

Agrupamento: **1 - AMBULATORIAL** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **87572** Competência: **09/2021** Entrega: **15/09/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

87572

Nota Fiscal

Período

Inicio	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento		Origem	Valor
30/08/2021	30/08/2021	3723		3519863	6634943	ACSA MOTA DA SILVA	PRONTO SOCORRO	507,40

Total : 1 507,40

Total Geral : 1 507,40

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 6634943000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 30/08/2021	5 - Sentia 3723	6 - Data de Validade da Sentia 3723	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3723
---------------------------------------	--------------------	--	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 11118960	9 - Validade da Carteira 30/12/2022	10 - Nome ACSA MOTA DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	------------------------------------	--	---------------------------------	---	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38166	18 - UF 41	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 30/08/2021	23 - Indicação Clínica
---	-----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
--	----------------	--------------------------------------

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230
--------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------------	--	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Tec.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	30/08/2021	13:50	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	100.00	100.00
2	30/08/2021	13:55	22	41001010	TC - CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ORBITAS	001			1.0	346.20	346.20

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	48-Sq. Ref. 1	49-Gr. Part 12	50-Cód na operadora/CPF 23876304000112	51-Nome do Profissional PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS	52-Conselho Prof 06	53-Número no Conselho 38166	54-UF 41	55-Código CBO 225225
---	------------------	-------------------	---	--	------------------------	--------------------------------	-------------	-------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
---	--	---------------------------------

59 - Total de Procedimentos (R\$) 446.20	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 42.15	61 - Total de Materiais (R\$) 10.67	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 8.38	64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 507.40
---	---	--	----------------------------------	--	---	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	--	---

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 3723								
Dados do Contrato Específico										
3 - Código na Operadora 23876304000112		4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A								
		5 - Código CNES 9365230								
Despesas Realizadas										
6-CD 17 - Registro ANVISA do Material	7-Data 30/08/2021	8-Hora Início 13:15:35	9-Hora Final a 13:15:35	10-Tabela 19	11-Código do Item 70138923	12-Qtde. 1	13-Unidade de Medida 036	14-Fator Red. / Acresc. 1.00	15-Valor Unitário - R\$ 3.43	16-Valor Total - R\$ 3.43
20 - Descrição: BD ASEPTO - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA										
3 -	03	30/08/2021	13:15:00	19	70705321	1	036	1.00	2.80	2.80
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)										
2 -	03	30/08/2021	13:15:00	19	70705291	1	036	1.00	1.72	1.72
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)										
1 -	03	30/08/2021	13:15:00	19	70014370	2	036	1.00	1.36	2.72
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2										
4 -	02	30/08/2021	13:15:00	20	90003551	3	022	1.00	1.75	5.25
20 - Descrição: DECADRON										
5 -	02	30/08/2021	13:15:00	20	90470800	1	001	1.00	3.13	3.13
20 - Descrição: NOVALGINA										
6 -	07	30/08/2021	13:15:35	18	60033681	1	036	1.00	42.15	42.15
20 - Descrição: TAXA DE SALA DE OBSERVACAO, ATE 6 HORAS										
21 - Total de Gastos Medicinais (R\$) 0.00										
22 - Total de Medicamentos (R\$) 8.38										
23 - Total de Materiais (R\$) 10.67										
24 - Total de OFME (R\$) 0.00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 42.15										
26 - Total de Diárias (R\$) 0.00										
27 - Total Geral (R\$) 61.20										

Impresso por: SCSANTOS
Data/Hora: 17/09/2021 09:04:20
Contato/Lote: 3519863
Atendimento: 6634943
Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3519863

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **3723**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

11118960

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ACSA MOTA DA SILVA

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO JOHANN MATTHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

41325

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

30/08/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9366230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1 -

2 -

58 - Observação / Justificativa

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MPITZ

Data/Fora: 30/08/2021 13:21:46

Contratado: 6634943

Atendimento: 6634943

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6634943

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 3723

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
3723

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
11118960

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ACSA MOTA DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
38166

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
30/08/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Qt. Solic.
28 - Qt. Autoriz.

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encerramento de Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tdo.

45 - % Real / Aceite 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sesi Ref.

49 - Gr. Pat.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sala 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Contratado

60 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

Impresso por: EMBSOUZA

Data/Hora: 30/08/2021 16:39:19

Contato/cte: 6534943

Atendimento: 6534943

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6634943

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Acsa Mota da Silva
Nº da Carteira: 11.1.18960
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 17/05/2005

Nº da Guia: 3723



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/08/2021	11:43:00	Banheiro da escola	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto

Descrição

Refere dispneia e na queda houve TCE em região frontal D. Dispneia está relacionada a crise asmática. Em região da lesão apresenta edema e algia. Paciente está sonolenta, letárgica, nega enjoo, está levemente desorientada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	30/08/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá sa	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações

Glasgow 15, pupilas fotorreagentes bilateral. Normotensa, satO2 98%.

Ass.: _____

Célia Teixeira Damasceno da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento:	6634943	Pedido:	2353828	Ac. Number:	2938768
Registro / Nome:	ACSA MOTA DA SILVA				
Data de Nascimento:	17/05/2005	Idade:	16 anos, 3 meses e 13 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	30/08/2021 13:55:00			Laudado:	06/09/2021 13:14:28
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	JOAO HENRIQUE BAHLS R				

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

Estudo realizado com tomografo multislice de 128 detectores que geraram imagens, sem a administração de contraste endovenoso.

O conjunto de imagens demonstra:

- Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação normal.
- Ventriculos e cisternas sem alterações.
- Pineal e plexos coróides calcificados em posições normais.
- Não há desvios da linha média.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874



TCE LEVE

ANEXO 19-11 (D) – Orientações ao Paciente e Acompanhante

Até o momento não pudemos constatar, através dos exames realizados, qualquer evidência de que o TCE deste Paciente tenha sido significativo para que ele permaneça em observação ou admitido neste Hospital, portanto será **LIBERADO**. Entretanto, novos sintomas, sinais e complicações inesperadas podem ocorrer horas, dias, semanas ou até meses após o traumatismo. As primeiras 48 horas são as mais críticas. É aconselhável que este Paciente permaneça em companhia de alguém confiável pelo menos durante este período. O Paciente deve retornar ao Hospital especializado imediatamente, se aparecerem sintomas ou sinais abaixo relacionados:

- Cefaleia;
- Sonolência excessiva ou insônia;
- Irritabilidade, ansiedade ou labilidade emocional;
- Desmaio, fraqueza, diminuição da força nas pernas, metade do corpo ou formigamento, adormecimento no corpo;
- Dificuldade de falar ou entender, de memória ou para se concentrar;
- Distúrbio de personalidade ou de comportamento;
- Confusão mental ou piora progressiva da consciência;
- Náuseas, vômitos, tonturas ou convulsão;
- Diminuição da audição, da visão ou intolerância à luz;
- Movimento estranho dos olhos, visão dupla;
- Alteração da respiração, das batidas do coração, febre (temperatura acima de 37,8°C)
- Perda de líquido ou sangue pelo ouvido ou nariz;
- Tamanhos ou formas das pupilas dos olhos diferentes;
- Quadro depressivo ou de agressividade;
- Dor na nuca ou durante movimentos do pescoço;
- Dificuldades para realizar suas atividades domésticas ou no emprego;

Pode continuar usando somente as medicações prescritas por seu MÉDICO, porém, não use sedativos ou remédios para dormir, xarope para tosse, ou outras que possam produzir sono ou bebidas alcoólicas, ao menos durante 48 horas. Durante o sono, peça para ser acordado frequentemente, para que se possa avaliar a presença das orientações acima.

Assinatura do Paciente / Acompanhante

Recebi orientações em _____ / _____

Obs: Este documento deverá ser assinado em 2 (duas) vias: a 1ª via deverá ser entregue para o Paciente / Acompanhante e a 2ª via deverá ser retida na Instituição.

1ª VIA

Rubrica do
Médico

SCRIÇÃO.: 6108885 DATA: 30/08/2021 13:50
ÁRIO.....: PJHBAHLS
NDIMENTO: 6634943 DT NASC: 17/05/2005 (16A 3M 14D)
VÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
IENTE....: 532395 - ACSA MOTA DA SILVA
SO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
TERNAÇÃO.: 30/08/2021 13:15 0 DIAS(S) INT

SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
COBERTURA:

DICO.....: PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS
ID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...:
D.....: CICLO... /
AGNÓSTICO:
OTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

- PS // CIRURGICO -

PACIENTE PROCURA ATENDIMENTO POR MEIOS PRÓPRIOS, HISTÓRICO DE HOJE PELA MANHÃ, INICIOU COM DISPNEIA, APÓS USAR MEDICAMENTO PARA ASMA (BOMBINHA - SIC), APRESENTOU EPISÓDIO DE SINCOPE SEGUIDO DE TCE LEVE, EVOLUINDO COM POUCO DE SONOLÊNCIA E CEFALEIA, NEGA VÔMITOS,

EXAME FÍSICO
BEG, LOTE, AAA, EUPNEICO
AC: BRNF 2T S/S
AP: MV+ BILATERAL S/RA
NEURO GLASGOW 15 // PIFR // SEM DÉFICIT MOTOR DE MMSS E MMII

PLANO TERAPEUTICO
ORIENTO PACIENTE SOBRE QUADRO CLÍNICO
EXAME DE IMAGEM
ANALGESIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

6634943

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	TC COMP DE CRANIO							
Justificativa.: TCE								
TOMOGRAFIA								
EXAME REALIZADO								
DATA								
MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2	C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[30/08]	13:50
	-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA					
3	C.C. DECADRON 4MG/ML, AMPOLA 2,5ML, (IM, EV)	1	FR 2,5ML		EV	AGORA	[30/08]	13:50
VISITA HOSPITALAR		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4	CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						

PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS
CRM-PR: 38166

PRESCRIÇÃO.: 6108966 DATA: 30/08/2021 14:22
USUÁRIO....: PJHBAHLS
ATENDIMENTO: 6634943 DT NASC: 17/05/2005 (16A 3M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 532395 - ACSA MOTA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/08/2021 13:15 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REAValiação

PACIENTE ESTÁVEL CLINICAMENTE
COM MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

DISCUTO TC DE CRÂNIO COM RADIOLOGIA

- SEM SINAIS DE FRATURA
- SEM EVIDÊNCIAS DE SANGRAMENTO, SEM DESVIO DE LINHA MÉDIA OU EFEITO DE MASSA
- PEQUENO HEMATOMA SUBGALEAL

PLANO TERAPEUTICO

ORIENTO PACIENTE

ALTA

ATESTADO

RETORNO SE PIORA CLINICA

ORIENTO SINAIS DE ALARME DE TCE

6634943

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA

5 ALTA MELHORADA

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



PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS
CRM-PR: 38166

CG

Dados do Atendimento

Atendimento: 6634943 Data/Hora: 30/08/2021 13:15
Paciente: 532395 - ACSA MOTA DA SILVA
Prestador: 5269 - PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM

Prioridade: Média
Sexo: F Nasc.: 17/05/2005 (16a 3m 14d)
Especialidade: 15 - CLINICA GERAL
Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE CRISE DE ASMA DURANTE ATIVIDADE FISICA COM QUEDA E TRAUMA NA REGIAO TEMPORAL DIREITA AS 11 H
ACOMPANHANTE REFERE SONOLENCIA APOS E DOR EM LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: S
Outros: SAT 100%
Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 110 x 60 mmHG Pulso: 78 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital: AMARELA

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: FAZ USO DE BOMBIMHA DE ASMA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/sg 5ml
	Água Oxigenada – ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva – cm	/	Seringa Descartável s/sg 10ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/sg 20ml
✓	Agulha descartável 40x12		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Intracath infantil		Sonda Aspição nº
	Alcool Iodado – ml		Dreno pan rose nº01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley2 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno pan rose nº02		Lâmina p/ rricotomia		Sonda Foley3 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pan rose nº03		Luva esteril nº		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade	2	Luva de procedimento P un		Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo macropolas		Malha Tubular nº _____ cm		Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10cm		Equipo micropolas		Micro pore 25 mm – cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20cm	1	Escolpo nº 21		Polifix Padrão		Kit Dren adulto
	Benzina – ml		Esfaradrapo – cm		PVP/ degemante		Kit Dren Infantil
	Betisa do colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PCPI tóxico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadunço – 100cm		Fio Polycoat 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
	Cânulaeend. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salta de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon4-0 (1129 T)	1	Seringa descartável s/sg3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica – Kit Dren	Nebulização	Retirada de soro
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Aspiração	Fixação de Escala de Soro	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Cardioversão elétrica	Fixação de Cateter de O ₂	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Curativo P	Flebotomia	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo M	Glicemia Capilar	Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais
Curativo G	Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____	Punção Venosa – Infantil	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT	Observações
						14:00 horas, após a realização de 15.000 ml de lavagem peritoneal, o paciente encontra-se bem, sem sinais de dor abdominal, com boa tolerância à dieta líquida. Sinais vitais: FC 88 bpm, TA 110/70 mmHg, FR 18 rpm, SpO ₂ 98%. Sem alterações de nível de consciência.

[illegible]

