



1 IDENTIFICAÇÃO		
NOME <i>Elônia Parba dos Santos</i>	N.º DO PRONTUÁRIO	DATA DA ADMISSÃO <i>07/12/13</i>
2 PERFIL SOCIOECONÔMICO		
GRAU DE INSTRUÇÃO <i>Ensino Médio</i>	ESTADO CIVIL <i>solteira</i>	N.º FILHOS <i>1</i>
MORADIA <input type="checkbox"/> ALVENARIA <input type="checkbox"/> MADEIRA <input type="checkbox"/> LONA <input type="checkbox"/> PAU A PIQUE		SANEAMENTO BÁSICO <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM
POSSUI ANIMAIS DOMÉSTICOS? <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. QUANTOS? <i>1</i> QUAIS? <i>---</i>		
3 LISTA DE PROBLEMAS / MOTIVO DE INCLUSÃO		
<p><u>Motivo de inclusão</u>: TQT Sábey com balnete inflado com proposta de desmolação</p> <ul style="list-style-type: none"> • GTT em condições de dieta por VO a 75 ml/h • Lado de pulm. direita / temporal esquerda <p><u>Última internação</u>: Lesão em região sup. bps, nulo</p> <ul style="list-style-type: none"> • TCE grave de mecanismo de alta energia: Motor x carro - ECB 6 amena - TCC: HBDA hemiparêsi direito, frontoparietal direito + acina cerebral direita e esquerda - exanuclemia subtemporal - implante PIC - DVP devido a hidrocefalia - batido de cabeça mínima, atende a comando esporadicamente. <p>Suporte invasivo! <i>Irmao sulata dignidade em prolongamento de vida</i></p>		
4 COMORBIDADES		
<input checked="" type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> IAM / DAC <input type="checkbox"/> SEQUELA AVC <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> TVP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> DEMÊNCIA <input type="checkbox"/> DOENÇA DE PARKINSON <input type="checkbox"/> DESNUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> NEOPLASIA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> USO DE INSULINA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> OUTROS:		
5 ALERGIAS		
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. ESPECIFICAR:		
6 HÁBITOS PESSOAIS		
TABAGISMO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. N.º DE CIGARROS / DIA: <input type="checkbox"/> ETILISMO <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SOCIAL <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO		
7 FUNÇÕES		
7.1 VISÃO <input type="checkbox"/> PRESERVADA <input type="checkbox"/> ALTERADA. ESPECIFICAR:	USO DE LENTES CORRETIVAS <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
7.2 AUDIÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> PRESERVADA <input type="checkbox"/> ALTERADA. ESPECIFICAR:	USO DE PRÓTESES AUDITIVAS <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
7.3 LINGUAGEM CONSEGUE COMUNICAR-SE (VERBAL / NÃO VERBAL) <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. ESPECIFICAR:		
7.4 CARDIOVASCULAR DOR TORÁCICA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. ESPECIFICAR:		
PRESENÇA DE PALPITAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	USO DE MARCA-PASSO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
7.5 RESPIRATÓRIA		
TOSSE: <input checked="" type="checkbox"/> EFICAZ <input type="checkbox"/> INEFICAZ <input checked="" type="checkbox"/> PRODUTIVA <input type="checkbox"/> IMPRODUTIVA <input type="checkbox"/> AGUDA <input checked="" type="checkbox"/> CRÔNICA <input type="checkbox"/> NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM		
DISPNEIA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. <input type="checkbox"/> ESFORÇOS MAIORES <input type="checkbox"/> HABITUAIS <input type="checkbox"/> MÍNIMOS <input type="checkbox"/> REPOUSO		
OXIGENOTERAPIA / TQT / CPAP / BIPAP <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. ESPECIFICAR:		

7.6 DIGESTIVA
 ALIMENTAÇÃO ORAL ENTERAL POR SNE ENTERAL POR GASTROSTOMIA OU JUNOSTOMIA
 DISFAGIA / ENGASGOS NÃO SIM
 PRÓTESE DENTÁRIA NÃO SIM
 COLOSTOMIA / ILEOSTOMIA NÃO SIM
 CONTISPAÇÃO / DIARREIA NÃO SIM
 USO DE LAXATIVOS / CLISTER / EXTRAÇÃO MANUAL NÃO SIM. ESPECIFICAR:
7.7 URINÁRIA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NÃO SIM
 ITU RECORRENTE NÃO SIM. N.º DE EPISÓDIOS / ANO:
 USO DE FRALDA / COLETOR / CATETERISMO INTERMITENTE / SVD NÃO SIM. ESPECIFICAR: *fralda*
7.8 SONO SATISFATÓRIO NÃO SIM
7.9 HUMOR ANSIEDADE / DEPRESSÃO / OUTROS NÃO SIM
7.10 COGNIÇÃO PRESENÇA DE ESQUECIMENTO NÃO SIM
 TEMPO DE OCORRÊNCIA: *impossibilidade de*
 ESTADO MENTAL USUAL
 ORIENTADO DESORIENTADO, OBEDECE A INSTRUÇÕES SIMPLES DESORIENTADO, NÃO OBEDECE A INSTRUÇÕES SIMPLES NÃO MANTÉM

7.11 DOR NÃO SIM. LOCALIZAÇÃO: _____ TEMPO DE OCORRÊNCIA: _____
7.12 MOBILIDADE LOCOMOÇÃO SOZINHO AJUDA HUMANA AJUDA DE DISPOSITIVO IMOBILIDADE COMPLETA
 HISTÓRIA DE QUEDAS - MAIS DE 3 EPISÓDIOS / ANO NÃO SIM
 HISTÓRIA DE FRATURA NÃO SIM. LOCAL: _____
 AMPUTAÇÃO NÃO SIM. LOCAL: _____
 PRESENÇA DE PRÓTESE NÃO SIM. LOCAL: _____

8 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO

MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	MEDICAÇÃO	POSOLOGIA
Fluoreto de Sódio 150mg	MID até 10/12 (7 dias)	hipoclorato de sódio 10ml	1x/dia
Levotiroxina 35mg	MID	Paracetamol 300mg	MID
Alcaprona 10mg/ml	2gotas SL, 6x/d	Paracetamol 300mg	2x/d
Hipoclorato de sódio 10mg/ml	10ml	Paracetamol 300mg	2x/d

9 EXAME FÍSICO

9.1 DADOS VITAIS
 PA: *100 x 80* mmHg
 FC: _____ bpm
 FR: _____ irpm
 GLICEMIA CAPILAR: _____ mg/dl
 Tax.: _____ °C
 SatO2: *90,5%* %
9.2 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALERTA OBNUBILADO TORPOROSO COMATOSO
9.3 RESPIRATÓRIO MURMÚRIO VESICULAR FISIOLÓGICO NÃO SIM
 ESFORÇO RESPIRATÓRIO NÃO SIM
 RONCOS / SIBILOS / CREPITAÇÕES NÃO SIM. ESPECIFICAR: _____
 RITMO RESPIRATÓRIO REGULAR IRREGULAR
9.4 CARDIOVASCULAR BULHAS NORMOFONÉTICAS HIPOFONÉTICAS HIPERFONÉTICAS
 RITMO REGULAR IRREGULAR
 SOPRO NÃO SIM. ESPECIFICAR: _____
 EDEMA NÃO SIM. LOCAL: _____
9.5 DIGESTIVO ABDOME NORMOTENSO SINAIS DE DEFESA / DISTENSÃO DOR
 HIGIENE ORAL PRESERVADO ALTERADO
 HEPATOMEGALIA / ESPLENOMEGALIA / MASSAS NÃO SIM. ESPECIFICAR: _____
9.6 LOCOMOTOR FORÇA MUSCULAR PRESERVADA ALTERADA
 DEFORMIDADES NÃO SIM. ESPECIFICAR: _____
 MARCHA PRESERVADA ALTERADA. ESPECIFICAR: *instabilidade*
9.7 TEGUMENTAR PELE SECA NÃO SIM
 ICTÉRICO NÃO SIM
 HIPOCORADO NÃO SIM
 DESIDRATADO NÃO SIM
 PRESENÇA DE LESÕES NÃO SIM. LOCALIZAÇÃO: _____
 ETIOLOGIA DAS LESÕES
 ÚLCERA POR PRESSÃO ÚLCERA ARTERIOSCLERÓTICA ÚLCERA POR ESTASE QUEIMADURA ERISPELA COM FERIMENTO
 ÚLCERA NEUROTROFICA OUTROS.
 OBS.: SE PACIENTE PORTADOR DE FERIDA, CLASSIFICAR E SEGUIR "PROTÓCOLO DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE FERIDAS", ESTABELECIDO PELA SMSA / BH.


DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL - EMAD

*cd: avaliação 10, não, não
 avaliação 10, não, não*



NOME Flávio	Nº DO PRONTUÁRIO 49
-----------------------	-------------------------------

01 DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

DATA / HORA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO
14.12.2023	Atendimento de T.O.
	<ul style="list-style-type: none"> → encamb por em deo, au, to, TAT, em AA, secreto, sonda gstric, acompanhad de cuidadora; Heitor; Nady; → HMA: TCE grave em 6.12.2022 com sangramento cerebral e edema d. +22, com necessidade de craniectomia: 1 ano de internação no joão XXIII; acidente de trato; relato de convulsões esporádicas de comando; → perfil: pac atualmente reside com irmã; solteiro, 4 filh; autismo; → funcionalidade: totalmente acamado, relato de cãmb visual, responde alguns comandos; → rel con dependência em pã e naã en +6x50; boa mobilidade; → Reals mobilizar, passiva em tot os 4 membros; orient família e cuidadora sobre exercis e cuidados a quem faz; Relato em 7-10 dias.
	 Helena Auler Loureiro Terapeuta Ocupacional CREFITO 170751 TO



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE

DATA
14/12/23

NOME DE REGISTRO DO PACIENTE

Flávio Perter dos Santos

NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)

PRESCRIÇÃO

Orientações nutricionais:
Via Enteral por sonda gastrostomia
- Dieta Enteral tipo Polimérica
Hipercalórica (DC: 1,5 Kcal/ml)
Administrar 200 ml, em 6x/dia
Nos horários: 07:00
10:00
13:00
17:00
19:00 e 21:00 h →

NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)

DATA:

IDENTIDADE

ÓRGÃO EMISSOR

ENDEREÇO

Nº

TELEFONE

UF

ASSINATURA / BM

SAAA - 03001001 - G

- Lavar a sonda com 40 ml de água filtrada após a administração das dietas e medicações.

- Água: 200 ml em 3x/dia

- Suco natural às 15:30h - conforme orientação do Hospital + 02 colheres de sopa de Albumina em pó sem sabor. Misturar bem.

Distribuidores:
Doc's Saúde
Orbi Nutrition

BHVIDA
A gente faz com o coração



Acesse www.bhvida.com

Ligue no (31) 3295-5893

Compre pelo WhatsApp (31) 98429-6823

Rua Paracatu, 632, ljs 03, 04, 05 e 06, Barro Preto, BH/MG



bh_vida

Palatius

Desejando a você o que há de bom

EXCELÊNCIA EM NUTRIÇÃO

(31) 3412-3330 ☎ 98472-7929



Rua Olinto Magalhães, 502 | Padre Eustáquio | BH/MG

www.palatius.com

Vitória

→ R\$ 28,50

ISOSOURCE 1.5 kcal.

Helena
Helena Thomopoulos Moss
Nutricionista
CRN 9 6001



NOME DE REGISTRO

Flávio

NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO 16.533/16)

DATA DE NASCIMENTO

ESPECIALIDADE

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

1 DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO
22.12.2023		Atendimento de T.O. - encampado pela em DP, alerta, TWT, em AA, acompanhado de irmão e cuidadora
		- Realizo mobilizações para os membros, pontos melior os almeçados;
		- Contecção sobre pl ortes de MRS.
		Repro 7to dia pl contecção de ortes de MRS.
		Helena Anter Loureiro Terapeuta Ocupacional CREFITO: 17075-12



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE	DATA 27/12/23
NOME DE REGISTRO DO PACIENTE Flávio Pereira dos Santos	
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)	

PRESCRIÇÃO

uso por via oral

① lactulose 667 mg/ml ————— 1 frasco
15 ml, por dia, na constipação.

[Handwritten signature]

[Stamp: Dra. Yasmin Esmeraldo de Oliveira, CRM 95164, CONTROLE 8761973]

NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		DATA:	
IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR		
ENDEREÇO			
Nº	TELEFONE	UF	ASSINATURA / BM

SAAA - 03001001 - G



DE Fonoaudiologia EMAP

PARA

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME <u>Flavio Pontes dos Santos</u>		N.º DO PRONTUÁRIO	
ENDEREÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	MUNICÍPIO	UF
TELEFONE(S)			

2 RELATÓRIO

Paciente pós acidente grave de moto, internação prolongada.

Realizado blue day teste e paciente apresenta piora do padrão com dificuldade em tolerar desinsoflar de balonete e saída imediata de conteúdo corado pela TBT, dessa forma teste positivo para aspiração.

Sistema Único de Saúde

A disposição

DATA <u>08/10/12</u>	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL <u>Michele Gomes dos Santos</u> Fonoaudióloga CRFa 6109387
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE	DATA
NOME DE REGISTRO DO PACIENTE	
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)	

PRESCRIÇÃO

- Melhor a colher no suco e
colocar na boca sem pegar
quantidade 10x

NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		DATA: 08.05.24	
IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR	Michele Gomes dos Santos Fonoaudióloga CRF nº 9387	
ENDEREÇO		ASSINATURA / BM	
Nº	TELEFONE	UF	

SAAA - 03001001 - G



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

GUIA DE REFERÊNCIA

1 DADOS DA UNIDADE

NOME DA UNIDADE SOLICITANTE

EMAP Leste e Penha Sul

DA CLÍNICA

Foneaudiologia

PARA CLÍNICA (ESPECIALIDADE)

Foneaudiologia NASF

2 DADOS DO PACIENTE

NOME DE REGISTRO DO PACIENTE

Flávio Pontes dos Santos

NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO N.º 16.533 / 16)

SEXO



MASCULINO



FEMININO

IDADE (EM ANOS)

49

PRONTUÁRIO NA UNIDADE BÁSICA

3 REFERÊNCIA

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO (INCLUI OS DADOS DA ANAMNESE, EXAME FÍSICO, EXAMES SOLICITADOS E DIAGNÓSTICO)

Paciente pós internação prolongada no hospital João XXIII por acidente grave de moto, uso de TBT shiley com balonete insuflado uso de GPT, blue day teste positivo para aspiração de saliva. Solicito encaminhamento para grotas.

ATENÇÃO: AO RETORNAR O PACIENTE À UNIDADE DE ORIGEM UTILIZAR A GUIA DE CONTRA-REFERENCIA (MODELO SAMC - 03025012)

DATA

08/01/24

MEDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)

Michele Gomes dos Santos

Foneaudióloga

CRFA 16 - 9387

ESTA CONSULTA FOI PAGA COM RECURSOS DOS IMPOSTOS PAGOS POR VOCE

SAMC - 03025011 - G / GE / E





PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE	DATA
-------------------------------------	------

NOME DE REGISTRO DO PACIENTE <i>Flávio Pereira dos Santos</i>

NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)

PRESCRIÇÃO <u>uso oral</u> ① Acetilcisteína 600mg — 10 ca diluie 1 ca aproximante em 20 ml de água e, após, fazer por venda  

NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		DATA: _____	
IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR		
ENDEREÇO			
Nº	TELEFONE	UF	ASSINATURA / BM

SAAA - 03001001 - G

RELATÓRIO – EMAD CENTRO SUL

Nome: Flávio Portes dos Santos

Data de nascimento: 22/11/1974

CPF: 02848213655

UBS: Santa Rita de Cássia

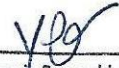
Paciente Flávio Portes dos Santos, 49 anos, acompanhado pelo EMAD CS1 para transição de cuidados com dispositivos (TQT/GTT) necessários desde última internação. Paciente com contexto de internação prolongada em Hospital João XXIII (05/12/2022 – 04/12/2023) após TCE grave, seguindo internação com complicações: Meningite, PAVM e Hiperatividade simpática paroxística. Recebe alta após internação prolongada e mantendo, nos últimos meses, estabilidade clínica. Atualmente, paciente acamado, totalmente dependente para atividades básicas de vida, incontinência fecal e urinária, necessitando de uso contínuo de fraldas geriátricas. Solicito 150 fraldas, tamanho EG, por mês, de forma contínua.

CID 10 – R32

CID 10 – R15

CID 10 – T90

Belo Horizonte, 15/12/2023


Dra. Yasmin Esmeraldo de Oliveira
CRM 95164
CONTROLE 8761973



1 IDENTIFICAÇÃO

NOME DE REGISTRO Flávio Portes dos Santos		DATA DE NASCIMENTO 22/11/1974	IDADE 49 anos
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)			
SEXO Masculino	ENDEREÇO (RUA, AV.) Rua Bolívia	N.º 559	COMPLEMENTO 501
BAIRRO São Pedro	CEP 30330360	DATA DE ADMISSÃO 07/12/2023	DATA DE ALTA 22/10/24
CENTRO DE SAÚDE / ESF Santa Rita de Cássia		PROFISSIONAL CONTACTADO NO CENTRO DE SAÚDE	

2 MOTIVO DE INCLUSÃO

Trata-se de um paciente 49 anos, encaminhado pelo Hospital João XXIII, após internação prolongada para transição de cuidados com dispositivos: TQT Shiley com balonete insuflado e GTT.

3 LISTA DE PROBLEMAS

- HAS
- TCE grave de mecanismo de alta energia (moto x carro): ECG 6 em cena, HSDA hemisfério direito, frontoparietal direito + edema cerebral difuso – Craniectomia bitemporal
- Estado de consciência mínima
- Suporte invasivo

4 CONDUTA

- Acompanhamento clínico.
- Transição de cuidados com TQT e GTT
- Avaliação por fisioterapia: orientações sobre cuidados com TQT, aspiração, limpeza de intercânula e troca de fixação.
- Avaliação por nutricionista: cuidados com GTT, adequação de dieta e aporte proteico.
- Avaliação por fonoaudiologia: Realizado blue day test: não tolera, indicativo de aspiração. Sem proposta de decanulação no momento.
- *Cuidados com balnete umário*
- Alta com paciente clínica e hemodinamicamente estável e sem queixas.

5 RECOMENDAÇÕES

- Seguimento com CS.
- Procurar pronto-atendimento se urgência/emergência em caso de sinais de alarme.

DATA 22/10/24	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL <i>[assinatura]</i>
DATA 22/10/24	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL - EMAD <i>[assinatura]</i>

Dra. Yasmin Estevão de Oliveira
CRM 95164
CONTROLE 8761973