

PLANO TERAPÊUTICO
SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME PACIENTE: VALDOMIRO GOMES DA LUZ

NASCIMENTO:

CONVÊNIO: SUS

DEFINIÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

Hipótese Diagnóstica:

TUMOR MEDULAR

Cirurgia Proposta:

MICROCIRURGIA PARA TUMOR MEDULAR + DESCOMPRESSÃO MEDULAR + ARTRODESE IN SITU

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: EM USO DE PREGABALINA 75MG 12 EM 12 HORAS E TRAMADOL 1 CP DE

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: SEM OPME

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 VALDOMIRO GOMES DA LUZ			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 APRESENTANDO QUADRO ÁLGIOC EM REGIÃO TORACICA COM IRRADIAÇÃO PARA DERMATÓMO, NÍVEL SENSITIVO T1, FRAQUEZA EM MMII SOBRETUDO DO LADO ESQUERDO, PARESTESIA BILATERAL EM MEMBROS INFERIORES HA CERCA DE 3 MESES. HÁ 1 SEMANA EVOLUIU COM DISÚRIA E PIORA DO DÉFICIT NEUROLÓGICO. TC DE COLUNA TORÁCICA (16\02\23): EVIDENCIANDO LESÃO EXPANSIVA EM T1-T2 A ESQUERDA 0415020077 + 04.03.03.016-1 + 04.08.03.054-2					
18-Condições que justifique a internação					
19-Principais resultados de provas diagnosticas (resultados de exames realizados)					
20-Diagnóstico inicial TUMOR COLUNA		21-CID 10 principal C412		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 URGENCIA		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		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					
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: VALDOMIRO GOMES DA LUZ

Categoria: SUS

Prontuário:

[illegible]

TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO

Por este instrumento particular o(a) paciente VALDOMIRO GOMES DA LUZ 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 MEDULAR + DESCOMPRESSÃO MEDULAR + ARTRODESE IN SITU, 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.