



Nº 1106 /2018

SERVIÇO DE OUVIDORIA  
AMBULATÓRIO/ELETIVO

Nome completo do Paciente: ELENA SILVA DOS SANTOS

Data Nascimento: 30/04/13 Setor \_\_\_\_\_ Data do Registro: 01/03/18

Nome completo do declarante: FABIO R. DOS SANTOS

Email: \_\_\_\_\_ Fone: (51) 985364343

Endereço: CORONEL GENUINO Nº 250

( ) Denúncia ( ☒ ) Solicitação ( ) Reclamação ( ) Sugestão ( ) Elogio ( ) Outros \_\_\_\_\_

Descrição: (Relatar o ocorrido com detalhes, citar nomes, datas, hora, etc)

FOI FEITA UMA CONSULTA E NELA FOI TROCADO UM MEDICAMENTO PELO OUTRO MEDICAMENTO NO QUAL, TRATA CONVULSÕES E FOI CONSTATADO QUE CONFORME AUMENTA A DOSAGEM A PACIENTE ESTA FICANDO TONTA COM SONOLENCIA, NO ENTANTO JA' SOFREU ACIDENTE DE QUEDAS NA ESCOLA E EM CASA, FOI LEVADA A PACIENTE NO HOSPITAL SAO CAMILO E LA FOI INSTRUÍDO A CONSULTAR COM URGENCIA COM O NEURO PEDIATRA QUE A RECEITOU A TROCA DO MEDICAMENTO, PARA AJUSTAR A DOSAGEM POIS A FALTA DO MESMO PODE CAUSAR CONVULSÕES.

Sugestão / Solicitação:

Assinatura: Fabio R. dos Santos

FICHA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SIA/SUS  
Código SIA/SUS: 007.367-9

FIA N.º: 193019

Data do Atendimento: 28/02/2018

Hora do Atendimento: 13:38

Usuário(a): ISABEL

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: ELENA SILVA DOS SANTOS

Sexo: FEMININO    Raca: BRANCA

Atendimento: 1

Data de Nascimento: 30/04/2013 Idade: 4 anos 9

Cartão SUS: 898004061028938

Telefone: 51981488107 Celular:

Endereço: CORONEL GENUINO

Número: 250

CEP: 93220520

Bairro: PRIMOR

Cidade: SAPUCAIA DO SUL

Estado: RS

Responsável:

Parentesco:

Telefone do Resp.:

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

TRATAMENTO / DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

# || Cód. Esp. Ativ. ||-|| Cód. Tab. dos Procedimentos ||-||

## EXAMES

# ( ) Raio-X \_\_\_\_\_  
# \_\_\_\_\_  
# ( ) Laboratório \_\_\_\_\_  
# \_\_\_\_\_  
# ( ) ECG \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO / CID:

CID:

Alta em:

- Hora:

Paciente / Responsável:

**Polegar Direito:**

Dt: \_\_/\_\_/\_\_ Tax: \_\_ PA: \_\_ FC: \_\_ Sat: \_\_

Dt: \_\_\_/\_\_\_ Tax: \_\_\_ PA: \_\_\_ FC: \_\_\_ Sat: \_\_\_

Dt: \_\_\_/\_\_\_ Tax: \_\_\_ PA: \_\_\_ FC: \_\_\_ Sat: \_\_\_

Dt: \_\_\_/\_\_\_ Tax: \_\_\_ PA: \_\_\_ FC: \_\_\_ Sat: \_\_\_

Dt: \_\_\_/\_\_\_ Tax: \_\_\_ PA: \_\_\_ FC: \_\_\_ Sat: \_\_\_

Dt: / Tax: PA: FC: Sat:



FICHA - ATENDIMENTO AMBULATORIAL - SIA/SUS  
Código SIA/SUS: 007.367-9

Peso 21.500

FIA N.º: 198079

Data do Atendimento: 01/03/2018

Hora do Atendimento: 07:13

Usuário(a): AMANDAC

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: ELENA SILVA DOS SANTOS

Sexo: FEMININO      Raça: BRANCA

Atendimento: 2

Data de Nascimento: 30/04/2013 Idade: 4 anos 1

Cartão SUS: 898004061028938 Telefone: 51981488107 Celular:

Endereço: COFONELO GENUINO

Número: 250

CEP: 93220520

Bairro: PRIMOR

Cidade: SAPUCAIA DO SUL

Estado: RS

Responsável:

Parentesco:

Telefone do Resp.:


## MOTIVO DO ATENDIMENTO:

TRATAMENTO / DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

Uso de Acido digox  
CANBOMAZEPINA  
Vol Pro 100 -> Quercus  
Neurologista Sonotina

Orientation

Neuro  
Ul brn.



# || Cód. Esp. Ativ. ||-|| Cód. Tab. dos Procedimentos ||-||

Handwriting practice sheet for the letter 'H'. The page contains 20 rows of practice lines. Each row consists of a solid top line, a dashed middle line, and a solid bottom line. The letter 'H' is printed at the beginning of each row for tracing. The first row is labeled 'H' and the last row is labeled 'H'.

## EXAMES

# ( ) Raio-X \_\_\_\_\_  
# \_\_\_\_\_  
# ( ) Laboratório \_\_\_\_\_  
# \_\_\_\_\_  
# ( ) ECG \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: CID:

CID:

Alta ern:

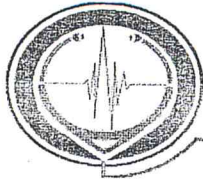
- Hora:

Paciente / Responsável:

Polegar Direito:

Dt:    /    /    Tax:    PA:    FC:    Sat:    Dt:    /    /    Tax:    PA:    FC:    Sat:    Dt:    /    /    Tax:    PA:    FC:    Sat:   

Dt:    /    /    Tax:    PA:    FC:    Sat:         Dt:    /    /    Tax:    PA:    FC:    Sat:         Dt:    /    /    Tax:    PA:    FC:    Sat:



**GAMP**

GESTÃO DE SAÚDE FOCADA EM RESULTADOS  
DESDE 2006

RECEITUÁRIO

Retorno 04/03/18 pl recente  
Elana Silva Santo

*Natasha Mata*  
Neuropediatra  
CREMERS 40504

Assinatura e Carimbo

Av. Farroupilha, 8001 – Bairro São José – CEP 92425-900 – Canoas – RS  
Telefone: (51) 3478 – 8000 – [www.maededeus.com.br](http://www.maededeus.com.br)