

SOLICITAÇÃO INTERNAÇÃO CIRÚRGICA - BELA VISTA



Informações Básicas do Paciente

Nome: Ana Cecilia Petta Roselli Marques 14/07/1954

Peso (KG): Não Informado

Tipo do Atend.: Convênio

Convênio:

Particular

Nascimento:

Telefone Res.: 55(11) 3085-4815

Unidade: Bela Vista

Categoria: Particular

Idade: 69a 7m

Plano:

Particular

Telefone Cel.: 55(11) 98444-4994 Sexo: Feminino

CPF:

06811611839

Carteirinha:

Informado

Resumo de Internação

Caráter da Internação:

Eletiva

Tipo de Internação:

Cirúrgica

Qtd. diárias solicitadas:

CID 10 principal:

M75.1 Lesoes do ombro - Sindr do manguito rotador

Data da Internação:

Regime de Internação:

12/03/2024

Hospitalar

A partir do Protocolo: Não Informado

Internação véspera:

Não

Horário: 05:30

Estratificação de Risco Perioperatório e Resumo de Prescrição

Critérios de Riscos - Maiores:

Idade superior a 70 anos com alguma limitação fisiológica	Não
Doença Cardiovascular, cerebrovascular ou respiratória graves descompensadas (IAM recente / Angina Instável/ DPOC / AVC Agudo / ICC)	Não
Doença vascular grave (grandes vasos) ou doença neurológica crônica descompensada (Epilepsia, Demências)	Não
Abdome agudo descompensado	Não
Risco de grandes perdas sanguíneas (>500ml ou >7ml/kg em menores de 12 anos)- validar perdas reais no pós-operatório	Não
Choque séptico ou choque de outra etiologia (hipovolêmico ou cardiogênico) - uso de droga vasoativa	Não
Insuficiência respiratória (necessidade de fluxo de O2 $>= 3$ l/min em cateter nasal ou FiO2 $>= 50$ % em máscara de Venturi para manter SaO2 > 90 %)	Não
Insuficiência renal aguda ou crônica descompensada (Clearance de creatinina <30 ml/min / M2 ou Cr>2,0)	Não
Cirurgia Oncológica extensa (p.ex: Gastrectomia, Esofagectomia, Cistectomia)	Não
Insuficiência Hepática descompensada	Não
Critérios de Riscos - Menores:	
História de doença cardiovascular, cerebrovascular ou respiratória graves (Insuficiência coronariana / Arritmias / DPOC/ AVC/ ICC) compensadas	Não
Insuficiência renal crônica dialítica compensada	Não
Cirurgia de urgência/ emergência	Não





SOLICITAÇÃO INTERNAÇÃO CIRÚRGICA - BELA VISTA



Diabetes Mellitus Insulino dependente	Não
Síndrome de apneia obstrutiva do sono	Não
Obesidade grau >=2 (IMC >= 35)	Não

SCORE DE RISCO DO PACIENTE:

Baixo

LEGENDA:

- Alto: 1 critério maior ou 2 ou mais critérios menores.
- Intermediário: 1 critério menor.
- Baixo: Nenhum critério.

Orientações e prescrições pré-operatórias

Data	Prescrição	Via	Frequência
12/03/2024	jejum		
12/03/2024	25/07/2023		
12/03/2024	Scalp heparinizado		
12/03/2024	Eletrocardiograma		
12/03/2024	Hemograma completo		
12/03/2024	Tp + ttpa		
12/03/2024	Glicemia		

Resumo de Diagnóstico

Diagnóstico:

Síndrome do manguito rotador

Exames que levaram ao diagnóstico

Clínicos:

Dor e impotência funcional

Laboratoriais:

Não Informado

Imagem:

RNM

Informações adicionais relevantes da história do paciente/justificativa da internação:

Paciente com impossibilidade de dormir e realizar movimentos com membro superior direito

Identificação do(s) Procedimento(s)

Local:

Centro Cirúrgico

 Data de início da cirurgia:
 Hora de início:
 Data de término da cirurgia:
 Hora final:
 Duração:

 12/03/2024
 07:30
 cirurgia:
 10:30
 03:00

 12/03/2024
 12/03/2024
 10:30
 03:00

Procedimentos

Principal?	Código AMB	Código TUSS	Procedimento	Lateralidade	Topografia
Sim	52040127	30735068	Tratamento cirúrgico de lesão do manguito rotador	Lado Direito	
Não	92399845		Proc. Padr Artroscopia de ombro - acromioplastia ou ressecção da clavícula	Lado Direito	





SÓRIO-LIBANÊS SOLICITAÇÃO INTERNAÇÃO CIRÚRGICA - BELA VISTA



Não	52180050	30731038	Bursectomia	Lado Direito
Não	52130312	30731062	Sinovectomia	Lado Direito
Não	52250083	30713145	Artroscopia para cirurgia	Lado Direito

Tipagem sanguínea:

Congelação:

Biobanco: Não

Telefone - outro: 1128836529

Telefone - outro:

1128836529

140380

Laboratório:

Não Informado

Reservar Setor de Internação:

Não Informado

Hemocomponente Quantidade

Não Informado

Exames e Equipe Médica

Exame de imagem pré-operatória:

Ressonância Magnética

Exame de intra-operatório:

Não Informado

Cirurgião/médico responsável pelo preenchimento:

Nemi Sabeh Junior

Telefone - consultório:

55(11) 988163553

Cirurgião responsável pela cirurgia:

Nemi Sabeh Junior

Telefone - consultório:

55(11) 988163553

Outros Cirurgiões: Não Informado

104568 Telefone - celular:

CRM/CRO:

55(11) 971311771

CRM/CRO:

104568

Telefone - celular:

55(11) 971311771

CRM:

Anestesista: Leonardo Mendonça

Equipamentos e Materiais

Equipamento:

Sistema de Vídeo, Scopia

Outros equipamentos:

Não Informado

Material	Fabricante	Observações	Justificativa
1 Passador de Sutura Agulha QuattroGT / e ou Ezpass	1º Zimmet Biomet	1º Ultra - preferência	Familiaridade técnica
2 Ancora Peek QuattroX 5.5mm	1º Zimmet Biomet	1º Ultra - preferência	Familiaridade técnica
2 Ancora Peek Quattro Link 4.5mm	1º Zimmet Biomet	1º Ultra - preferência	Familiaridade técnica
torre de tração	1º Zimmet Biomet	1º Ultra - preferência	Familiaridade técnica
Espuma para tração membro superior	1º Salvapé	1º Sírio	Desconheço outros fabricantes
1 Equipo para bomba de Infusão	1º Zimmet Biomet	1º Ultra - preferência	Familiaridade técnica
2 Lamina de Shaver	1º Zimmet Biomet	1º Ultra - preferência	Familiaridade técnica





HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS SOLICITAÇÃO INTERNAÇÃO CIRÚRGICA - BELA VISTA



2 Canulas de Infusão	1º Zimmet Biomet	1º Ultra - preferência	Familiaridade técnica
1 Ponteira de RF Biopolar 90graus com aspiração	1º Zimmet Biomet	1º Ultra - preferência	Familiaridade técnica

A justificativa é necessária quando não há 3 fabricantes indicados para o material.

Complemento:

Tração lateral para decúbito lateral 1 espuma para tração Salvapé ou star slive posicionador Posicionador lateral

Assinatura do médico responsável/CRM

CRM: 104568

São Paulo, 17/02/2024