

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel Silva Paulo
Nº da Carteirinha: 11.1.12766
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 27/12/2008

Nº da Guia: 19914.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
02/09/2024	11:21:51	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Direito

Descrição

Aluno em excursão do colégio em São Paulo (UNASP), refere ter sofrido choque com terceiro e luxação de patela D. Redução espontânea da luxação em poucos segundos após o trauma. SIC já teve um episódio prévio de luxação de patela em atividade no colégio. Encaminhado para avaliação médica via SUS.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Paulo	(51) 98270-3529

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno

Autorização para exame de Ressonância Magnética do joelho D em 02/09/2024 às 16horas.



Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN 22.113.102-3 ENF

Joselania Ramos Pazette Fagundes

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Termo de Consentimento Ressonância Magnética

6) Marque com X se você é portador(a) de alguma(s) das doenças abaixo:

- Hipertensão Arterial	() Sim	(X) Não	- Diabetes	() Sim	(X) Não
- Doença Renal	() Sim	(X) Não	- Doença Cardíaca	() Sim	(X) Não

Faz uso de alguma medicação? Qual? _____

7) Sofre de asma ou alguma outra doença alérgica?
() Sim (X) Não Se sim, Qual? _____

8) Tem alergia a algum medicamento ou alimento?
() Sim (X) Não Se sim, Qual? _____

9) Já sofreu ferimentos por objetos metálicos no corpo ou nos olhos (projéteis de arma de fogo, lâminas cortantes)? (X) Sim () Não

10) Em caso de mulher, há suspeita ou confirmação de gravidez?
Se sim, quanto tempo de gestação? _____ () Sim (X) Não
Está amamentando? _____ () Sim (X) Não

11) Há quanto tempo está em jejum? 3 horas

12) Por favor, cite as doenças/cirurgias que já teve durante a sua vida: _____

- () **AUTORIZO** o uso de contraste para realização deste exame.
() **NÃO AUTORIZO** o uso de contraste para realização deste exame.

Dever ser preenchido pelo paciente ou responsável legal

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

() Paciente (X) Responsável (grau de parentesco): PAI Data de Nascimento: 10/11/1980
Nome legível: VAGNO PAULO DA SILVA RG/CPF: 104633227-97
Assinatura: Vagno Paulo da Silva Maringá: 02/09/2024 Hora: 15:45

Termo de acompanhante do paciente submetido a sedações/procedimentos ambulatoriais

Nome legível: _____ RG/CPF: _____

Declaro que recebi e entendi as orientações quanto aos cuidados pós realização do procedimento, e responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento ambulatorial realizado no Hospital Bom Samaritano de Maringá, até a sua residência.

Assinatura: _____

Nome do(a) profissional da saúde presente: _____ Maringá: ____/____/____ Hora: ____:____:____
Assinatura: _____

Dever ser preenchido pelo médico

Foi explicado todo procedimento, ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

GABRIEL SILVA PAULO
27/12/2008 M 16a Br Tg
CLINICA AD N.Os:11112786
3044351
840423
Dta Fe:02-08/2024
Atend: 8897810

Paciente	Convênio
Data de Nascimento	Atendimento
Procedimento realizado	
Alergia Medicamentosa	

SINAIS VITAIS PRÉ EXAME				
Início	PA: 120 X 80 mmHg	Sat O ₂ : 99 %	FC: 90 bpm	FR: _____ rpm

DURANTE EXECUÇÃO DO EXAME			
CALMO (A)	NÃO ☐	SIM ☒	
CONSCIENTE	NÃO ☐	SIM ☒	
ORIENTADO (A)	NÃO ☐	SIM ☒	
DORES OU INCÔMODOS	NÃO ☒	SIM ☐	
INTERCORRÊNCIA DURANTE O EXAME?	NÃO ☒	SIM ☐	QUAIS:

SINAIS VITAIS PÓS EXAME				
Fim	PA: 120 X 82 mmHg	Sat O ₂ : 99 %	FC: 91 bpm	FR: _____ rpm

Relatório de enfermagem / Rastreabilidade	
Exame realizado s/ intercorrência	
Nome do contraste:	
Volume infundido:	
Validade:	
Lote:	
Carimbo e assinatura da enfermagem	

Termo de Consentimento Ressonância Magnética

DECLARO, que:

1. Autorizo o corpo clínico do Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Bom Samaritano de Maringá a realizar o exame solicitado e a praticar todos os atos médicos e de enfermagem dele decorrentes.
2. Estou ciente que no exame de _____ ao qual serei submetido (a) poderá ser necessário o **uso de meio de Contraste via endovenosa**, para obtenção de melhor resultado no diagnóstico. A administração do contraste não é totalmente isenta de riscos, porém torna-se fundamental em determinadas circunstâncias, pois melhoram a visualização das estruturas anatômicas e realizei o preparo/recomendações.
3. Estou ciente que o uso do contraste pode causar efeitos colaterais/reações adversas incluindo náusea, cefaleia, urticária, coceira e vômitos. Muito raramente, complicações mais sérias ou reação anafilática pode ocorrer (1 caso em 100.000 – 500.000 procedimentos).
4. O exame de **Ressonância Magnética** utiliza um alto campo magnético associado a ondas de radiofrequência para aquisição de imagens. O campo magnético ou as ondas eletromagnéticas nos níveis que são utilizadas neste exame não são comprovadamente prejudiciais às pessoas, **não sendo utilizada radiação ionizante**.
5. Comprometo-me a responder o questionário abaixo com informações corretas e completas, bem como a cumprir o preparo de forma adequada para realização do exame.
6. **TODOS** os objetos metálicos, incluindo extensão de cílios, marca-passo ou implantes em olhos e aparelhos auditivos, próteses dentárias, chaves, telefones celulares, óculos, canetas, moedas, joias e qualquer outro material metálico removível deverão ser retirados, pois podem ser atraídos pelo equipamento. Portanto, **a entrada na sala com estes objetos é proibida**.
7. Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter discutido e analisado com a equipe técnica os principais riscos e complicações de exames específicos à minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura.

Nome completo Gabriel Silva Paulo

Data de nascimento 27/12/2008

Peso: 78 Kg Altura: 1,75

Sexo: () Feminino ☒ Masculino

Data do exame: 02/09/2023

1) Você já se submeteu a algum tipo de exame em que foi necessário o uso de contraste via endovenosa ou via oral?

() Sim () Não Qual? _____

2) Caso a resposta da anterior seja SIM, você apresentou algum tipo de reação à substância?

() Sim () Não Qual? _____

3) Você tem algum dos itens abaixo?

** Marca-passo cardíaco	() Sim ☒ Não	** Trabalha com metal (serralheria, fundição)	() Sim ☒ Não
** Clips de aneurisma	() Sim ☒ Não	** DVP – derivação ventricular (válvula de hidrocefalia)	() Sim ☒ Não
** Implante coclear (ouvido) / Aparelhos Auditivos	() Sim ☒ Não	** Maquiagem definitiva/Tatuagem	() Sim ☒ Não
** Lentes de contato	() Sim ☒ Não	** Piercing	() Sim ☒ Não
** Stents/Clips cirúrgicos (vesícula, intestino, estômago, e etc.)	() Sim ☒ Não	** Dispositivo intra-uterino (DIU ou Mirena)	() Sim ☒ Não
** Pino, prótese ou implante eletrônico, magnético, mecânico	() Sim ☒ Não	** Dentadura ou prótese fixa	() Sim ☒ Não
** Válvula cardíaca	() Sim ☒ Não	** Expansor mamário	() Sim ☒ Não
** Fragmento ou projétil metálico	() Sim ☒ Não	** Outro tipo de material implantado. Qual? _____	

3.1) Utiliza extensão de cílios () Sim ☒ Não Se sim, deve ser removido.

4) Já fez exame de Ressonância Magnética? Teve alguma intercorrência? () Sim ☒ Não

Se, sim, favor descrever: _____

5) Sofre de claustrofobia ou outros impedimentos para permanecer dentro do aparelho? () Sim ☒ Não

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

GABRIEL SILVA PAULO
27/12/2008 M 18g 8m 7d
CLINICA AD

N. Cartão: 111-2700

040423
Dia Pac: 02/08/2024
Atend: 0087010



3044351

MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE	MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE
Abbocath N° 18	Un	298		Luva de procedimento M	Un	999	
Abbocath N° 20	Un	299		Luva de procedimento G	Un	998	
Abbocath N° 22	Un	300		Luva estéril n° _____	Par		
Abbocath N° 24	Un	301		Luva plástica	Par	1001	
Agulha 40X12	Un	181		Luva vinil _____	Par		
Agulha 30x7	Un	180		Máscara procedimento	Un	1081	
Agulha 25x7	Un	179		Micropore 25 mm	Cm	145	
Agulha tru cut 14 gx 15mm	Un	11433		Micropore 50 mm	Cm	148	
Aparelho para tricotomia	Un	1008		Polifix padrão 2 vias	Un	425	
Catéter de oxigênio	Un	7313		Preservativo sem lubrificante	Un	1058	
Compressa gaze	Pac	356		Protetor auricular	Un	7009	
Eletrodo de carbono	Un	28848		Safeflow	Un	29077	
Eletrodo desc de papel	Un	117		Seringa desc 10 ml luer lock	Un	1142	
Eletrodo meditrace	Un	6375		Seringa desc 10 ml	Un	740	
Equipo macrogotas	Un	497		Seringa desc 20 ml	Un	741	
Equipo intrafix compact air	Un	12155		Seringa desc 60 ml	Un	742	
Escalpe n° _____	Un			Sonda de aspiração n° 10	Un	745	
Esparadrapo	Cm	123		Sonda de aspiração n° _____	Un		
Extensofix 20 cm	Un	419		Stopper	Un	5725	
Extensofix 120 cm	Un	421		Torneirinhas 3 vias	Un	426	
Lanceta safe t pro uno	Un	22279		Tubo flexível do paciente	Un	29688	
Luva de procedimento P	Un	1000					

Dr. Oscar Adolfo Fonzar
CRM 8874



Atendimento:	8597610	Pedido:	3044351	Ac. Number:	3813520
Registro / Nome:	GABRIEL SILVA PAULO				
Data de Nascimento:	27/12/2008	Idade:	15 anos, 8 meses e 6 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	02/09/2024 15:44:00			Laudado:	05/09/2024 14:01:10
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

Realizadas sequências FSE com cortes multiplanares de 3,0 mm de espessura, sem a administração de contraste endovenoso.

Análise:

- Menisco medial com morfologia, contornos e intensidade de sinal habituais.
- Menisco lateral com discutível pequena ruptura horizontal no corno anterior que se estende à superfície articular inferior, sem destacamentos. Restante meniscal sem particularidades.
- Ligamentos cruzados e colaterais com espessuras e intensidade de sinal habituais, embora o ligamento colateral medial com edema periligamentar.
- Articulação patelofemoral alinhada, com a patela alta no plano sagital, com índice de Caton-Deschamps estimado em 1,71, báscula lateral da patela, com ângulo estimado em 26 graus, além de inclinação lateral com ângulo de inclinação em cerca de 0 graus. Distância entre o fundo da tróclea e a tuberosidade tibial (TA-GT) estimada em 1,1 cm, o joelho em extensão. Morfologia preservada, sem alterações osteodegenerativas significativas. Edema nas medulares da face interna da patela e externa do côndilo femoral lateral de aspecto contusional, sem fraturas evidentes. Superfícies condrais preservadas. Retináculo patelar medial com marcado edema, também partes moles adjacentes, sem retrações evidentes.
- Articulação femorotibial congruente com morfologia preservada, sem alterações osteodegenerativas significativas. Superfície condrais preservadas. Ausência de derrame articular em volume significativo.
- Tendão quadríceps com aumento de sinal insercional, sem rupturas.
- Demais estruturas ósseas, ligamentares, tendíneas e neurovasculares sem particularidades.
- Fossa poplitea livre.
- Edema do tecido subcutâneo da face anteromedial do joelho, sem coleções líquidas significativas.

Impressão diagnóstica:

- Menisco lateral com discutível pequena ruptura horizontal no corno anterior, sem
- Ligamento colateral medial com sinais de estiramento de baixo grau, sem rupturas evidentes.
- Sinais de edema por impactação óssea na patela e no côndilo femoral lateral, mais compatíveis com luxação patelofemoral lateral, reduzida no estudo atual. Associa-se sinais de estiramento do retináculo

EMANUEL APARECIDO DE LIMA ROSA
THOMAZINHO
CRM- PR: 30491