

Nome: SONIA PIERINA DE ALMEIDA
Data de nascimento: 30/10/1955

Exame: UNIMED - JOELHO + PT E
Data do exame: 02/02/2023 12h07

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Análise:

Artropatia degenerativa no compartimento femorotibial medial, caracterizada por redução do espaço articular, osteófitos marginais e esclerose subcondral.

Osteófitos marginais no compartimento femorotibial lateral.

Osteófitos marginais retropatelar.

Tecidos moles preservados.

Ausência de sinais de fraturas desalinhadas.

RADIOGRAFIA DA PATELA ESQUERDA

Análise:

Osteófitos marginais retropatelar.

Eixo axial da patela preservado.



Dr. Rodrigo Massao Fujii
CRM / PR 33789

Paciente: **SONIA PIERINA DE ALMEIDA**

Data do nascimento: 30/10/1955

Data do exame: 24/03/2021

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica:

Exame realizado com sequências FSE e STIR, ponderadas em T1, DP e T2, em aquisições multiplanares.

Relatório:

Edema ósseo medular subcondral do planalto tibial medial.

Osteófitos marginais femorotibiais mediais.

Afilamento, irregularidade dos contornos e alteração de sinal do revestimento condral do compartimento femorotibial medial, estendendo-se até a zona profunda da cartilagem, com focos de exposição do osso subcondral e edema ósseo medular subcondral, lesão condral grau III/IV.

Leve irregularidade dos contornos e alteração de sinal do revestimento condral do compartimento femorotibial lateral, comprometendo apenas a zona superficial da cartilagem, sugerindo condropatia grau II.

Leve irregularidade dos contornos e alteração de sinal do revestimento condral do compartimento patelofemoral, comprometendo apenas a zona superficial da cartilagem, sugerindo condropatia grau II.

Retináculos patelares medial e lateral preservados.

Ruptura radial do corpo do menisco medial, com fragmento meniscal na topografia do recesso menisco tibial medial, com edema e borramento dos tecidos moles adjacentes (perimeniscite).

Menisco lateral com morfologia, sinal e inserções capsulares normais.

Ligamento cruzado anterior íntegro, sendo individualizado as bandas ântero-medial e pósterolateral.

Espessamento e alteração de sinal do ligamento colateral medial.

Ligamento cruzado posterior e colateral lateral sem alterações.

Tendão do músculo quadríceps, tendão patelar e do músculo poplíteo sem alterações.

Estruturas do canto pósterolateral preservadas.

Leve efusão sinovial intra-articular.

Gordura de Hoffa preservada.

Fossa poplíteia de aspecto normal.

Opinião:

Edema ósseo medular subcondral do planalto tibial medial.

Lesões condrais patelofemoral e femorotibial.

Ruptura do menisco medial, com sinais de perimeniscite associada.

Estiramento do ligamento colateral medial.

Leve derrame articular.



Dr. Carlos Eduardo Abascal Shiguihara
CRM: 22600 - PR

1 - Registro ANS 3 4 3 2 6 9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
4 - Data da Autorização		5 - Senha		
6 - Data de Validade da Senha				
Dados do Beneficiário				
7 - Número da Carteira 005 000000 472 52 40		8 - Validade da Carteira 18/03/2024		
9 - Atendimento a RN				
10 - Nome SENIA RIGINA DE ALMEIDA		11 - Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante				
12 - Código na Operadora		13 - Nome do Contratado		
14 - Nome do Profissional Solicitante		15 - Conselho Profissional		
16 - Número no Conselho 17 905		17 - UF		
18 - Código CBO				
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19 - Código na Operadora / CNPJ		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado UNIOESTE		
21 - Data sugerida para internação				
22 - Caráter do Atendimento E		23 - Tipo de Internação		
24 - Regime de Internação		25 - Qtde. Diárias Solicitadas		
26 - Previsão de uso de OPME		27 - Previsão de uso de quimioterápico		
28 - Indicação Clínica Dor - Deformidade joelho Esx S/ melhora CI Hto de uns				
29 - CID 10 Principal (Opcional)		30 - CID 10 (2) (Opcional)		
31 - CID 10 (3) (Opcional)		32 - CID 10 (4) (Opcional)		
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)				
Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados				
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde Solic	38 - Qtde Aut
01-				
02-				
03-				
04-				
05-				
06-				
07-				
08-				
09-				
10-				
11-				
12-				
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar				
40 - Qtde. Diárias Autorizadas				
41 - Tipo da Acomodação Autorizada				
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado				
43 - Nome do Hospital / Local Autorizado				
44 - Código CNES				
45 - Observação / Justificativa				
46 - Data da Solicitação				
47 - Assinatura do Profissional Solicitante				
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização				