



IMIP - Hospital Regional de Juazeiro
Travessa do Hospital S/N
Juazeiro - BA
CEP: 48903-200



A: 61232617 - ELIZANGELA DOS SANTOS 33 anos 6 meses 6 dias Sexo : F
(a): NI - NOME ILEGÍVEL
Idade: HJU-HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO - Posto: 000001 - AMBULATÓRIO Cód.SUS: Local de Entrega: AMBHJU-AMBULATORIO
Data Estimada: 27/08/2014 00:00:00
Data de Nascimento: 23/02/1981

GLICEMIA

Resultado
83 mg/dL

Valor de Referência:
Até 1 mês Idade: 40 a 110 mg/dL
Acima de 1 mês: 70 a 99 mg/dL

Material: SORO

Método: AUTOMAÇÃO - HEXOQUINASE

Data Assinatura: 28/08/2014 22:17:49

CREATININA

Resultado

Creatinina:

0,7 mg/dL

Valor de Referência:

0 a 7 dias: 0,6 a 1,2 mg/dL
7 dias a 1 mês: 0,3 a 0,7 mg/dL
1 mês a 9 anos: 0,2 a 0,8 mg/dL
9 a 18 anos: 0,2 a 1,1 mg/dL
Feminino Acima de 18 anos: 0,5 a 1,3 mg/dL
Masculino Acima de 18 anos: 0,5 a 1,5 mg/dL

eGFR - Afro descendente:

Superior a 60 mL/min/1,73m²

Superior a 60 mL/min/1,73m²

eGFR - Não Afro descendente:

Superior a 60 mL/min/1,73m²

Superior a 60 mL/min/1,73m²

Nota: * eGFR = Taxa de filtração glomerular estimada pela fórmula recomendada pelo NKDEP (National Kidney Disease Education Program) e pela Sociedade Brasileira de Nefrologia. Esta estimativa foi calculada utilizando-se a fórmula do MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) que tem como variáveis a creatinina, o sexo, a idade e a afro-descendência. A fórmula não foi testada em crianças, idosos acima de 70 anos, gestantes, pacientes gravemente doentes e obesidade mórbida. Clin Chem 2006; 52:5-18-J Am Soc Nephrol 2000;(11):155A

Material: SORO

Método: AUTOMAÇÃO - JAFFÉ SEM DESPROTEINIZAÇÃO

Leila Eltas Melki

DRA LEILA ELTAS MELKI
BIOLOGA
CRBIO 10316-01

Data Assinatura: 28/08/2014 22:17:49

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data da Impressão: 01/09/2014 13:13:56 Página: 2/2

CLÍNICA IMAGEM MATERNIDADE MUNICIPAL DE JUAZEIRO
DR. NIVALDO DOMINGOS DE CARVALHO

Sr (a): Elizangela dos Santos

Idade : 33 anos

Solicitação :

Data do exame 07 / 08 / 2014

ULTRA-SONOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL

Exame realizado de modo bidimensional, com
equipamento convexo na frequência de 3.5 MHz.

Aorta e Veia Cava Inferior: Com calibre, contornos e pul-
satilidade.

Ausência de gangliomegalia para-aorta.

Fígado: Normal.

Pâncreas: visualizados.

Vias Biliares Intra e Extra Hepática de calibres normais

Vesícula Biliar: Alterada.

Colédoco: Normal.

Rins: Rim direito: Normal. Rim esquerdo: Normal.

Ureteres: Não visualizados.

Diagnóstico: Vesícula com imagem hiperecogênica compatível
com Litíase.

Nivaldo Domingos de Carvalho

Dr. Nivaldo Domingos de Carvalho
MÉDICO ULTRA-SONOGRAFISTA
CPF: 126.068.654-72
CRM 15452

BA/3612 9190/14 99885259

SESAB SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do Estabelecimento Solicitante: _____ Nome do Estado: _____

Nome do Estabelecimento Executante: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: Elizandre do Santos Sexo: M Nº Paciente: _____
 Data Nascimento: 20/06/1971 Data do Exame: 03/02/1981 Estado: BA Município: Recife
 Nome do Mãe: Graciela Maria da Silva Nome do Pai: Rui do
 Município de Nascimento: Recife Município de Residência: Recife Endereço: BA/1324 989
 Fone do Paciente: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estado, Executante: _____ Nº Cons. de Classe: _____ CPF: _____
 Ass. a Autorização de Internação: _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos: Paciente com dor no abdômen

Condições que Justificam a Internação: Via de coleta

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados): Tto cirúrgico

Diagnóstico Inicial: colecistite CID 10 Principal: K802 CID 10 Secundária: _____ CID 10 Causas Associadas: _____ Nº do Laudo: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado: colecistectomia Código do Procedimento: 03.03.0026

Classificação do Caráter da Internação: ☐ WE ☐ Eletivo ☐ Emergência

Equipamentos Requeridos para Internação: _____

ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante: _____ Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante / Assessor: 2809035097 Nº do Conselho de Classe: _____
 Data de Solicitação: _____ Assinatura e Carimbo do Profs. Solicitante / Assessor: _____ Data da Internação: _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (RECORRENTES OU VULGARES)

☐ AC DE TRÂNSITO ☐ CNPJ da Seguradora ☐ Número da Bônus ☐ Série
☐ ACID. TRAB. / TÍPICO ☐ CNPJ da Empresa ☐ UNIAE da Empresa ☐ UNIAE
☐ AC. TRAB. TRAJETO ☐ CNPJ da Empresa ☐ UNIAE da Empresa ☐ UNIAE

Vínculo com a Previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador: _____
 Documento: ☐ CNS ☐ CPF: _____ Nº do CNS/CPF Profs. Autorizador: _____
 Data de Autorização: _____ Código do Órgão Emissor: _____
 Nº Registro Cons. de Classe: _____ Ass. do Autorizador/Carimbo: _____

Espaço Reservado para Colar Etiqueta com dados de Autorização