante			4-CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5-Nome do paciente ELOITA BISPO RAMOS VIEIRA			6-Nº do prontuário		
7-Cartão Nacional de Saúde (CNS)		8-Data de Nascimento		9-Sexo Masc. ☐ Fem. ☐	
10-Nome da mãe ou responsável			DDD	11-Telefone do contato	
12-Endereço					
13-Município de Residência		14-Cod. IBGE Município		15-UF	16-CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17-Principais sinais e sintomas clínicos PACIENTE RECÉM DIAGNÓSTICADA COM TUMOR CEREBRAL APRESENTANDO RM COM LESÃO FRONTOPIRIETAL ESQUERDA COM EDEMA ASSOCIADO, CLINICAMENTE COM CONVULSÃO INÉDITA E HEMIPARESIA DIREITA					
18-Condições que justifique a internação					
19-Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)					
20-Diagnóstico inicial TUMOR CEREBRAL		21-CID 10 principal C71.9		22-CID 10 secundário	
23-CID 10 causas associadas					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24-Descrição do procedimento solicitado SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA				25-Código do procedimento 04.15.02.007-7	
26-Clínica NEUROCIRUR		27-Caráter da internação ELETIVO		28-Documento CNS	
29-Nº documento (CNS/CPF) do profissional solicitante/assistente 705.0066.7071.6058					
30-Nome do profissional solicitante/assistente LEANDRO FROES BATISTA		01-Data da solicitação 28-03-2023		02-Assinatura carimbo (nº do registro do conselho)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
03 ☐ Acidente de trânsito		06-Data da seguradora		07-nº do bilhete	
04 ☐ Acidente trabalho típico				07-Série	
05 ☐ Acidente trabalho trajeto		09—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	
51-Situação laudo ☐ Cancelado ☐ Autorizado ☐ MP		52-Problema ☐ Sim ☐ Não		44-Tipo	
45-Documento			46-nº documento (CNS/CPF) do profissional autorizador		
47-Data da autorização		48-Assinatura e carimbo (nº do registro do conselho)		44-Nº da autorização de internação hospitalar	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Cliente: ELOITA BISPO RAMOS VIEIRA

Categoria: SUS

Prontuário:

[illegible]

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO

Por este instrumento particular o(a) paciente ELOITA BISPO RAMOS VIEIRA 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) _____, inscrito(a) no CRM-MG sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado - MICROCIRURGIA PARA TUMOR CEREBRAL, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestесias 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, declaro também que compreendi e tirei todas as dúvidas com o medico assistente acima referido no ato da indicação cirúrgica.

PRINCIPAIS MOTIVOS PARA CANCELAMENTO DA CIRURGIA (NÃO SÃO OS ÚNICOS):

1. Falta de leito de internação disponível na data necessária.
2. Falta de condições clinicas do paciente (variações de exames laboratoriais, exames de imagem e estado geral do paciente).
3. Falta de materiais, medicamentos e/ou equipamentos para a cirurgia.
4. Falta de hemocomponentes/**sangue** (concentrado de hemácias, plaquetas, plasma, entre outros).
5. Falta de vaga em UTI (unidade de terapia intensiva).
6. Ausência de médico cirurgia e anestesista por motivos particulares.
7. Indisponibilidade de sala cirúrgica.
8. ***Ausência de exames laboratoriais, exames de imagem, avaliação pré-anestésica, termo de consentimento informado (assinado), resultados de biopsias, e etc.***

COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES:

1. Hemorragias.
2. Fístulas quando nos locais das suturas, ocorre vazamento que provocam infecções e são relativamente freqüentes e graves, podendo exigir re-operações.
3. Pulmonares: atelectasias, pneumonias e embolias, que levam a insuficiência respiratória, em geral, graves, podendo levar a óbito.
4. Trombose venosa profunda.
5. Recidiva dos tumores.
6. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
7. Alergias: pode causar desde uma irritação menor a anafilaxia.
8. **TODA** cirurgia tem risco de óbito: no ato anestésico e/ou durante ou após a cirurgia.

Informo ainda que discuti com o meu médico a terapia proposta e a evolução após a cirurgia, tendo sido informado que, apesar de todo o cuidado que será prestado a mim e minha família, não há como fornecer garantias dos resultados que serão obtidos, mas tão somente previsão estatística de resultados baseados em dados de literatura médica.

INFECÇÃO HOSPITALAR:

A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

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, compromissando-se a 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.

Hospital Dílson Godinho, Montes Claros – MG _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente

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

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.