

Paciente **JEFERSON CARVALHO DA LUZ**
Cartão SUS **708909757439217**

consulta confirmada

Data **24/06/2024** Hora **14:30**
Especialidade **CARDIOLOGIA AVALIACAO PRE-TRANSPLANTE**
Profissional **PAULO ERNESTO LEAES**
Local **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE**
Rua Professor Annes Dias, 295 - Centro Histórico, Porto Alegre - RS
PORTO ALEGRE
Sala **Hospital Santa Clara- recepção D**

Acesse <https://saude.procempa.com.br/cidadao>
informando seu Cartão SUS **708909757439217**
e o código de acesso **mah9601e**
e acompanhe seus agendamentos e solicitações

Especialidade
CARDIOLOGIA AVALIACAO PRE-TRANSPLANTE

Diagnóstico
I50 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Quadro clínico
Paciente jovem, com internação recente devido a dispneia ao pequenos esforços e edema periférico. Consultou com médico cardiologista; IC- CF III de etiologia indeterminada. Exame físico: diminuição sistólica biventricular. ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO: Miocardiopatia dilatada. Disfunção contrátil do VE de grau severo. Disfunção diastólica do VE padrão restritivo. Regurgitação mitral de grau leve. Disfunção contrátil do VD. Regurgitação tricúspide de grau leve. Encaminhado para avaliação etiológica e avaliação para transplante.

Data da Solicitação **14/05/2024 16:05**
Profissional Solicitante **CRISTIANE CELANIRA DOS SANTOS DE LIMA**
Unidade Solicitante **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SANTO ANGELO**

EMISSÃO DO COMPROVANTE **18/06/2024 08:30**

PROTOCOLO GERCON **24-05-0038171-0**



SOLICITAÇÃO DE VIAGENS NO PERÍODO DE 24/06/2024 ATÉ 24/06/2024

Motorista: _____
 KM Inicial: _____

Veículo: _____

KM Final: _____

Data: ____/____/____
Hora início: ____:____

Data: ____/____/____
Hora Final: ____:____:____

SETOR DE TRANSPORTE					MANHÃ - PORTO ALEGRE	
Nº	P/A	NOME	TELEFONE	RG	CPF	ENDEREÇO
1	P	JEFERSON CARVALHO DA LUZ	(55) 984780710	6098232181	03231190002	RUA SÃO NICOLAU - N° 505 - MISSOES
OBS: NECESSITA AMBULANCIA E TEC ENFERMAGEM ANEXO PEDIDO 984467104						

98946-7104 Marli