



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente MARIA HELENA FERNANDES, 59 anos de idade, faz acompanhamento neurológico devido sintomas neuropsiquiátricos após trauma cranioencefálico moderado com hemorragia subaracnóidea ocorrido em outubro de 2020.

Os sintomas neuropsiquiátricos são caracterizados por insônia inicial com fragmentação, dificuldades na memória, lentificação psicomotora, nervosismo, irritabilidade, dificuldade de convivência social, fobias em geral, cefaleia frequente, entre outros.

A ressonância magnética de encéfalo (09/05/2022) evidenciou área sequelar de encefalomalácia no lobo temporal direito e áreas de depósitos de hemossiderina no hemisfério cerebral direito sugestivo de hemorragias prévias (contusões hemorrágicas).

Faz uso de quetiapina 100mg/noite, sertralina 200mg/dia e ampicilil 25/noite.

Encaminhado para acompanhamento em conjunto com a psicologia e psiquiatria.

Paciente incapaz de retorno para suas atividades laborais por tempo indeterminado.

Sugiro aposentadoria para a paciente.

CID10: S06.5 + F06

Dr. Juvenal Rodrigo Pedreira
Neurologista - RQE 4848
Neurofisiologista - RQE 4733
CRM/MS 6217

DOURADOS, 16/03/2023

**EBSERH****RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL****IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFGD – DOURADOS/MS**

Rua Ivo Alves da Rocha, 558. Altos do Indaiá. CEP 79823-515. Dourados/MS.

Telefone: (67) 3410-3000

CNES: 2710935.

1ª Via Farmácia**2ª Via Paciente****Paciente: MARIA HELENA FERNANDES****PRESCRIÇÃO****Uso oral:****1) SERTRALINA 50MG ----- 120 CPS****Tomar 2 comprimidos cedo e 2 comprimidos à noite**Dr. Juvenal Rodrigo Padilha
Neurologista - RQE 4845
Neurofisiologia - RQE 4733
CRM/MS 6217

ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	Ass.e Carimbo Farmacêutico
IDENT: _____ Órgão Emissor _____	Data ____/____/____
End: _____	Telefone: _____
Cidade: _____ UF: _____	

**EBSERH****RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL****IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE****HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFGD – DOURADOS/MS**

Rua Ivo Alves da Rocha, 558. Altos do Indaiá. CEP 79823-515. Dourados/MS.

Telefone: (67) 3410-3000

CNES: 2710935.

1ª Via Farmácia**2ª Via Paciente****Paciente: MARIA HELENA FERNANDES****PRESCRIÇÃO****Uso oral:****1) SERTRALINA 50MG ----- 120 CPS****Tomar 2 comprimidos cedo e 2 comprimidos à noite**Dr. Juvenal Rodrigo Padilha
Neurologista - RQE 4845
Neurofisiologia - RQE 4733
CRM/MS 6217

ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	Ass.e Carimbo Farmacêutico
IDENT: _____ Órgão Emissor _____	Data ____/____/____
End: _____	Telefone: _____
Cidade: _____ UF: _____	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFGD – DOURADOS/MS

Rua Ivo Alves da Rocha, 558. Altos do Indaiá. CEP 79823-515. Dourados/MS.

Telefone: (67) 3410-3000

CNES: 2710935.

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: MARIA HELENA FERNANDES

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

1) QUETIAPINA 100MG ----- 1 caixa
Tomar 1 comprimido à noite

Dr. Juvenal Rodrigo Padilha
 Neurologia - RQE 4645
 Neurofisiologia - RQE 4733
 CRM/MS 6217

ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	Ass.e Carimbo Farmacêutico
IDENT: _____ Órgão Emissor: _____	Data ____/____/____
End: _____	Telefone: _____
Cidade: _____ UF: _____	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFGD – DOURADOS/MS

Rua Ivo Alves da Rocha, 558. Altos do Indaiá. CEP 79823-515. Dourados/MS.

Telefone: (67) 3410-3000

CNES: 2710935.

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: MARIA HELENA FERNANDES

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

1) QUETIAPINA 100MG ----- 1 caixa
Tomar 1 comprimido à noite

Dr. Juvenal Rodrigo Padilha
 Neurologia - RQE 4645
 Neurofisiologia - RQE 4733
 CRM/MS 6217

ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	Ass.e Carimbo Farmacêutico
IDENT: _____ Órgão Emissor: _____	Data ____/____/____
End: _____	Telefone: _____
Cidade: _____ UF: _____	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFMS – DOURADOS/MS

Rua Ivo Alves da Rocha, 558. Altos do Indaiá. CEP 79823-515. Dourados/MS.

Telefone: (67) 3410-3000

CNES: 2710935.

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: MARIA HELENA FERNANDES

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

1) AMPLICTIL 100MG ----- 2 caixas

Tomar 1 comprimido à noite.

Dr. Juvenal Rodrigo Paolillo
Neurologista - RQE 4645
Neurofisiologia - RQE 4733
CRM/MS 6217

ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
IDENT: _____ Órgão Emissor _____	Ass.e Carimbo Farmacêutico
End: _____	Data ____/____/____
Cidade: _____ UF _____	Telefone: _____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFMS – DOURADOS/MS

Rua Ivo Alves da Rocha, 558. Altos do Indaiá. CEP 79823-515. Dourados/MS.

Telefone: (67) 3410-3000

CNES: 2710935.

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: MARIA HELENA FERNANDES

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

1) AMPLICTIL 100MG ----- 2 caixas

Tomar 1 comprimido à noite.

Dr. Juvenal Rodrigo Paolillo
Neurologista - RQE 4645
Neurofisiologia - RQE 4733
CRM/MS 6217

ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
IDENT: _____ Órgão Emissor _____	Ass.e Carimbo Farmacêutico
End: _____	Data ____/____/____
Cidade: _____ UF _____	Telefone: _____