

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Gabriel Henrique Dos Santos
Nº da Carteirinha: 11.4.195909
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 12/02/2002

Nº da Guia: 20314.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/10/2024	12:00:45	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno relata que estava participando do Intercurso, em um jogo de basquete, quando recebeu uma bola que bateu no 1º dedo da mão E, virando o mesmo para trás. Apresenta discreta equimose e edema local. (Aluno relata que colocou o dedo de volta no lugar)

Testemunha da ocorrência

Sofia

Telefone

(49) 99964-7376

Quem prestou primeiros socorros

Joserlania Pazette

Data

25/08/2024

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 internação em 30/10/2024 e consultas com Anestesiologista e Cardiologista para procedimento cirúrgico Ligamentoplastia com âncora cód. 30722489 e Tenoplastia ou Enxerto de tendão cód. 30731119

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joserlania 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

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 305

Folha: 1 / 1

IAP

1 - C. 9C		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
0			
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
7 - Número da Carteira		8 - Validade da Carteira	
11412681		31/12/2025	
9 - Atendimento de RN		N	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS			
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado	
238763040001		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional	
JOAO MIGUEL CASADO NETO		06	
16 - Número no Conselho		27211	
17 - UF		41	
18 - Código CBO		225270	
19 - Código na Operadora - CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado	
238763040001		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	
21 - Data sugerida para internação			
22 - Categoria de Atendimento		23 - Tipo de Internação	
2			
24 - Regime de Internação		25 - Cód. de Diárias Solicitadas	
		1	
26 - Previsão de uso de CPME		N	
27 - Previsão de uso de quimioterápico		N	
28 - Indicação Clínica			
LESÃO STENER POLEGAR ESQUERDO - COM NECESSIDADE DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR COM URGENCIA			
29 - CID 10 (Principal/Opcional)		30 - CID 10 (2/Opcional)	
S633			
31 - CID 10 (3/Opcional)		32 - CID 10 (4/Opcional)	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)			
34 - Tabela		35 - Descrição	
1 22		30722499	
2 22		30731119	
3 22		31403239	
4 18		60000805	
		LIGAMENTOPLASTIA COM ÂNCORA	
		TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO	
		MICRONEUROLISE ÚNICA	
		DIÁRIA ENFERMAGEM 2 LEITOS	
36 - Data de Autorização		37 - Data de Admissão Hospitalar	
11/10/2024			
38 - Cód. de Diárias Autorizadas		39 - Tipo de Acomodação Autorizada	
40 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		41 - Nome do Hospital / Local Autorizado	
238763040001		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	
42 - Observações / Justificativa		43 - Código CNES	
ARCORA METALICA 2.0 - PROTECNO		9365230	
44 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		45 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
46 - Data da Solicitação		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
11/10/2024			
48 - Assinatura do Profissional Solicitante		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
Impresso por: JMCNETO		Atendimento: Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC	
Data/Hora: 11/10/2024 10:00		Contato: 305	
		305	

DN: 1210212002

CPF: 129.950.879-05

(42) 998164377

(42) 999135652

8

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **305**

Folha: 1 / 1

IAP

1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		5 - Data de Validade da Série	
4 - Data de Autorização		6 - Série			
7 - Número da Carteira 11412681		8 - Validade da Carteira 31/12/2025		9 - Atendimento de RN N	
10 - Nome GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS		11 - Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Solicitante					
12 - Código na Operadora 238763040001		13 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
14 - Nome do Profissional Solicitante JOAO MIGUEL CASADO NETO		15 - Conselho Profissional 06		16 - Número no Conselho 27211	
17 - UF 41		18 - Código CBO 225270			
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados de Internação					
19 - Código na Operadora / CNPJ 238763040001		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR			
21 - Data sugerida para internação					
22 - Caracter do Atendimento 2		23 - Tipo de Internação		24 - Regime de Internação	
				25 - Qtd. de Diárias Solicitadas 1	
				26 - Previsão de uso de OPME N	
				27 - Previsão de uso de quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica LESÃO STENER POLEGAR ESQUERDO - COM NECESSIDADE DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR COM URGÊNCIA					
29 - CID 10 (Principal/Opcional) S633		30 - CID 10 (2X/Opcional)		31 - CID 10 (3X/Opcional)	
				32 - CID 10 (4X/Opcional)	
				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos Solicitados					
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição		37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Atend.
1 - 22	30722489	LIGAMENTOPLASTIA COM ÂNCORA		1	0
2 - 22	30731119	TENÓPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO		1	0
3 - 22	31403239	MICRONEUROLISE ÚNICA		1	0
4 - 38	60000805	DIÁRIA ENFERMARIA 2 LEITOS		1	0
Dados de Autorização					
39 - Data Prevista de Admissão Hospitalar		40 - Qtd. Diárias Autorizadas		41 - Tipo de Acomodação Autorizada	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 238763040001		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR		44 - Código CNEB 9365230	
45 - Observação / Justificativa ARCORA METALICA 2.0 - PROTECNO					
46 - Data da Solicitação 11/10/2024		47 - Assinatura do Profissional Solicitante João Miguel Casado Neto Ortopedia e traumatologia CRM 27211		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		Atendimento:		Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC	
Impresso por: JMCNETO		Data: 11/10/2024		Contas/Lote: 305	

*305

DN: 12/02/2002

CPF: 129.950.879-05

(42) 998164377

(42) 999135652

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel Henrique Dos Santos
Nº da Carteirinha: 11.4.195909
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 12/02/2002

Nº da Guia: 20314.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/10/2024	12:00:45	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno relata que estava participando do Intercurso, em um jogo de basquete, quando recebeu uma bola que bateu no 1º dedo da mão E, virando o mesmo para trás. Apresenta discreta equimose e edema local. (Aluno relata que colocou o dedo de volta no lugar)

Testemunha da ocorrência

Sofia

Telefone

(49) 99964-7376

Quem prestou primeiros socorros

Joserlania Pazette

Data

25/08/2024

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 internação em 30/10/2024 e consultas com Anestesiologista e Cardiologista para procedimento cirúrgico Ligamentoplastia com âncora cód. 30722489 e Tenoplastia ou Enxerto de tendão cód. 30731119

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joserlania 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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Gabriel Henrique Dos Santos
Nº da Carteira: 11.4.195909
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 12/02/2002

Nº da Guia: 20314.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/10/2024	12:00:45	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno relata que estava participando do Intercurso, em um jogo de basquete, quando recebeu uma bola que bateu no 1º dedo da mão E, virando o mesmo para trás. Apresenta discreta equimose e edema local. (Aluno relata que colocou o dedo de volta no lugar)

Testemunha da ocorrência

Sofia

Telefone

(49) 99964-7376

Quem prestou primeiros socorros

Joserlania Pazette

Data

25/08/2024

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 internação em 30/10/2024 e consultas com Anestesiologista e Cardiologista para procedimento cirúrgico Ligamentoplastia com âncora cód. 30722489 e Tenoplastia ou Enxerto de tendão cód. 30731119

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joserlania 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

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Ao internamento do Hospital Bom Samaritano, solicito abrir ficha de atendimento/internação para a paciente, **GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS** hoje dia **30/10/24** para **DR. JOÃO MIGUEL CASADO NETO**, será submetido a um procedimento cirúrgico **URGÊNCIA** no dia 31/10/2024.

FAVOR SOLICITO:

RISCO CARDIOLÓGICO a ser realizado internado;
AVALIAÇÃO DO ANESTESISTA a ser realizado internado;
EXAMES LABORATORIAIS já com o paciente.

Comunicar o médico;

Maringá, 31 de outubro 2024

João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27211 BS

DR. JOAO MIGUEL CASADO NETO
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 27211

* RESUMO DE INTERNACAO *

1 - Dados de Identificacao

Nome.....: GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
Nasc.: 12/02/2002 Convenio...: INST.ADVENTISTA-IAP
Tipo de Plano: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA
Cod. Conv: 11412681 Valid. Cart: 30/04/2025

2 - Tipo de Internacao

() 1. Clinica () 2. Cirurgica () 3. Obstetrica

3 - Tipo de Nascimento

() 1. Em gestacao () 4. Nascido vivo a termo
() 2. Abortamento () 5. Nascido morto (antes de sair do utero)
() 3. Nascido vivo prematuro () 6. Transtorno materno relacionado a gravidez

4 - Resumo da Internacao

Data Internamento: 30/10/2024 Hora: 16:44 Data Alta: ___/___/___

Diagnostico CID 10ª Revisao

Sin. Geral

2 -

3 -

Procedimentos Realizados

1 -

2 -

3 -

Complicacoes no Tratamento

() SIM () NAO

Descrever

5 - Resumo da Alta

6 - Tipo de Saida

() 1. Alta curado () 6. Alta por evasao(fuga)
() 2. Alta melhorado () 7. Alta p/ compl. trat. Ambulatorial
() 3. Alta inalterado () 8. Obito
() 4. Alta a pedido () 9. Transferencia
() 5. Alta por indisciplina

Data: ___/___/___

Carimbo e Assinatura do Medico Responsavel

CHECK LIST CIRÚRGICO

GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
Social:
Mãe: ADRIANA APARECIDA RODRIGUES
Dt. Nasc: 12/02/2002 Sh: 7
Pront: 599146 Dt: 30/10/2024
INST. ADVENTISTA / COLEGIO ADVENTISTA
HBHM-SETOR 5 - 66 L-1
0008706425 Ca: 11412661

Paciente: _____
Data Nasc: _____
Quarto: _____
Atendimento: _____
Convênio: _____

Encaminhamento Paciente para Centro Cirúrgico

Data: 31 / 10 / 24

1. Enfermagem

Procedimento Programado: Tenoplastia MSE

Pré Internação: (☒) Sim () Não

Avaliação Pré Anestésica: () Sim () Não

Consentimento Cirúrgico e Anestésico: () Sim () Não

Reserva Hemoterápicos: () Sim (☒) Não

Consentimento Sangue e Hemoterápicos: (☒) Sim () Não

Encaminhado de: () Setor Internação 335 () Terapia Intensiva _____ () PA / PS

Paciente em Isolamento? (☒) Não () Sim Tipo _____

Sinais Vitais: PA 110 x 70 T° 36 P 56 R 20 BCF 99

Jejum a partir das 00:00 horas do dia 31 / 10 / 24

Tricotomia: (☒) Não () Sim, por _____

Pulseira de Identificação: (☒) MSD () MSE () MID () MIE

Administrado Pré-anestésico: (☒) Não (☒) Sim

Retirada de Prótese Dentária e Adornos / Esmalte: () Não (☒) Sim

Reserva UTI: (☒) Não () Sim

Acesso Venoso Periférico: (☒) Não () Sim Acesso Venoso Central: () Não () Sim

Avaliação Cardiológica: (☒) Não (☒) Sim Horário da Solicitação: _____

Horário da Avaliação: _____

Exames encaminhados: () US () TC () RNM (☒) RX (☒) Laboratoriais
() Outros _____

Acessórios Ortopédicos: (☒) Não () Sim Outros Acessórios: () Não () Sim

Alergias: Medicamentos: (☒) Não () Sim, qual? _____

Antissépticos: (☒) Não () Sim, qual? _____

Adesivos ou Látex: (☒) Não () Sim, qual? _____

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Não (☒) Sim () Não se aplica

Algoritmo de Tromboembolismo Venoso: (☒) Não () Sim

Obs: _____

Encaminhado por: Angela

COREN 3286425 Horário _____

Recebido por: _____

COREN _____ Horário _____

Antes da Indução Anestésica	Antes da Incisão Cirúrgica
Anestesista e circulante conferem juntos: ☐ Checagem de identificação do paciente (nome completo e nº atendimento) ☐ Consentimento cirúrgico e anestésico preenchido ☐ Local cirúrgico _____ ☐ Cirurgia a ser realizada _____ ☐ Lateralidade () Não () Sítio cirúrgico demarcado ☐ Alergias () Não () Sim _____	Todos os profissionais confirmam seus nomes e profissões O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam: ☐ Identificação do paciente ☐ Local da cirurgia a ser feita ☐ Procedimento a ser realizado Eventos Críticos Previstos Revisão do Cirurgião: Quais são as etapas críticas ou inesperadas _____ Duração da operação? _____ Revisão do anestesista Há alguma preocupação em relação ao paciente? _____ Revisão da enfermagem: ☐ Esterilização correta dos materiais? () Sim () Não ☐ Embalagem integras? () Sim () Não Alguma preocupação em relação aos equipamentos? _____ ☐ Antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? () Sim () Não ☐ Antibiótico terapêutico: _____ Horário () Sim () Não ☐ As imagens essenciais estão disponíveis () Sim () Não se aplica
Anestesista confere: ☐ Risco de vias áreas difícil/broncoaspiração: () Não () Sim – aspirador montado/testado ☐ Materiais de entubação disponível: () Laringo () Baraka () Cânulas de entubação ☐ Oxímetro de pulso instalado e funcionando ☐ Equipamento anestésico instalado e funcionando ☐ Há risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em cças) ? () Não () Sim – acesso venoso calibroso e reserva em banco de sangue.	
Circulante confere: ☐ Disponível em sala instrumentais/materiais necessários: () Sim () Não ☐ Disponível em sala materiais de OPME necessários: () Sim () Não ☐ Equipamentos disponíveis checados e funcionando: () Sim () Não	

Após término da cirurgia

Enfermagem confirma verbalmente contagem: ☐ Compressas cirúrgicas () Não () Sim Grande: _____ /Peq: _____ Gaze: _____ ☐ Instrumentais () Não () Sim ☐ Anatomopatológico esta identificado: () Sim () Não se aplica ☐ Amputação de membros – identificado em duas vias: () Sim () Não se aplica ☐ Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido: () Não () Sim _____ ☐ Soro de infusão, medicamentos e fluidos devidamente identificados e anotados: () Sim () Não se aplica Potencial de Contaminação: ☐ Contaminada ☐ Limpa ☐ Infectada ☐ Potencialmente Contaminada	EQUIPE Anestesista: _____ Residente Anestesia: _____ Cirurgião: _____ 1º Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____ Téc. Enfermagem: _____ Enfermeiro (a): _____
ENCAMINHANDO PACIENTE PARA: () Setor Internação Exames encaminhados: () US () TC () RNM () Outros _____	_____ () UTI _____ () PA/PS _____ () RX () Laboratoriais
Encaminhado por: _____ Recebido por: _____	COREN _____ Horário: _____ COREN _____ Horário: _____

Atendimento: 8706425

Dt Atendimento: 30/10/2024 - 16:44

Dt Alta: 31/10/2024 - 19:28

Paciente: 599146 GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS

Serviço: 29 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 10 INST.ADVENTISTA-IAP

Leito: 1230 ENF2310-L1

Plano: 1 COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA

Motivo Alta: 37 CANCELAMENTO DE CIRURGIA

Usuário: ARDSILVA

CID: S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO

Procedimento de Alta 48020222 - FRATURA DA FALANGE: TRATAMENTO CONSERVADOR

Observação de Alta

ANGELA REGINA DA SILVA

PRESCRIÇÃO.: 8820898 DATA: 30/10/2024 17:35
USUÁRIO....: LMSVIEIRA
ATENDIMENTO: 8706425 DT NASC: 12/02/2002 (22A 8M 18D)
VÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 599146 - GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/10/2024 16:44 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: JOAO MIGUEL CASADO NETO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: HBSM-SETOR 9 LEITO...: ENF 1906 - LEITO 1 COBERTURA: ENF 02 LEITOS
CID.....: S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

*** INTERNAÇÃO DIRETA ***

PACIENTE ENCAMINHADO AOS CUIDADOS ORTOPEDIA
PRESCREVO CONFORME ORIENTAÇÃO EM ANEXO
SINTOMATICOS
AVALIAÇÃO ANESTÉSICA
AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

8706425*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CUIDADOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 SINAIS VITAIS					6/6h	

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 DIETA LEVE						
3 JEJUM						

Obs.: A PARTIR 23 HORAS

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 HEMOGRAMA COMPLETO (ERITOGRAMA+LEUCOGRAM	1					[30/10] . 17:35
5 COAGULOGRAMA (TS,TC,PROVA DO LACO,RETRAC	1					[30/10] . 17:35
6 UREIA - BIOQUIMICA	1					[30/10] . 17:35
CREATININA - BIOQUIMICA	1					[30/10] . 17:35
8 SODIO - BIOQUIMICA	1					[30/10] . 17:35
9 POTASSIO - BIOQUIMICA	1					[30/10] . 17:35

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
11 RX TORAX P.A.	1					

Justificativa.: RISCO CX

PREScrição.: 8820898 DATA: 30/10/2024 17:35
USUÁRIO....: LMSVIEIRA
ATENDIMENTO: 8706425 DT NASC: 12/02/2002 (22A 8M 18D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 599146 - GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/10/2024 16:44 0 DIAS(S) INT

2ª VI

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JOAO MIGUEL CASADO NETO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: HBSM-SETOR 9 LEITO...: ENF 1906 - LEITO 1 COBERTURA: ENF 02 LEITOS
CID.....: S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
10 ELETROCARDIOGRAMA	1					
Justificativa.: RISCO CX						

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
12 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA	S	EV	6/6h	
Obs.: SE DOR OU T >37,8°C						
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ						
13 C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM)	1	AMPOLA	S	EV	8/8h	
Obs.: SE NAUSEAS OU VOMITOS						
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

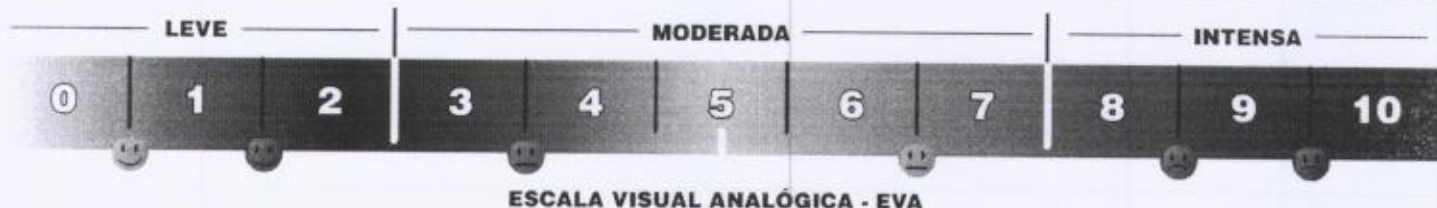
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
14 VISITA MÉDICA (PACIENTE INTERNADO)	1					[30/10] . 17:35

LIGIA MARQUES DA SILVA VIEIRA
CRM-PR: 36318

Data: 30 / 10 / 24 Setor: 09 Leito: 1906-2

Diagnóstico Médico: Luxação 1º MSE Superior

Sinais Vitais:

[illegible]

Data	Horário	Anotação de Enfermagem	Assinatura
30/10	17:30	Paciente admitida no setor 09, proveniente da Xerxá, encontra-se consciente, orientada, comunicativa, em AA, deambula, aferidos SSVV estáveis, S/AVP, eliminações fisiológicas (+) segue aos cuidados da enfermagem	Jaciene Santos Téc. de Enfermagem COREN-PR 2.203.305
30/10	19:00hrs	Paciente segue internada no setor 09, calma, consciente, orientada, deambula, mantém SSVV estáveis em AA, sem AVP, boa aceitação de dieta, segue após 23hrs, eliminações fisiológicas presentes, segue aos cuidados de equipe de enfermagem	

Ana Clara T. Salton
Enfermeira
COREN-PR: 712589

PRESCRIÇÃO.: 8821717 DATA: 31/10/2024 10:01
USUÁRIO....: JMCNETO
ATENDIMENTO: 8706425 DT NASC: 12/02/2002 (22A 8M 19D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 599146 - GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/10/2024 16:44 1 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JOAO MIGUEL CASADO NETO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: HBSM-SETOR 9 LEITO..: ENF 1906 - LEITO 1 COBERTURA: ENF 02 LEITOS
CID.....: S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

cirurgia hoje a tarde

manter jejum
aguarda avaliações

8706425

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 JEJUM

Obs.: A PARTIR 23 HORAS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
-----	---------	----	-----	------------	---------------

MEDICAMENTOS

2 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ

Obs.: SE DOR OU T >37,8°C

-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ

3 C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM)

Obs.: SE NAUSEAS OU VOMITOS

-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
-----	---------	----	-----	------------	---------------

1	AMPOLA	S	EV	6/6h	
---	--------	---	----	------	--

1	AMPOLA				
---	--------	--	--	--	--

1	AMPOLA	S	EV	8/8h	
---	--------	---	----	------	--

1	AMPOLA				
---	--------	--	--	--	--

PROCEDIMENTOS MEDICOS

4 VISITA MÉDICA (PACIENTE INTERNADO)

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
-----	---------	----	-----	------------	---------------

1					[31/10] . 10:01
---	--	--	--	--	-----------------

JOAO MIGUEL CASADO NETO
CRM-PR: 27211

PRESCRIÇÃO.: 8823285 DATA: 31/10/2024 16:16
USUÁRIO....: JMCNETO
ATENDIMENTO: 8706425 DT NASC: 12/02/2002 (22A 8M 19D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 599146 - GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/10/2024 16:44 1 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: JOAO MIGUEL CASADO NETO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: HBSM-BLUE TOWER - SETOR 3 LEITO...: ENF2310-L1 COBERTURA: ENF 02 LEITOS
CID.....: S620 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VEM PARA O CC SEM NENHUMA DAS AVALIAÇÕES SOLITADAS - NEM CARDIO NEM ANESTESIO

ALTA COM ORIENTAÇÕES
RETORNO EM AMBULATORIO PARA NOVO AGENDAMENTO

8706425

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA

5 ALTA MELHORADA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários



JOAO MIGUEL CASADO NETO
CRM-PR: 27211

GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
Social
Mãe: ADRIANA APARECIDA RODRIGUES
Dt. Nascimento: 12/02/2002 Sexo: M
Front.: 599146 Dt. 30/10/2024
INST. ADVENTISTA / COLEGIO ADVENTI
URBEM-SETOR 5 -66 L-1

0008706425 Ca. 11412681

Data: 31 / 10 / 24 Setor: 9 Leito: 1906

Diagnóstico Médico: Pne op de

Sinais Vitais:

[illegible]

LEVE

MODERADA

INTENSA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

[illegible]

GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
Societ
Nme: ADRIANA APARECIDA RODRIGUES
Dt Nasc: 12/02/2002 Sx M
Pront: 599146 Dt: 30/10/2024
INST ADVERTISTR / COLEGIO ADVENT
HBSM-SETOR 5 -6A L-1

0008706425 Ca: 11412691

Data: 31 / 10 / 24 Setor: 30T Leito: 2310-2

Diagnóstico Médico: Tenaplastia MSE

Sinais Vitais:

[illegible]

LEVE

MODERADA

INTENSA

0

1

2

3

4

5

6

7

8

Q

10

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Data	Horário	Anotação de Enfermagem	Assinatura
31/10	10:30	Paciente admitido no setor para procedimentos cirúrgicos, orientado e consciente em jejum. SSV estáveis, aguarda CC	
31/10	16:30	Pte recebe do CC em cancelamento de cirurgia devido a pendências em radiologia, com punção perfúria em mso, dita qntdo, SSV estáveis, orientado sobre cancelamento	Angela
	18:30	Pte recebe do hospital	Ane



LABORATÓRIO SANTA RITA

CNPJ 04.792.670/0001-49

Av. Cidade de Leiria, 538 - Fone: (044) 3262-5050 - Maringá - Paraná

CRF-PR Registro Número EM-016724/0

LABORATÓRIO PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE S.B.A.C.

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RUBENS B.G. TEIXEIRA CRF-713



Nome: GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS

Atendimento: 8706425

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 30/10/2024

Data da Coleta: 30/10/2024 Laudo: 30 de Outubro de 2024

Login Web: 8706425 Senha: 2607052

Idade: 22a 9m 6d RG:

Pedido: 2607052

Leito: SETOR 9 - HBSM

Médico: LIGIA MARQUES DA SILVA VIEIRA

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue total

ERITROGRAMA

Eritrócitos.....: 5,06 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 14,30 g/dL
Hematócrito.....: 42,60 %
V.C.M.....: 84,20 fL
H.C.M.....: 28,20 pg
C.H.C.M.....: 33,50 %
R.D.W.....: 12,10 %

Observação:

Valores de Referência

Homens	Mulheres
4,6 - 6,2	4,0 - 5,4
14,0 - 18,0	11,5 - 16,0
42,0 - 52,0	38 - 48
82,0 - 92,0	82 - 92
27,0 - 34,0	27 - 34
32,0 - 36,0	32 - 36
11,0 - 16,0	11 - 16

LEUCOGRAMA

Leucócitos.....:	11.480 /mm ³	5.000 - 10.000 /mm ³
Blastos.....:	0 %	0 /mm ³
Promielócitos.....:	0 %	0 /mm ³
Mielócitos.....:	0 %	0 /mm ³
Metamielócitos.....:	0 %	0 /mm ³
Bastonetes.....:	0 %	100 - 600 /mm ³
Segmentados.....:	70 %	2.250 - 6.500 /mm ³
Eosinófilos.....:	2 %	100 - 400 /mm ³
Basófilos.....:	0 %	0 - 200 /mm ³
Linfócitos.....:	22 %	1.250 - 4.500 /mm ³
Linfócitos Reativos.....:	0 %	0 - 100 /mm ³
Monócitos.....:	6 %	100 - 800 /mm ³
Plasmócitos.....:	0 %	0 - 100 /mm ³
Observação:		
Plaquetas.....:	317.000 /mm ³	150.000/mm ³ - 400.000/mm ³

Observação:

Marcos Jr. Biazuto

Dr(a). MARCOS JUNIOR BIAZUTO DA SILVA
CRM-PR 3823

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados.

Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.



Nome: **GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS**

Atendimento: **8706425**

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 30/10/2024

Data da Coleta: 30/10/2024 Laudo: 30 de Outubro de 2024

Login Web: **8706425** Senha: **2607052**

Idade: 22a 9m 6d RG:

Pedido: **2607052**

Leito: SETOR 9 - HBSM

Médico: LIGIA MARQUES DA SILVA VIEIRA

COAGULOGRAMA

Amostra: Plasma Citratado e Sangue Total

Método: Cronológico

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....: **317.000 /mm³**

Valor de Referência:
150.000 a 400.000 mm³

KPTT - TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Valor de Referência:
26 a 45 segundos

RESULTADO.....: **39,63 segundos**

TAP - TEMPO DE PROTROMBINA

Valor de referência:
I.N.R.: 0,70 - 1,30

I. N. R.....: **1,04**

PACIENTE.....: **13,91 segundos**

CONTROLE NORMAL.....: **14,11 segundos**

Observação:

Nota: Nova metodologia, valor de referência e layout a partir de 04/2023.

Marcos Jr. Biazuto

Dr(a). **MARCOS JUNIOR BIAZUTO DA SILVA**
CRBM-PR 3823

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.



LABORATÓRIO SANTA RITA

CNPJ 04.792.670/0001-49

Av. Cidade de Leiria, 538 - Fone: (044) 3262-5050 - Maringá - Paraná

CRF-PR Registro Número EM-016724/0

LABORATÓRIO PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE S.B.A.C.

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RUBENS B.G. TEIXEIRA CRF-713



Nome: **GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS**

Atendimento: **8706425**

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 30/10/2024

Data da Coleta: 30/10/2024 Laudo: 30 de Outubro de 2024

Login Web: **8706425** Senha: **2607052**

Idade: 22a 9m 6d RG:

Pedido: **2607052**

Leito: SETOR 9 - HBSM

Médico: LIGIA MARQUES DA SILVA VIEIRA

DOSAGEM DE POTÁSSIO

Amostra: Sangue

Método: Eletrodo Íon Seletivo

Valor de Referência

3,80 a 5,20 mEq/L

RESULTADO.....: 3,9 mEq/L

Observação:

DOSAGEM DE UREIA

Amostra: Sangue

Método: Enzimático automatizado Mindray - BS800

Valores de Referência

1 dia a 12 meses	: 2 a 34	mg/dL
1 ano a 13 anos	: 8 a 36	mg/dL
Adultos	: 15 a 40	mg/dL

RESULTADO.....: 31 mg/dL

Observação:

Dr(a) . MARCOS JUNIOR BIAZUTO DA SILVA
CRBM-PR 3823

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.



LABORATÓRIO SANTA RITA

CNPJ 04.792.670/0001-49

Av. Cidade de Leiria, 538 - Fone: (044) 3262-5050 - Maringá - Paraná

CRF-PR Registro Número EM-016724/0

LABORATÓRIO PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE S.B.A.C.

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RUBENS B.G. TEIXEIRA CRF-713



Nome: **GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS**

Atendimento: **8706425**

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 30/10/2024

Data da Coleta: 30/10/2024 Laudo: 30 de Outubro de 2024

Login Web: **8706425** Senha: **2607052**

Idade: 22a 9m 6d RG:

Pedido: **2607052**

Leito: SETOR 9 - HBSM

Médico: LIGIA MARQUES DA SILVA VIEIRA

DOSAGEM DE SÓDIO

Amostra: Sangue

Método: Eletrodo Ion Seletivo

Valor de Referência

135,00 a 145,00 mEq/L

RESULTADO.....: 137 mEq/L

Observação:

CREATININA

Material: Sangue

Método: Enzimático automatizado Mindray -- BS 800

Valores de Referência:

Recém-nascido	: 0,31 a 0,92	mg/dL
2 semanas a 1 ano	: 0,16 a 0,39	mg/dL
1 a 3 anos	: 0,17 a 0,35	mg/dL
3 a 9 anos	: 0,26 a 0,42	mg/dL
9 a 15 anos	: 0,32 a 0,81	mg/dL
Adultos	: 0,40 a 1,40	mg/dL

RESULTADO.....: 1,2 mg/dL

Observação:

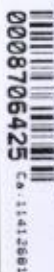
Marcos Jr. Biazuto

Dr(a). **MARCOS JUNIOR BIAZUTO DA SILVA**
CREM-PR 3823

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.

Na ausência de etiqueta e
descrever nome completo
nascimento de pai

GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
Social
Rm: RODRIGUA RODRIGUES
Dt: Nasc: 10/02/2002 Dt: 20/10/2024
Inst: ROVENTISTA / COLÉGIO ROVENTI
HSM-SETOR 5 - 66 L-1



0008706425 CA:11412681

FO - FORMULÁRIO TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Bom Samaritano
HOSPITAL

Sector de Origem:

Data:

Horário Saída:

Sector de Destino:

Horário Chegada:

Diagnóstico:

Precaução:

Transição de Cuidados:

Protocolo

Alergia

Nível de consciência

Medidas de
Suporte

Dispositivos

Dieta

Pele

Parâmetros pendentes:

Exames pendentes:

Recomendações Assistencial

Transporte Seguro:

Sinais Vitais

Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico - Origem

Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico - Destino

() Padrão () Contato () Gotículas () Aerosóis () Protetor () Vigilância Epidemiológica

() Não () Sim Qual: () SEPS () AVC () DOR TORACICA

() Acordado () Consciente () Confuso () Comatoso Obs:

() Ar Ambiente () Ar Fluxo: cateter Nasal: _____ litros Macro: _____ litros Venturi: _____ % MAF: _____ litros

VM: () TOT () TOT Fluxo: PEEP: FIO2:

() Sedação () Sedação Medicação:

() Drogas Vasodiladoras () Drogas Vasodiladoras Medicação:

() Sototerapia

Acesso venoso: () Periférico () PICC () Portocath () Central Local:

() SVD () SNE () SNG () Osíoma Qual? Dreno: () Não () Sim Tipo: Local:

() Jejum () VO () Enteral () Parenteral Prescrição da Dieta:

() Integra () Ferida Operatória () LPP Local: Fístula: () MSD () MSE

() Sim () Não Qual:

() Sim () Não Qual:

() Padrão Respiratório: () Sangramento

() Risco de Broncoaspiração: () Débito Urinário: () Outros:

() Risco de Queda: () Risco de Queda:

Origem: Destino:

FC: 36 bpm FR: 20 rpm PA: 120 x 70 mmHg FC: bpm FR: rpm PA: mmHg

T: 36 °C SPO2: 99 DO2: BCF: T: °C SPO2: DO2: BCF:

Mews/ Pews/ Meows: Aldrete: Mews/ Pews/ Meows: Aldrete:

Classificação: () Baixo Risco () Médio Risco () Alto Risco

Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico - Origem

Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico - Destino

FO - FORMULÁRIO
TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Previamente ao transporte o paciente deverá ser avaliado e classificado como de baixo, médio ou de alto risco, considerando as condições clínicas, conforme avaliação médica ou quadro abaixo:

CLASSIFICAÇÃO	CONDIÇÕES CLÍNICAS	COMPOSIÇÃO MÍNIMA DE PROFISSIONAIS	MATERIAIS E MEDICAMENTOS
BAIXO RISCO (A)	Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48 horas e que não sejam dependentes de oxigenoterapia.	Maquero	Cadeira de Rodas Maca, Berço ou Incubadora de Transportes filtros
Médio Risco (B)	Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, porém com necessidade de monitorização hemodinâmica ou oxigenoterapia.	Maquero / Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro	Cadeira de Rodas Maca, Berço ou Incubadora de Transporte Monitor multiparamétrico Cilindro de Oxigênio
ALTO RISCO (C)	Cliente em uso de droga vasoativa e/ou assistência ventilatória mecânica e todos os encaminhados para UTI.	Maquero / Enfermeiro / Médico	Maca, Berço ou Incubadora de Transporte Monitor multiparamétrico Cilindro de Oxigênio Mala de Transporte Ventilador de Transporte Bomba de Infusão Ambú e Laringoscópio

Na ausência
descrever
RASC

0008706425

FO - FORMULÁRIO
TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Bom Samaritano
HOSPITAL

Sector de Origem: Sala 9 Data: 31/10/24 Horário Saída: 8h Setor de Destino: BT Horário Chegada:

Diagnóstico:

Precaução: ☒ Padrão ☐ Contato ☐ Gotículas ☐ Aerosóis ☐ Proteitor ☐ Vigilância Epidemiológica

Transição de Cuidados:

Protocolo ☒ Não ☐ Sim Qual: ☐ SEPSE ☐ AVC ☐ DOR TORÁCICA

Alergia ☒ Não ☐ Sim Qual:

Nível de consciência ☒ Acordado ☒ Consciente ☐ Confuso ☐ Comatoso Obs:

Medidas de Suporte ☒ Ar Ambiente ☐ VM: ☐ TOT ☐ TOT Fluxo: ☐ litros Macro: ☐ litros Venturi: ☐ % MAF: ☐ litros FIO2:

☐ Sedação ☐ Drogas Vasodiladoras ☐ Medicação:

☐ Soroterapia ☐ Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ PICC ☐ Portocath ☐ Central Local:

Dispositivos ☐ SVD ☐ SNE ☐ SNG ☐ Ostomia Qual? Dreno: ☐ Não ☐ Sim Tipo: Local:

Dietas ☒ Jejum ☐ VO ☐ Enteral ☐ Parenteral Prescrição da Dieta: Local:

Pele ☒ Integra ☐ Ferida Operatória ☐ LPP Local: ☐ MSD ☐ MSE

Pareceres pendentes: ☐ Sim ☒ Não Qual:

Exames pendentes: ☐ Sim ☒ Não Qual:

Recomendações Assistencial ☐ Padrão Respiratório: ☐ Sangramento ☐ Risco de Broncoaspiração: ☐ Débito Urinário: ☐ Outros:

☒ Risco de Queda:

Transporte Seguro: Origem: Destino:

Sinais Vitais FC: 80 bpm FR: 19 rpm PA: 120x80 mmHg FC: 80 bpm FR: 19 rpm PA: 120x80 mmHg T: 36,1 °C SPO2: 96 % Dor: BCF: Mews/ Paws/ Moows: Aldrete:

Classificação: ☒ Baixo Risco ☐ Médio Risco ☐ Alto Risco

Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico - Origem Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico - Destino

Assinatura do atendente de identificação,
descrever nome completo e data de
nascimento do paciente

FO - FORMULÁRIO
TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Bom
Samaritano
HOSPITAL

Previamente ao transporte o paciente deverá ser avaliado e classificado como de baixo, médio ou de alto risco, considerando as condições clínicas, conforme avaliação médica ou quadro abaixo:

CLASSIFICAÇÃO	CONDIÇÕES CLÍNICAS	COMPOSIÇÃO MÍNIMA DE PROFISSIONAIS	MATERIAIS E MEDICAMENTOS
Baixo Risco (A)	Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48 horas e que não sejam dependentes de oxigenoterapia.	Maquero	Cadeira de Rodas Maca, Berço ou Incubadora de Transportes Filtros
Médio Risco (B)	Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, porém com necessidade de monitorização hemodinâmica ou oxigenoterapia.	Maquero / Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro	Cadeira de Rodas Maca, Berço ou Incubadora de Transporte Monitor multiparamétrico Cilindro de Oxigênio
Alto Risco (C)	Cliente em uso de droga vasoativa e/ou assistência ventilatória mecânica e todos os encaminhados para UTL.	Maquero / Enfermeiro / Médico	Maca, Berço ou Incubadora de Transporte Monitor multiparamétrico Cilindro de Oxigênio Mala de Transporte Ventilador de Transporte Bomba de Infusão Ambú e Laringoscópio



CamScanner

AValiação ANESTESIA

LOCAL: Avenida Curitiba, 416 – 5º ANDAR Sala 503 – Maringá – Fone: (44) 9.8806-4664

PACIENTE: GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS

CIRURGIA:

DATA E HORÁRIO:

Obs: Estar em posse de **TODOS** os exames pré-operatórios incluindo exames de imagens com laudo.

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE SOBRE PRÉ-INTERNAÇÃO

Fazer pré-internação para cirurgia, na Recepção Principal do **Hospital Bom Samaritano** – Avenida Independência, 93 CEP: 87015-020 – Maringá PR – Fone: (44) 3032-1818, de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18 horas. Levar guia(s) do convênio devidamente autorizada, exames pré-operatórios, avaliação cardiológica (risco cirúrgico) e avaliação anestésica.

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PRÉ-CIRÚRGIO

Internar para cirurgia no dia 31 / 10 / 24 até as _____ horas, em **JEJUM** (08 horas de jejum absoluto), **em posse de TODOS os exames pré-operatórios juntamente com os exames de imagem (laudo e imagens).**

Obs. : Verificar validade da guia, se vencida, revalidar. Normalmente os médicos cirurgiões realizam mais de uma cirurgia no dia, solicitamos aos pacientes que cheguem com bastante antecedência **(o horário da internação não condiz com o horário da realização do procedimento no centro cirúrgico).**

O Paciente deverá retornar à **CLÍNICA DE ESPECIALIDADES BOM SAMARITANO** para orientações, retirada de pontos e curativo no dia:

13 / 11 / 24 às 07 : 40 hs.

PROTOCOLO DE CIRURGIA

Nome do Paciente

GABRIEL

Convênio

ADVENTISTA

Telefone

(42) 99856-4377

Médico Cirurgião

JOÃO MIGUEL

Data Nascimento

Data da Cirurgia

31/10

13:30h.

Estou ciente que a falta de qualquer exame pré operatório (laboratorial), avaliação cardiológica (risco cirúrgico) quando solicitada e exames de imagem (laudo e imagem), cirurgia poderá ser cancelada.

Ass. Paciente: _____