REQUERIMENTO Nº 710/2023

Requer do Prefeito Municipal informações sobre o atendimento e necessidade de realização de exames no paciente J.M.S.A.V., conforme especifica.

Senhor Presidente,

O Vereador abaixo assinado requer a Vossa Excelência, ouvida a Casa, o envio de expediente ao Excelentíssimo Senhor Francisco Lacerda Brasileiro, Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, para que se digne encaminhar a esta Casa de Leis, dentro do prazo legal, informações sobre o atendimento e prazo estimado para realização de exames genético e de eletroencefalograma no paciente J.M.S.A.V. Caso o município não ofereça algum desses exames na rede pública, informar o motivo, bem como qual será o procedimento adotado para passar a oferecer, preferencialmente num curto prazo. Ainda, informar quais medidas estão sendo tomadas no sentido de oferecer todo o suporte necessário para que o diagnóstico médico completo seja realizado no paciente, com objetivo de dar andamento a todos os tratamentos necessários.

JUSTIFICATIVA

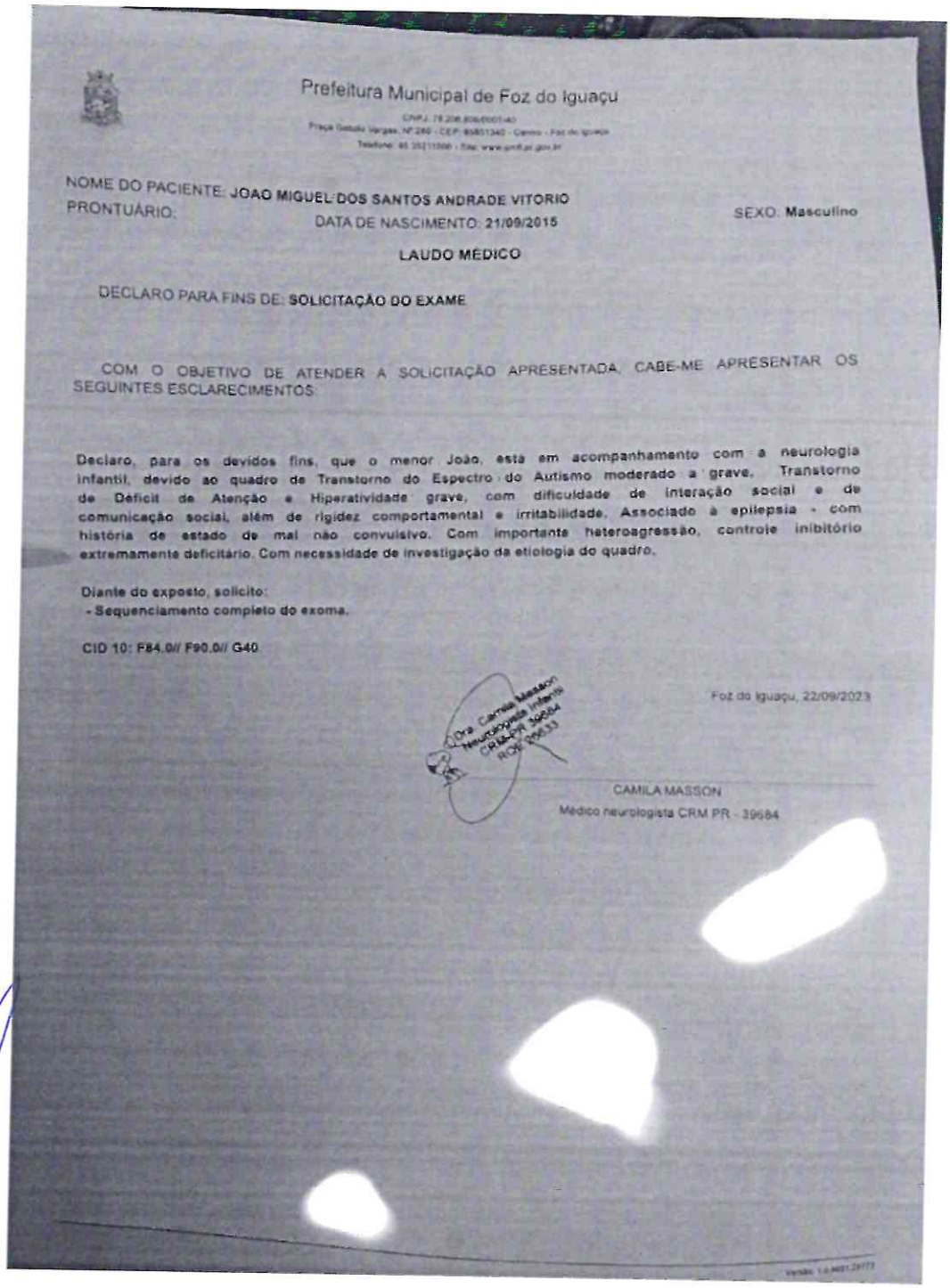
O presente requerimento é um apelo, em forma de questionamentos feitos pela mãe do paciente (menor) João Miguel dos Santos Andrade Vitorio, que procurou este parlamentar para informar que seu filho de oito anos está em acompanhamento neurológico e psiquiátrico no CER IV devido a diagnósticos de TDAH com déficit de atenção, Transtorno Opositor Desafiador, Transtorno do Espectro Autista em nível grave, epilepsia generalizada, entre outros que podem ser visualizados no encaminhamento médico anexado.

Com objetivo de avançar no diagnóstico e oferecer os tratamentos adequados, foi solicitado novos exames (documentos anexos), porém, de custo alto para a realidade da família.

Dada a complexidade do caso e diante das prerrogativas inerentes ao cargo, tem-se o presente requerimento.

Sala das Sessões, 29 de setembro de 2023.

Galhardo
Vereador



Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

CNPJ: 78.206.836/0001-40
Praça Getulio Vargas, Nº 280 - CEP: 85851340 - Centro - Foz do Iguaçu
Telefone: 45 3521 8000 - Site: www.pmfi.pr.gov.br

NOME DO PACIENTE: JOAO MIGUEL DOS SANTOS ANDRADE VITORIO
PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 21/09/2015
SEXO: Masculino

LAUDO MEDICO

DECLARO PARA FINS DE: SOLICITAÇÃO DO EXAME

COM O OBJETIVO DE ATENDER A SOLICITAÇÃO APRESENTADA, CABE-ME APRESENTAR OS SEGUINTES ESCLARECIMENTOS:

Declaro, para os devidos fins, que o menor João, esta em acompanhamento com a neurologia infantil, devido ao quadro de Transtorno do Espectro do Autismo moderado a grave, Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade grave, com dificuldade de interação social e de comunicação social, além de rigidez comportamental e irritabilidade. Associado à epilepsia - com história de estado de mal não convulsivo. Com importante heteroagressão, controle inibitório extremamente deficitário. Com necessidade de investigação da etiologia do quadro.

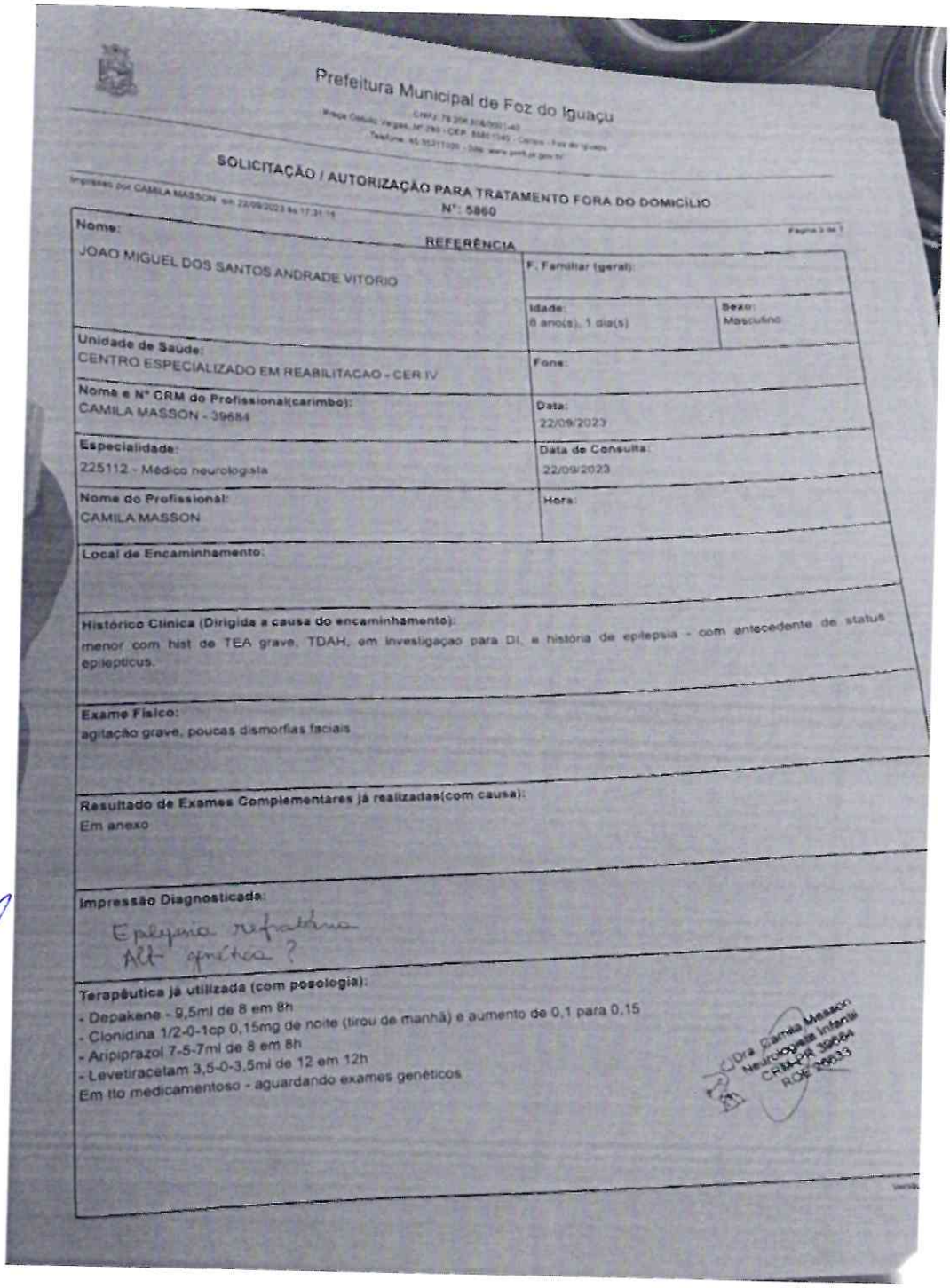
Diante do exposto, solicito:
- Sequenciamento completo do exoma.

CID 10: F84.0// F90.0// G40

Foz do Iguaçu, 22/09/2023

Dra. Camila Masson
Neurologista Infantil
CRM-PR 39684
RQE 29633

CAMILA MASSON
Médico neurologista CRM PR - 39684



Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
Nº: 5860

Impresso por CAMILA MASSON em 22/09/2023 às 17:31:15

REFERÊNCIA

Nome:
JOAO MIGUEL DOS SANTOS ANDRADE VITORIO

F. Familiar (geral):

Idade:
8 ano(s), 1 dia(s)

Sexo:
Masculino

Unidade de Saúde:
CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO - CER IV

Fone:

Nome e Nº CRM do Profissional(carimbo):
CAMILA MASSON - 39684

Data:
22/09/2023

Especialidade:
225112 - Médico neurologista

Data de Consulta:
22/09/2023

Nome do Profissional:
CAMILA MASSON

Hora:

Local de Encaminhamento:

Histórico Clínica (Dirigida a causa do encaminhamento):
menor com hist de TEA grave, TDAH, em investigaçao para DI, e história de epilepsia - com antecedente de status epilepticus.

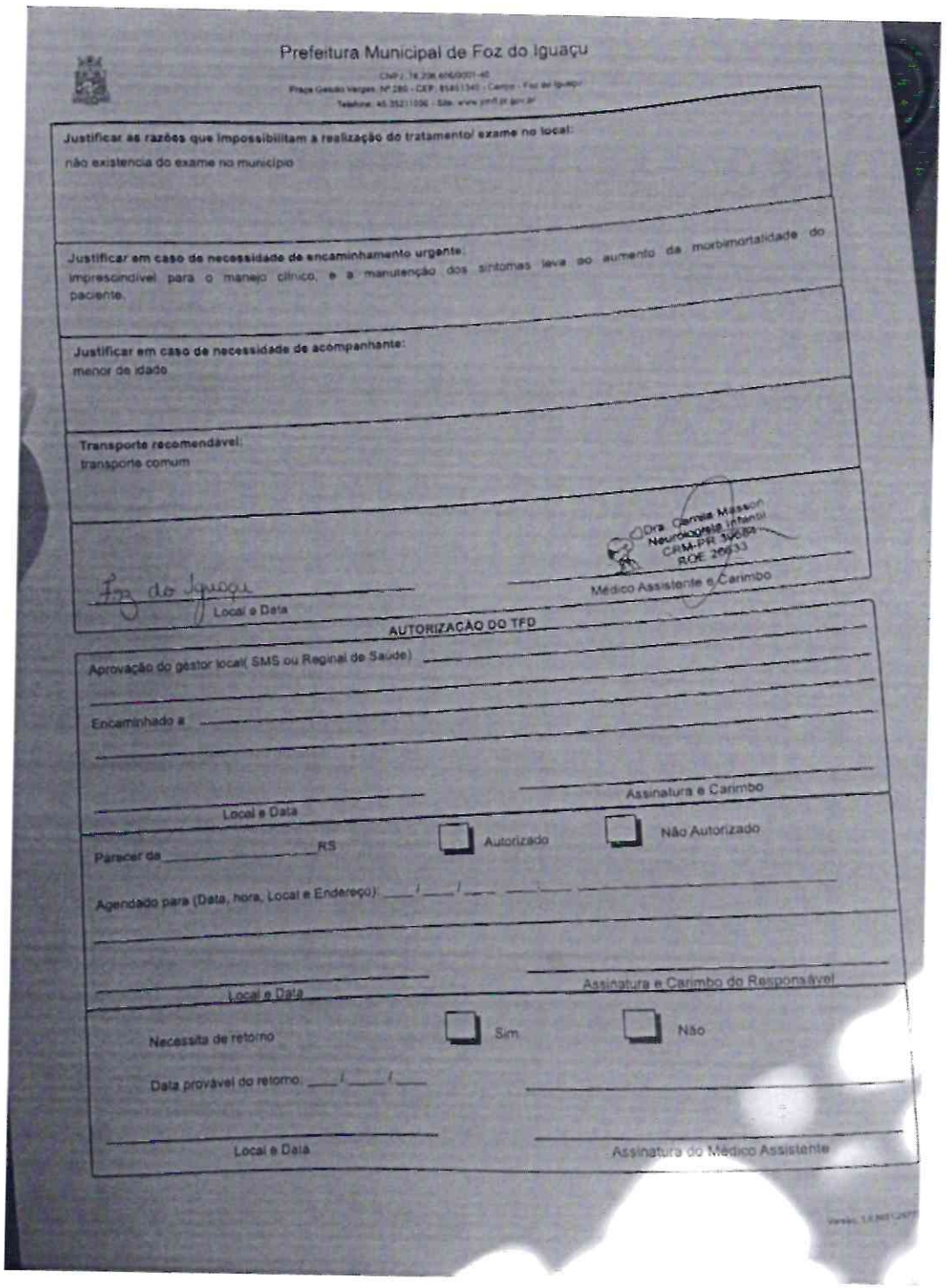
Exame Físico:
agitação grave, poucas dismorfias faciais

Resultado de Exames Complementares já realizadas(com causa):
Em anexo

Impressão Diagnosticada:
Epilepsia refratária
Alt genética ?

Terapêutica já utilizada (com posologia):
- Depakene - 9,5ml de 8 em 8h
- Clonidina 1/2-0-1cp 0,15mg de noite (tirou de manhã) e aumento de 0,1 para 0,15
- Aripiprazol 7-5-7ml de 8 em 8h
- Levetiracetam 3,5-0-3,5ml de 12 em 12h
Em tto medicamentoso - aguardando exames genéticos

Dra. Camila Masson
Neuropediatra Infantil
CRM-PR 39684
RQE 20013



Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento/ exame no local:
não existencia do exame no município

Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente:
imprescindível para o manejo clínico, e a manutenção dos sintomas leva ao aumento da morbimortalidade do paciente.

Justificar em caso de necessidade de acompanhante:
menor de idade

Transporte recomendável:
transporte comum

Foz do Iguaçu
Local e Data

Dra. Camila Masson
Neurologista Infantil
CRM-PR 30[illegible]
ROE 26[illegible]
Médico Assistente e Carimbo

AUTORIZAÇÃO DO TFD

Aprovação do gestor local(SMS ou Reginal de Saúde) _____

Encaminhado a _____

Local e Data

Assinatura e Carimbo

Parecer da _____ RS ☐ Autorizado ☐ Não Autorizado

Agendado para (Data, hora, Local e Endereço): ___/___/___ ___/___ _____

Local e Data

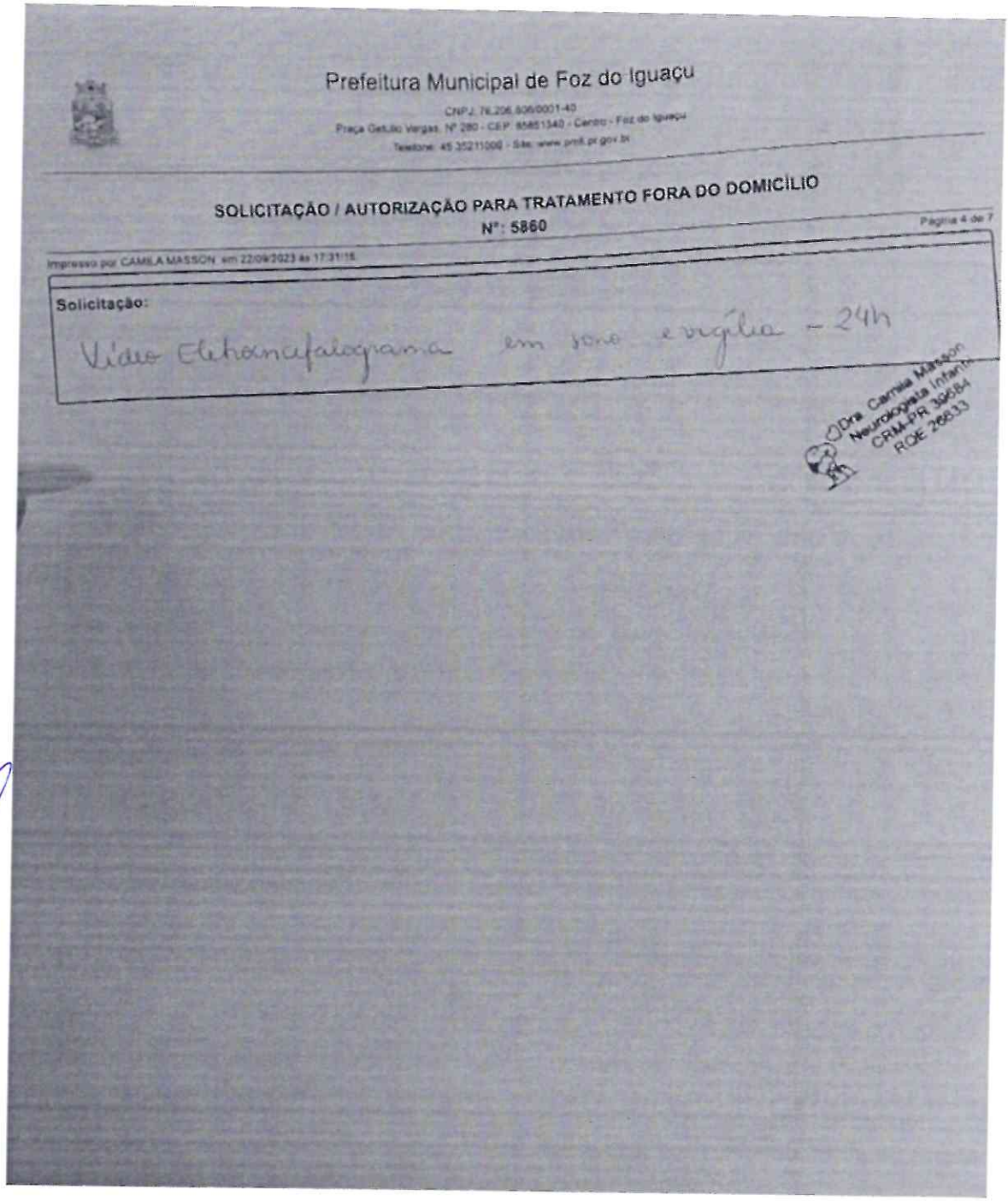
Assinatura e Carimbo do Responsável

Necessita de retorno ☐ Sim ☐ Não

Data provável do retorno: ___/___/___

Local e Data

Assinatura do Médico Assistente



Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

CNPJ: 76.206.606/0001-40
Praça Getúlio Vargas, Nº 280 - CEP: 85851340 - Centro - Foz do Iguaçu
Telefone: 45 35211000 - Site: www.pmfi.pr.gov.br

SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
Nº: 5860

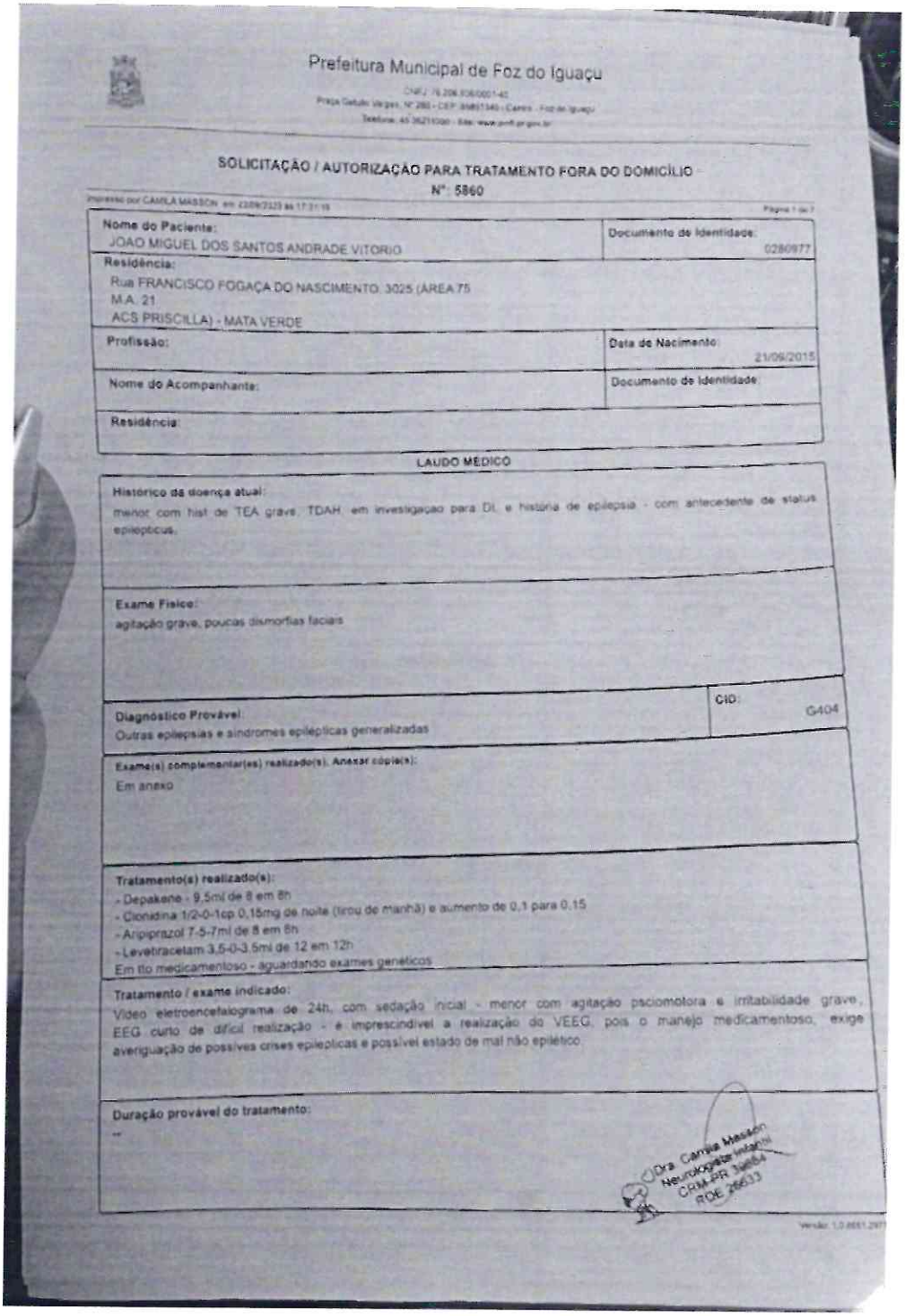
Página 4 de 7

Impresso por CAMILA MASSON em 22/09/2023 às 17:31:15

Solicitação:

Vídeo Eletroencefalograma em sono e vigília - 24h

Dra. Camila Masson
Neurologista Infantil
CRM-PR 39684
RQE 29633



Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

CNPJ: 76.206.936/0001-40
Praça Getulio Vargas, Nº 280 - CEP: 85851340 - Centro - Foz do Iguaçu
Telefone: 45 35211000 - Site: www.pmfi.pr.gov.br

SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
Nº: 5860

Impresso por CAMILA MASSON em 23/09/2023 às 17:21:19 — Página 1 de 7

Nome do Paciente: JOAO MIGUEL DOS SANTOS ANDRADE VITORIO	**Documento de Identidade:** 0280977
Residência: Rua FRANCISCO FOGAÇA DO NASCIMENTO, 3025 (ÁREA 75 M.A. 21 ACS PRISCILLA) - MATA VERDE	
Profissão:	**Data de Nacimento:** 21/09/2015
Nome do Acompanhante:	**Documento de Identidade:**
Residência:	

LAUDO MÉDICO

Histórico da doença atual:
menor com hist de TEA grave, TDAH, em investigaçao para DI, e história de epilepsia - com antecedente de status epilepticus.

Exame Físico:
agitação grave, poucas dismorfias faciais

Diagnóstico Provável: Outras epilepsias e síndromes epilépticas generalizadas	**CID:** G404

Exame(s) complementar(es) realizado(s). Anexar cópia(s):
Em anexo

Tratamento(s) realizado(s):
- Depakene - 9,5ml de 8 em 8h
- Clonidina 1/2-0-1cp 0,15mg de noite (tirou de manhã) e aumento de 0,1 para 0,15
- Aripiprazol 7-5-7ml de 8 em 8h
- Levetiracetam 3,5-0-3,5ml de 12 em 12h

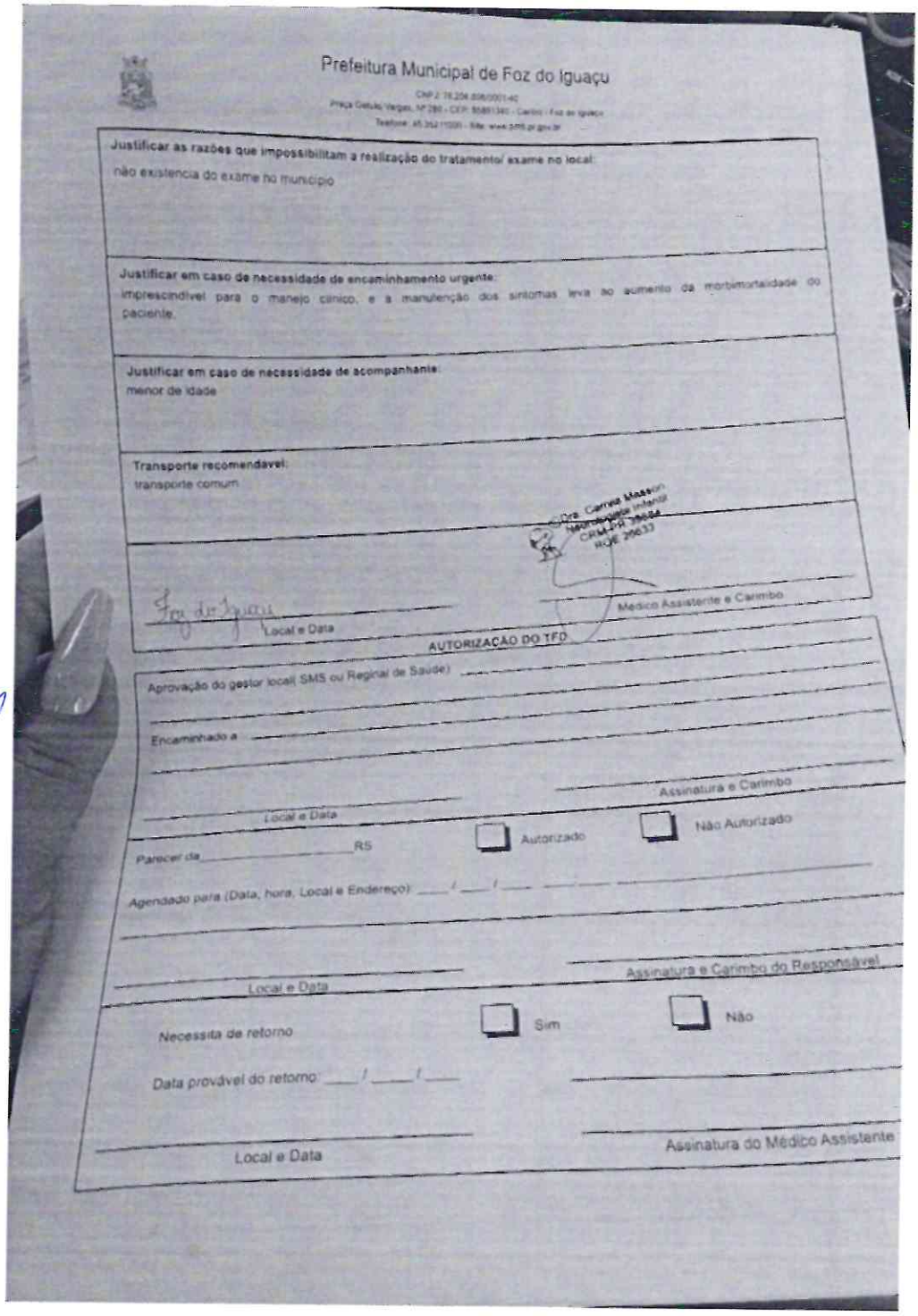
Em tto medicamentoso - aguardando exames genéticos

Tratamento / exame indicado:
Video eletroencefalograma de 24h, com sedação inicial - menor com agitação psciomotora e irritabilidade grave, EEG curto de difícil realização - é imprescindível a realização do VEEG, pois o manejo medicamentoso, exige averiguação de possíves crises epilépticas e possível estado de mal não epilético.

Duração provável do tratamento:
--

Dra. Camila Masson
Neurologista Infantil
CRM-PR 39864
RDE 26633

Versão: 1.0.8651.2977



Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento/ exame no local:
não existencia do exame no municipio

Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente:
imprescindível para o manejo clínico, e a manutenção dos sintomas leva ao aumento da morbimortalidade do paciente.

Justificar em caso de necessidade de acompanhante:
menor de idade

Transporte recomendável:
transporte comum

Dra. Carmen Masson
Neurologista Infantil
CRM-PR 38684
RQE 26633

Foz do Iguaçu
Local e Data

Médico Assistente e Carimbo

AUTORIZAÇÃO DO TFD

Aprovação do gestor local(SMS ou Reginal de Saúde) _____

Encaminhado a _____

Local e Data

Assinatura e Carimbo

Parecer da _____ RS ☐ Autorizado ☐ Não Autorizado

Agendado para (Data, hora, Local e Endereço) ___/___/___ ___/___

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Responsável

Necessita de retorno ☐ Sim ☐ Não

Data provável do retorno: ___/___/___

Local e Data

Assinatura do Médico Assistente