

### Checklist de montagem do prontuário

| PRONTO SOCORRO / CENTROS CLÍNICOS   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|----|----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATA:   | 22 | 11 | 2019 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Capa de atendimento Pronto Socorro   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Egitividade  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Cópia dos documentos pessoais do Paciente (Carteirinha do Convênio, RG e CPF)  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Termo de Consentimento Informado de Autorização de Pronto Socorro - assinado e carimbado   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Prescrições médicas, Caso haja necessidade - assinada e carimbado  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Prescrição de Aprazamento Chegada de Enfermagem (ordem decrescente) - assinada e carimbada   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Evoluções Médica - assinada e carimbada  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Exame físico e anamnese médica - assinado e carimbado  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. Registros dos Técnicos de Enfermagem - assinado e carimbado  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. Exames  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. Guia TISS assinada e carimbada pela equipe médica   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INTERNAÇÃO  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Capa de identificação do paciente (Ficha de Atendimento Internação)  | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Cópia da guia de autorização de internação do convênio / Procedimento / Exames - assinada e carimbada pela equipe médica   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Solicitação de Internação  | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Internação com os termos (Contrato de Prestação de Serviço + Termos de Autorização de Internação + Guia de Orientação ao Paciente) e Hemoderivados - assinados                       | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Prescrições Médicas (ordem decrescente) - assinada e carimbada   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Prescrição de Aprazamento Chegada de Enfermagem (ordem decrescente) - assinada e carimbada   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Evolução Médica (ordem decrescente) - assinada e carimbada   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Evoluções do Enfermeiro (ordem decrescente) - assinada e carimbada   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. Evolução da equipe Multiprofissional (ordem decrescente) - assinada e carimbada  | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. Prescrição da enfermagem SAE (ordem decrescente) - assinada e carimbada   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. Registro dos Técnicos de Enfermagem (ordem decrescente) - assinada e carimbada  | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. Procedimentos complementares: hemodiálise, hemotransfusão e demais procedimentos  | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. Observações complementares de Enfermagem: transporte, protocolos (seps, dor torácica, códigos Amarelo e Azul) transferência / transporte (ordem decrescente) - assinado e carimbado | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS / HEMODIÁLISE  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Avaliação Pré-Anestésica - assinada e carimbada  | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Termo de Consentimento Anestésico e Cirúrgico - assinados e carimbados   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Check List Cirurgia Segura (Ava, Pré-Operatório e Pós-Operatório) - assinada e carimbada   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Boletim Cirúrgico - assinado e carimbado   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Ficha de anestesia + Gráfico - assinado e carimbado  | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Registro dos Técnicos de Enfermagem - assinado e carimbado   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Evolução Enfermagem (Registro da RPA) - assinada e carimbada   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Folha de Fornecedor (S/N)  | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. Notas de OPME ETIQUETAS E ESCÓPIAS (enfermagem) e Registro de consumo de sala (farmácia)   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. Escalas de Aldrete - carimbada e assinada   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. Etiquetas de identificação e materiais  | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. Outros documentos / Solicitação de Especialista   | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. Exames complementares PEDIDO + LAUDO (ordem decrescente)  | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. Previsão de alta e sumário / ORIENTAÇÃO (Alta, Transferência e Óbito) - assinado e carimbado  | /  |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MATERNIDADE (documentos de internação + maternidade)  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Declaração de Nascimento Vivo  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Controle de enfermagem CO - assinado e carimbado   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Controle de puerpera - carimbado e assinado  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Ficha de controle de dados da gestante / puerpera - carimbado e assinado   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Partograma - assinado e carimbado  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Outros documentos da mãe   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RECÉM NASCIDO   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Capa Identificação do RN   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Atendimento ao RN no Centro Obstétrico (Ficha do RN) - carimbado e assinado  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Prescrições médica do RN (ordem decrescente) - carimbada e assinada  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Prescrição de Aprazamento Chegada de Enfermagem (ordem decrescente) - assinada e carimbada   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Histórico de enfermagem do RN - carimbada e assinada   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Evolução do RN (ordem decrescente) - carimbada e assinada  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Exames do RN (ordem decrescente) - carimbado e assinado  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Prescrição de enfermagem do RN (ordem decrescente) - carimbada e assinada  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. Registros dos Técnicos de Enfermagem e outros documentos do RN (Sinais Vitais) - carimbado e assinado  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. Procedimentos especiais RN - carimbado e assinado   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. Resumo de Alta RN - carimbado e assinado  |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. Procedimentos Especiais   |    |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Assinatura de conferência

\* A montagem final do prontuário para envio ao Faturamento deverá ser em ordem crescente de data.  
DIHOSP

Prontuário montado por:

*Isabella Milvino*

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/07/2024 09:21:59

|   |                         |                               |              |       |
|---|-------------------------|-------------------------------|--------------|-------|
| Prontuário  | Nome do Paciente        | Sexo                          | Nascimento   | Idade |
| 28066509  | DEBORAH EL ALAM SBEGHEN | F                             | 03/03/1978   | 46    |
| RG  | CPF                     | Carteira Profissional         | Estado Civil |       |
| 37137798  | 3627605608              |                               | 6-OUTROS     |       |
| Endereço  |                         |                               |              |       |
| R DOUTOR CABRAL DE VASCONCELOS 142 VILA DOS REMEDIOS SAO PAULO-SP CEP:5105020 |                         |                               |              |       |
| Telefone Residencial  | Telefone Trabalho       | Nome da Mãe                   |              |       |
|   | 984977234               | ANA DE FATIMA ARANTES EL ALAM |              |       |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                 |       |                  |                |
|---------------------------------|-------|------------------|----------------|
| Setor                           |       |                  |                |
| 737301-RECEPCAO INTERNACAO - HS |       |                  |                |
| Data                            | Hora  | Matricula        | Tipo Documento |
| 07/2024                         | 09:14 |                  |                |
| Médico Atendente                |       | Clínica          |                |
| 9647066 HELIO ALVES             |       | 4-CIRURGICA      |                |
| Médico Acompanhante             |       | Tipo Atendimento |                |
| 9647066 HELIO ALVES             |       | 0 INTERNACAO     |                |
| Avaliação médica                |       |                  |                |

DADOS DO CONVENIO

|                     |                               |  |
|---------------------|-------------------------------|--|
| Convenio            | Plano                         |  |
| 6473-NOTRE DAME SP  | 2-PLANO ENFERMARIA - COLETIVO |  |
| Carteira            | Validade                      |  |
| 1027020000007920000 |                               |  |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|                             |                 |           |                                   |
|-----------------------------|-----------------|-----------|-----------------------------------|
| Posto                       | Acomodação      | Leito     |                                   |
| POSTO PRE OPERATORIO 1 - HS | 11P1C7 LEITO 11 | 01        |                                   |
| N. Guia                     | Procedimento    | Senha     | Descrição                         |
| 123918568                   | 99996666        | 123918568 | INTERNACAO                        |
| 123918568                   | 54010187        | 123918568 | EXERESE DE LIPOMAS                |
| 123918568                   | 45090033        | 123918568 | EXTIRPACAO DE MAMA SUPRANUMERARIA |
| 123918568                   | 54010470        | 123918568 | RETALHO LOCAL OU REGIONAL         |

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
R4310RI - CLAUDIA PEREIRA RODRIGUES

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/07/2024 09:24:55

|   |                         |                               |              |       |
|---|-------------------------|-------------------------------|--------------|-------|
| Prontuário  | Nome do Paciente        | Sexo                          | Nascimento   | Idade |
| 28066509  | DEBORAH EL ALAM SBEGHEN | F                             | 03/03/1978   | 46    |
| RG  | CPF                     | Carteira Profissional         | Estado Civil |       |
| 37137798  | 3627605608              |                               | 6-OUTROS     |       |
| Endereço  |                         |                               |              |       |
| R DOUTOR CABRAL DE VASCONCELOS 142 VILA DOS REMEDIOS SAO PAULO-SP CEP:5105020 |                         |                               |              |       |
| Telefone Residencial  | Telefone Trabalho       | Nome da Mãe                   |              |       |
| (11)98253-1974  | 984977234               | ANA DE FATIMA ARANTES EL ALAM |              |       |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                 |       |                  |                |
|---------------------------------|-------|------------------|----------------|
| Setor                           |       |                  |                |
| 737301-RECEPCAO INTERNACAO - HS |       |                  |                |
| Data                            | Hora  | Matricula        | Tipo Documento |
| 10/7/2024                       | 09:14 |                  |                |
| Médico Atendente                |       | Clínica          |                |
| 9647066 HELIO ALVES             |       | 4-CIRURGICA      |                |
| Médico Acompanhante             |       | Tipo Atendimento |                |
| 9647066 HELIO ALVES             |       | 0 INTERNACAO     |                |
| Avaliação médica                |       |                  |                |

DADOS DO CONVENIO

|                     |                               |  |
|---------------------|-------------------------------|--|
| Convenio            | Plano                         |  |
| 6473-NOTRE DAME SP  | 2-PLANO ENFERMARIA - COLETIVO |  |
| Carteira            | Validade                      |  |
| 1027020000007920000 |                               |  |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|                             |                 |           |                                   |
|-----------------------------|-----------------|-----------|-----------------------------------|
| Posto                       | Acomodação      | Leito     |                                   |
| POSTO PRE OPERATORIO 1 - HS | 11P1C7 LEITO 11 | 01        |                                   |
| N. Guia                     | Procedimento    | Senha     | Descrição                         |
| 123918568                   | 99996666        | 123918568 | INTERNACAO                        |
| 123918568                   | 54010187        | 123918568 | EXERESE DE LIPOMAS                |
| 123918568                   | 45090033        | 123918568 | EXTIRPACAO DE MAMA SUPRANUMERARIA |
| 123918568                   | 54010470        | 123918568 | RETALHO LOCAL OU REGIONAL         |

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 16:11

Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

Dt. Nasc.: 03/03/1978

Atendimento: 123918568

Prontuário: 28066509

Convênio: NOTRE DAME SP

Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS Leito: 10C737/1

Profissional(is): BEATRIZ SALOMAO IORIATTI, MÉDICO, CRM 176248 [1] Nº: 0187688342 23/07/2024 às 16:04

## DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Cirúrgico

D17 NEOPLASIA LIOMATOSA BENIGNA

[1]

## DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

23/07/2024

[1]

Hora Da Cirurgia

16:06

[1]

Cirurgia

exerese de lipoma + extirpação mamas supranumerárias axilares

[1]

Cirurgião

DRA BEATRIZ SALOMÃO

[1]

Anestesista

DRA ORNELA

[1]

Descrição Cirúrgica

EXERESE DE LIPOMA

[1]

RETALHO LOCAL

EXTIRPAÇÃO DE MAMA SUPRANUMÉRARIA X 2

RETALHO LOCAL X 2

- POSICIONAMENTO, ASSEPSIA E CAMPOS ESTEREIS
- INFILTRAÇÃO COM SOLUÇÃO DE ADRENALINA + ROPIVACAÍNA
- INCISÃO EM ÁREA DEMARCADA EM OMBRO ESQUERDO
- DISSECÇÃO DE LESÃO LIOMATOSA, ENTREMEADA A MUSCULATURA DELTOIDE
- EXCISÃO COMPLETA DA LESÃO
- HEMOSTASIA DE VASO SANGRANTE COM PONTO TRANSFIXANTE
- HEMOSTASIA GERAL
- SUTURA POR PLANOS COM MONOCRYL 3-0

- INCISÃO EM ÁREA DEMARCADA EM AXILA ESQUERDA
- RETIRADA DE TECIDO GLANDULAR
- HEMOSTASIA DE VASO SANGRANTE COM PONTO TRANSFIXANTE
- HEMOSTASIA GERAL
- SUTURA POR PLANOS COM MONOCRYL 3-0
- CURATIVO ESTÉRIL COM NEBACETIN, GAZE E TEGADERM

- INCISÃO EM ÁREA DEMARCADA EM AXILA DIREITA

- RETIRADA DE TECIDO GLANDULAR

- HEMOSTASIA

- SUTURA POR PLANOS COM MONOCRYL 3-0

- CURATIVO ESTÉRIL COM NEBACETIN, GAZE E TEGADERM

## CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Beatriz Salomão Ioriatti  
MÉDICO  
CRM 176248

[NOTRE DAME INTERMEDICA SAUD]-

-[JULIANA DOS PASSOS VI]

CENTRAL DE ATENDIMENTO CONVENIO EMPRESA

22/07/2024 12:16

UN:ECL— Divisao:ECL——[1027 0200 0000 7920 000 0101] —Regiao:SP

Empresa.....: 10270200 INTERMASTER ECOLE

SAO PAULO

Associado...: 00007920 DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

P.F.

Tipó Benef.: TITULAR

Sexo: F Idade: 46 Nasc: 03/03/1978 E.Civil:CASADO

Nome Social:

Genero:

Status Emp...: ATIVA

Status Ass.: ATIVO

Beneficio....:

REGULAMENTADO

Titular.....: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

Inicio Conv.: 19/02/2018

Plano Atual.: AMR IND / FAM BRONZE

Observacao...:

Boleto Digital:S

Abrangencia.: ECL1

DAT ADAPT: 19/02/2018 Inicio Contrato: 01/01/1980

[ PLANO VIGENTE ]

[ CARENCIA ATUAL ]

Plano.: AMR IND / FAM BRO

ISENTO

Class.: COMB-GLOBAL

Inicio: 19/02/2018

Car....: 0

[F1]Volta [F2]Carteirinha [F3]Complement [F4]Cadastral [F9]Abrang [EEF11]Inf Sit

[ESC F7]VIP [F7]Portabilidade [F8]Observacoes [F10]Dependentes [ENTER]Continua

Count: \*0

<OSC><DBG>

<Replace>

## GNDI - Solicitação de Cirurgia

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Atendimento: 59493704   | Data Atend: 06/05/2024 09:18.21 |
| Nomê: Deborah El Alam Sbeghen   | Sexo: Feminino                  |
| Setor/Unidade: UA HSV - AVT - Consultórios  | Prontuário: 2131050             |
| Endereço: Rua Vereador Sebastião de Jesus Soares, - Vila Jurema - Ferraz de Vasconcelos | CEP: 08542070                   |
| Convênio: Intermédica   | Data Nasc: 03/03/1978           |
| Religião:   | Idade: 46a 2m                   |
| CPF: 03627605608  | RG:                             |
| Nome da Mãe: Ana De Fatima Arantes El Alam  | Telefone: 984977234             |
| Médico: BEATRIZ SALOMAO IORIATTI  | Clínica: Cirurgia Plástica      |

### 1 - Dados do Procedimento

#### Caráter da Internação

☒ Eletiva ☐ Urgência / Emergência

#### Regime de Internação

☐ Hospitalar ☒ Hospital Dia

#### Reserva

☐ Apartamento ☒ Hospital Dia

Quantidade de diárias solicitadas: Especialidade: Cirurgia Plástica - Reparadora

#### Anamnese / Exame Físico

LIPOMA OMBRO E MAMAS SUPRANUMERARIAS AXILARES

### 2 - Hipótese Diagnóstica

#### Tipo de Doença

☐ Aguda ☒ Crônica

Tempo da doença referida:

CID 10 Principal: D17

CID 10 ( 2 ): Q831

CID 10 ( 3 ):

CID 10 ( 4 ):

#### Paciente Alérgico ao Látex

☐ Sim ☒ Não

#### Justificativa para o Procedimento

EXE LESÕES EXPANSIVAS

### 3 - Procedimentos Solicitados

Procedimento: 7940 - Exérese De Lipomas Quantidade: 01

Procedimento: 7699 - Extirpação De Mama Supranumerária Quantidade: 02

Procedimento: 331 - Retalho Local Ou Regional Quantidade: 03

Procedimento: Quantidade:

Procedimento: Quantidade:

#### Lateralidade

☐ Direito ☐ Esquerdo ☒ Bilateral ☐ Não se Aplica

### 4 - Reservas

☐ UTI Adulto ☐ UTI Pediátrica ☐ UTI Neonatal

#### Biópsia de Congelação

☐ Sim ☒ Não

#### Banco de Sangue

☐ Concentrado de Hemácias Quantidade: ☐ Plasma Quantidade: ☐ Plaquetas Quantidade:

☐ Outros Quantidade:

*Beatriz Salomao Ioriatti*  
Médica  
CRM-SP 176.243

## GNDI - Solicitação de Cirurgia

|                |   |             |                     |
|----------------|---|-------------|---------------------|
| Atendimento:   | 59493704  | Data Atend: | 06/05/2024 09:18:21 |
| Nome:          | Deborah El Alam Sbeghen   | Sexo:       | Feminino            |
| Setor/Unidade: | UA HSV - AVT - Consultórios   | Prontuário: | 2131050             |
| Endereço:      | Rua Vereador Sebastião de Jesus Soares, - Vila Jurema - Ferraz de Vasconcelos | CEP:        | 08542070            |
| Convênio:      | Intermédica   | Data Nasc:  | 03/03/1978          |
| Religião:      |   | Idade:      | 46a 2m              |
| CPF:           | 03627605608   | RG:         |                     |
| Nome da Mãe:   | Ana De Fatima Arantes El Alam   | Telefone:   | 984977234           |
| Médico:        | BEATRIZ SALOMAO IORIATTI  | Clínica:    | Cirurgia Plástica   |

### Equipamentos

Equipamento CAIXA CIRURGIA PLÁSTICA

Quantidade:

Equipamento

Quantidade:

Equipamento

Quantidade:

Equipamento

Quantidade:

### OPME

OPME 1: COLA PRINEO DERMABOND 01 UNID

Quantidade:

OPME 2:

Quantidade:

OPME 3:

Quantidade:

OPME 4:

Quantidade:

### Informações para Agendamento

Data da Internação: 25/06/2024

Data da Solicitação: 25/06/2024 Hora: 11:00 Tempo previsto de Sala: 1H30

### Observações:

Segunda-feira, 6 de maio de 2024

BEATRIZ SALOMAO IORIATTI - CRM 176248

Beatriz Salomao Ioriatti  
Médica  
CRM-SP 176248

### SOLICITE IMEDIATAMENTE SUA GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO ATRAVÉS:

- DO PORTAL: [WWW.GNDI.COM.BR](http://WWW.GNDI.COM.BR), OU
- APLICATIVO GNDI EASY (APONTE O SEU CELULAR PARA O QR CODE E BAIXE O APLICATIVO GNDI EASY)
- NECESSÁRIO O ENVIO DA SOLICITAÇÃO CIRÚRGICA COM O(S) LAUDOS(S) DE EXAME(S) COMPROBATÓRIOS(S) E/OU RELATÓRIO COMPLEMENTAR PERTINENTE A CIRURGIA.
- A CIRURGIA NÃO SERÁ REALIZADA SEM A GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO;
- ORIENTAÇÕES PARA A INTERNAÇÃO SERÃO PASSADAS PELO HOSPITAL.

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E OUTROS AJUSTES

### DADOS DO PACIENTE

Nome: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

RG: 37137798

CPF: 3627605608

Endereço: DOUTOR CABRAL DE VASCONCELOS 142 VILA DOS REMEDIOS SAO PAULO SP 5105020

### DADOS DO RESP. LEGAL (NA IMPOSSIBILIDADE DO PACIENTE ASSINAR)

Nome: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

RG: 37137798

CPF: 3627605608

Endereço: DOUTOR CABRAL DE VASCONCELOS 142 VILA DOS REMEDIOS SAO PAULO SP 5105020

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, o paciente acima qualificado ou, na impossibilidade do mesmo fornecer seus dados e/ou subscrever este termo, o seu responsável acima identificado, um ou outro reconhecem que foram devidamente esclarecidos sobre a condição de saúde do referido paciente, sob tratamento no NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS.

O nosso hospital não realiza ligações telefônicas com solicitação de depósito de valores via conta bancária durante a internação do paciente.

Em caso de negociação no período de internação do paciente, a família deve procurar presencialmente a gestão administrativa da unidade em que o paciente está internado.

A guarda de objetos de valor e objetos pessoais é de inteira responsabilidade do paciente ou acompanhante. O Hospital não se responsabiliza pela perda de pertences e objetos pessoais.

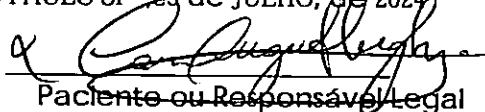
Declaram, mais, que os profissionais responsáveis pela assistência médica do paciente em momento indicaram as opções de tratamento médico-hospitalar constantes no prontuário respectivo.

Mesmo considerando os riscos inerentes, o signatário responsabilizou-se integralmente e optou pelo seguinte tratamento (a ser conferido ao enfermo acima qualificado):

O signatário, após devidamente ciente de todos os riscos do tratamento acima especificado, optou pela adoção de tal prática médica, por entender que esta constitui a melhor assistência a ser dispensada ao paciente, responsabilizando-se integralmente por sua decisão.

O paciente e/ou seu responsável declaram, portanto, estarem absolutamente informados sobre o procedimento médico a que o paciente será submetido, tudo em obediência aos arts. 46, 48, 49, 53, 56 e 59, do Código de Ética Médica.

SAO PAULO SP 23 de JULHO, de 2024

  
Paciente ou Responsável Legal

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## TERMO DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA E CONFISSÃO DE DÍVIDA

### I - RESPONSÁVEL FINANCEIRO:

**BENEFICIÁRIO:** DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

**END:** R DOUTOR CABRAL DE VASCONCELOS, 142 CASA 1 VILA DOS REMEDIOS

**CPF Nº:** 03627605608

**RG Nº.:** 37137798

**CÓD.CARTEIRA**

1027020000007920000

**RESPONSÁVEL LEGAL:** DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

**END:** R DOUTOR CABRAL DE VASCONCELOS, 142, VILA DOS REMEDIOS, SAO I

**CPF Nº:** 03627605608

**RG Nº.:** 37137798

### II - ENTIDADE CREDORA:

**HOSPITAL:** NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

**END:** R BRESSER 1954, MOOCA, SAO PAULO - SP

**CNPJ Nº:**

44649812028490

### III - DISPOSIÇÕES GERAIS:

1. O paciente ou seu responsável acima identificados, admitido em 23/07/2024, declara ao HOSPITAL para todos os fins e efeitos legais que assume inteira responsabilidade por todo o período de atendimento, obrigando-se na qualidade de responsável e principal devedor, a efetuar o pagamento de quaisquer despesas hospitalares que não estejam cobertas pelo eventual plano de saúde ou qualquer instituição que mantenha convênio com este HOSPITAL, sejam: taxas, diárias, exames, medicamentos, cirurgias, pareceres, serviços multidisciplinares, remoções, materiais, inclusive órteses e próteses, frígobar, ligações telefônicas e etc.

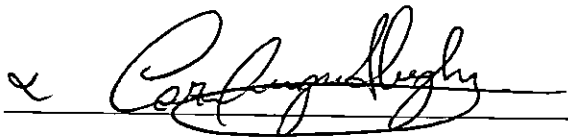
2. Na hipótese de atendimento de paciente conveniado, mas que no momento não possua nenhum documento que comprove sua vinculação ao convênio/plano, que tenha o custeio dos seus gastos no HOSPITAL recusados pelo respectivo convênio/plano, estes serão pagos ao HOSPITAL pelo RESPONSÁVEL FINANCEIRO abaixo assinado.

3. O RESPONSÁVEL FINANCEIRO declara, outrossim, que os honorários profissionais do(s) médico(s) e/ou outros profissionais responsáveis pelo atendimento, tratamento e acompanhamento do paciente acima citado, são vinculados à conta hospitalar e devem ser liquidados junto ao HOSPITAL.

3.1. Os honorários do(s) médico(s) e/ou profissional(is) responsáveis pelo atendimento, tratamento e acompanhamento do paciente, quando não pertencentes ao corpo clínico do HOSPITAL, serão pagos diretamente a estes pelo RESPONSÁVEL FINANCEIRO, não tendo o HOSPITAL qualquer responsabilidade financeira sobre tais custos.

4. O RESPONSÁVEL FINANCEIRO declara estar ciente e de acordo que o HOSPITAL não se responsabiliza diretamente ou indiretamente por objetos, valores, veículos ou quaisquer pertences de pacientes, responsáveis e acompanhantes.

5. O RESPONSÁVEL FINANCEIRO terá acesso diário às contas do paciente, que deverão ser salgadas e/ou amortizadas a cada 24 (vinte e quatro) horas, mesmo que o paciente ainda não tenha tido alta. O RESPONSÁVEL FINANCEIRO se obriga a liquidar totalmente todas as despesas médicas e hospitalares decorrentes do atendimento, tratamento e internação do paciente até a sua alta médica.



**TERMO DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA E  
CONFISSÃO DE DÍVIDA**



## TERMO DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA E CONFISSÃO DE DÍVIDA

5.1. Após a alta médica devidamente conferida por seu médico assistente, o paciente somente poderá permanecer no leito hospitalar por no máximo 2 (duas) horas. Caso permaneça por mais de 2 (duas) horas após a alta médica, ser-lhe-ão cobrados todos os custos adicionais até a desocupação total do leito.

6. A presente CONFISSÃO DE DÍVIDA, devidamente acompanhada da nota fiscal ou duplicata de prestação de serviço e do instrumento respectivo de protesto, constitui título executivo extrajudicial, para todos os fins previstos no art. 784, II, do Código de Processo Civil.

6.1. O não pagamento das despesas com atendimento de urgência ou emergência e ou internação, implicará na adoção de medidas executórias previstas nos arts. 784 e seguintes, do Código de Processo Civil, sem prejuízo da aplicação de juros compensatórios de 1% a.m. e correção monetária, com base na variação do IGPM e, na falta deste, qualquer outro índice da F.G.V.

7. A abstenção do exercício, por qualquer das partes, de direitos ou faculdades que lhe assistam em razão do contrato firmado, ou a sua tolerância quanto ao atraso no cumprimento das obrigações nele pactuadas, não caracterizarão novação, nem tampouco afetarão tais direitos ou faculdades, que poderão ser exercidos a qualquer tempo.

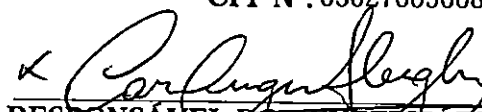
8. Fica eleito o foro da Comarca de SAO PAULO, para dirimir quaisquer dúvidas do presente instrumento, renunciando o RESPONSÁVEL a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por assim estar em justos e contratados, firmam o presente Termo em 2(duas) vias de iguais teor e forma, para um só efeito, na presença de duas testemunhas.

SAO PAULO, 23 de JULHO de 2024

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS  
CNPJ Nº: 44649812028490

BENEFICIÁRIO PACIENTE  
CPF Nº: 03627605608

  
RESPONSÁVEL DO BENEFICIÁRIO PACIENTE  
CPF Nº: 03627605608

### TESTEMUNHAS:

1. Nome: \_\_\_\_\_

CPF Nº: \_\_\_\_\_

1. Nome: \_\_\_\_\_

CPF Nº: \_\_\_\_\_





Notre Dame  
Intermédica

## INTERNAÇÃO - HOSPITAL SALVALUS

### INFORMAÇÕES PARA CONTATO MÉDICO

Data da internação: 23/07/24

Religião: Evangelica

Nome completo do paciente:

Deborah El Alam Steghen

Você é o principal responsável pelo paciente? ☒ Sim ☐ Não

Nome completo do responsável em receber notícias:

Carlos Augusto Steghen

Grau de parentesco: Esposo

Telefone para contato 1: 11 - 98253 1974

Telefone para contato 2: \_\_\_\_\_

Telefone para contato 3: \_\_\_\_\_

Endereço do paciente: R. Dr. Cabral de Vasconcelos Nº 142

Bairro: Vl. Penedões

CEP: 05105 - 020

Data: 23/07/24 Assinatura do responsável: Carlos Augusto Steghen

Hospital Salvalus  
Rua: Bresser, 1954 - Mooca - SP  
Telefone: (11) 2662-2000 / 2073  
[www.gndi.com.br](http://www.gndi.com.br)



NotreDame  
Intermédica

Hospital e Maternidade Salvalus  
Rua Bresser, 1954 – Mooca  
03164-170 – São Paulo - SP  
Telefone: 11 2662-2000

→ Unidade de Apoio Cirúrgico (UAC): será realizado ao término da cirurgia, para o acompanhante/responsável

• **DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE:**

A Declaração deve ser retirada diariamente na recepção de internação 1º andar bloco A. A declaração é fornecida por dia, ou seja, a cada dia de permanência no hospital o acompanhante deve dirigir-se à recepção para solicitar a declaração do dia, e assim sucessivamente. **NÃO serão fornecidas declarações retroativas.**

- **ENXOVAL:** o hospital **NÃO** disponibiliza enxoval (toalhas de banho, rosto e roupas de cama) para acompanhantes, estando autorizada a entrada do acompanhante com enxoval pessoal. Reforçamos que o hospital não se responsabiliza por itens pessoais.

*É de suma importância que o responsável pela assinatura da internação multiplique as informações contidas neste documento, aos familiares, visitantes e acompanhantes, para ciência e cumprimento das regras descritas.*

São Paulo, 23/07/24.

Nome do Paciente: Deborah El Alam Steghen

Nome do Responsável: Carlos Augusto Steghen

Assinatura do Responsável: Carlos Augusto Steghen



Hospital e Maternidade Salvalus  
Rua Bresser, 1954 – Mooca  
03164-170 – São Paulo - SP  
Telefone: 11 2662-2000

## GUIA DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

### • NUTRIÇÃO:

As refeições para os pacientes obedecerão aos seguintes horários:

- Desjejum: 07h00 às 09h00
- Almoço: 12h00 às 13h00
- Lanche da tarde: 15h00 às 16h00
- Jantar: 17h30 às 19h00
- Ceia: 20h00 às 21h00

Os acompanhantes previstos em legislação, receberão as respectivas refeições: Desjejum, Almoço e Jantar. Não serão disponibilizadas refeições para acompanhantes que não estejam previstos em legislação.

### • LANCHONETE:

Dispomos de lanchonete funcionando 24 horas no 1º andar do bloco A2.

### • ACOMPANHANTES:

A permanência de acompanhante está autorizada somente para casos previstos em legislação, ou seja, menores de 18 anos, paciente com idade igual ou superior a 60 anos, parturientes e portadores de necessidades especiais. Para os demais casos, serão seguidos critérios de excepcionalidade mediante avaliação da equipe assistencial. Não é permitida a permanência de acompanhante na UTI adulto.

A troca de acompanhantes poderá ocorrer duas vezes ao dia, sem restrição de horário, exceto na UAC (Unidade de Apoio Cirúrgico/pré-operatório), onde não é permitida a troca de acompanhante.

### • VISITA À PACIENTES INTERNADOS:

- **UTI Adulto / Enfermaria Adulto e Pediátrica / Maternidade:** Liberadas 02 visitas, no período de 24 horas, em regime de revezamento, sendo permitida a permanência de 01 visitante por vez, no quarto. O tempo permitido de visita é de 01 hora por dia, para cada visitante. O acompanhante poderá permanecer no quarto durante a visita. Não é permitida a permanência de acompanhante na UTI adulto.
- **UTI Neonatal / UTI Pediátrica e Unidade de Apoio Cirúrgico (UAC):** Não há liberação de visitas.

### • BOLETIM MÉDICO:

- **UTI Adulto:** será realizado diariamente, às 14h00 para o responsável presente no horário.
- **Enfermaria Adulto e Maternidade:** será realizado diariamente, para o responsável que estiver presente durante a visita médica.
- **Pediatria / UTI Neonatal / UTI Pediátrica:** será realizado diariamente, durante a visita médica.

|  |  |                         |       |  |             |
|--|--|-------------------------|-------|--|-------------|
| Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN                  |  | Dt. Nasc.: 03/03/1978   |       | Atendimento: 123918568   |             |
| Convênio: NOTRE DAME SP                            |  | Nº Prescrição: 60692430 |       | 23/07/2024 às 15:40  |             |
| Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS               |  | Leito: 10C737/1         |       | Prontuário: 28066509   |             |
|  |  |                         |       | Peso: 60.00 kg   |             |
| 1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE              |  | Agora ORAL              |       | CRM-176248   |             |
| 2. MORFINA   |  | 4.00 mg                 | 20 ml | solução a (0.20mg/ml)  | 4/4 h EV SN |
| Alta vigiância                                     |  |                         |       | Dose Máxima Diária: 6 Dose(S) De 4 Mg, Realizar-Se: Se Dor Intensa |             |
| 3. MANTER CABECEIRA ELEVADA                        |  |                         |       | CRM-176248   |             |
| 4. EVITAR LEVANTAR BRAÇOS E FAZER ESFORÇO COM MMSS |  |                         |       | CRM-176248   |             |
| 5. DIETA QUAND BEM ACORDADA                        |  |                         |       | CRM-176248   |             |
| 6. ALTA HOJE QUANDO BEM                            |  |                         |       | CRM-176248   |             |

Profissionais: CRM-176248 BEATRIZ SALOMAO IORIATTI

Beatriz Salomao Ioriatti  
CRM-SP 176-248



|                                      |  |                         |  |                        |  |
|--------------------------------------|--|-------------------------|--|------------------------|--|
| Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN    |  | Dt. Nasc.: 03/03/1978   |  | Atendimento: 123918568 |  |
| Convênio: NOTRE DAME SP              |  | Nº Prescrição: 60692430 |  | 23/07/2024 às 15:40    |  |
| Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS |  | Leito: 10C737/1         |  | Prontuário: 28066509   |  |
|                                      |  |                         |  | Peso: 60.00 kg         |  |

|  |  |            |       |  |             |
|--|--|------------|-------|--|-------------|
| 1, DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE              |  | Agora ORAL |       | CRM-176248   |             |
| 2, MORFINA   |  | 4.00 mg    | 20 ml | solução a (0.20mg/ml)  | 4/4 h EV SN |
| Alta vigilância                                    |  |            |       | Dose Máxima Diária: 6 Dose(S) De 4 Mg, Realizar-Se: Se Dor Intensa |             |
| 3, MANTER CABECEIRA ELEVADA                        |  |            |       | CRM-176248   |             |
| 4, EVITAR LEVANTAR BRAÇOS E FAZER ESFORÇO COM MMSS |  |            |       | CRM-176248   |             |
| 5, DIETA QUAND BEM ACORDADA                        |  |            |       | CRM-176248   |             |
| 6, ALTA HOJE QUANDO BEM                            |  |            |       | CRM-176248   |             |

Profissionais: CRM-176248

BEATRIZ SALOMAO IORIATTI

Beatriz Salomao Ioriatti  
CRM-SP 176.243

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 15:51

|                                   |                                      |                        |                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|----------------------|
| Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN | Dt. Nasc.: 03/03/1978                | Atendimento: 123918568 | Prontuário: 28066509 |
| Convênio: NOTRE DAME SP           | Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS | Leito: 10C737/1        |                      |

|  |                |            |          |
|--|----------------|------------|----------|
| Profissional(is): BEATRIZ SALOMAO IORIATTI, MÉDICO, CRM 176248 [1] | Nº: 0187684936 | 23/07/2024 | às 15:47 |
|--|----------------|------------|----------|

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDA A EXÉRESE DE LIPOMA EM OMBRO ESQUERDO + EXTIRPAÇÃO DE MAMAS SUPRANUMERÁRIAS AXILARES BILATERALMENTE SOB ANESTESIA GERAL, SEM INTERCORRENCIAS

[1]

CD: A SRPA  
MANter CABECEIRA ELEVADA  
EVITAR ELEVAR OS BRAÇOS E FAZER ESFORÇOS COM BRAÇOS  
ALTA APÓS ACEITAÇÃO DE DIETA

Alergia

Nega Alergias

Sim

[1]

CID 10

Z540 CONVALESCENCA APOS CIRURGIA

[1]

PREVISÃO DE ALTA

Previsão De Alta

Hoje.

[1]

Beatriz Salomão Ioriatti  
MÉDICA  
CRM-SP 176.248

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 15:51

|                                   |                                      |                        |                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|----------------------|
| Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN | Dt. Nasc.: 03/03/1978                | Atendimento: 123918568 | Prontuário: 28066509 |
| Convênio: NOTRE DAME SP           | Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS | Leito: 10C737/1        |                      |

|  |                |                     |
|--|----------------|---------------------|
| Profissional(is): BEATRIZ SALOMAO IORIATTI, MÉDICO, CRM 176248 [1] | Nº: 0187684936 | 23/07/2024 às 15:47 |
|--|----------------|---------------------|

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

## Evolução Do Paciente

PACIENTE SUBMETIDA A EXÉRESE DE LIPOMA EM OMBRO  
ESQUERDO + EXTIRPAÇÃO DE MAMAS SUPRANUMERÁRIAS  
AXILARES BILATERALMENTE SOB ANESTESIA GERAL, SEM  
INTERCORRENCIAS

[1]

CD: A SRPA  
MANter CABECEIRA ELEVADA  
EVITAR ELEVAR OS BRAÇOS E FAZER ESFORÇOS COM BRAÇOS  
ALTA APÓS ACEITAÇÃO DE DIETA

## Alergia

## Nega Alergias

Sim

[1]

## CID 10

Z540 CONVALESCENCA APOS CIRURGIA


[1]

## PREVISÃO DE ALTA

## Previsão De Alta

Hoje.

[1]

  
Beatriz Salomão Ioriatti  
MÉDICA  
CRM-SP 176.248

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 16:28

|                                   |                                   |                        |                      |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------|
| Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN | Dt. Nasc.: 03/03/1978             | Atendimento: 123918568 | Prontuário: 28066509 |
| Convênio: NOTRE DAME SP           | Posto: RPA - CC 3 ANDAR BL A - HS | Leito: 05R1C7/1        |                      |

|  |                |            |          |
|--|----------------|------------|----------|
| Profissional(is): BEATRIZ SALOMÃO IORIATTI, MÉDICO, CRM 176248 [1] | Nº: 0187691982 | 23/07/2024 | às 16:22 |
|--|----------------|------------|----------|

|   |   |     |
|---|---|-----|
| <b>DIAGNÓSTICOS</b>                                     |   |     |
| <b>Diagnóstico Principal</b>                            |   |     |
| CID10 Principal   | Z540 CONVALESCENÇA APOS CIRURGIA                            | [1] |
| <b>Diagnóstico Secundário</b>                           |   |     |
| CID10 Secundário  | D17 NEOPLASIA LIOMATOSA BENIGNA                             | [1] |
| <b>RESUMO CLÍNICO</b>                                   |   |     |
| Evolução E Intercorrências                              | POSOP HABITUAL DE EXERESE DE LIPOMA E MAMAS SUPRANUMERARIAS | [1] |
| <b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS</b>                         |   |     |
| Paciente realizou algum tipo de procedimento cirúrgico? | Sim   | [1] |
| <b>Cirurgia Realizada (I)</b>                           |   |     |
| Cirurgião   | DRA BEATRIZ SALOMÃO   | [1] |
| Tipo De Anestesia / Sedação                             | GERAL + LOCAL   | [1] |
| Data da Cirurgia  | 23/07/2024  | [1] |
| <b>Cirurgia Realizada (II)</b>                          |   |     |
| Cirurgia Realizada                                      | EXTIRPAÇÃO MAMA SUPRANUMERARIA AXILAR                       | [1] |
| Cirurgião   | DRA BEATRIZ SALOMÃO   | [1] |
| Tipo De Anestesia / Sedação                             | GERAL + LOCAL   | [1] |
| Data Da Cirurgia  | 23/07/2024  | [1] |

Beatriz Salomão Ioriatti  
MÉDICO  
CRM-5 176248

## RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 16:28

|                                   |                                   |                        |                      |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------|
| Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN | Dt. Nasc.: 03/03/1978             | Atendimento: 123918568 | Prontuário: 28066509 |
| Convênio: NOTRE DAME SP           | Posto: RPA - CC 3 ANDAR BL A - HS | Leito: 05R1C7/1        |                      |

Profissional(is): BEATRIZ SALOMAO JORIATTI, MÉDICO, CRM 176248 [1] Nº: 0187691982 23/07/2024 às 16:22

## DIAGNÓSTICOS

## Diagnóstico Principal

CID10 Principal Z540 CONVALESCENCA APOS CIRURGIA

[1]

## Diagnóstico Secundário

CID10 Secundário D17 NEOPLASIA LIPOMATOSA BENIGNA

[1]

## RESUMO CLÍNICO

Evolução E Intercorrências POSOP HABITUAL DE EXERESE DE LIPOMA E MAMAS SUPRANUMERARIAS

[1]

## PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Paciente realizou algum tipo de procedimento cirúrgico?

Sim

[1]

## Cirurgia Realizada (I)

Cirurgião DRA BEATRIZ SALOMÃO

[1]

Tipo De Anestesia / Sedação GERAL + LOCAL

[1]

Data da Cirurgia 23/07/2024

[1]

## Cirurgia Realizada (II)

Cirurgia Realizada EXTIRPAÇÃO MAMA SUPRANUMERARIA AXILAR

[1]

Cirurgião DRA BEATRIZ SALOMÃO


[1]

Tipo De Anestesia / Sedação GERAL + LOCAL

[1]

Data Da Cirurgia 23/07/2024

[1]

  
Beatriz Salomão Joriatti  
MÉDICA  
CRM-SP 3.75.243

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 16:43

Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

Dt. Nasc.: 03/03/1978

Atendimento: 123918568

Prontuário: 28066509

Convênio: NOTRE DAME SP

Posto: RPA - CC 3 ANDAR BL A - HS

Leito: 05R1C7/1

Profissional(is): JAQUELINE DOS SANTOS CARVALHO, ENFERMEIRO(A), COREN 954299 [1] Nº: 0187695657 23/07/2024 às 16:40

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Controle Epidemiológico Hapvida

Perfil Epidemiológico Covid19

Paciente Não Covid.

[1]

Evolução de enfermagem

16:15 ADMITIDO EM RPA DE POI DE PROCEDIMENTO DE RETALHO MUSCULAR BILATERAL, CONSCIENTE, ORIENTADO, MANTENDO PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO.  
NEGA COMORBIDADES  
RELATA ALERGIA À DIPRIRONA  
MANTENDO AVP EM MSD COM JELCO 20 COM BOA INFUSÃO.  
ANESTESIA GERAL  
CURATIVO NEBACETIN + TEGADERME.  
MANTEM EXAMES DENTRO DO PRONTUÁRIO  
DEITA CONFORME P.M

[1]

## AVALIAÇÃO DE RISCO

## Avaliação De Risco

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

NÃO SE APLICA.

[1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

NÃO SE APLICA.

[1]

Lesão Por Pressão Neonatal

N

[1]

Queda Adulto (Morse)

NÃO SE APLICA.

[1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

NÃO SE APLICA.

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

## TESTES RÁPIDOS OBSTETRÍCIA

Cultura Para Estreptococos Do Grupo B (Swab Ou Urocultura)

Não se aplica.

[1]

## ORIENTAÇÕES

Houve Entrega Do Folder De Cuidados Com A Ferida Cirúrgica, Ao Pct/Familiar, C/Os Devidos Esclarecimentos, Em Linguagem Acessível E De Facil Entendimento?

NÃO SE APLICA.

[1]

23/07/2024 16:43  
Jaqueline dos Santos Carvalho  
0579035 - E115

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 20:42

Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

Dt. Nasc.: 03/03/1978

Atendimento: 123918568

Prontuário: 28066509

Convênio: NOTRE DAME SP

Posto: RPA - CC 3 ANDAR BL A - HS

Leito: 05R1C7/1

Profissional(is): JULIANA GAMA ENFERMEIRO(A) COREN 629025 [1] Nº: 0187736985 23/07/2024 às 20:38

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## Controle Epidemiológico Hapvida

Perfil Epidemiológico Covid19

Paciente Não Covid.

[1]

Evolução de enfermagem

Doenças prévias: nega

[1]

Alergias: nega

Evolução (estado geral): Recebo plantão com paciente em leito de UAC, realizado meta 1, em POI de Exereze lipoma em ombro esquerdo retirada de mama acessória bilateral.

¿Paciente evolui BEG, LOTE, eupneica em ar ambiente, mantém AVP em MSD J20 com data 23/07/2024 salinizado, pervio e sem presença de sinais flogísticos, mantém também curativo em região de ombro esquerdo e mama bilateral com gaze e tegaderme limpo e seco.

¿Segue hemodinamicamente estável, em leito com altura mínima, cabeceira e grades elevadas, rodas travadas.

¿Orientada solicitar ajuda da equipe de enfermagem sempre que necessário.

Ofertado dieta vo com boa aceitação.

Meta do dia: prevenir quedas, infecções, controle de algia e manter alta precoce

Juliana Gama

COREN SP 629025 - ENF

Juliana Gama

## AVALIAÇÃO DE RISCO

## Avaliação De Risco

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

NÃO SE APLICA.

[1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q)

NÃO SE APLICA.

[1]

Lesão Por Pressão Neonatal

N

[1]

Queda Adulto (Morse)

NÃO SE APLICA.

[1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty)

NÃO SE APLICA.

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

## TESTES RÁPIDOS OBSTETRÍCIA

Cultura Para Estreptococos Do Grupo B (Swab Ou Urocultura)

Não se aplica.

[1]

## ORIENTAÇÕES

Houve Entrega Do Folder De Cuidados Com A Ferida Cirúrgica, Ao Pc/Familiar, C/ Os Devidos Esclarecimentos, Em Linguagem Acessível E De Fácil Entendimento?

NÃO SE APLICA.

[1]

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/07/2024 10:37:36

|   |                         |                               |            |              |
|---|-------------------------|-------------------------------|------------|--------------|
| Prontuário  | Nome do Paciente        | Sexo                          | Nascimento | Idade        |
| 28066509  | DEBORAH EL ALAM SBEGHEN | F                             | 03/03/1978 | 46           |
| RG  | CPF                     | Carteira Profissional         |            | Estado Civil |
| 37137798  | 3627605608              |                               |            | 6-OUTROS     |
| Endereço  |                         |                               |            |              |
| R DOUTOR CABRAL DE VASCONCELOS 142 VILA DOS REMEDIOS SAO PAULO-SP CEP:5105020 |                         |                               |            |              |
| Telefone Residencial  | Telefone Trabalho       | Nome da Mãe                   |            |              |
| (11)98253-1974  | 984977234               | ANA DE FATIMA ARANTES EL ALAM |            |              |

## DADOS DO ATENDIMENTO

|                                 |       |           |                  |
|---------------------------------|-------|-----------|------------------|
| Setor                           |       |           |                  |
| 737301-RECEPCAO INTERNACAO - HS |       |           |                  |
| Data                            | Hora  | Matricula | Tipo Documento   |
| 23/07/2024                      | 09:14 |           |                  |
| Médico Atendente                |       |           | Clinica          |
| 9647066 HELIO ALVES             |       |           | 4-CIRURGICA      |
| Médico Acompanhante             |       |           | Tipo Atendimento |
| 9647066 HELIO ALVES             |       |           | 0 INTERNACAO     |
| Avaliação médica                |       |           |                  |

## DADOS DO CONVENIO

|                     |                               |  |
|---------------------|-------------------------------|--|
| Convenio            | Plano                         |  |
| 6473-NOTRE DAME SP  | 2-PLANO ENFERMARIA - COLETIVO |  |
| Carteira            | Validade                      |  |
| 1027020000007920000 |                               |  |

## DADOS DA INTERNAÇÃO

|                             |                 |       |
|-----------------------------|-----------------|-------|
| Posto                       | Acomodação      | Leito |
| POSTO PRE OPERATORIO 1 - HS | 11P1C7 LEITO 11 | 01    |

| N. Guia   | Procedimento | Senha     | Descrição                         |
|-----------|--------------|-----------|-----------------------------------|
| 123918568 | 99996666     | 123918568 | INTERNACAO                        |
| 123918568 | 54010187     | 123918568 | EXERESE DE LIPOMAS                |
| 123918568 | 45090033     | 123918568 | EXTIRPACAO DE MAMA SUPRANUMERARIA |
| 123918568 | 54010470     | 123918568 | RETALHO LOCAL OU REGIONAL         |







Faz bem pra você

## FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Preencher quando não houver etiqueta.

Paciente: Deborah

Passagem: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

|           |             |    |    |      |    |                    |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|-----------|-------------|----|----|------|----|--------------------|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| PESO (kg) | ALTURA (cm) | PA | FC | TEMP | FR | JEJUM (hs)         | DOR     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 70        | 1,80        |    |    |      |    | Sólidos <u>08h</u> | Adulto  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|           |             |    |    |      |    | Líquidos           | Criança | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

|   |             |
|---|-------------|
| CIRURGIA/PROCEDIMENTO                     | DIAGNÓSTICO |
| <u>Endoscopia para biópsia + lipoma E</u> |             |

### AValiação Clínica

| <b>Cardio-circulatório</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> Hipertensão<br><input type="checkbox"/> Angina<br><input type="checkbox"/> Coronariopatia<br><input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio<br><input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca<br><input type="checkbox"/> Outras<br><br><b>Respiratório</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> Dependência O <sub>2</sub><br><input type="checkbox"/> Apnéia do sono<br><input type="checkbox"/> IVAS recente<br><input type="checkbox"/> Expectorção<br><input type="checkbox"/> Outras<br><br><b>Gastrointestinal/hepático</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico<br><input type="checkbox"/> Úlcera péptica<br><input type="checkbox"/> Vômito/ diarreia<br><input type="checkbox"/> Hérnia de hiato<br><input type="checkbox"/> Obst. Intestinal<br><input type="checkbox"/> Outras<br><br><b>Neurológico</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> Convulsões<br><input type="checkbox"/> Dormência/ fraqueza<br><input type="checkbox"/> Lesão medular<br><input type="checkbox"/> Outras<br><br><b>Renal</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> Doença renal crônica<br><input type="checkbox"/> Insuficiência renal<br><input type="checkbox"/> Outras<br><br><b>Hematológico</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> Transfusão prévia<br><input type="checkbox"/> Plaquetopatia<br><input type="checkbox"/> Outras<br><br><b>Músculo esquelético</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> Dor lombar<br><input type="checkbox"/> Musculodistrofia<br><input type="checkbox"/> Outras<br><br><b>Endócrino</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> Diabetes tipo<br><input type="checkbox"/> Patologia da tireóide<br><input type="checkbox"/> Outras | <b>Câncer</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> Quimioterapia<br><input type="checkbox"/> Radioterapia<br><input type="checkbox"/> Outras<br><br><b>Infeccioso</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> HIV<br><input type="checkbox"/> Outras<br><br><b>Gravidez</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas<br><br><b>Crianças abaixo de 1 ano</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><b>Condições de Nascimento</b><br><input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta com a mãe<br><br><input type="checkbox"/> Termo<br><input type="checkbox"/> Pré-termo:<br><input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas<br><input type="checkbox"/> Idade pós-conceitual _____ semanas<br>(Idade gest.+idade atual)<br><br><b>Hábitos Sociais</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><input type="checkbox"/> Tabaco<br><input type="checkbox"/> Alcool<br><input type="checkbox"/> Outras<br><br><b>Alergias</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><table border="1"><thead><tr><th>Tipo/Agente</th><th>Reação</th></tr></thead><tbody><tr><td><u>Dupinera</u></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table><br><b>Cirurgia/anestesia prévia</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><table border="1"><thead><tr><th>Cirurgia</th><th>Anestesia</th><th>Dados relevantes</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table><br><b>Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br><br><b>Histórico familiar - problemas com anestesia</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Tipo/Agente      | Reação | <u>Dupinera</u> |  |  |  |  |  |  |  | Cirurgia | Anestesia | Dados relevantes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>Exame Físico</b><br>Cardíaco _____<br>Resp. <u>S/A</u><br>Neuro _____<br>Regional _____<br>Outro _____<br><br><b>Laboratório</b><br><table border="1"><thead><tr><th>Hb</th><th>Ht</th><th>Na</th></tr></thead><tbody><tr><td><u>13</u></td><td><u>38,7</u></td><td></td></tr><tr><td>K</td><td>Plaquetas</td><td>Glicose</td></tr><tr><td></td><td><u>200K</u></td><td></td></tr></tbody></table><br><b>Medicação</b> (Verificar se tomou no dia da cirurgia)<br><table border="1"><tbody><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></tbody></table><br><b>Via aérea</b><br>História de via aérea difícil<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br><br><b>Mallampati</b><br><input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV<br><br><b>Distância esterno/mento</b><br><u>12,5</u> cm<br><br><b>Dentição/Prognatismo</b><br>_____<br><br><b>Outros</b><br>_____<br><br><b>Hemorragias</b> <input checked="" type="checkbox"/> Negativo<br><br><b>Tipagem solicitada</b><br>_____<br><br><b>Reserva de</b> _____ U Conc. Glob<br><br><b>Avaliação ASA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI<br><b>Emergência:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br><br><b>Planejamento Anestésico</b><br><u>Genal</u> | Hb | Ht | Na | <u>13</u> | <u>38,7</u> |  | K | Plaquetas | Glicose |  | <u>200K</u> |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|------------------|--------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|----------|-----------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|----|----|----|-----------|-------------|--|---|-----------|---------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Tipo/Agente   | Reação   |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| <u>Dupinera</u>   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Cirurgia  | Anestesia  | Dados relevantes |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| Hb  | Ht   | Na               |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| <u>13</u>   | <u>38,7</u>  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
| K   | Plaquetas  | Glicose          |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   | <u>200K</u>  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |                  |        |                 |  |  |  |  |  |  |  |          |           |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |    |    |           |             |  |   |           |         |  |             |  |  |  |  |  |  |  |

Comentários sobre os achados:

ECG: Normal  
Apex

Anestesiologista: \_\_\_\_\_

DATA: 23/07/24 HORA: \_\_\_\_\_

Assinatura: Dr. Pedro Cayres  
CRM-SP: 252579





(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome completo (paciente):

CPF:

Data de Nasc. / /

Médico:

CRM:

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico \_\_\_\_\_ ou a seguinte alternativa anestésica \_\_\_\_\_

Declaro ainda que:

a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

b) Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.

d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

### PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA

Nome legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o procedimento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Dr. Pedro Cavres  
Médico  
CRM SP 252579

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

1 - Eu, Leoborah El Alem Steyer, inscrito no CPF sob o nº 03627605608, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo(a) médico(a) Dr.(a) Beatriz Sacramento de que as avaliações e exames realizados revelam alteração(ões) do estado de saúde, sendo diagnosticado Lipoma e mamas exstomáticas

2 - Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

3 - Compreendo que durante o(s) procedimento(s): Extirpação de mamas exstomáticas e excisão de lipoma

para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuitas.

4 - Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

5 - Autorizo o médico indentificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6 - Confirmando que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras, com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Leoborah El Alem Steyer RG: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: 03/03/1978 Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

SAO PAULO (SP), 23 de Julho de 2024

Leoborah Steyer  
Assinatura do paciente / representante legal

Colar etiqueta do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, Beatriz Salomão, CRM | 176.248, médico(a)

responsável pelo esclarecimento do procedimento, confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

☐ Não foi possível a coleta deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de Emergência.

SAO PAULO (SP), 23 de Julho de 20 24

Assinatura / Carimbo do médico

Beatriz Salomão Lioriatti  
MÉDICA  
CRM-SP 176.248



Grupo  
**NotreDame**  
Intermédica



Hospital  
**São Bernardo**

# FICHA DE AVALIAÇÃO E ANESTÉSICO

DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

SENHA:9814

Data Atendimento: 12/03/2024 14:51 Setor:CC TTP-- Consultorias

Tipo de Atendimento: Atendimento Ambulatorial

Data Nascimento: 03/03/1978 Sexo: F

Idade: 46 a 0 m 9 d Religião:

Nome da Mãe: Ana De Fatima Arantes El Alam

Convenio: Intermedica Classificacao: SEM PROGRAMA

Nr. Associado: 102702000007920000

PRONTUARIO: 2131050

ATEND: 56539647



CIRURGIA / PROCEDIMENTO

Altura(m)

Peso(Kg)

Idade

JEJUM (h)

*Liposuer*

*1,59*

*70*

*46a*

Sólidos

Líquidos

## AVALIAÇÃO CLÍNICA

### Cardio-circulatório

Tolerância ao exercício

☐ Hipertensão

☐ Angina

☐ Coronariopatia

☐ Infarto do miocárdio

☐ Insuf. Cardíaca

☐ Outras

☒ Negativo

☐ Valvulopatia

☐ Arritmia

☐ Angioplastia

☐ DVP

☐ AAA

### Respiratório

☐ Dependente de O<sub>2</sub>

☐ Apnéia do sono

☐ IVAS recente

☐ Expectoração

☐ Outros

☒ Negativo

☐ Asma

☐ Tuberculose

☐ DPOC

### Gastrointestinal hepático

☐ Ref.Gastro-esofágico

☐ Úlcera péptica

☐ Vômito/diarréia

☐ Hérnia de hiato

☐ Obst.Intestinal

☐ Outras

☒ Negativo

☐ Gastrite

☐ Hepatite

☐ Ictericia

☐ Cirrose

### Neurológico

☐ Convulsões

☐ Dormência / fraqueza

☐ Lesão Medular

☐ Outros

☒ Negativo

☐ AVC

☐ Cefaleia

☐ PIC

### Renal

☐ Doença renal crônica

☐ Insuficiência renal

☐ Outras

☒ Negativo

☐ Diálise

### Hematológico

☐ Transfusão prévia

☐ Plaquetopenia

☐ Outras

☒ Negativo

☐ Coagulopatia

☐ Anemia

### Músculo Esquelético

☐ Dor lombar

☐ Musculodistrofia

☐ Outras

☒ Negativo

☐ Artrite

### Endócrino

☐ Diabetes tipo

☐ Patologia de tireóide

☐ Outras

☒ Negativo

### Câncer

☐ Quimioterapia

☐ Outras

☒ Negativo

☐ Radioterapia

### Infeccioso

☐ HIV

☐ Outras

☒ Negativo

### Músculo Esquelético

☐ Idade Gestacional \_\_\_\_\_ semanas

☐ Negativo

### Crianças abaixo de 1 ano

Condições de nascimento

☐ Intenção

☐ Termo

☐ Pré-termo

☐ Negativo

☐ Alta com a mãe

☐ Idade gestacional \_\_\_\_\_ semanas

☐ Idade pós-conceitual \_\_\_\_\_ semanas

(idade gest. atual)

### Hábitos Sociais

☐ Tabaco \_\_\_\_\_ cigarros/dia

☐ Alcool

☐ Drogas

☐ Outras

☐ Negativo

### Alergia

☐ Negativo

| Tipo/Agente               | Reação |
|---------------------------|--------|
| <i>Alergia a Dipirona</i> |        |

### Cirurgia/anestesia prévia

☒ Negativo

| Cirurgia | Anestesia | Dados Relevantes |
|----------|-----------|------------------|
|          |           |                  |
|          |           |                  |
|          |           |                  |
|          |           |                  |

### História de náuseas/vômitos no pós-operatório

☐ Sim

☒ Não

### Histórico familiar - problemas com anestesia

☐ Sim

☒ Não

### Exame Físico

☒ Sem Alterações

Cardíaco

Resp.

Neuro

Regional

Outro

### Laboratório

☒ Exames laboratoriais sem anormalidade

☐ Exames laboratoriais com alterações

anotar conduta no espaço abaixo

\*comentários sobre os achados

Medicação (verificar se tomou no dia da cirurgia)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

### Via aérea

História de via aérea difícil

☐ Sim

☐ Não

Mallampati

☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV

Distância esterno / mento

*76mm* cm

Dentição / prognatismo

Outros

### Hemorragias

☐ Negativo

Tipagem solicitada

Reserva de \_\_\_\_\_ U.Conc.Glob.

### Avaliação ASA

☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

### Emergência

☐ Sim

☐ Não

### Lateralidade - Identificado

☐ Sim

☐ Esquerdo

☐ Direito

☐ Não se aplica

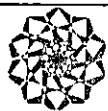
☐ Não

### Planejamento Anestésico

ECG: Sem alt

Rx do tórax: Sem alt

*Dr. Vitor Martins*  
CRM 223799 SP  
ASSINATURA E CAMPO ANESTESISTA



De maneira geral a taxa de eventos menores na anestesia (como por exemplo, náuseas, vômito, dor de garganta cefaleia) é de 18 a 22%. Eventos graves (reações alérgicas, infarto etc.) ocorrem entre 0,45 e 1,4% dos procedimentos. Sequelas permanentes ocorrem em 0,2 a 0,6% dos casos. A taxa de mortalidade em anestesia depende muito do risco do paciente (pacientes com doenças graves tem maior risco) e do procedimento a ser realizado (procedimentos com maior probabilidade de perda sanguínea e maior duração tem maior risco). De maneira geral, análises realizadas em diversos países estimam a taxa de mortalidade relacionada a anestesia é de 4,3 para cada 100.000 anestésias.

**6. Alternativas ao procedimento:** Procedimentos menores podem ser realizados com anestesia local ou até menos sem anestesia. Na maioria dos casos, não realizar anestesia ou sedação impossibilita a realização do procedimento cirúrgico ou invasivo.

**7. O que pode acontecer se não realizar o procedimento:** No caso da não realização da anestesia, o procedimento proposto pode não ser realizado.

**8. O que esperar na recuperação do procedimento:** Após a anestesia normalmente o paciente é encaminhado a uma unidade de recuperação anestésica (RPA) onde será monitorizado pelo tempo determinado até a recuperação da anestesia e o alívio de qualquer eventual sintoma. Pacientes com maior risco ou que realizaram procedimentos de alta complexidade podem ser

encaminhados para unidade de maior vigilância como Unidade Semi-Intensiva ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

**Sintomas mais comuns que podem ocorrer no período pós-anestésico:**

- Dor
- Sonolência
- Náusea e vômito
- Frio
- Coceira (devido ao uso de medicações opioides para dor)
- Tremores
- Impossibilidade de mover algum membro (em caso de anestesia regional)

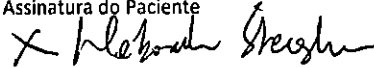
9. Autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ ou outro médico devidamente habilitado para realização da anestesia ou sedação a realizar em minha pessoa o procedimento assinalado acima.

10. A proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

11. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes.

em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daquele inicialmente proposto.

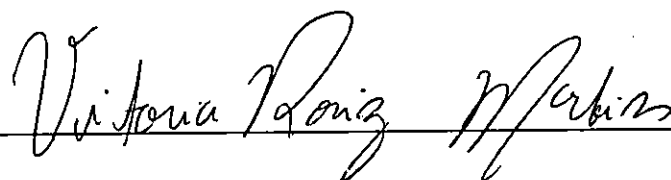
12. Confirmando que recebi e li, compreendi e concordo com os itens acima e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento se realize(m).

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Cidade  | Data                              |
| Assinatura do Paciente<br> | Assinatura do Representante Legal |
| Nome do Representante Legal   | Telefone                          |
| CPF do Representante Legal  | RG do Representante Legal         |
| Testemunha 1  | Testemunha 2                      |

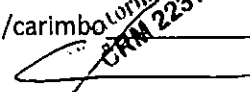
**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO**

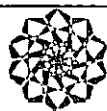
Expliquei todo o procedimento, anestésico /sedativo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico



Assinatura/carimbo

  
CRM 223799 SP



NotreDame  
Intermédica

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO  
ANESTESISTA

DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

SENHA: 9814

Data Atendimento: 12/03/2024 14:51 Setor: CC TTP - Consultório

Tipo de Atendimento: Atendimento Ambulatorial

Data Nascimento: 03/03/1978 Sexo: F

Idade: 46 a 0 m 9 d Religião:

Nome da Mãe: Ana De Fatima Arantes El Alam

Convenio: Intermédica Classificação: SEM PROGRAMA

Nr. Associado: 1027020000007920000

PRONTUARIO: 2131050

ATEND: 56539647



|  |                    |      |
|--|--------------------|------|
|  |                    |      |
|  | Data de Nascimento | Sexo |
|  | RG                 |      |
|  | Telefone           |      |

1. O que é? A anestesia consiste na alteração de algumas funções de nosso organismo induzida por diversos medicamentos, cada um com uma propriedade diferente. O objetivo é permitir a realização de procedimentos cirúrgicos, invasivos ou diagnósticos reduzindo ou eliminando a dor e outras respostas indesejadas do organismo durante o procedimento. Ela compreende pelo menos dois dos itens abaixo:

- Redução ou perda da consciência (hipnose)
- Redução ou eliminação da dor (analgesia)
- Redução ou abolição dos movimentos (bloqueio muscular)
- Controle das respostas involuntárias do organismo frente ao estresse da cirurgia como: aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, sudorese etc. (bloqueio neurovegetativo).

2. Como é feito? O procedimento anestésico é realizado por um médico anesthesiologista ou devidamente habilitado na prática de anestesia e sedação. Este médico permanece junto ao paciente que fica monitorizado durante todo o procedimento. De maneira obrigatória todo paciente é monitorizado quanto aos seguintes sinais vitais: frequência cardíaca, pulso, oxigenação sanguínea, aumento de pressão arterial e respiração (no caso de anestesia geral).

Existem ao menos quatro técnicas anestésicas comumente realizadas, cada uma delas envolve métodos diferentes de serem realizados e serão explicados abaixo

**A. Acompanhante do Serviço de Anestesia:** um anesthesiologista fica responsável por acompanhar e/ou supervisionar o deslocamento e/ou procedimento

**B. Sedação:** A sedação pode variar de leve (paciente consciente, porém não ansioso) até profunda (paciente em sono profundo, só despertado por estímulos dolorosos) Ela é realizada através da administração de um ou mais tipos de anestésicos

**C. Anestesia Geral:** Estado de perda de consciência em que o paciente não é despertado mesmo que sofra algum estímulo doloroso. Pode ser administrada por via venosa, venosa e inalatória (adultos e crianças) ou apenas inalatória (crianças)

**D. Bloqueios espinhais:** Consistem da raqui-anestesia, anestesia peridural e duplo bloqueio (associação das duas técnicas). Eles são realizados através da injeção de anestésico local na região onde estão as terminações nervosas da coluna espinhal, levando a anestesia de algum segmento do corpo por impedir que a sensação de dor seja levada ao sistema nervoso central.

**E. Bloqueios tronculares:** Trata-se de injeção de anestésico local em volta de nervos específicos com o objetivo de anestésicar um segmento determinado do corpo (braço, mão, pé, etc.).

**F. Outros procedimentos:** Eventualmente serão necessários outros procedimentos invasivos para a realização da anestesia e sua monitorização, entre eles estão a inserção de cateter venoso central, punção arterial, sondagem gástrica, outros

3. **Indicações do procedimento:** A anestesia pode ser realizada em qualquer procedimento cirúrgico, invasivo ou diagnóstico em que haja dor ou incômodo para o paciente desde que os benefícios superem os riscos de realizar a anestesia. Ela também é indicada no caso da impossibilidade de realizar o procedimento ou exame diagnóstico pela não colaboração do paciente, como exemplo crianças, pacientes com mal de Parkinson, dentre outros.

4. **Benefícios:** A imensa maioria dos procedimentos cirúrgicos ou invasivos só é possível devido à anestesia, que é um procedimento seguro permitindo inclusive a realização de procedimentos cirúrgicos e invasivos em pacientes graves. Outro benefício da anestesia é a analgesia pós-operatória, ou seja, a possibilidade de manter-se com a dor controlada no período pós-operatório.

5. **Riscos e Complicações:** Por ser um procedimento complexo a anestesia envolve riscos e pode levar a uma série de complicações e efeitos colaterais com diferentes níveis de gravidade, entre eles:

**Anestesia Geral/Sedação:**

**Anestesia regional:**

- |                               |  |                                    |
|-------------------------------|--|------------------------------------|
| • Náuseas e vômitos           | • Aspiration de conteúdo gástrico                  | • Hipoxia                          |
| • Dor de garganta             | • Infarto  | • Parada cardiorrespiratória       |
| • Lesão dentária              | • Perda visual                                     | • Falha parcial ou total técnica   |
| • Reações alérgicas           | • Cefaleia (raqui-anestesia e anestesia peridural) | • Intoxicação por anestésico local |
| • Consciência intraoperatória | • Infecção   | • Parada cardiorrespiratória       |
| • Acidente vascular cerebral  | • Lesão nervosa                                    | • Óbito                            |
| • Arritmias cardíacas         |  |                                    |



NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 14:19

Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

Dt. Nasc.: 03/03/1978

Atendimento: 123918568

Prontuário: 28066509

Convênio: NOTRE DAME SP

Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS Leito: 10C737/1

Profissional(is): LORENA VASQUES CABUS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 819271 [1] Nº: 0187657514 23/07/2024 às 13:36

## ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

## Itens De Verificação

|   |                |     |
|---|----------------|-----|
| Identificação Do Paciente   | Sim.           | [1] |
| Equipamentos Checados Em Sala Cirúrgica   | Sim.           | [1] |
| Alergias Do Paciente São Conhecidas   | Sim, DIPIRONA  | [1] |
| Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirúrgica                                       | sim.           | [1] |
| Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea | não se aplica. | [1] |
| Via Aérea Difícil   | não.           | [1] |
| Confirmação De Vaga Em UTI  | não se aplica. | [1] |
| Kit Cirúrgico Completo Em Sala  | sim.           | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia                                | sim.           | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia                               | sim.           | [1] |
| Sítio Demarcado Pelo Cirurgião  | Sim.           | [1] |

## Degermação E Antissepsia Da Pele

|   |                        |     |
|---|------------------------|-----|
| Degermação E Antissepsia Da Pele  | Clorexidina Alcoólica. | [1] |
| Paciente Elegível Para Realizar Embrocação Vaginal Conforme Protocolo?  | NÃO.                   | [1] |
| Foi realizado embrocação vaginal?                                       | NAO SE APLICA.         | [1] |
| A Degermação da pele foi realizada no sentido Unidirecional?            | sim.                   | [1] |
| Após A Degermação Da Pele, Houve A Remoção Da Clorexidina Degermante?   | sim.                   | [1] |
| A Clorexidina Alcoólica Foi Utilizada Para Antissepsia Da Pele?         | sim.                   | [1] |
| Bisturi Disponibilizado Apenas Após a Secagem Da Clorexidina Alcoólica? | sim.                   | [1] |

## ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

## Confirmação Verbal Do Cirurgião, Anestesiista E Equipe De Enfermagem

|                              |                     |     |
|------------------------------|---------------------|-----|
| Lateralidade Do Procedimento | direita e esquerda. | [1] |
| Paciente Certo               | sim.                | [1] |
| Sítio Cirúrgico Identificado | sim.                | [1] |

## ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

## Itens De Verificação

## Revisão Do Cirurgião

|   |      |     |
|---|------|-----|
| Checagem Completa Dos Equipamentos                                | sim. | [1] |
| Antibioticoprofilaxia   |      |     |
| Antibioticoprofilaxia administrada de 0 a 60 Min antes da incisão | sim. | [1] |
| Bisturi Disponibilizado Apenas Após O Término Do                  | sim. | [1] |

2024-15568-15568  
STATUS: EM ANDAMENTO  
COMANDO: 15568-15568

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA - INTRA

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 14:19

Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

Dt. Nasc.: 03/03/1978

Atendimento: 123918568

Prontuário: 28066509

Convênio: NOTRE DAME SP

Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS Leito: 10C737/1

## Antibiótico Profilático?

|                       |             |     |
|-----------------------|-------------|-----|
| Antibiótico Utilizado | cefazolina. | [1] |
|-----------------------|-------------|-----|

|   |      |     |
|---|------|-----|
| Realizado Checagem De Antibioticoprofilaxia | sim. | [1] |
|---|------|-----|

|   |  |  |
|---|--|--|
| Realizado Checagem De Antibioticoprofilaxia |  |  |
|---|--|--|

|                   |       |     |
|-------------------|-------|-----|
| Hora Administrada | 13:30 | [1] |
|-------------------|-------|-----|

## Revisão Do Anestasiologista

|   |      |     |
|---|------|-----|
| Checagem Completa Das Medicções Anestésicas | sim. | [1] |
|---|------|-----|

## Revisão Da Enfermagem

|  |      |     |
|--|------|-----|
| Equipamento Necessário Ao Procedimento Em Sala E Funcionando | sim. | [1] |
|--|------|-----|

|   |      |     |
|---|------|-----|
| Esterilização Do Material Confirmada E Validada | sim. | [1] |
|---|------|-----|

|  |                |     |
|--|----------------|-----|
| Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas | não se aplica. | [1] |
|--|----------------|-----|

## INFORMAÇÕES SALA OPERATÓRIA

|                  |       |     |
|------------------|-------|-----|
| Hora Da Cirurgia | 13:35 | [1] |
|------------------|-------|-----|

|            |        |     |
|------------|--------|-----|
| Circulante | Lorena | [1] |
|------------|--------|-----|

|                     |        |     |
|---------------------|--------|-----|
| Posição Do Paciente | dorsal | [1] |
|---------------------|--------|-----|

|                              |                |     |
|------------------------------|----------------|-----|
| Membro Ou Lado A Ser Operado | mama bilateral | [1] |
|------------------------------|----------------|-----|

|                              |       |     |
|------------------------------|-------|-----|
| Número Inicial de Compressas | 10 UN | [1] |
|------------------------------|-------|-----|

|  |      |     |
|--|------|-----|
| Quantidade De Compressas Acrescentadas 1 | 0 UN | [1] |
|--|------|-----|

|  |      |     |
|--|------|-----|
| Quantidade De Compressas Acrescentadas 2 | 0 UN | [1] |
|--|------|-----|

|  |      |     |
|--|------|-----|
| Quantidade De Compressas Acrescentadas 3 | 0 UN | [1] |
|--|------|-----|

|  |      |     |
|--|------|-----|
| Quantidade De Compressas Acrescentadas 4 | 0 UN | [1] |
|--|------|-----|

|  |      |     |
|--|------|-----|
| Quantidade De Compressas Acrescentadas 5 | 0 UN | [1] |
|--|------|-----|

|                                      |       |     |
|--------------------------------------|-------|-----|
| Numero Total De Compressas Inseridas | 10 UN | [1] |
|--------------------------------------|-------|-----|

|                              |    |     |
|------------------------------|----|-----|
| Contagem Final De Compressas | 10 | [1] |
|------------------------------|----|-----|

|  |   |     |
|--|---|-----|
| Realizado Duplo Check na Contagem da Compressa (Início, Acréscimos E Final)? | s | [1] |
|--|---|-----|

|  |    |     |
|--|----|-----|
| Quantitativo de Instrumentais Inicial (Caixa+Avulso) | 36 | [1] |
|--|----|-----|

|   |   |     |
|---|---|-----|
| Quantitativo de Instrumentais Abertos (acréscimo) Durante a Cirurgia (Caixa+Avulso) | 0 | [1] |
|---|---|-----|

|  |    |     |
|--|----|-----|
| Quantitativo de Instrumentais Final (Caixa+Avulso) | 36 | [1] |
|--|----|-----|

|   |   |     |
|---|---|-----|
| Realizada a Dupla Checagem da Contagem Inicial de Todos Os Instrumentais? | s | [1] |
|---|---|-----|

|   |   |     |
|---|---|-----|
| Realizada a Dupla Checagem da Contagem Final de Todos os Instrumentais? | s | [1] |
|---|---|-----|

|  |        |     |
|--|--------|-----|
| Nome do Profissional que Realizou a Dupla Checagem no Início | Lorena | [1] |
|--|--------|-----|

|   |        |     |
|---|--------|-----|
| Nome do Profissional que Realizou a Dupla Checagem no Final | Lorens | [1] |
|---|--------|-----|

|   |      |     |
|---|------|-----|
| Dispensado o Fio Cirúrgico apenas quando foi finalizada a contagem dos instrumentais? | sim. | [1] |
|---|------|-----|

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 14:19

|                                   |                                      |                        |                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|----------------------|
| Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN | Dt. Nasc.: 03/03/1978                | Atendimento: 123918568 | Prontuário: 28066509 |
| Convênio: NOTRE DAME SP           | Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS | Leito: 10C737/1        |                      |

|  |                |     |
|--|----------------|-----|
| Houve Divergência na Contagem de Instrumentais (início+Acréscimo e final)? | não se aplica. | [1] |
| Se Sim   | não se aplica. | [1] |
| Houve a Realização De Exame De Imagem Conforme Protocolo?                  | não se aplica. | [1] |
| A Gerente De Enfermagem e Diretor Médico foram Acionados?                  | não se aplica. | [1] |
| Os Instrumentais Faltantes Foram Encontrados?                              | não se aplica. | [1] |
| Peso Das Compressas Inicial  | não se aplica. | [1] |
| Peso Das Compressas Final  | não se aplica. | [1] |
| Não Se Aplica  | s              | [1] |
| Número Inicial De Agulhas  | 6 UN           | [1] |
| Quantidade De Agulhas Acrescentadas  | 0 UN           | [1] |
| Contagem Final De Agulhas  | 6 UN           | [1] |
| Solicitações No Intra-Operatório   |                |     |
| Anatomopatológico  | s              | [1] |
| MATERIAL CONSIGNADO  |                |     |
| Houve Consumo De Material Consignado?                                      | não.           | [1] |

Lorena Vasques Cabus  
COREN-SP 82427 Aux de Enf

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA - PÓS

Pagina 1 de 1

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 14:16

Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

Dt. Nasc.: 03/03/1978

Atendimento: 123918568

Prontuário: 28066509

Convênio: NOTRE DAME SP

Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS Leito: 10C737/1

Profissional(is): LORENA VASQUES CABUS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 819271 [1] Nº: 0187661821 23/07/2024 às 13:57

## AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

## Itens De Verificação

|   |      |     |
|---|------|-----|
| Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados | Sim. | [1] |
|---|------|-----|

|  |      |     |
|--|------|-----|
| As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas | Sim. | [1] |
|--|------|-----|

|   |      |     |
|---|------|-----|
| Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E Acondionada Corretamente | Sim. | [1] |
|---|------|-----|

|                    |                             |     |
|--------------------|-----------------------------|-----|
| Tipo De Respiração | Espontânea c/suporte de O2. | [1] |
|--------------------|-----------------------------|-----|

|              |              |     |
|--------------|--------------|-----|
| Extremidades | Perfundidas. | [1] |
|--------------|--------------|-----|

## Parto Nascimento Seguro

|                               |                |     |
|-------------------------------|----------------|-----|
| Realizado Contato Pele A Pele | Não se aplica. | [1] |
|-------------------------------|----------------|-----|

|                                  |                |     |
|----------------------------------|----------------|-----|
| Realizado Amamentação Na 1ª Hora | Não se aplica. | [1] |
|----------------------------------|----------------|-----|

|                            |                |     |
|----------------------------|----------------|-----|
| Identificado Puerpera E RN | não se aplica. | [1] |
|----------------------------|----------------|-----|

|           |                |     |
|-----------|----------------|-----|
| Laceração | Não se aplica. | [1] |
|-----------|----------------|-----|

|                                      |                |     |
|--------------------------------------|----------------|-----|
| Puerpera Precisa Iniciar Antibiótico | não se aplica. | [1] |
|--------------------------------------|----------------|-----|

Lorena Vasques Cabus  
COREN-SP 819271 Aux da Enf

Nome:

Deleora EL Alam Stephen

Data de nascimento:

03/03/70

Empresa:

Telefone:

Contato cliente:

a mesma

SCRIPT DE LIGAÇÃO

Bom dia / Boa tarde / Boa noite.

Sou Ana Patricia, falo em nome do Hospital HS do Grupo NotreDame Intermédica. Por gentileza, poderia confirmar seu nome completo e data de nascimento.

O motivo desta ligação é informá-lo(a) sobre a data da realização do seu procedimento cirúrgico, que acontecerá no dia 22/07/24 às 08:00 horas. Porém, necessitamos que o senhor(a) esteja no hospital às 03 horas antes do procedimento cirúrgico para internação. Podemos confirmar seu comparecimento? 23

Obrigada pela confirmação. Agora faremos algumas perguntas para sua internação ser mais segura:

QUESTIONÁRIO

De 1 a 5 quanto o Sr(a) se sente seguro (a) de realizar o procedimento cirúrgico? Sendo 1 nada seguro e 5 muito seguro

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5

O Sr(a) já sabe o resultado do exame COVID-19? Oferecer nesse momento o resultado ao paciente

( ) SIM

☒ NÃO

O Sr(a) recebeu uma dose da vacina COVID-19 nos últimos 7 dias?

( ) SIM

☒ NÃO

Teve contato com algum caso suspeito ou confirmado de Covid -19 nos últimos 14 dias?

( ) SIM

☒ NÃO

Possui algum sintoma respiratório? febre (>37,7°C), tosse, coriza, dor no corpo/cabeça, falta de apetite, calafrio, desconforto respiratório, perda de paladar, olfato?

( ) SIM

☒ NÃO

Se POSITIVO, orientar paciente que cirurgia está suspensa e que o DEINT entrará em contato para remarcação da data. Orientar quanto a necessidade de isolamento social e procurar unidade de saúde caso haja piora dos sintomas.

Está com guia para o procedimento?

☒ SIM

( ) NÃO

Orientar paciente a retornar com seu médico no ambulatório

Está com pedido médico?

☒ SIM

( ) NÃO

Não se aplica

Está com a carteirinha do convênio?

☒ SIM

( ) NÃO

Orientar a impressão no portal

Possui RG ou documento com foto?

☒ SIM

( ) NÃO

Orientar que não será realizada a internação sem documento sem foto

Possui cartão do SUS?

( ) SIM

( ) NÃO

Orientar que não será realizada sua internação sem documento sem foto

Possui exames pré-operatórios?

☒ SIM

( ) NÃO

Orientar que não será realizada sua internação sem os exames pré operatórios (caso solicitados)

O médico orientou jejum?

☒ SIM

( ) NÃO

Realizar a orientação respeitando o período de 8 horas antes do procedimento

Comorbidades (assinale se afirmativo)

( ) HAS ( ) DM ( ) IRC ( ) Cardiopatia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Possui Alergia Látex?

( ) SIM

☒ NÃO

Orientar quanto a informação no ato da internação

Possui marcapasso? Tem avaliação do cardiologista liberando para cirurgia?

( ) SIM

☒ NÃO

Enfermagem precisará alinhar a presença do técnico da empresa do marcapasso, para acompanhar o procedimento

Fazendo uso de anticoagulante? Qual:

( ) SIM

☒ NÃO

A equipe médica deverá ser comunicada para avaliar a realização do procedimento

Médico prescreveu meias elásticas?

( ) SIM

☒ NÃO

Lembrar o paciente de trazer as meias para o hospital

Neste momento faremos as orientações do preparo para o procedimento:

- No dia da internação, objetos de valores como: adornos (brincos, anéis, colares, etc), celulares, prótese dentária, documentos pessoais, deverão ser deixados em casa, porém na impossibilidade deverão ser entregues ao acompanhante;
- O cabelo deverá estar seco e sem qualquer produto como: gel, fixador e grampos, cabelo sintético ou mesmo natural com aplique, devido risco de queimaduras.
- As unhas devem estar sem esmalte;
- O paciente deverá estar acompanhado de um responsável maior de 18 anos;
- Pacientes menores de 18 anos deverão estar acompanhados pelo responsável legal durante todo o período de permanência no hospital;
- Pacientes idosos (a partir de 60 anos), deverão estar acompanhados por uma pessoa do mesmo sexo durante todo o período de permanência no hospital;
- Trazer a lista ou receita médica e/ou medicamentos em uso;
- Trazer os exames pré operatórios, eles são essenciais para realização do procedimento cirúrgico.

Obrigada pela atenção.

Transfusão de sangue Sim

NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 16:08

|                                   |                                      |                        |                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|----------------------|
| Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN | Dt. Nasc.: 03/03/1978                | Atendimento: 123918568 | Prontuário: 28066509 |
| Convênio: NOTRE DAME SP           | Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS | Leito: 10C737/1        |                      |

Profissional(is): LORENA VASQUES CABUS, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 819271 [1] Nº: 0187666220 23/07/2024 às 14:19

DADOS DO PACIENTE

|                           |            |     |
|---------------------------|------------|-----|
| Data De Nascimento        | 03/03/1978 | [1] |
| Sexo                      | Feminino.  | [1] |
| Pulseira De Identificação | S          | [1] |

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: MANHA

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: TARDE

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| Hora      | 13:20  | [1] |
| Hora      |  |     |
| Descrição | <p>13H20 ADMITO PACIENTE E SALA CIRURGICA, COM TERMOS ASSINADOS E PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA. PACIENTE REFERE ALERGIA HA DIPIRONA. NEGA HAS E DM. RALIZADO PUNÇÃO EM MSD COM JELCO 20 FIXADO COM PELICULA TRANSPARENTE.</p> <p>13H30 INICIO DO PROCEDIMENTO ANESTESICO, PACIENTE É INTUBADO COM Sonda OROTRAQUEAL 7,5 COM CUFF FIXADO COM MICROPORE PELA DRA ORNELAS.</p> <p>13H35 INICIO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO PELA DRA BIATRIZ E EQUIPE .</p> <p>15H30 TERMINO DO PROCEDIMENTO CIRURGICO, CURATIVO EM REGIÃO DA AXILA BILATERAL COM POMADA NEOMICINA, GAZE E TAGDERM COM ASPECTO LIMPO E SECO EXTERNAMENTE.</p> <p>15H40 TERMINO ANESTESICO , PACIENTE É EXTUBADO SEM INTERCORRENCIA</p> <p>16H00 ENCAMINHO APRA RECUPERAÇÃO ANESTESICA , SONOLENTA POREM RESPONDE AO CHAMADO, ANEXADO AO PRONTUARIO 01 POMADA NEOMICINA. PROTOCOLO 03 PEÇAS DE ANATOMO PATOLOGICO.</p> | [1] |

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Beatriz Solomão Ioriatti  
MED-CA  
CRM-SP 176.243

# REGISTRO DE RASTREABILIDADE DE MATERIAL ESTÉRIL

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Nome do Paciente: <u>Deborah El Alan SBCarun.</u> |                       |
| Data de Nascimento: <u>03/03/1978</u>             |                       |
| Médico Responsável: <u>Dra. Biatriz</u>           |                       |
| Sala Cirúrgica: <u>10</u>                         |                       |
| Procedimento: <u>Ritallho muscular</u>            | Data: <u>23/07/24</u> |

|                     |
|---------------------|
| LAP Cirúrgico _____ |
| INTEGRADOR QUÍMICO  |

|                      |
|----------------------|
| Caixa e código _____ |
| INTEGRADOR QUÍMICO   |

|                      |
|----------------------|
| Caixa e código _____ |
| INTEGRADOR QUÍMICO   |

|                      |
|----------------------|
| Caixa e código _____ |
| INTEGRADOR QUÍMICO   |

| RASTREABILIDADE DE ESTERILIZAÇÃO  |  |
|---|--|
| ( ) Autoclave á vapor ( ) <u>Sierrad</u> - Peróxido de Hidrogênio   |  |
| Nome/Nº da caixa: <u>Plástica</u>   |  |
| Nº de peças: <u>57</u>  |  |
| Data do processamento: <u>23.7.24</u>   |  |
| Data de validade: <u>23.10.24</u>   |  |
| Autoclave: ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 ) ( 5 ) Lote: <u>782</u>   |  |
| Sierrad: ( 100 NX ) ( 100 ) Lote: _____   |  |
| Colaborador responsável pela montagem da caixa: <u>Lilian S. da Silva</u><br>Téc. de Enfermagem<br>COREN-SP 788.138 | Colaborador responsável pela embalagem da caixa: _____ |
| Colaborador responsável que utilizou a caixa e local utilizado/Sala: <u>23/07/24</u>                                |  |
| Obs: _____  |  |

ETIQUETAS ADESIVAS DOS MATERIAIS AVULSOS - GRAU CIRÚRGICO / CPPS

Lorena Vasques Calais  
COREN-SP 810271 Aux de Enf

ASSINATURA E CARIMBO CIRCULANTE DE SALA  
TÉC DE ENFERMAGEM

## CONFERENCIA DE EXAMES

Deborah El alan

ETIQUETA DO PACIENTE

DATA: 23/07/24

|                              |   |         |
|------------------------------|---|---------|
| EXAMES LABORATORIAIS         | SIM <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO ( ) |
| CARTA DE AVAL. CARDIOLÓGICA  | SIM ( )                                 | NÃO ( ) |
| RAIO X                       | SIM <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO ( ) |
| COVID                        | SIM ( )                                 | NÃO ( ) |
| ULTRASSONOGRAMA              | SIM <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO ( ) |
| ELETROCARDIOGRAMA            | SIM <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO ( ) |
| RESSONÂNCIA                  | SIM ( )                                 | NÃO ( ) |
| TOMOGRAFIA                   | SIM ( )                                 | NÃO ( ) |
| ECOCARDIOGRAMA               | SIM ( )                                 | NÃO ( ) |
| OUTROS: Avaliação anestésico | SIM <input checked="" type="checkbox"/> | NÃO ( ) |
| OUTROS:                      | SIM ( )                                 | NÃO ( ) |

| SETOR                      | ASS. / CARIMBO                |
|----------------------------|-------------------------------|
| ADMISSÃO NO DAY:           | L. JESUS<br>CRM-SP. 899.091-4 |
| PACIENTE / RESPONSÁVEL:    |                               |
| RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTESIA: |                               |
| RETORNO DAY:               |                               |
| RESPONSÁVEL PELA ALTA:     |                               |



Nome completo: Deborah El Alam

Data de nascimento: 03/03/78

### TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES: INTRAHOSPITALAR E EXTRAHOSPITALAR

Data: 23/07/24 Hora: \_\_\_\_\_ Unidade de origem: \_\_\_\_\_ Unidade de destino: \_\_\_\_\_

Responsável pelo transporte: ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Fisioterapeuta ( ) Maqueiro

Tipo de Remoção: ( ) Não se aplica ( ) Básica ( ) Avançada Motivo: ( ) alta ( ) exame ( ) internação ( ) consulta

### SITUAÇÃO

|   |  |
|---|--|
| Motivo da transferência: <u>cirurgia</u>    |  |
| Diagnóstico(s): <u>mama extra numeração</u> |  |
| Sinais Vitais: PA <u>108</u> mmHg           | FC: <u>75</u> bpm  |
| FR: <u>21</u> rpm                           | T: <u>36</u> °C Dor: <u>0</u>  |
| SpO <sub>2</sub> <u>99</u> %                | Score de dor: _____ BCF: _____ bpm   |
| Medicamentos em uso: _____                  |  |
| Riscos gerenciados                          | ( ) Não se aplica ( ) Flebite ( ) TEV ( ) LPP ( ) Queda ( ) Outros: _____                |
| Protocolos gerenciados                      | ( ) Não se aplica ( ) Sepsis ( ) Dor torácica ( ) Hemorragia pós-parto ( ) Outros: _____ |
| Suporte de oxigênio                         | ( ) Não ( ) Sim ( ) Cateter l/min ( ) Nebulização l/min ( ) Ventilação mecânica          |
| Acessos vasculares                          | ( ) Não ( ) Sim ( ) CVC ( ) CVP ( ) PICC ( ) Porta cath ( ) Outros: _____                |
| Sondas, drenos, ostomias                    | ( ) Não ( ) Sim Qual? _____  |
| Outros dispositivos                         | ( ) Não ( ) Sim Qual? _____  |
| Lesão de pele                               | ( ) Não ( ) Sim Local: _____ Estágio: _____  |
| Curativos                                   | ( ) Não ( ) Sim Qual produto? _____  |
| Precaução                                   | ( ) Não ( ) Sim ( ) Contato ( ) Aerossóis ( ) Gotículas                                  |
| Monitorização                               | ( ) Não ( ) Sim Qual? _____  |
| Nível de consciência                        | ( ) Consciente ( ) Confuso ( ) Sonoletto ( ) Comatoso                                    |
| Locomoção                                   | ( ) Deambula sem auxílio ( ) Deambula com auxílio ( ) Acamado                            |
| Transporte utilizado                        | ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca ( ) Incubadora de transporte ( ) Berço                     |

### BREVE HISTÓRICO

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Antecedentes                | ( ) Não ( ) Sim ( ) HAS ( ) DM ( ) JAVC ( ) DPOC ( ) Outros: _____ |
| Alergias                    | ( ) Não ( ) Sim Qual? <u>Dipirona</u>                              |
| Procedimentos realizados    | ( ) Não ( ) Sim Qual? _____ Data: ____/____/____                   |
| Valores, crenças, barreiras | ( ) Não ( ) Sim Qual? _____  |

### AValiação

Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

P. 70  
A. 160  
SS. 22:30

Larissa de Jesus Maciel  
CRM-SP 899.891-A.E

### RECOMENDAÇÕES

Recomendações especiais e pendências

( ) Não ( ) Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

Exames Pendentes: \_\_\_\_\_

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo)  
(Unidade de origem)

Sinais vitais de admissão: PA \_\_\_\_\_ mmHg  
FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm T: \_\_\_\_\_ °C Dor \_\_\_\_\_

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo)  
(Unidade de destino)

### CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA HAPVIDA DIAGNÓSTICO APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

|   |
|---|
| Foi realizado o exame: ( ) Não ( ) Sim  |
| Paciente apresentou intercorrência durante o exame: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____ |
| Conduta imediata: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____                                   |
| Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? ( ) Não ( ) Sim       |
| Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ rpm T: _____ °C Dor _____  |

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia  
(Unidade de destino)

Nome completo: Deborah EL. ALAM SBEHEN

Data de nascimento: 03/03/78

### TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES: INTRAHOSPITALAR E EXTRAHOSPITALAR

|  |             |                               |                           |
|--|-------------|-------------------------------|---------------------------|
| Data: <u>23/07/24</u>  | Hora: _____ | Unidade de origem: <u>RPA</u> | Unidade de destino: _____ |
| Responsável pelo transporte: <input checked="" type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Maqueiro                                 |             |                               |                           |
| Tipo de Remoção: <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Avançada Motivo: <input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> exame <input type="checkbox"/> internação <input type="checkbox"/> consulta |             |                               |                           |

### SITUAÇÃO

|  |   |   |                    |
|--|---|---|--------------------|
| Motivo da transferência: <u>RPA - Alta melhorada</u> |   |   |                    |
| Diagnóstico(s): <u>Retalho muscular Bilateral</u>    |   |   |                    |
| Sinais Vitais: PA                                    | mmHg  | FC: bpm                                     | FR: rpm T: °C Dor: |
| SpO <sub>2</sub> %                                   | Score de dor:   | BCF: bpm                                    |                    |
| Medicamentos em uso:                                 |   |   |                    |
| Riscos gerenciados                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> TEV <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros:                                |   |                    |
| Protocolos gerenciados                               | <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Hemorragia pós-parto <input type="checkbox"/> Outros                                       |   |                    |
| Suporte de oxigênio                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Cateter l/min <input type="checkbox"/> Nebulização l/min <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica   |   |                    |
| Acessos vasculares                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> CVC <input checked="" type="checkbox"/> VCP <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Porta cath <input type="checkbox"/> Outros |   |                    |
| Sondas, drenos, ostomias                             | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?  |   |                    |
| Outros dispositivos                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?  |   |                    |
| Lesão de pele  | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Local:   | Estágio:                                    |                    |
| Curativos  | <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual produto?  | <u>Qase e Teg - Reg. Axilar - Bilateral</u> |                    |
| Precaução  | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Aerossóis <input type="checkbox"/> Gotículas   |   |                    |
| Monitorização  | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?  |   |                    |
| Nível de consciência                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Comatoso  |   |                    |
| Locomoção  | <input checked="" type="checkbox"/> Deambula sem auxílio <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado   |   |                    |
| Transporte utilizado                                 | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Incubadora de transporte <input type="checkbox"/> Berço   |   |                    |

### BREVE HISTÓRICO

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Antecedentes                | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Outros |
| Alergias                    | <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual? <u>Dipirona</u>   |
| Procedimentos realizados    | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? Data: ____/____/____   |
| Valores, crenças, barreiras | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?  |

### AVALIAÇÃO

**A** Registrar dados relevantes das últimas 24 horas

### RECOMENDAÇÕES

**R** Recomendações especiais e pendências

☐ Não ☐ Sim Qual(is)?

Exames Pendentes: \_\_\_\_\_

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo)  
(Unidade de origem)

*Assinatura e Carimbo do Enfermeiro*

Sinais vitais de admissão: PA mmHg  
FC: bpm FR: rpm T: °C Dor:

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo)  
(Unidade de destino)

### CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA HAPVIDA DIAGNÓSTICO APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME

|   |
|---|
| Foi realizado o exame: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim                                    |
| Paciente apresentou intercorrência durante o exame: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: |
| Conduta imediata: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual:                                   |
| Foi encaminhado peças para anatomia patológica (biópsia)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Sinais Vitais: PA mmHg FC: bpm FR: rpm T: °C Dor:   |

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Técnico de Radiologia  
(Unidade de destino)

**CAMPO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA REMOÇÃO ANTES E APÓS A REALIZAÇÃO DO TRAJETO**

|  |      |     |     |     |     |    |    |      |
|--|------|-----|-----|-----|-----|----|----|------|
| Sinais Vitais no transporte saindo da origem: PA                               | mmHg | FC: | bpm | FR: | rpm | T: | °C | Dor: |
| Paciente apresentou intercorrência durante o transporte: ( ) Não ( ) Sim Qual: |      |     |     |     |     |    |    |      |
| Conduta imediata: ( ) Não ( ) Sim Qual:  |      |     |     |     |     |    |    |      |
| Procedimentos realizados durante o transporte:                                 |      |     |     |     |     |    |    |      |
| Sinais Vitais após a finalização do transporte: PA                             | mmHg | FC: | bpm | FR: | rpm | T: | °C | Dor: |

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem da Remoção:

|  |   |      |     |     |     |     |    |    |      |
|--|---|------|-----|-----|-----|-----|----|----|------|
| Enfermeiro (Assinatura e Carimbo)<br>Remoção | Sinais vitais de admissão: PA                             | mmHg | FC: | bpm | FR: | rpm | T: | °C | Dor: |
|  |   |      |     |     |     |     |    |    |      |
|  | Enfermeiro (Assinatura e Carimbo)<br>(Unidade de destino) |      |     |     |     |     |    |    |      |

| CHECKLIST DE TRANSPORTE SEGURO INTRAHOSPITALAR |   |  |                      |
|--|---|--|----------------------|
| CLASSIFICAÇÃO                                  | CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE  | PROFISSIONAIS  | CLASSIFICAÇÃO MÉDICA |
| Baixo Risco<br>(Não-Críticos)                  | Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48 horas que não sejam dependentes de oxigenoterapia.  | Técnico/Auxiliar de Enfermagem ou Maqueiro                               | ( )                  |
| Risco Médio<br>(Não-Críticos)                  | Pacientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, porém, com necessidade de monitoração hemodinâmica ou oxigenoterapia.   | Técnico/Auxiliar de Enfermagem ou Maqueiro + Enfermeiro                  | ( )                  |
| Alto Risco<br>(Crítico)                        | Pacientes instáveis e que podem precisar de intervenções agudas: pacientes com via aérea artificial (intubação endotraqueal, crico/traqueostomia) em assistência ventilatória mecânica; necessidade de suplementação de O <sub>2</sub> com pressão de suporte; desconforto respiratório moderado a grave (SPO <sub>2</sub> < 90%); presença de instabilidade hemodinâmica; uso de drogas vasoativas; utilização de monitorização invasiva; rebaixamento sensorial | Técnico de enfermagem ou Maqueiro + Enfermeiro + Médico + Fisioterapeuta | ( )                  |

Assinatura e carimbo do médico: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

**Equipamentos para o transporte do paciente de médio risco no intrahospitalar**

| EQUIPAMENTO   | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| Monitor multímetro  |     |     |
| Bateria do equipamento checada                                  |     |     |
| Cilindro de oxigênio verificado                                 |     |     |
| Carga de O <sub>2</sub> maior que 50% da capacidade do cilindro |     |     |

**Equipamentos, materiais e medicações para o transporte do paciente de alto risco no intrahospitalar**

| EQUIPAMENTO   | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| Monitor multímetro  |     |     |
| Ventilador de transporte  |     |     |
| Cilindro de oxigênio verificado                                 |     |     |
| Carga de O <sub>2</sub> maior que 50% da capacidade do cilindro |     |     |
| Bateria dos equipamentos checada                                |     |     |
| Maleta de transporte  |     |     |

Assinatura e carimbo do Enfermeiro: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

# REGISTRO DE MONITORAMENTO DO PACIENTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Nome completo: Deborah El Alam Shechen

Data de nascimento: 03/03/78

## 1. FICHA DE ADMISSÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data: 23/07/21 Horário: 16:15 Cirurgia Realizada: Rotatio ilíaca Bilateral

Hora da admissão na R.A.: 16:15 Anestesiista: Dr. Arnaldo

Tipo de anestesia: geral  
Cirurgião: Dr. Benício

## 2. CONTROLES

| PERÍODO       | HORA  | TEMP. | FC | FR | PA       | SPO <sub>2</sub> | DOR | Código amarelo |
|---------------|-------|-------|----|----|----------|------------------|-----|----------------|
| a cada 15 min | 16:15 | 36°   | 64 | 15 | 120 x 80 | 99               | 0   | —              |
| a cada 15 min | 16:30 | 36°   | 66 | 20 | 125 x 82 | 99               | 0   | —              |
| a cada 15 min | 16:45 | 36°   | 66 | 20 | 125 x 82 | 99               | 0   | —              |
| a cada 15 min | 17:00 | 36°   | 70 | 22 | 115 x 70 | 100              | 0   | —              |
| a cada 30 min | 17:30 | 36°   | 72 | 22 | 110 x 70 | 100              | 0   | —              |
| a cada 30 min | 18:00 |       |    |    |          |                  |     |                |
| a cada hora   |       |       |    |    |          |                  |     |                |
| a cada hora   |       |       |    |    |          |                  |     |                |
| a cada hora   |       |       |    |    |          |                  |     |                |
| a cada hora   |       |       |    |    |          |                  |     |                |

Glicemia Capilar: mg/dl Hora: :

Técnico de Enfermagem  
Assinatura e carimbo: Tec Vilma Novais Sena  
Coren 1490296 SP

Enfermeiro  
(Assinatura e carimbo):

## ESCALA DE DOR

|    |              |
|----|--------------|
| 0  | SEM DOR      |
| 1  | DOR LEVE     |
| 2  |              |
| 3  |              |
| 4  | DOR MODERADA |
| 5  |              |
| 6  |              |
| 7  | DOR INTENSA  |
| 8  |              |
| 9  |              |
| 10 |              |

## ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADO

| Índice de avaliação | Condição  | Score |
|---------------------|---|-------|
| Atividade           | Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando                         | 2     |
|                     | Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando                      | 1     |
|                     | Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                              | 0     |
| Respiração          | Capaz de respirar profundamente e tossir livremente                                     | 2     |
|                     | Dispneia ou limitação da respiração   | 1     |
|                     | Apneia  | 0     |
| Circulação          | Pressão arterial em 20% do nível pré-anestésico   | 2     |
|                     | Pressão arterial em 20% a 49% do nível pré-anestésico                                   | 1     |
|                     | Pressão arterial em 50% do nível pré-anestésico   | 0     |
| Consciência         | Lúcido, orientado no tempo e espaço   | 2     |
|                     | Desperta se solicitado  | 1     |
|                     | Não responde  | 0     |
| Saturação           | Capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> > 92% respirando ar                         | 2     |
|                     | Necessita de O <sub>2</sub> suplementar para manter a saturação de O <sub>2</sub> > 90% | 1     |
|                     | Saturação de O <sub>2</sub> < 90% mesmo com O <sub>2</sub> suplementar                  | 0     |

SCORE: 10

Médico  
(Assinatura e carimbo):

Dra. Amanda Rêgina Costa  
MÉDICA  
CRM-SP 223127

## CRITÉRIOS AVALIADOS PELO ÍNDICE DE STEWARD (0 A 12 ANOS)

| Índice de avaliação | Condição                          | Score |
|---------------------|-----------------------------------|-------|
| Consciência         | Acordado                          | 2     |
|                     | Responde a estímulos              | 1     |
|                     | Não responsivo                    | 0     |
| Vias aéreas         | Tosse ao comando verbal ou choro  | 2     |
|                     | Manutenção boa de via aérea       | 1     |
|                     | Requer assistência da via aérea   | 0     |
| Movimentação        | Movimento intencional dos membros | 2     |
|                     | Movimentos não intencionais       | 1     |
|                     | Sem movimentação                  | 0     |

SCORE:

## ALTA MÉDICA DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Médico  
(Assinatura e carimbo):

Dra. Amanda Rêgina Costa  
MÉDICA  
CRM-SP 223127

Horário: :

**RECEITUÁRIO DE MEDICAMENTOS  
CONTROLADOS PELA PORTARIA  
344/98**

**HOSPITAL SALVALUS**

Atendimento: 123918568 Prescrição: 60692430 Item: 1 Receita Num: 2029489771

Nome do Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

Unidade: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS

Medicamento: MORFINA 0,2MG/1ML INJ. AMPL

Apresentacao: AMPOLA

Via de administração: ENDOVENOSA

Posologia: 4/4h

Data: 23 de Julho de 2024

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. BEATRIZ SALOMAO IORIATTI CRM - 176248

ESTE MEDICAMENTO PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA E/OU QUÍMICA

RP1541\_M  
10.200.124.16

Impresso por  
BEATRIZ SALOMAO IORIATTI  
Em: 23/07/2024 15:43

Beatriz Salomao Ioriatti  
MED. 3000  
CRM-SP 176.248

RECEITUÁRIO DE MEDICAMENTOS  
CONTROLADOS PELA PORTARIA  
344/98

HOSPITAL SALVALUS

Atendimento: 123918568 Prescrição: 60692430 Item: 1 Receita Num: 2029489771

Nome do Paciente: DEBORAH EL ALAM SBEGHEN

Unidade: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS

Medicamento: MORFINA 0,2MG/1ML INJ. AMPL

Apresentacao: AMPOLA

Via de administração: ENDOVENOSA

Posologia: 4/4h

Data: 23 de Julho de 2024


CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. BEATRIZ SALOMAO IORIATTI CRM - 176248

RP1541\_M  
10.200.124.16

ESTE MEDICAMENTO PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA E/OU QUÍMICA

Impresso por  
BEATRIZ SALOMAO IORIATTI  
Em: 23/07/2024 15:43

  
Beatriz Salomao Ioriatti  
MEDICA  
CRM-SP 176.248

# MAPA CIRURGIAS / AGENDAMENTO

Pagina - 004 / 046  
Data - 22/07/2024  
Hora - 09:07  
R41ACG - B15474

Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS

|                    |                                 |                                      |                     |
|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| Cód.Agenda: 852090 | Status do agendamento: Agendado | Posto: CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS | Médico: HELIO ALVES |
|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------|

|   |                       |             |                            |                                 |
|---|-----------------------|-------------|----------------------------|---------------------------------|
| Agendado para:<br>Data: 23/07/2024 11:30<br>Hr.Inicio: 12:30<br>Hr.Final: 01C737<br>Sala: SALA CC 01 - 3 ANDAR - HS | Kit Cirurgico:<br>KIT | Montado em: | Convenio:<br>NOTRE DAME SP | Acomodação plano:<br>ENFERMARIA |
|---|-----------------------|-------------|----------------------------|---------------------------------|

|                                      |                                      |                         |                           |                  |                          |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------|--------------------------|
| Paciente:<br>DEBORAH EL ALAM SBEGHEN | CPF/Carteira:<br>102702000000792000C | Prontuário:<br>28066509 | Nascimento:<br>03/03/1978 | Idade:<br>46A 4M | Contatos:<br>11984977234 |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------|--------------------------|

|                              |  |                      |                         |  |                         |
|------------------------------|--|----------------------|-------------------------|--|-------------------------|
| Compat. Sang:<br>N           | Int. Véspera:<br>N                         | Reserva de UTI:<br>N | Vaga RPA:<br>S          | Alergias:<br>Latex? N Alim? N Resp? N Med? N | Reserva de Sangue:<br>N |
| Tipo de Procedimento:<br>INT | Dt. Hora Inclusão Ag.:<br>19/07/2024 17:42 | Senha Principal:     | Requer Congelação:<br>N |  |                         |

|                           |                                    |                                |                                       |                               |                |
|---------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|----------------|
| Procedimento:<br>30101468 | EXERESE DE TUMOR DE PELE E MUCOSAS | Lateralidade:<br>Não se aplica | Via de Acesso:<br>MESMA VIA DE ACESSO | Anestesia:<br>LOCAL           | Grupo:<br>5300 |
| Procedimento:<br>30101719 | RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTANEO     | Lateralidade:<br>Não se aplica | Via de Acesso:<br>MESMA VIA DE ACESSO | Anestesia:<br>SEDACAO         | Grupo:<br>4331 |
| Profissional:<br>9647066  | HELIO ALVES                        | Tipo Ato:<br>CIRURGIAO         |                                       |                               |                |
| Procedimento:<br>30602084 | MAMA EXTRA NUMERARIA: EXTIRPACAO   | Lateralidade:<br>Bilateral     | Via de Acesso:<br>MESMA VIA DE ACESSO | Anestesia:<br>SEDACAO C/LOCAL | Grupo:<br>4531 |

Materiais:  
SEM OPME

Equipamentos:  
KIT BASICO

Observação:  
11984977234

OPMEs Liberados:  
Não existe OPMEs ou OPMEs liberados para as senhas desse agendamento.

2.10

# Evolução Paciente



59493704

|              |   |             |                     |
|--------------|---|-------------|---------------------|
| Atendimento: | 59493704  | Data Atend: | 06/05/2024 09:18:21 |
| Nome:        | Deborah El Alam Sbeghen   | Sexo:       | Feminino            |
| Sector:      | UA HSV - AVT - Consultórios - Cons. AVT                                       | Prontuário: | 2131050             |
| Endereço:    | Rua Vereador Sebastião de Jesus Soares, - Vila Jurema - Ferraz de Vasconcelos | CEP:        | 08542070            |
| Convênio:    | Intermédica   | Data Nasc.: | 03/03/1978          |
| Religião:    |   | Idade:      | 46a 2m              |
| CPF:         | 03627605608   | RG:         |                     |
| Nome da Mãe: |   | Telefone:   | 984977234           |
| Médico:      | BEATRIZ SALOMAO IORIATTI  | Clínica:    | Cirurgia Plástica   |

Data do Registro: 06/05/2024 09:31:32

LIPOMA EM OMBRO ESQUERDO E MAMAS ACESSÓRIAS EM AXILAS BILATERALMENTE

TRAZ LABS  
OK. POREM INSULINA ELEVADA  
DEMAIS SEM ALT

~ TROUXE US PARTES MOLES

AO EXAME  
MAMAS AXILARES MAIOR À ESQUERDA  
LIPOMA DE 6,0 X 3,0 CM EM OMBRO ESQUERDO

#CD: PROGRAMA CIRURGIA 25/06/2024  
CODIGO TUSS  
EX MAAM SUPRANUMERARIA 30602084 X2  
EX TUMOR BENIGNO 30210127  
RET LOCAL 30101700 X 3

Segunda-feira, 6 de maio de 2024

BEATRIZ SALOMAO IORIATTI  
CRM 176248

Beatriz Salomao Ioriatti  
Médica  
CRM-SP 176.248



NOTRE DAME - HOSPITAL SALVALUS

23/07/2024 15:39

|  |   |            |                               |              |            |             |          |
|--|---|------------|-------------------------------|--------------|------------|-------------|----------|
| Paciente:  | DEBORAH EL ALAM SBEGHEN                           | Dt. Nasc.: | 03/03/1978                    | Atendimento: | 123918568  | Prontuário: | 28066509 |
| Convênio:  | NOTRE DAME SP                                     | Posto:     | CENTRO CIRURGICO 3 ANDAR - HS | Leito:       | 10C737/1   |             |          |
| Profissional(is):  | BEATRIZ SALOMAO, IORIATTI, MÉDICO, CRM 176248 [1] |            |                               | Nº:          | 0187682662 | 23/07/2024  | às 15:37 |
|  |   |            |                               |              |            |             |          |
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>                                     |   |            |                               |              |            |             |          |
| Nome   | DEBORAH EL ALAM SBEGHEN                           |            |                               |              |            |             | [1]      |
| Sexo   | Feminino.   |            |                               |              |            |             | [1]      |
| Idade  | 46 A 4 M  |            |                               |              |            |             | [1]      |
| Data De Nascimento                                       | 03/03/1978  |            |                               |              |            |             | [1]      |
| Nº Atendimento   | 123918568   |            |                               |              |            |             | [1]      |
| <b>MOTIVOS DA INTERNAÇÃO</b>                             |   |            |                               |              |            |             |          |
| <b>Diagnóstico Médico Primário E Secundário</b>          |   |            |                               |              |            |             |          |
| CID10 Primário   | Z540 CONVALESCENCA APOS CIRURGIA                  |            |                               |              |            |             | [1]      |
| <b>PROGRAMAÇÃO PARA ALTA</b>                             |   |            |                               |              |            |             |          |
| <b>Pacientes Cirúrgicos (Alta nas próximas 24 horas)</b> |   |            |                               |              |            |             |          |
| Data   | 23/07/2024  |            |                               |              |            |             | [1]      |
| Hora   | 18:00   |            |                               |              |            |             | [1]      |
| <b>Plano Da Alta Hospitalar</b>                          |   |            |                               |              |            |             |          |
| Total De Dias  | 1 Dias  |            |                               |              |            |             | [1]      |

Bea-256  
MÉDICO  
CRM-SP 176.248