Memorando 1- 394/2024

De: Camilla O. - CMFI-DG-DIRLEG-CAL-EAAL

Para: PARL-MR - Gabinete Marcio Rosa - A/C Marcio R.

Data: 08/02/2024 às 14:04:20

Setores envolvidos:

PARL-MR, CMFI-DG-DIRLEG-CAL-EAAL

Requerimento

Segue a proposição solicitada.

_

Camilla Almada de Siqueira Oliveira
Analista Legislativo

Anexos:

87_2024_Marcio_cirurgia_uroginecologia.pdf

Assinado por 1 pessoa: MARCIO ROSA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/03F2-CC46-D5CB-C79E e informe o código 03F2-CC46-D5CB-C79E

REQUERIMENTO Nº 87/2024

Requer do Prefeito Municipal informações sobre o processo de agendamento de cirurgias eletivas e fila de espera para especialidade de uroginecologia, conforme específica.

Senhor Presidente,

O(s) Vereador(es) abaixo assinado(s) requer(em) 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 processo de agendamento de cirurgias eletivas e fila de espera para especialidade de uroginecologia, seguintes:

- informações quanto ao quadro de médicos cirurgiões atuando no município, bem como suas especialidades.

- processo de organização de prioridades de cirurgias.

- informações quanto aos motivos do não agendamento de cirurgia da paciente Marli Teixeira Sanson, de Cartão SUS 708 204 124 34 3440, uma vez que a paciente supracitada por várias vezes realizou todos os exames preparatórios para a cirurgia, porém, sem sucesso em agendamento da mesma, causando assim o vencimento desses exames, tendo novamente que realizar todos os exames.

J U S T I F I C A T I V A

A presente ação, que atende a função legislativa do requerente enquanto vereador, visa fiscalizar e indicar anseios e desígnios, fazendo-se necessário, tendo em vista as prerrogativas parlamentares das mais diversas, de modo a contribuir a levar informações e esclarecimentos à população.

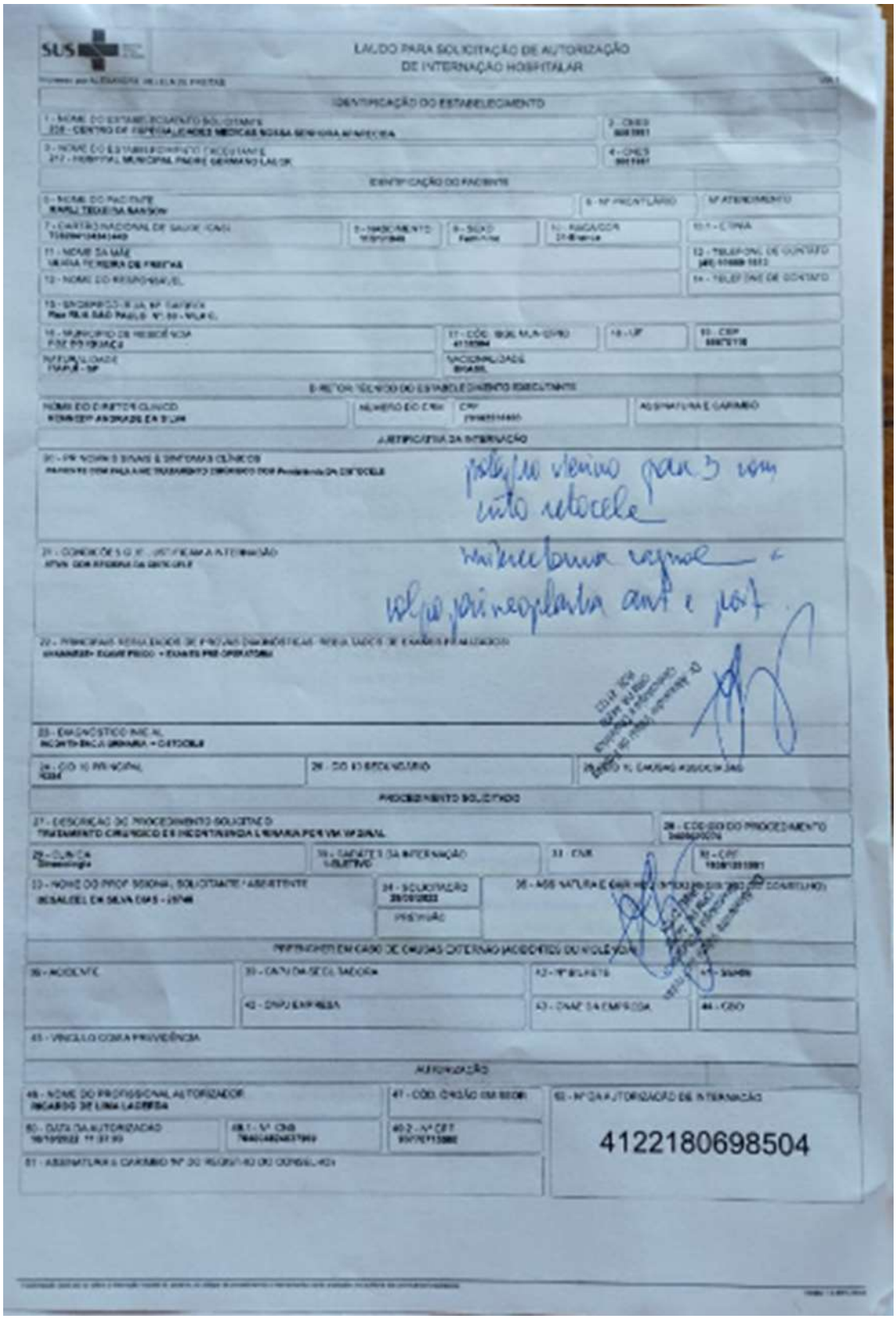
Conforme assegura o Art. 196 da Constituição Federal, a Lei maior de nosso país: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Significa que todos os cidadãos residentes no Brasil, acometidos por qualquer doença, tem direito a receber tratamento pelos órgãos de assistência médicas mantidos pela União, pelos Estados e Municípios.

Nestes termos, pede deferimento.

Sala das Sessões, 8 de fevereiro de 2024.

Marcio Rosa
Vereador

Assinado por 1 pessoa: MARCIO ROSA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/03F2-CC46-D5CB-C79E e informe o código 03F2-CC46-D5CB-C79E



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

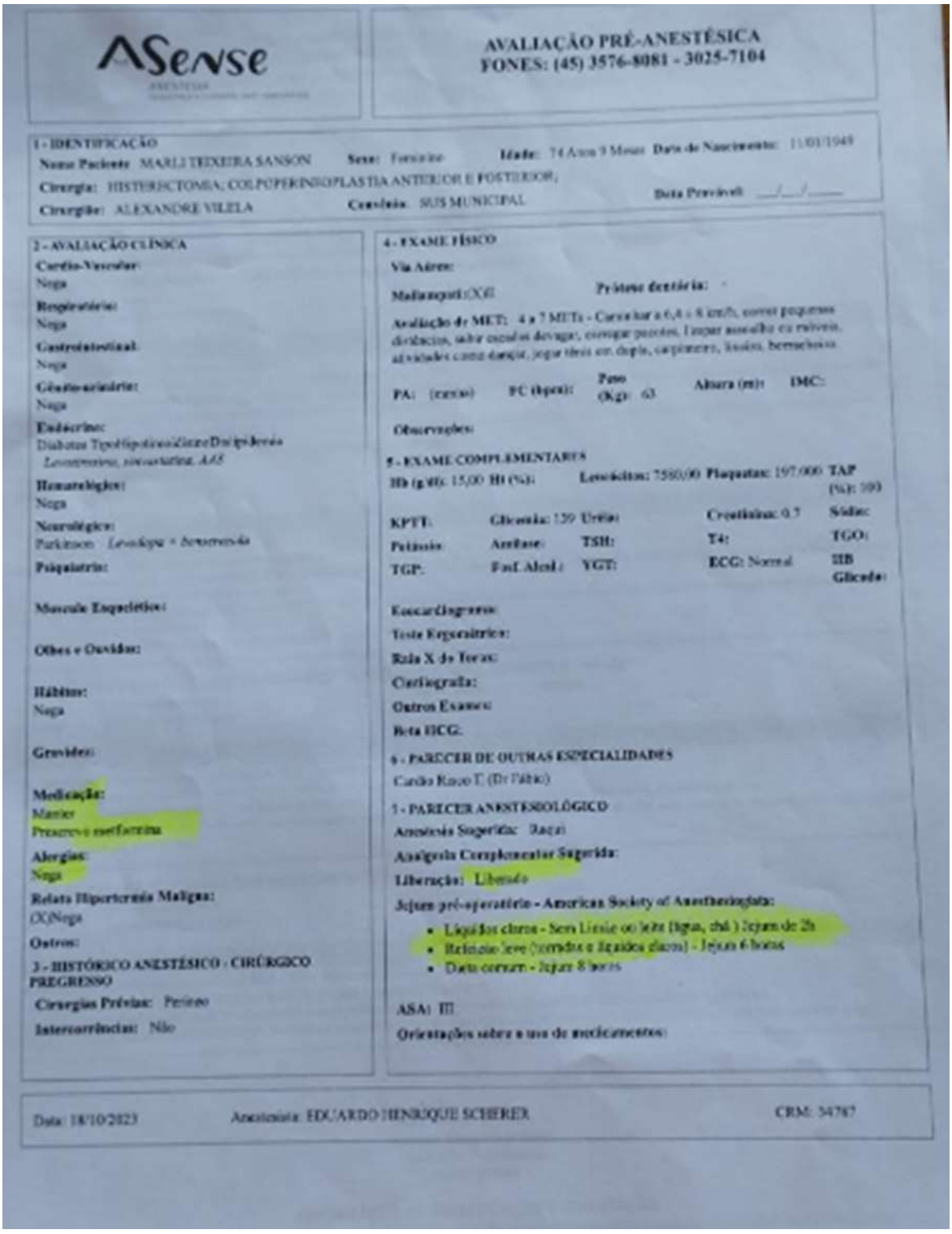
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

AUTORIZAÇÃO

4122180698504

Assinado por 1 pessoa: MARCIO ROSA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/03F2-CC46-D5CB-C79E e informe o código 03F2-CC46-D5CB-C79E



ASense

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA
FONES: (45) 3576-8081 - 3025-7104

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome Paciente: MARLI TEIXEIRA SANSON **Sexo:** Feminino **Idade:** 74 Anos 9 Meses **Data de Nascimento:** 11/01/1949

Cirurgia: HISTERECTOMIA; COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR;

Cirurgião: ALEXANDRE VILELA **Convênio:** SUS MUNICIPAL **Data Provável:** __/__/____

2 - AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-Vascular:
Nega

Respiratório:
Nega

Gastrointestinal:
Nega

Gênito-urinário:
Nega

Endócrino:
Diabetes Tipo Hipotiroidismo Dislipidemia
Levotiroxina, sinvastatina, AAS

Hematológico:
Nega

Neurológico:
Parkinson *Levodopa + benserazida*

Psiquiatria:

Músculo Esquelético:

Olhos e Ouvidos:

Hábitos:
Nega

Gravidez:

Medicação:
Manter
Prescrevo metformina

Alergias:
Nega

Relato Hipertermia Maligna:
(X)Nega

Outros:

3 - HISTÓRICO ANESTÉSICO - CIRÚRGICO PREGRESSO

Cirurgias Prévias: Perineo

Intercorrências: Não

4 - EXAME FÍSICO

Via Aérea:

Mallampati: (X)II **Prótese dentária:** -

Avaliação de MET: 4 a 7 METs - Caminhar a 6,4 a 8 km/h, correr pequenas distâncias, subir escadas devagar, carregar pacotes, limpar assoalho ou móveis, atividades como dançar, jogar tênis em dupla, carpinteiro, lixeiro, bernadeiro

PA: (mmHg) **FC (bpm):** **Peso (Kg):** 63 **Altura (m):** **IMC:**

Observações:

5 - EXAME COMPLEMENTARES

Hb (g/dl): 15,00 **Hl (%):** **Leucócitos:** 7580,00 **Plaquetas:** 197.000 **TAP (%):** 100

KPTT: **Glicemia:** 139 **Uréia:** **Creatinina:** 0,7 **Sódio:**

Potássio: **Amilase:** **TSH:** **T4:** **TGO:**

TGP: **Fosf. Alcal.:** **YGT:** **ECG:** Normal **HB Glicado:**

Ecocardiograma:

Teste Ergométrico:

Raio X do Torax:

Cintilografia:

Outros Exames:

Beta HCG:

6 - PARECER DE OUTRAS ESPECIALIDADES

Cardio Risco E (Dr Fábio)

7 - PARECER ANESTESIOLÓGICO

Anestesia Sugerida: Raqui

Analgesia Complementar Sugerida:

Liberação: Liberado

Jejum pré-operatório - American Society of Anesthesiologists:

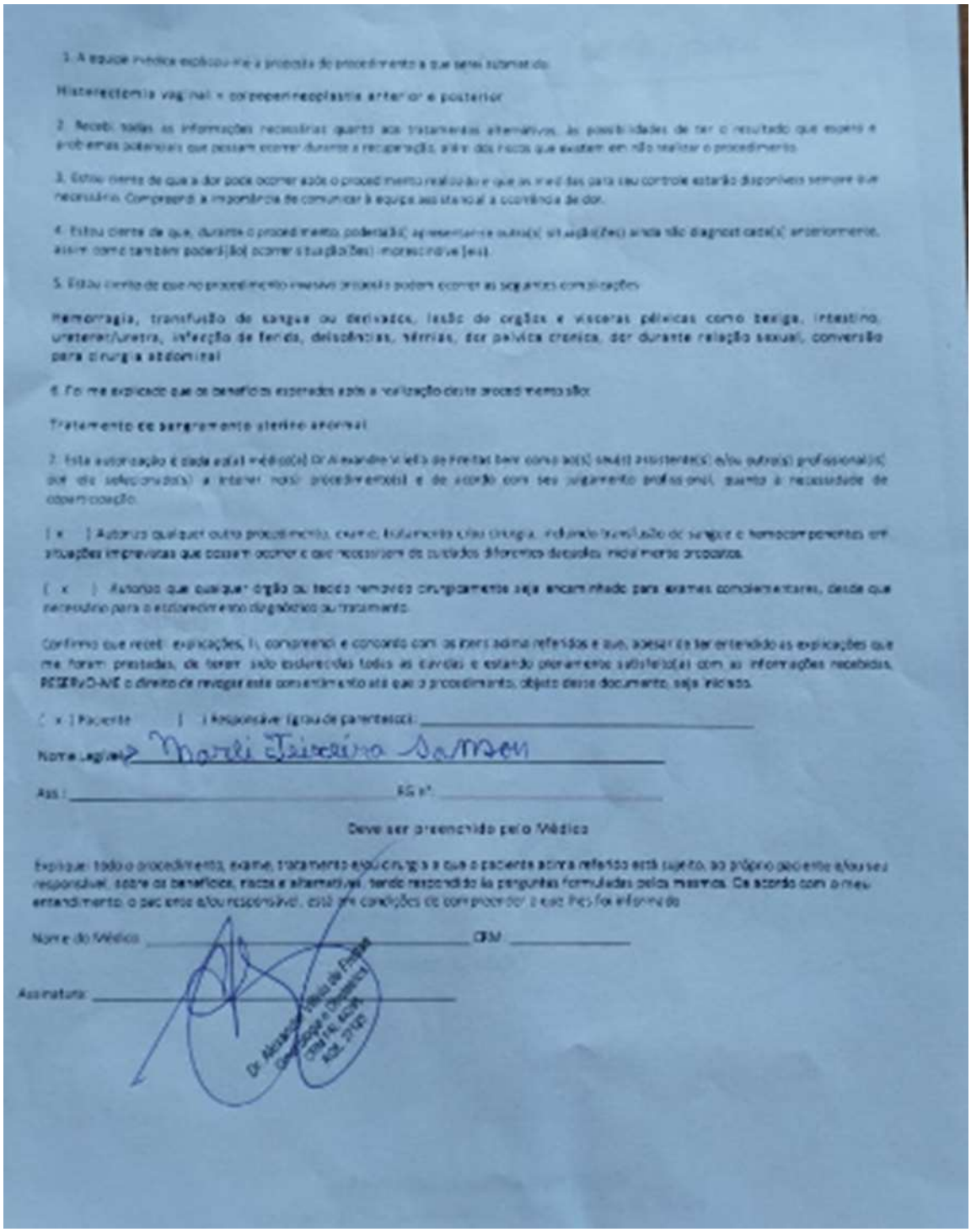
- Líquidos claros - Sem Limite ou leite (água, chá) Jejum de 2h
- Refeição leve (torradas e líquidos claros) - Jejum 6 horas
- Dieta comum - Jejum 8 horas

ASA: III

Orientações sobre a uso de medicamentos:

Data: 18/10/2023 Anestesista: EDUARDO HENRIQUE SCHERER CRM: 34787

Assinado por 1 pessoa: MARCIO ROSA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/03F2-CC46-D5CB-C79E e informe o código 03F2-CC46-D5CB-C79E



1. A equipe médica esclareceu-me a proposta do procedimento a que serei submetido:

Histerectomia vaginal + colporrafia anterior e posterior

2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos tratamentos alternativos, as possibilidades de ter o resultado que espero e problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação, além dos riscos que existem em não realizar o procedimento.

3. Estou ciente de que a dor pode ocorrer após o procedimento realizado e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário. Compreendi a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor.

4. Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão(ão) aparecer outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) anteriormente, assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) irreversível(eis).

5. Estou ciente de que no procedimento cirúrgico proposto podem ocorrer as seguintes complicações:

Hemorragia, transfusão de sangue ou derivados, lesão de orgãos e vísceras pélvicas como bexiga, intestino, ureter/uretra, infecção de ferida, deiscências, hérnias, dor pélvica crônica, dor durante relação sexual, conversão para cirurgia abdominal

6. Foi me explicado que os benefícios esperados após a realização deste procedimento são:

Tratamento de prolapso genital

7. Esta autorização é dada ao(a) médico(a) Dr Alexandre Vieira de Freitas bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a atuar(em) neste procedimento e de acordo com seu julgamento profissional, quanto à necessidade de operação.

[x] Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento cirúrgico, inclusive transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

[x] Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o estabelecimento diagnóstico ou tratamento.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com as itens acima referidos e que, assim, estou de inteiro entendido as explicações que me foram prestadas, de forma que todas as dúvidas estão sanadas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas. RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

[x] Paciente [ ] Responsável (grau de parentesco): _____

Nome Legível: Marli Teixeira Da Rosa

Ass: _____ RG nº: _____

Deve ser preenchido pelo Médico

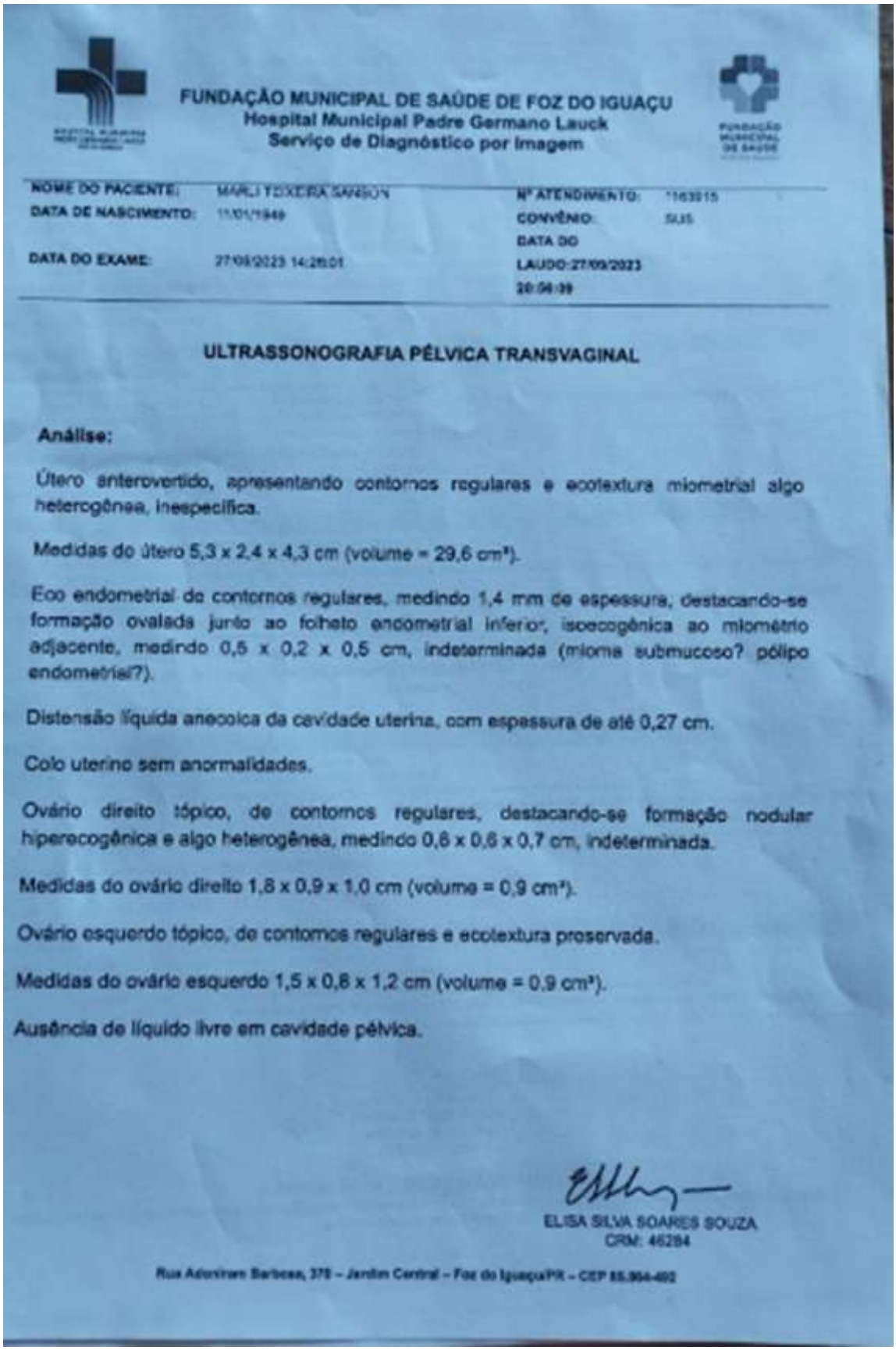
Explicar todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do Médico _____ CRM _____

Assinatura _____

Dr. Alexandre Vieira de Freitas
Ginecologia e Obstetrícia
CRM PR 40.578
RQE 27420

Assinado por 1 pessoa: MARCIO ROSA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/03F2-CC46-D5CB-C79E e informe o código 03F2-CC46-D5CB-C79E



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU
Hospital Municipal Padre Germano Lauck
Serviço de Diagnóstico por Imagem

NOME DO PACIENTE:	MARLI TEIXEIRA SAMSON	Nº ATENDIMENTO:	163915
DATA DE NASCIMENTO:	11/01/1949	CONVÊNIO:	SUS
DATA DO EXAME:	27/09/2023 14:26:01	DATA DO LAUDO:	27/09/2023 20:06:39

ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL

Análise:

Útero anterovertido, apresentando contornos regulares e ecotextura miometrial algo heterogênea, inespecífica.

Medidas do útero 5,3 x 2,4 x 4,3 cm (volume = 29,6 cm³).

Eco endometrial de contornos regulares, medindo 1,4 mm de espessura, destacando-se formação ovalada junto ao folheto endometrial inferior, isoecogênica ao miométrio adjacente, medindo 0,5 x 0,2 x 0,5 cm, indeterminada (mioma submucoso? pólipo endometrial?).

Distensão líquida anecoica da cavidade uterina, com espessura de até 0,27 cm.

Colo uterino sem anormalidades.

Ovário direito tópico, de contornos regulares, destacando-se formação nodular hiperecogênica e algo heterogênea, medindo 0,6 x 0,6 x 0,7 cm, indeterminada.

Medidas do ovário direito 1,8 x 0,9 x 1,0 cm (volume = 0,9 cm³).

Ovário esquerdo tópico, de contornos regulares e ecotextura preservada.

Medidas do ovário esquerdo 1,5 x 0,8 x 1,2 cm (volume = 0,9 cm³).

Ausência de líquido livre em cavidade pélvica.

ELISA SILVA SOARES SOUZA
CRM: 46284

Rua Adoniran Barbosa, 378 – Jardim Central – Foz do Iguaçu/PR – CEP 85.864-402

Assinado por 1 pessoa: MARCIO ROSA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/03F2-CC46-D5CB-C79E e informe o código 03F2-CC46-D5CB-C79E

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 03F2-CC46-D5CB-C79E

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

MARCIO ROSA (CPF 005.XXX.XXX-26) em 09/02/2024 08:47:03 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://fozdoiguacu.1doc.com.br/verificacao/03F2-CC46-D5CB-C79E