

HOSPITAL

REGISTRO HOSPITALAR DO PACIENTE

Nome: HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO
Município: CAMPINAS

CNES: 2082128
UF: SP

PACIENTE

Nome: _____ RH/ MV: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Mãe: _____ Sexo: Masculino Feminino

Identidade: Tipo: _____ Nº _____

CAUSA DO COMA

Diagnóstico principal: _____ CID: _____

Diagnóstico secundário: _____ CID: _____

Confirmação: TC RM Angiografia DTC Liquor EEG Outro _____

PRÉ-REQUISITOS

Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica? Sim Não

Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica? Sim Não

Tratamento e observação hospitalar ≥ 24 horas em encefalopatia hipóxico-isquêmica? Sim Não

Temperatura corporal > 35°C + Saturação > 94% + PAS ≥ 100mmHg ou PA média ≥ 65mmHg ou pela faixa etária (<16 anos)? Sim Não

Ausência de hipotermia? Sim Não

Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares? Sim Não

1º EXAME CLÍNICO

PA (mmHg): _____ TEMP (°C): _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Coma não perceptivo? Sim Não

EXAME NEUROLÓGICO (exame dos reflexos):

	Direito			Esquerdo		
Pupilas fixa e arreativa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT
Ausência de reflexo córneo-palpebral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT
Ausência de reflexo óculo-cefálico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT
Ausência de reflexo da tosse	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo: _____

Médico: _____

CRM: _____

Assinatura identificada: _____

TESTE DE APNEIA (examinador 1 ou2)

PA (mmHg): _____ TEMP (°C): _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Inicial Final

Inicial Final

PaCO₂ _____

PaO₂ _____

Ausência de movimentos respiratórios com PaCO₂ > 55mmHg? Sim Não

Médico: _____

CRM: _____

Assinatura identificada: _____

2º EXAME CLÍNICO

PA (mmHg): _____ TEMP (°C): _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Coma não perceptivo? Sim Não

EXAME NEUROLÓGICO (exame dos reflexos):

	Direito			Esquerdo		
Pupilas fixa e arreativa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT
Ausência de reflexo córneo-palpebral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT
Ausência de reflexo óculo-cefálico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NT
Ausência de reflexo da tosse	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo: _____

Médico: _____

CRM: _____

Assinatura identificada:

EXAME COMPLEMENTAR

PA (mmHg): _____ TEMP (°C): _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Tipo: DTC EEG Angiografia Outro: _____

Ausência de perfusão sanguínea ou de atividade ou elétrica encefálica? Sim Não

Médico: _____

CRM: _____

Assinatura identificada:

A. CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL:

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	
	Sistólica	PAM
Até 5 meses incompletos	60	43
De 5 meses a 2 anos incompletos	80	60
De 2 anos a 7 anos incompletos	85	62
De 7 anos a 15 anos	90	65
16 anos em diante	100	65

B. INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS:

INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS	MÍNIMO
7 dias completos (recém-nato a termo) a 2 meses incompletos	24 horas
De 2 meses a 24 meses incompletos	12 horas
Mais de 24 meses	1 hora

Referência: CFM, Conselho Federal de Medicina, <http://www.portalmedico.org.br>