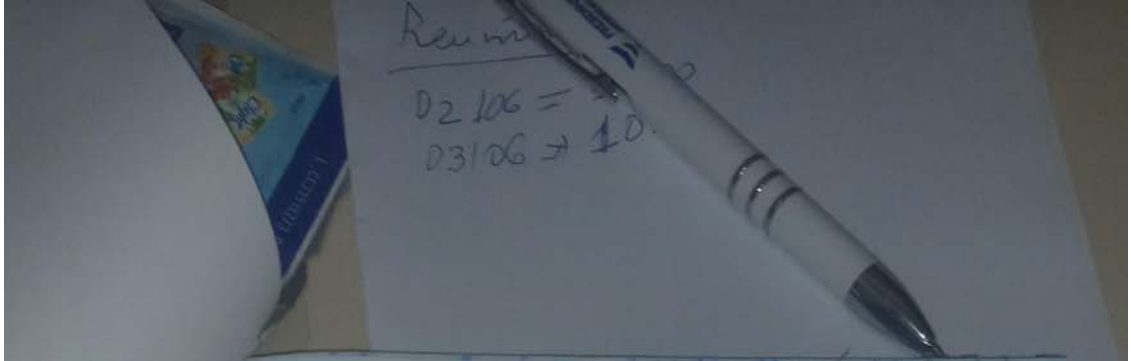
Reum...
02/06 = ...
03/06 → 10...

CDR
Clínica de Doenças Renais



Dialisador Alto Fluxo
FX60 Classix

Z1XK16130 10/2018 09/2021
Lote: Data Ester.: Data Val.:

Esterilizado a vapor UF 38 m/h

RELAÇÃO DE MATERIAL PARA PROCEDIMENTO

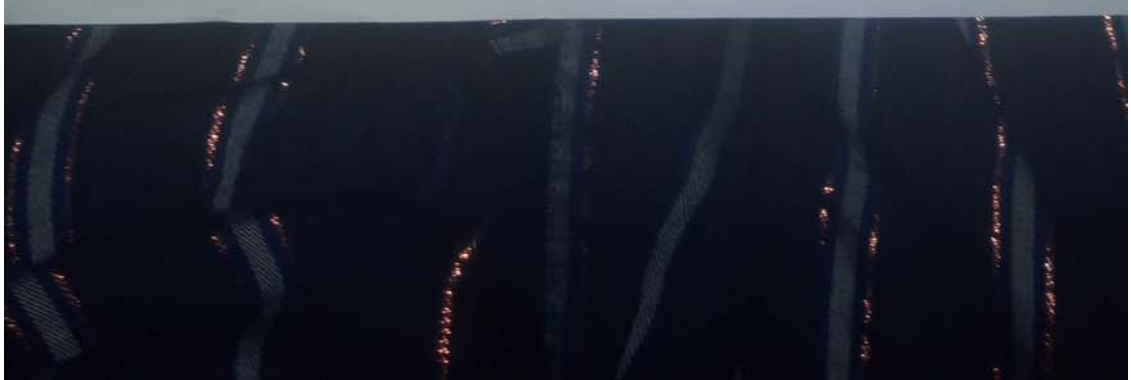
Paciente: Lucinea Borges Pinto F(X) M( )
Hospital: HGHF Convênio: Sus Procedimento: Hd
Data: 25/09/19 Início: 12:00 Término: 16:00 Duração: 4 hs
Médico Nefrologista Dr. Dulcineia A. Carneiro

Material	Descrição	Hosp.			Consumo	Total	Lote	Validade
Dializador Alto Fluxo FX60 / FX80	01 Unidade	M	M	M	X	01	Z1XK16130	09/21
Linha Arterial sem Catabolha	01 Unidade	A	A	A	X	01	201901020259	05/22
Linha Venosa	01 Unidade	T	T	T	X	01	201901020259	05/22
Bibag 650g / 650g V10	01 Pacote	E	E	E	X	01	A6JE0502	05/21
CPHD 22G/34	01 Galão	R	R	R	X	01	A8JE2909	05/20
Tampa para Cateter	02 Unidades	I	I	I	X	02	149-049/18	12/21
Isolador de Pressão	02 Unidades	A	A	A	X	02	201901020259	05/22
Agulha de Fístula 16G	02 Unidades	L	L	L	—	—	—	—
Solução Bicarbonato 8,4%	01 Galão	1			—	—	—	—
Equipo de Soro	01 Unidade		2	3	X	01	201901020259	05/22
Heparina Sódica 5 ml	01 Ampola							
Soro Fisiológico 1000 ml	02 Ampolas			C				
Agulha desc. 40 x 12	02 Unidades			O				
Luva de Procedimento	10 Pares			M				
Mascara Descartável	02 Unidades			P				
Seringa desc. 03 ml	02 Unidades			L				
Seringa desc. 10 ml	02 Unidades			E				
Compressa de Gaze estéril	02 Pacotes			T				
Touca desc.	01 Unidade			O				

Número de Máquina 21
Número de Osmose 15

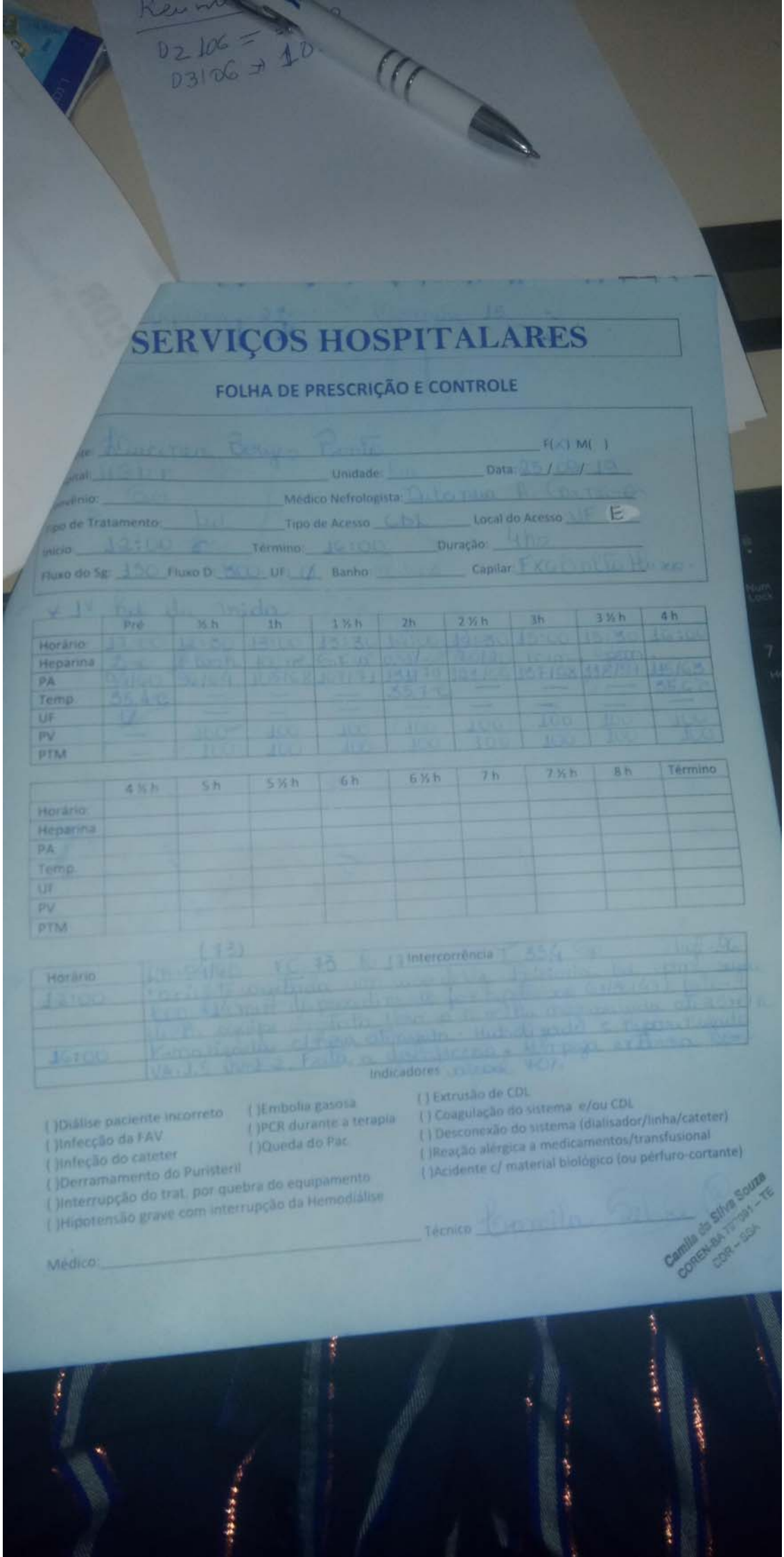
Técnico de Enfermagem: Camila da Silva COREN Nº: Camila da Silva Souza COREN-BA 767091 – TE CDR – SSA

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro (a) _____ COREN Nº: _____



Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2

Ref.2419323-2



SERVIÇOS HOSPITALARES

FOLHA DE PRESCRIÇÃO E CONTROLE

Nome: _____ F( ) M( )

Hospital: _____ Unidade: _____ Data: ___/___/___

Convênio: _____ Médico Nefrologista: _____

Tipo de Tratamento: _____ Tipo de Acesso _____ Local do Acesso _____

Início _____ Término: _____ Duração: _____

Fluxo do Sg: _____ Fluxo D _____ UF _____ Banho _____ Capilar: _____

	Pré	½ h	1h	1 ½ h	2h	2 ½ h	3h	3 ½ h	4 h
Horário									
Heparina									
PA									
Temp									
UF									
PV									
PTM									

	4 ½ h	5 h	5 ½ h	6 h	6 ½ h	7 h	7 ½ h	8 h	Término
Horário									
Heparina									
PA									
Temp									
UF									
PV									
PTM									

Horário	Intercorrência

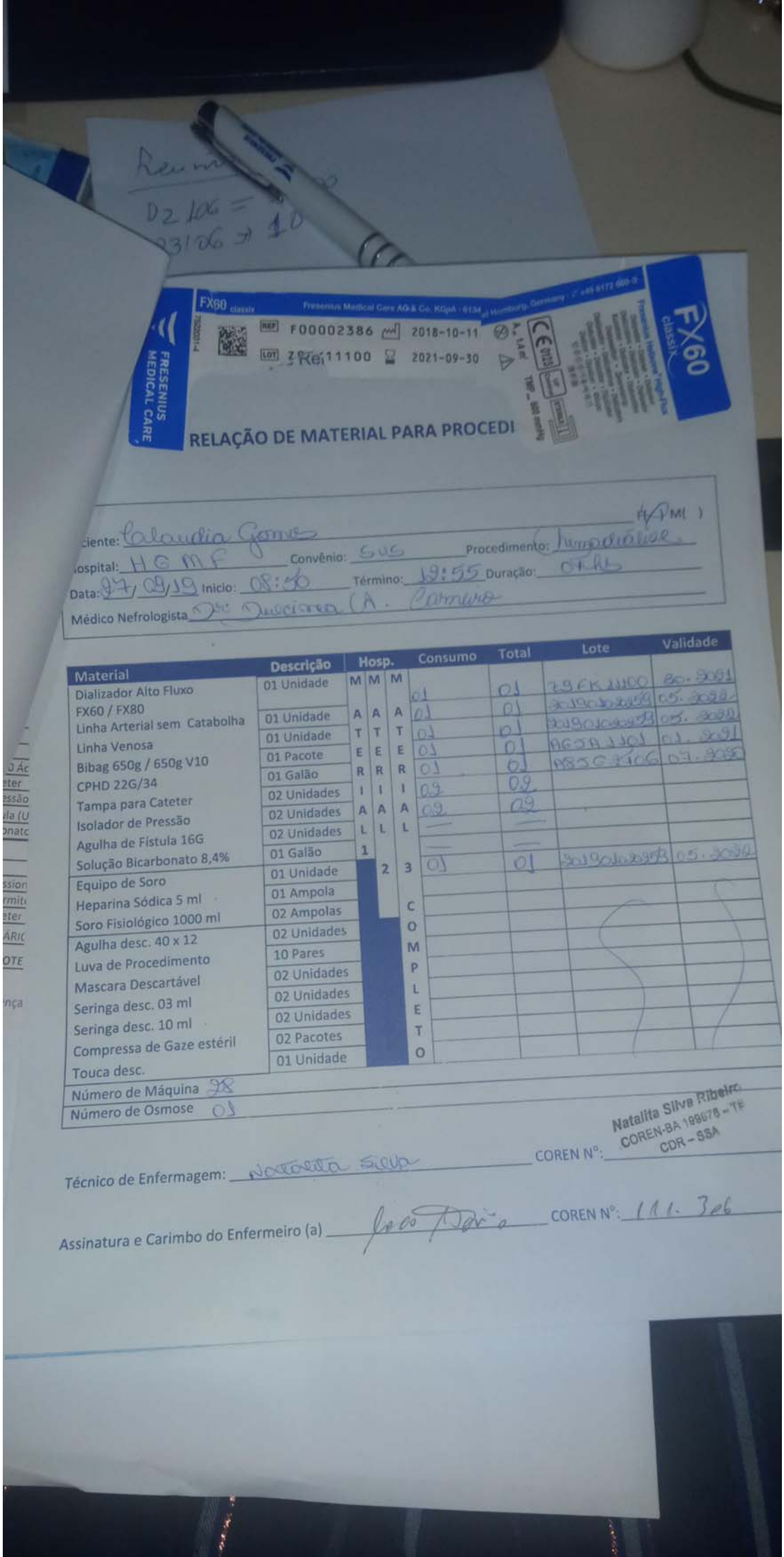
Indicadores

( )Diálise paciente incorreto
( )Infecção da FAV
( )Infeção do cateter
( )Derramamento do Puristeril
( )Interrupção do trat. por quebra do equipamento
( )Hipotensão grave com interrupção da Hemodiálise
( )Embolia gasosa
( )PCR durante a terapia
( )Queda do Pac
( ) Extrusão de CDL
( ) Coagulação do sistema e/ou CDL
( ) Desconexão do sistema (dialisador/linha/cateter)
( )Reação alérgica a medicamentos/transfusional
( )Acidente c/ material biológico (ou pérfuro-cortante)

Médico: _____ Técnico _____

Camila da Silva Souza
COREN-BA
COR – SGA

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2



FX60 classix — Fresenius Medical Care AG & Co. KGaA · 6134 Homburg, Germany

REF F00002386 2018-10-11

LOT Z9FK11100 2021-09-30

FRESENIUS MEDICAL CARE

FX60 classix

RELAÇÃO DE MATERIAL PARA PROCEDI

Reu...
D2 106 =
23/06 → 10

Paciente: Claudia Gomes F/PM( )

Hospital: HGMF Convênio: SUS Procedimento: hemodiálise

Data: 27/09/19 Início: 08:30 Término: 12:55 Duração: 04hs

Médico Nefrologista: Dr. Quecinea (A. Carneiro

Material	Descrição	Hosp.	Consumo	Total	Lote	Validade
Dializador Alto Fluxo FX60 / FX80	01 Unidade	MATERIAL 1	01	01	Z9FK11100	30.2021
Linha Arterial sem Catabolha	01 Unidade	MATERIAL 2	01	01	20190102059	05.2022
Linha Venosa	01 Unidade	MATERIAL 3	01	01	20190102059	05.2022
Bibag 650g / 650g V10	01 Pacote	MATERIAL 3	01	01	A6JA1101	01.2021
CPHD 22G/34	01 Galão	MATERIAL 3	01	01	A85G2106	07.2020
Tampa para Cateter	02 Unidades	MATERIAL 3	02	02		
Isolador de Pressão	02 Unidades	MATERIAL 3	02	02		
Agulha de Fístula 16G	02 Unidades	MATERIAL 3	—	—		
Solução Bicarbonato 8,4%	01 Galão	MATERIAL 3	—	—		
Equipo de Soro	01 Unidade	MATERIAL 3	01	01	20190102059	05.2022
Heparina Sódica 5 ml	01 Ampola	MATERIAL 3				
Soro Fisiológico 1000 ml	02 Ampolas	MATERIAL 3				
Agulha desc. 40 x 12	02 Unidades	COMPLETO				
Luva de Procedimento	10 Pares	COMPLETO				
Mascara Descartável	02 Unidades	COMPLETO				
Seringa desc. 03 ml	02 Unidades	COMPLETO				
Seringa desc. 10 ml	02 Unidades	COMPLETO				
Compressa de Gaze estéril	02 Pacotes	COMPLETO				
Touca desc.	01 Unidade	COMPLETO				

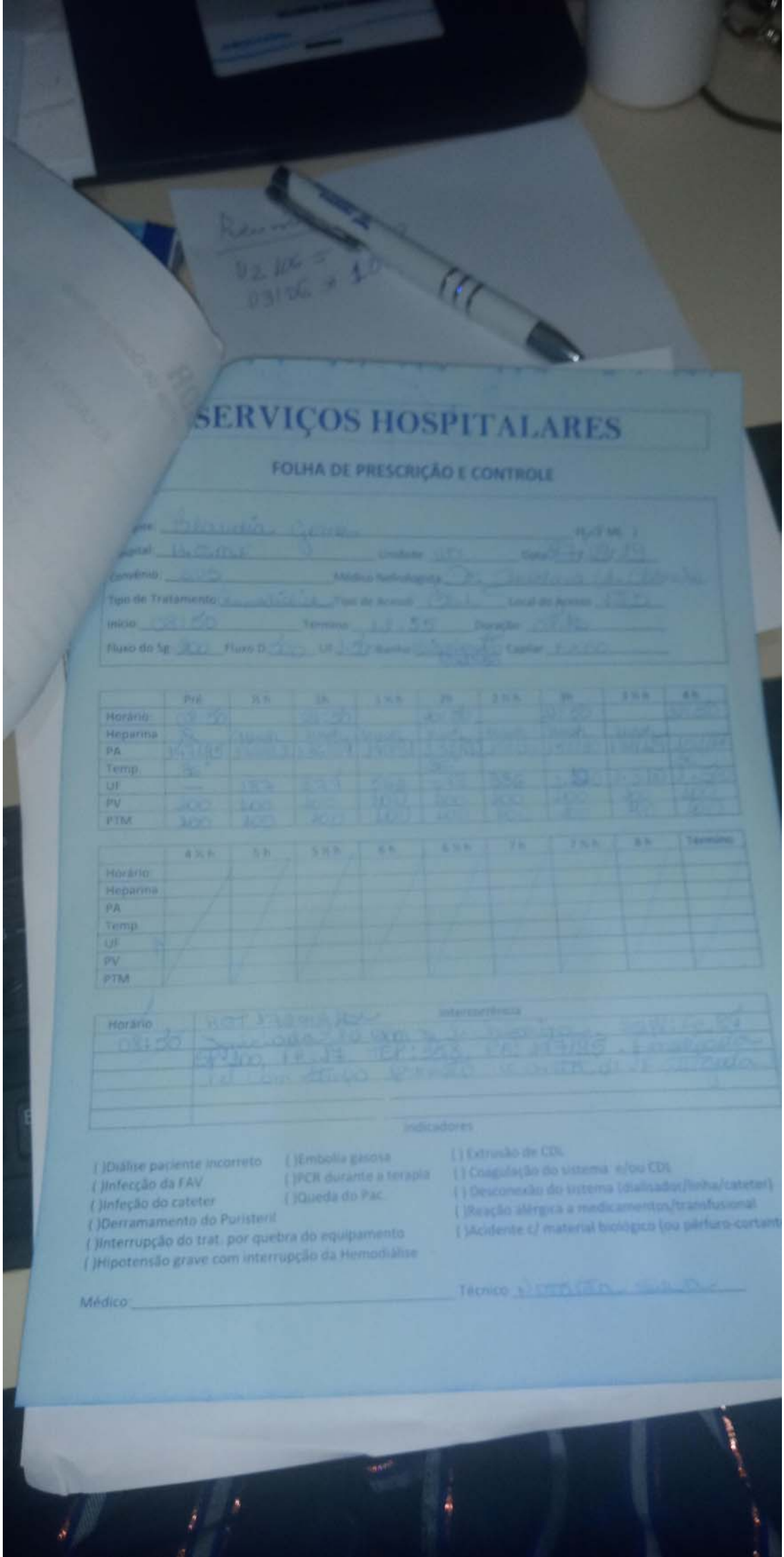
Número de Máquina 28

Número de Osmose 01

Técnico de Enfermagem: Natalita Silva COREN Nº: Natalita Silva Ribeiro COREN-BA 199678 – TE CDR – SSA

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro (a) [signature] COREN Nº: 111.306

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2



SERVIÇOS HOSPITALARES

FOLHA DE PRESCRIÇÃO E CONTROLE

	Pré	0,5 h	1h	1 h e 30	2h	2 h e 30	3h	3 h e 30	4 h
Horário									
Heparina									
PA									
Temp.									
UF									
PV									
PTM									

	4 h e 30	5 h	5 h e 30	6 h	6 h e 30	7 h	7 h e 30	8 h	Término
Horário									
Heparina									
PA									
Temp.									
UF									
PV									
PTM									

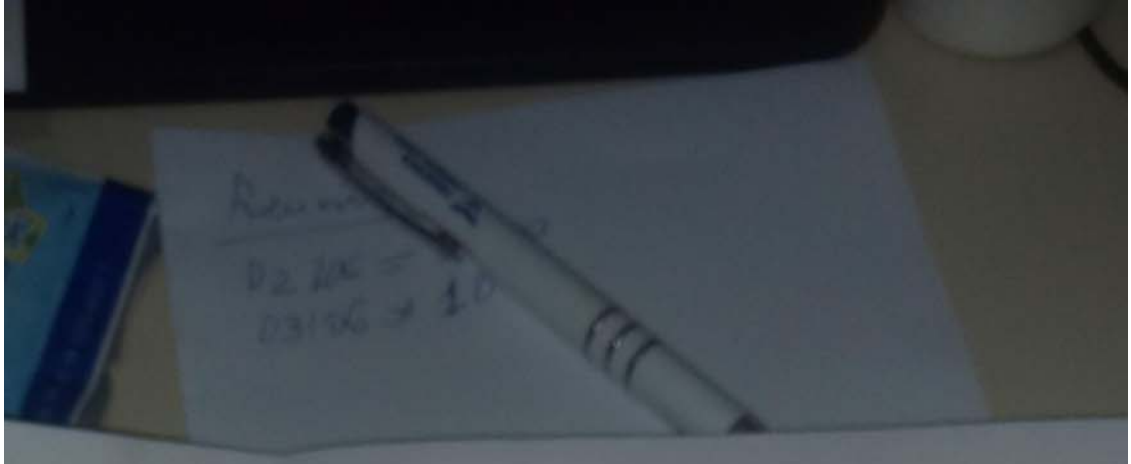
Horário	Intercorrência

Indicadores

( )Diálise paciente incorreto
( )Infecção da FAV
( )Infeção do cateter
( )Derramamento do Puristeril
( )Interrupção do trat. por quebra do equipamento
( )Hipotensão grave com interrupção da Hemodiálise
( )Embolia gasosa
( )PCR durante a terapia
( )Queda do Pac.
( ) Extrusão de CDL
( ) Coagulação do sistema e/ou CDL
( ) Desconexão do sistema (dialisador/linha/cateter)
( )Reação alérgica a medicamentos/transfusional
( )Acidente c/ material biológico (ou pérfuro-cortante

Médico _____ Técnico _____

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2



CDR

Trav. Dr.Artur Napoleão Carneiro Rego, n.7178 – Amaralina Salvador/BA Cep. 41900-295
Tele fax: (71) 3245-7745/4385 E-mail: serv.externo@velocmail.com.br

SERVIÇOS HOSPITALARES

HOSP. MENANDRO DE FARIAS / CNPJ: 13937131/0023-57
AT:Diretoria
Eduardo Guidoni (71) 3379 3710 E-mail: bah1011@terra.com.br

Demonstrativo de despesas de serviços prestados pela equipe Médica de Nefrologia, durante a realização de HEMODIÁLISE INTERMITENTE/PROLONGADA, no paciente CLAUDIA GOMES convênio **SUS**, quando de sua internação.

DATA DO PROCEDIMENTO 27/06/2019

Materiais Utilizados	Quantidade	Valor Unitário	Total
Dialisador auto fluxo	1	R$ 493,87	
Linha Arterial	1	R$ 54,77	P
Linha Venosa	1	R$ 38,50	A
Bibag 700g	2	R$ 23,50	C
Solução HD 170 Ácida	1	R$ 12,98	D
Tampa de cateter	2	R$ 0,00	T
Isolador de Pressão	2	R$ 4,75	
Agulha de Fístula (Unidade)	0	R$ 6,38	1
Solução Bicarbonato 8,4%	0	R$ 18,49	
SUBTOTAL			[illegible]

Honorários Profissionais	Quantidade CH	Valor CH	Total
Hemodiálise Intermitente			[illegible]
Instalação de Cateter			[illegible]
TOTAL DE HONORÁRIOS			[illegible]
TOTAL GERAL PACOTE			[illegible]

CDR - Clínica de Doenças Renais S/A

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2

CDR

Trav. Dr.Artur Napoleão Carneiro Rêgo, n.º178 – Amaralina-Salvador/BA Cep. 41900-295
Tele fax: (71) 3245-7745/4385 E-mail: serv.externo@veloxmail.com.br

SERVIÇOS HOSPITALARES

30/09/2019

HOSP. MENANDRO DE FARIAS / CNPJ: 13937131/0023-57
AT:Diretoria
Eduardo Guidoni (71) 3379.3710 E-mail: bahi1011@terra.com.br

Demonstrativo de despesas de serviços prestados pela equipe Médica de Nefrologia, durante a realização de HEMODIÁLISE INTERMITENTE/PROLONGADA, no paciente LUCINEIA BORGES PINTO convênio **SUS**, quando de sua internação.

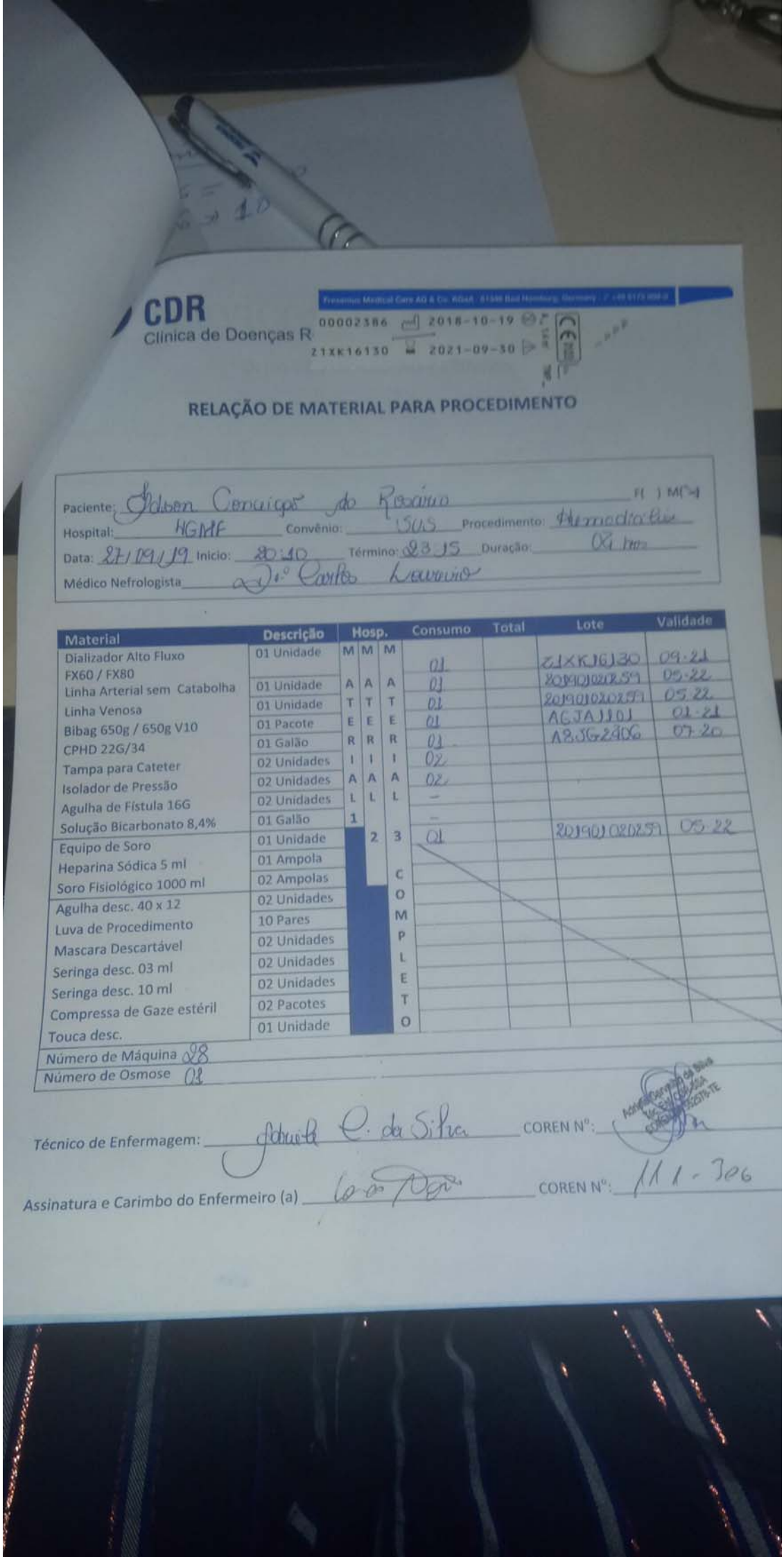
DATA DO PROCEDIMENTO 25/09/2019

Materiais Utilizados	Quantidade	Valor Unitário	Total
Dializador auto fluxo	1	R$ 493,97	
Linha Arterial	1	R$ 54,77	P
Linha Venosa	1	R$ 58,50	A
Bibag 700g	1	R$ 23,30	C
Solução HD 170 Ácida	1	R$ 22,96	O
Tampa de cateter	2	R$ 0,00	T
Isolador de Pressão	2	R$ 4,75	
Agulha de Fístula (Unidade)	0	R$ 6,35	E
Solução Bicarbonato 8,4%	0	R$ 18,49	
SUBTOTAL			699,99

Honorários Profissionais	Quantidade CH	Valor CH	Total
Hemodiálise Intermitente			0,00
Instalação de Cateter			0,00
TOTAL DE HONORÁRIOS			0,00
TOTAL GERAL PACOTE			699,99

CDR - Clínica de Doenças Renais S/A

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2



CDR
Clínica de Doenças R

Fresenius Medical Care AG & Co. KGaA · 61346 Bad Homburg, Germany · T +49 6172 609-0

00002386 2018-10-19
21XK16130 2021-09-30

RELAÇÃO DE MATERIAL PARA PROCEDIMENTO

Paciente: Jadson Conceição do Rosário F( ) M(X)
Hospital: HGMF Convênio: SUS Procedimento: Hemodiálise
Data: 27/09/19 Início: 20:10 Término: 23:15 Duração: 04 hrs
Médico Nefrologista: Dr. Carlos Lourenço

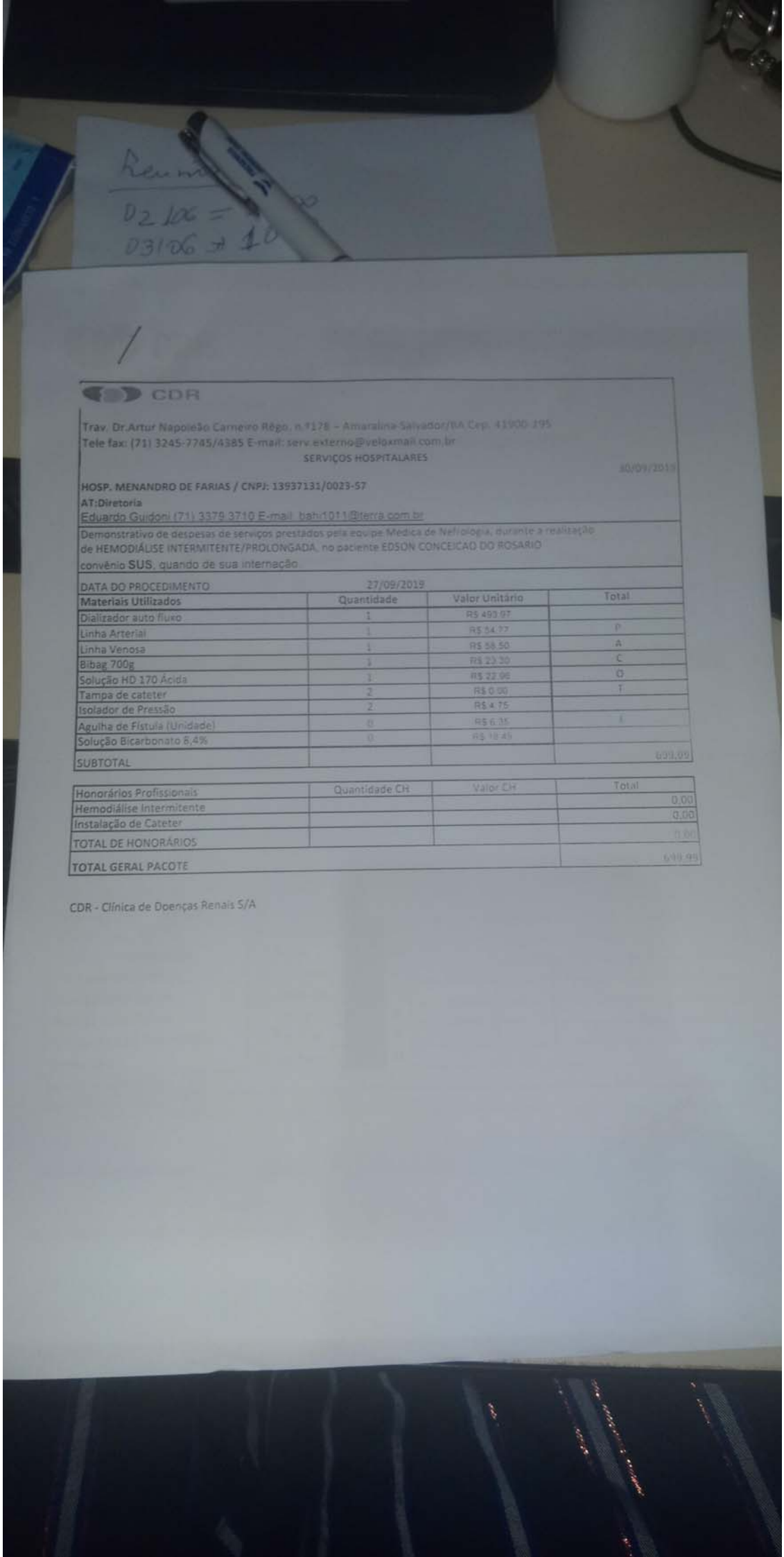
Material	Descrição	Hosp.			Consumo	Total	Lote	Validade
Dializador Alto Fluxo FX60 / FX80	01 Unidade	M	M	M	01		21XK16130	09.21
Linha Arterial sem Catabolha	01 Unidade	A	A	A	01		20190102025 9	05.22
Linha Venosa	01 Unidade	T	T	T	01		20190102025 9	05.22
Bibag 650g / 650g V10	01 Pacote	E	E	E	01		AGJA1101	01.21
CPHD 22G/34	01 Galão	R	R	R	01		A8JG2406	07.20
Tampa para Cateter	02 Unidades	I	I	I	02			
Isolador de Pressão	02 Unidades	A	A	A	02			
Agulha de Fístula 16G	02 Unidades	L	L	L	–			
Solução Bicarbonato 8,4%	01 Galão	1			–			
Equipo de Soro	01 Unidade		2	3	01		20190102025 9	05.22
Heparina Sódica 5 ml	01 Ampola							
Soro Fisiológico 1000 ml	02 Ampolas			C				
Agulha desc. 40 x 12	02 Unidades			O				
Luva de Procedimento	10 Pares			M				
Mascara Descartável	02 Unidades			P				
Seringa desc. 03 ml	02 Unidades			L				
Seringa desc. 10 ml	02 Unidades			E				
Compressa de Gaze estéril	02 Pacotes			T				
Touca desc.	01 Unidade			O				

Número de Máquina 28
Número de Osmose 01

Técnico de Enfermagem: Gabriela C. da Silva COREN Nº: [signature]

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro (a) [signature] COREN Nº: 111-306

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2



CDR

Trav. Dr.Artur Napoleão Carneiro Rêgo, n.º178 – Amaralina-Salvador/BA Cep: 41900-195
Tele fax: (71) 3245-7745/4385 E-mail: serv.externo@veloxmail.com.br

SERVIÇOS HOSPITALARES

30/09/2019

HOSP. MENANDRO DE FARIAS / CNPJ: 13937131/0023-57
AT:Diretoria
Eduardo Guidoni (71) 3379 3710 E-mail: bahr1011@terra.com.br

Demonstrativo de despesas de serviços prestados pela equipe Médica de Nefrologia, durante a realização de HEMODIÁLISE INTERMITENTE/PROLONGADA, no paciente EDSON CONCEICAO DO ROSARIO convênio **SUS**, quando de sua internação

DATA DO PROCEDIMENTO 27/09/2019

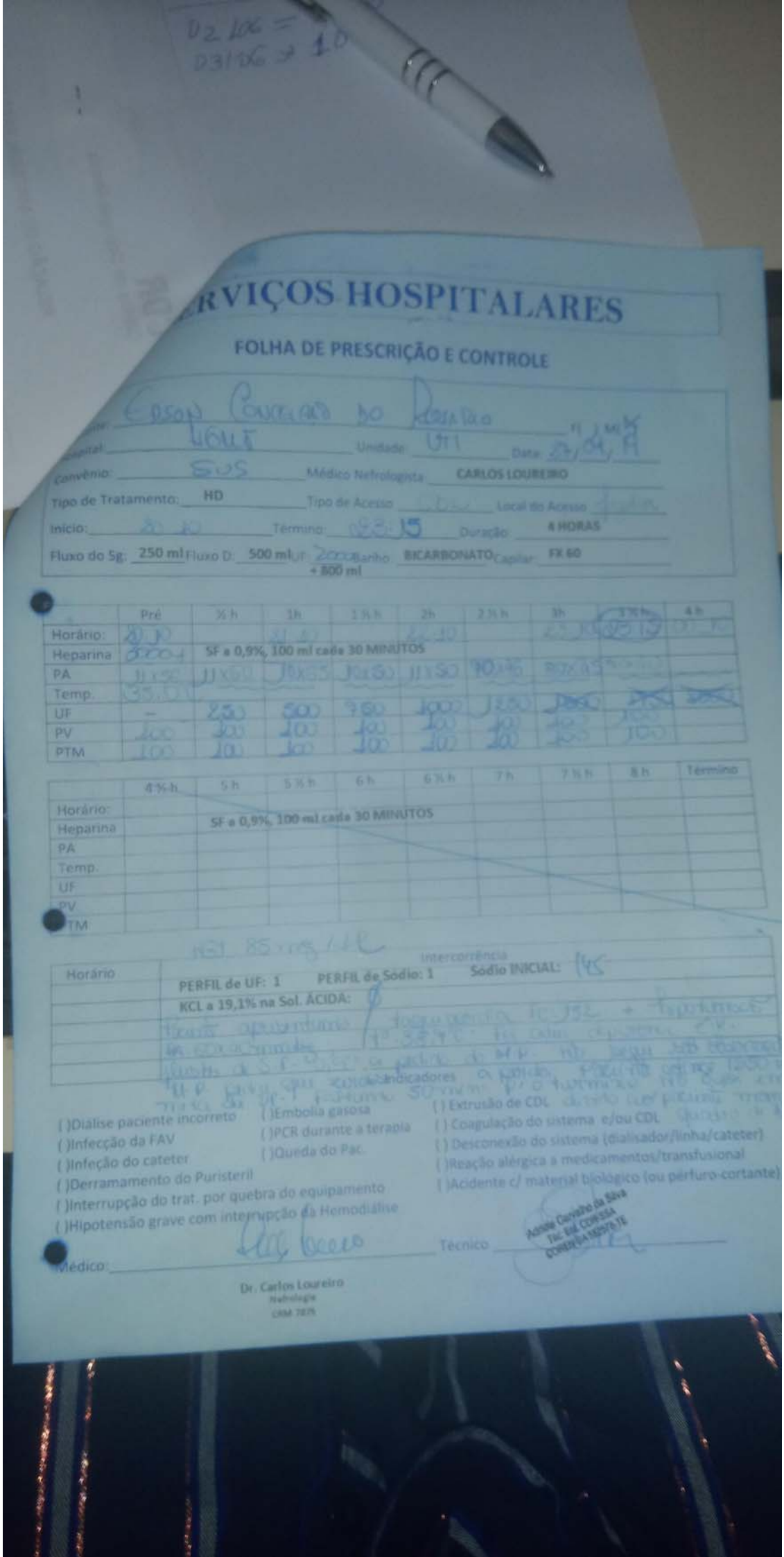
Materiais Utilizados	Quantidade	Valor Unitário	Total
Dializador auto fluxo	1	R$ 493.97	
Linha Arterial	1	R$ 54.77	P
Linha Venosa	1	R$ 58.50	A
Bibag 700g	1	R$ 23.30	C
Solução HD 170 Ácida	1	R$ 22.96	O
Tampa de cateter	2	R$ 0.00	T
Isolador de Pressão	2	R$ 4.75	
Agulha de Fístula (Unidade)	0	R$ 6.35	I
Solução Bicarbonato 8,4%	0	R$ 18.45	
SUBTOTAL			693.09

Honorários Profissionais	Quantidade CH	Valor CH	Total
Hemodiálise Intermitente			0,00
Instalação de Cateter			0,00
TOTAL DE HONORÁRIOS			0,00
TOTAL GERAL PACOTE			693,09

CDR - Clínica de Doenças Renais S/A

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2

D2 106 =
D3/06 → 10



...RVIÇOS HOSPITALARES

FOLHA DE PRESCRIÇÃO E CONTROLE

...: Edson Conceição do Rosário
...pital: HGUT Unidade: UTI Data: 27/04/19
Convênio: SUS Médico Nefrologista: CARLOS LOUREIRO
Tipo de Tratamento: HD Tipo de Acesso: [illegible] Local do Acesso: [illegible]
Início: 20:10 Término: 23:15 Duração: 4 HORAS
Fluxo do Sg: 250 ml Fluxo D: 500 ml UF: 2000 + 800 ml Banho: BICARBONATO Capilar: FX 60

	Pré	½ h	1h	1½ h	2h	2½ h	3h	3½ h	4 h
Horário:	20:10		21:10		22:10		23:10	23:15	00:10
Heparina	3000	SF a 0,9%, 100 ml cada 30 MINUTOS							
PA	11x56	11x60	10x65	10x50	11x50	90x46	80x45	[illegible]	
Temp.	35,0								
UF	–	250	500	750	1000	1250	1500	[illegible]	[illegible]
PV	100	100	100	100	100	100	100	100	
PTM	100	100	100	100	100	100	100	100	

	4½ h	5 h	5½ h	6 h	6½ h	7 h	7½ h	8 h	Término
Horário:									
Heparina		SF a 0,9%, 100 ml cada 30 MINUTOS							
PA									
Temp.									
UF									
PV									
PTM									

NGT 85 mg/dL

Horário	Intercorrência
	PERFIL de UF: 1 PERFIL de Sódio: 1 Sódio INICIAL: 145
	KCL a 19,1% na Sol. ÁCIDA: 0
	[illegible]

Indicadores

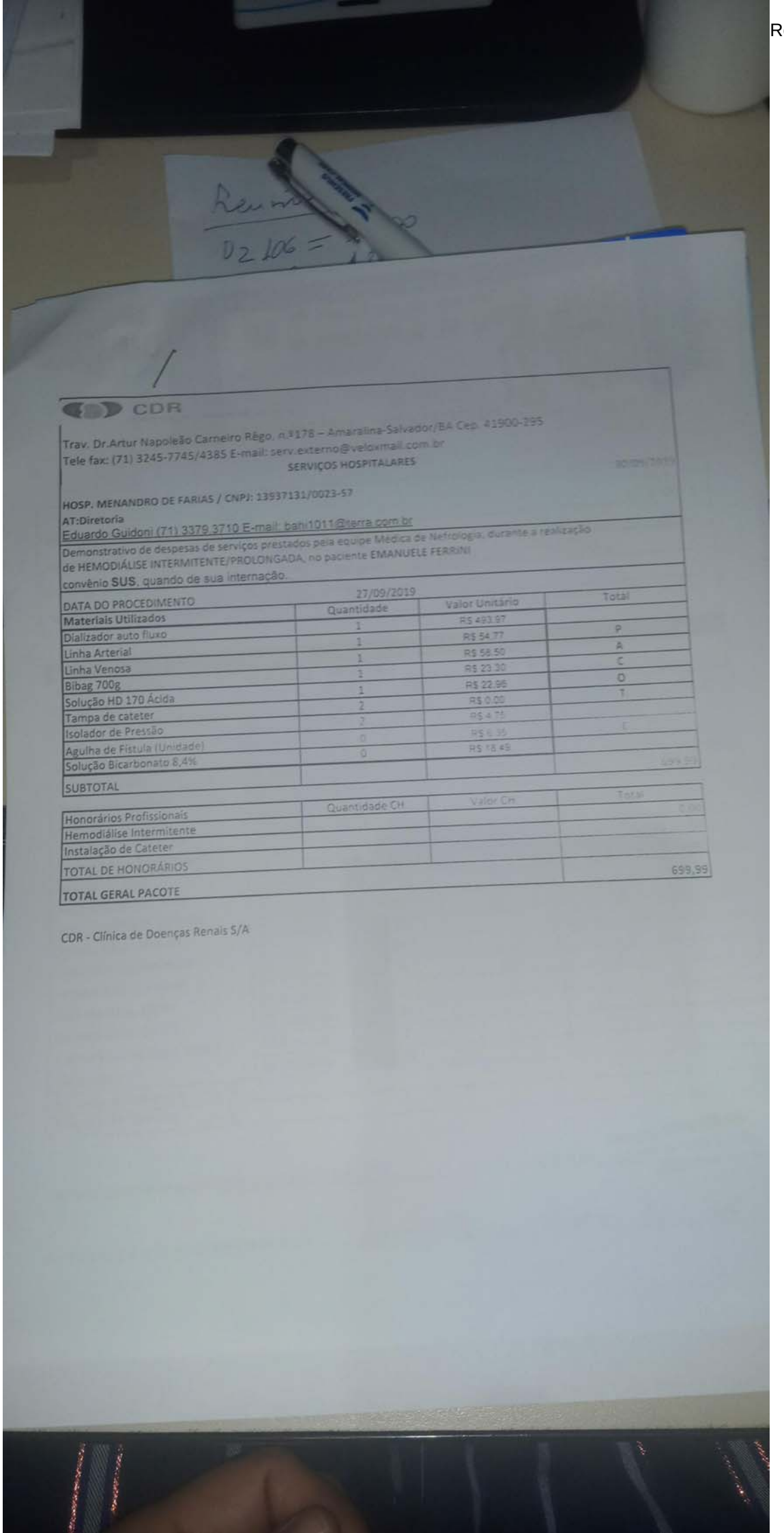
( )Diálise paciente incorreto
( )Infecção da FAV
( )Infeção do cateter
( )Derramamento do Puristeril
( )Interrupção do trat. por quebra do equipamento
( )Hipotensão grave com interrupção da Hemodiálise
( )Embolia gasosa
( )PCR durante a terapia
( )Queda do Pac.
( ) Extrusão de CDL
( ) Coagulação do sistema e/ou CDL
( ) Desconexão do sistema (dialisador/linha/cateter)
( )Reação alérgica a medicamentos/transfusional
( )Acidente c/ material biológico (ou pérfuro-cortante)

Médico: [signature] Técnico: [signature]

Dr. Carlos Loureiro
Nefrologia
CRM 7875

Adriane Carvalho da Silva
Téc. Enf. COREN-SSA
COREN-BA 1825/6-TE

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2



CDR

Trav. Dr.Artur Napoleão Carneiro Rêgo, n.º178 – Amaralina-Salvador/BA Cep. 41900-295
Tele fax: (71) 3245-7745/4385 E-mail: serv.externo@veloxmail.com.br

SERVIÇOS HOSPITALARES

HOSP. MENANDRO DE FARIAS / CNPJ: 13937131/0023-57
AT:Diretoria
Eduardo Guidoni (71) 3379 3710 E-mail: bahi1011@terra.com.br

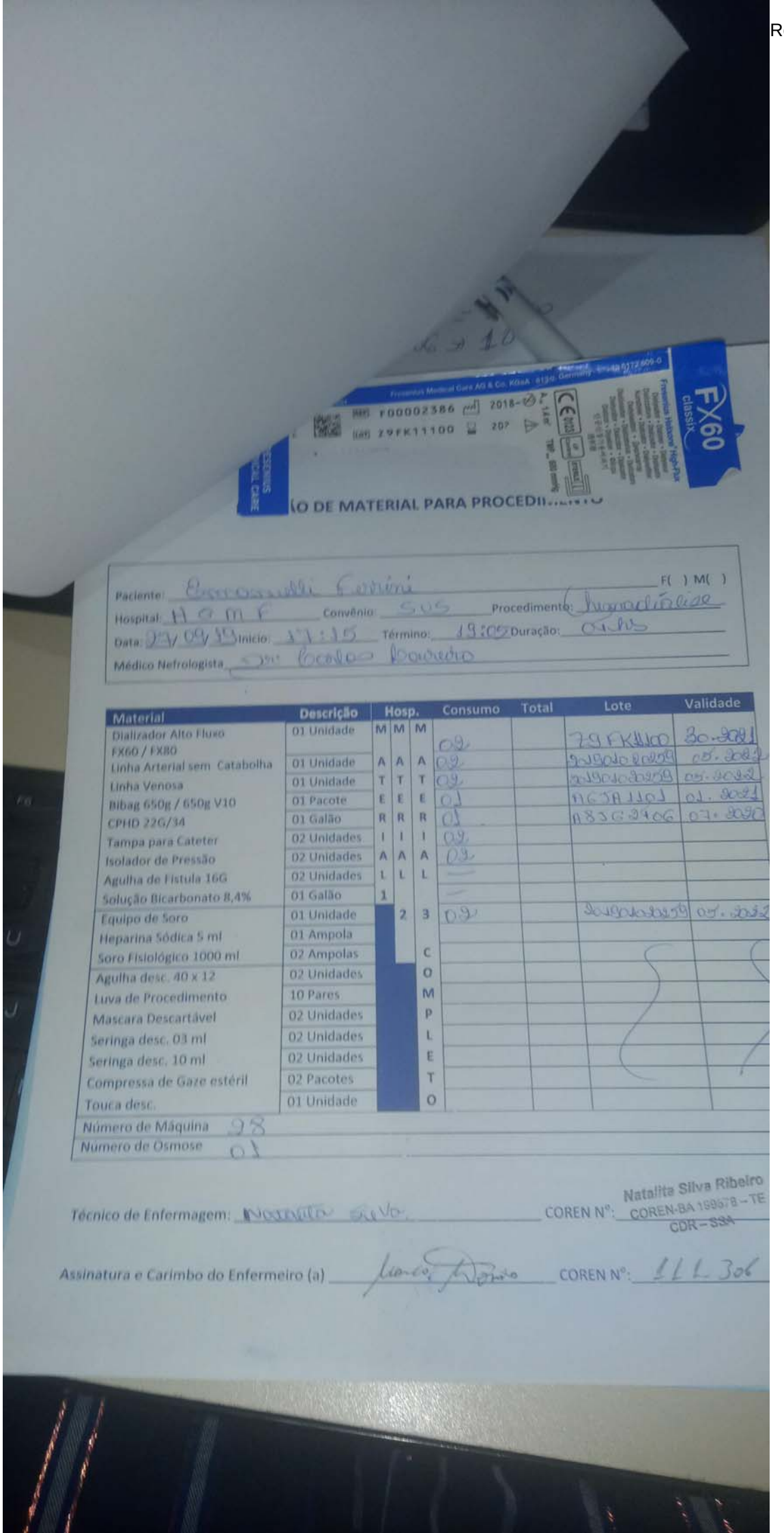
Demonstrativo de despesas de serviços prestados pela equipe Médica de Nefrologia, durante a realização de HEMODIÁLISE INTERMITENTE/PROLONGADA, no paciente EMANUELE FERRINI convênio **SUS**, quando de sua internação.

DATA DO PROCEDIMENTO	27/09/2019		
Materiais Utilizados	Quantidade	Valor Unitário	Total
Dializador auto fluxo	1	R$ 493,97	
Linha Arterial	1	R$ 54,77	P
Linha Venosa	1	R$ 58,50	A
Bibag 700g	1	R$ 23,30	C
Solução HD 170 Ácida	1	R$ 22,96	D
Tampa de cateter	2	R$ 0,00	T
Isolador de Pressão	2	R$ 4,71	
Agulha de Fistula (Unidade)	0	R$ 6,35	E
Solução Bicarbonato 8,4%	0	R$ 18,45	
SUBTOTAL			624,51

	Quantidade CH	Valor CH	Total
Honorários Profissionais			0,00
Hemodiálise Intermitente			
Instalação de Cateter			
TOTAL DE HONORÁRIOS			699,99
TOTAL GERAL PACOTE			

CDR - Clínica de Doenças Renais S/A

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2



...O DE MATERIAL PARA PROCEDIMENTO

Paciente: Emanuelli Ferrini F( ) M( )
Hospital: H G M F Convênio: SUS Procedimento: hemodiálise
Data: 27/09/19 Início: 17:15 Término: 19:05 Duração: 04hs
Médico Nefrologista: Dr. Carlos Barreiro

Material	Descrição	Hosp.			Consumo	Total	Lote	Validade
Dializador Alto Fluxo FX60 / FX80	01 Unidade	M	M	M	02		79FK11100	30.2021
Linha Arterial sem Catabolha	01 Unidade	A	A	A	02		20190102259	05.2022
Linha Venosa	01 Unidade	T	T	T	02		20190102259	05.2022
Bibag 650g / 650g V10	01 Pacote	E	E	E	01		A6JA1101	01.2021
CPHD 22G/34	01 Galão	R	R	R	01		A8JG2406	07.2020
Tampa para Cateter	02 Unidades	I	I	I	02			
Isolador de Pressão	02 Unidades	A	A	A	02			
Agulha de Fistula 16G	02 Unidades	L	L	L	—			
Solução Bicarbonato 8,4%	01 Galão	1			—			
Equipo de Soro	01 Unidade		2	3	02		20190102259	05.2022
Heparina Sódica 5 ml	01 Ampola							
Soro Fisiológico 1000 ml	02 Ampolas			C				
Agulha desc. 40 x 12	02 Unidades			O				
Luva de Procedimento	10 Pares			M				
Mascara Descartável	02 Unidades			P				
Seringa desc. 03 ml	02 Unidades			L				
Seringa desc. 10 ml	02 Unidades			E				
Compressa de Gaze estéril	02 Pacotes			T				
Touca desc.	01 Unidade			O				

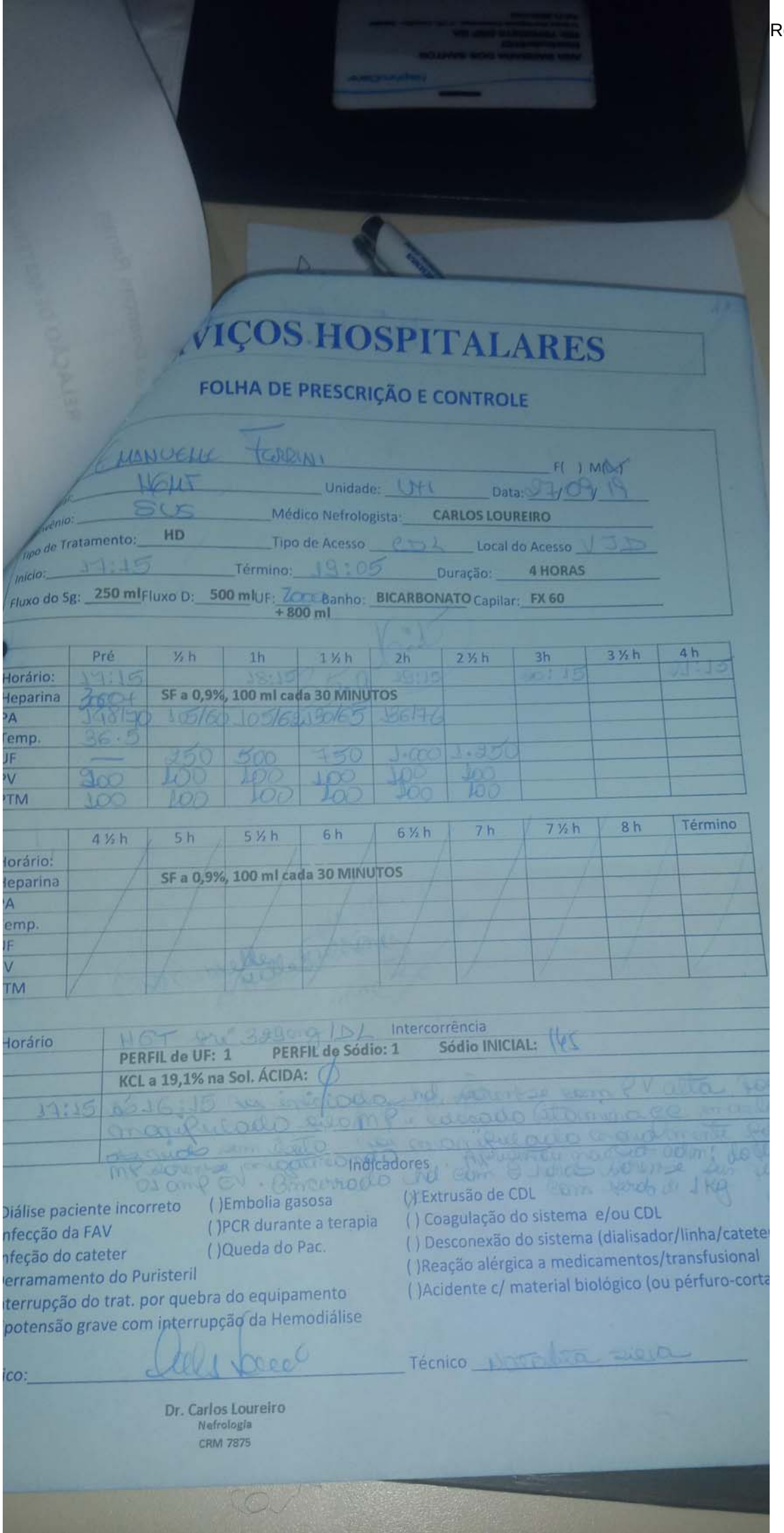
Número de Máquina 28
Número de Osmose 01

Técnico de Enfermagem: Natalita Silva COREN Nº: Natalita Silva Ribeiro COREN-BA 199678 – TE CDR – SSA

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro (a) [signature] COREN Nº: 111.306

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2

Ref.2419323-12



VIÇOS HOSPITALARES

FOLHA DE PRESCRIÇÃO E CONTROLE

EMANUELLE TORRINI F( ) M(X)

HGMT Unidade: UTI Data: 27/09/19

Convênio: SUS Médico Nefrologista: CARLOS LOUREIRO

Tipo de Tratamento: HD Tipo de Acesso CDL Local do Acesso VJD

Início: 17:15 Término: 19:05 Duração: 4 HORAS

Fluxo do Sg: 250 ml Fluxo D: 500 ml UF: 2000 + 800 ml Banho: BICARBONATO Capilar: FX 60

	Pré	½ h	1h	1 ½ h	2h	2 ½ h	3h	3 ½ h	4 h
Horário:	17:15		18:15		19:15		20:15		21:15
Heparina	2000	SF a 0,9%, 100 ml cada 30 MINUTOS							
PA	140/90	105/60	105/62	130/65	136/76				
Temp.	36.5								
UF	—	250	500	750	1.000	1.250			
PV	200	100	100	100	100	100			
PTM	100	100	100	100	100	100			

	4 ½ h	5 h	5 ½ h	6 h	6 ½ h	7 h	7 ½ h	8 h	Término
Horário:									
Heparina		SF a 0,9%, 100 ml cada 30 MINUTOS							
PA									
Temp.									
UF									
PV									
PTM									

Horário	Intercorrência
	HGT inic 329 mg/dL
	PERFIL de UF: 1 PERFIL de Sódio: 1 Sódio INICIAL: 145
	KCL a 19,1% na Sol. ÁCIDA: 0
17:15	17:15 Iniciado hd, mantido com PV alto, ao manipulado sem IMP. Ligado fístula e mantido sem intercorrências. Finalizado sem intercorrências.

Indicadores

( )Diálise paciente incorreto
( )Infecção da FAV
( )Infeção do cateter
( )Derramamento do Puristeril
( )Interrupção do trat. por quebra do equipamento
( )Hipotensão grave com interrupção da Hemodiálise
( )Embolia gasosa
( )PCR durante a terapia
( )Queda do Pac.
( )Extrusão de CDL
( ) Coagulação do sistema e/ou CDL
( ) Desconexão do sistema (dialisador/linha/catete
( )Reação alérgica a medicamentos/transfusional
( )Acidente c/ material biológico (ou pérfuro-corta

Médico: _____ Técnico _____

Dr. Carlos Loureiro
Nefrologia
CRM 7875

Este documento foi assinado eletronicamente. As assinaturas realizadas estão listadas em sua última página.
Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2

Quadro de Assinaturas

Este documento foi assinado eletronicamente por:

Fabio Jose Almeida Silva Santos
Assistente - Assinado em 16/06/2020

Sua autenticidade pode ser verificada no Portal do TCE/BA através do QRCode ou endereço https://www.tce.ba.gov.br/autenticacaocopia, digitando o código de autenticação: K0MZQ2MJM2