

ROTEIRO PARA ATIVIDADE NO CENTRO DE ENDOSCOPIA

(ENDOSCOPIA ALTA E BAIXA E CIRURGIAS ENDOSCÓPICAS)

Data: / /	
Nome do interno:	Número :
Nome do Paciente:	Registro HC:
<p>Resumo do Caso: História clínica sumária (relatos positivos, em ordem cronológica, com as medidas adotadas nos diferentes serviços por onde o paciente passou na rede assistencial do sistema de saúde), antecedentes pessoais (dar ênfase à utilização de medicamentos para condições crônicas) e familiares positivos, achados físicos, exames bioquímicos e de imagem prévios.</p>	
Exame/Procedimento solicitado:	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:	
Tempo decorrido entre a solicitação e a realização do exame/procedimento:	
Preparo para o Exame/Procedimento:	
Tempo de jejum:	
Ajustes na utilização de medicamentos para condições crônicas:	
Lavagens digestivas:	
Analgesia, sedação, anestesia:	
REALIZAR ACESSO VENOSO (SE FOR O CASO)	
Resultado do Exame/Procedimento:	
Relacione as complicações esperadas do exame/procedimento com a frequência e o manejo preconizado	
Plano terapêutico com base no resultado do exame/procedimento:	
O serviço que o paciente está vinculado é adequado ou não ao plano terapêutico? Justifique.	
OBSERVAÇÕES:	
Nome do médico que executou o procedimento:	
Docente ou médico responsável pelo exame:	

ROTEIRO PARA ATIVIDADE NO CENTRO CIRÚRGICO

Data:	/	/	/	
Nome do interno:		Número:		
Nome do Paciente:		Registro HC:		
RESUMO DO CASO: História clínica, antecedentes, achados físicos, exames bioquímicos e de imagem.				
História Clínica: (Relatos positivos, em ordem cronológica, com as medidas adotadas nos diferentes serviços por onde o paciente passou na rede assistencial do sistema de saúde)				
Antecedentes Pessoais e Familiares: (Relacionar apenas os positivos)				
Achados Físicos: (Descrever apenas os positivos)				
Diagnóstico (s) Síndrômico(s)				
Diagnóstico (s) Anatômico (s)				
Diagnóstico (s) Etiológico (s), se for o caso.				
Exames bioquímicos para avaliar o paciente:				
Exames bioquímicos para avaliar a doença:				
Exames de imagem para avaliar o paciente:				
Exames de imagem para avaliar a doença:				

Potenciais Complicações clínicas da operação
PRESCRIÇÃO PÓS- OPERATÓRIA:
Hidratação nas próximas 24 horas:
Profilaxia da dor:
Profilaxia da Infecção cirúrgica:
Profilaxia da trombose venosa:
Estimativa de alta hospitalar:
ORIENTAÇÃO PÓS-ALTA HOSPITALAR ESTIMADA. Alimentação: tipo, quantidade. Tratamento complementar: tipo e duração, se for o caso. Retorno às atividades laborais e físicas: Seguimento pós operatório: Local da rede assistencial, motivo do seguimento e estimativa de frequência.
Docente ou médico responsável:

ROTEIRO PARA AS ATIVIDADES NO AMBULATÓRIO

Data:	/	/	/	
Nome do interno:				Número:
Nome do Paciente:				Registro HC:
<p>História clínica com ênfase nas queixas do aparelho digestivo, em ordem cronológica, com as medidas adotadas nos diferentes serviços por onde o paciente passou na rede assistencial do sistema de saúde. Interrogatório sobre diversos aparelhos, medicamentos em uso, antecedentes pessoais e familiares, exame físico geral e especializado</p>				
<p>Diagnósticos sindrômico, anatômico e etiológico, se possível.</p>				
<p>O manejo do paciente até a chegada ao serviço de referência foi adequado? Os exames solicitados no serviço de origem são pertinentes para a avaliação do provável diagnóstico? A solicitação de algum exame pode ter ocasionado retardo no encaminhamento do paciente para o serviço de referência?</p>				
<p>O paciente foi adequadamente encaminhado? A ficha de encaminhamento contempla as informações necessárias? A doença e/ou as morbidades associadas do paciente indicam tratamento em serviço de elevada complexidade?</p>				
<p>Propor um plano diagnóstico relacionando a sequência mais apropriada dos exames subsidiários bioquímicos e de imagem com possíveis benefícios e riscos.</p>				
<p>Discutir os exames subsidiários já realizados, analisar imagens radiológicas e endoscópicas. Fazer uma análise crítica da contribuição de tais exames para o plano diagnóstico e terapêutico.</p>				

Propor um plano terapêutico com estimativa de benefícios e riscos e o tempo para a sua execução.
Relacionar a necessidade de preparo prévio para o tratamento proposto (ex.: tratamento do prostatismo, fisioterapia respiratória, perda de peso, melhora do estado nutricional, dentre outros)? Quais os exames que devem ser solicitados no pré-operatório, se for o caso?
Quais as informações e orientações que devem ser elencadas na contrarreferência?
Docente ou médico responsável:

ROTEIRO PARA ATIVIDADE NA ENFERMARIA

Data: / /	
Nome do interno:	Número :
Nome do Paciente:	Registro HC:
<p>História Clínica: Relatos positivos, em ordem cronológica, com as medidas adotadas nos diferentes serviços por onde o paciente passou na rede assistencial do sistema de saúde, Antecedentes Pessoais e Familiares: (Relacionar apenas os positivos).</p> <p>Achados Físicos: (Descrever apenas os positivos)</p> <p>Diagnóstico (s) Sindrômico(s):</p> <p>Diagnóstico (s) Anatômico (s):</p> <p>Diagnóstico (s) Etiológico (s), se for o caso:</p> <p>Tratamento, se for o caso:</p>	
Evolução e prescrição matutina, com destaque para os sinais vitais, as funções básicas, o monitoramento invasivo e a prescrição.	
Evolução cronológica dos exames bioquímicos e de imagem	
<p>Procedimentos Práticos (Conforme a disponibilidade)</p> <p>Curativos, se for o caso:</p> <p>Retirada de pontos, se for o caso:</p> <p>Colocação ou retirada de sondas e drenos, se for o caso:</p> <p>Punção venosa periférica, se for o caso:</p>	
Docente ou médico responsável:	

MODELO DE APRESENTAÇÃO DE CASO

HISTÓRIA CLÍNICA

TRS, 74 anos de idade, branca, viúva, natural e procedente de Piuí (MG) com registro no HCFMRP-USP de nº 0288494E, foi encaminhada à Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas no dia 14/8/2008 referindo dor tipo pontada nas fossas ilíacas há 8 dias. A dor irradiava-se para todo abdome e era acompanhada de vômitos incoercíveis de início claro e depois biliosos, mais parada de eliminação de flatos e fezes

ANTECEDENTES

Hipertensão arterial em uso de bloqueador de receptor de angiotensina, Doença de Chagas, litíase renal de repetição bilateral, apendicectomia na infância e tabagista de um maço de cigarros a cada 3 dias.

ACHADOS FÍSICOS

- Desidratação discreta
- Frequência cardíaca: 84 batimentos por minuto
- Frequência Respiratória: 14 incursões por minuto
- Pressão arterial: 80x60mmHg.
- Abdômen: globoso, normotenso, com dor à palpação profunda e sem sinais de peritonismo; os ruídos hidroaéreos estavam hiperativos

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- Dor abdominal a esclarecer (oclusão intestinal?)
- Litíase renal
- Hipertensão arterial
- Doença de Chagas

EXAMES COMPLEMENTARES

- Radiografia de abdômen (simples e ortostática)
- Na⁺, K⁺,
- hemograma
- Glicemia
- Amilase sérica

MEDIDAS ADOTADAS

- Jejum
- Bromoprida 10mg de 8 em 8 horas
- Dipirona 1 g, se dor ou febre até de 6 em 6
- Solução Glicofisiológica de 12 em 12 horas.

EXAME RADIOLÓGICO DO ABDÔMEN



RESULTADOS DOS EXAMES BIOQUÍMICOS

- Na+: 134 ; K+: 4,9
- Hb:13,3; Ht:43; Gb=9500: 1B/71N/26L PLQ=270 Glicemia
- Amilase sérica: 132
- Creatinina: 2,9

MEDIDAS IMPLEMENTADAS NOS DIAS 15 E 16/8

- Sondagem nasogástrica
- Lavagem intestinal
- Ondasetrona 4 mg ao dia
- Solução Glicofisiológica de 12 em 12 horas
- Avaliação da clínica cirúrgica
- Ultrasonografia do abdômen
- Tomografia do abdômen

RESULTADOS DOS EXAMES DE IMAGEM

ULTRASONOGRAFIA DO ABDÔMEN

15/8/2008

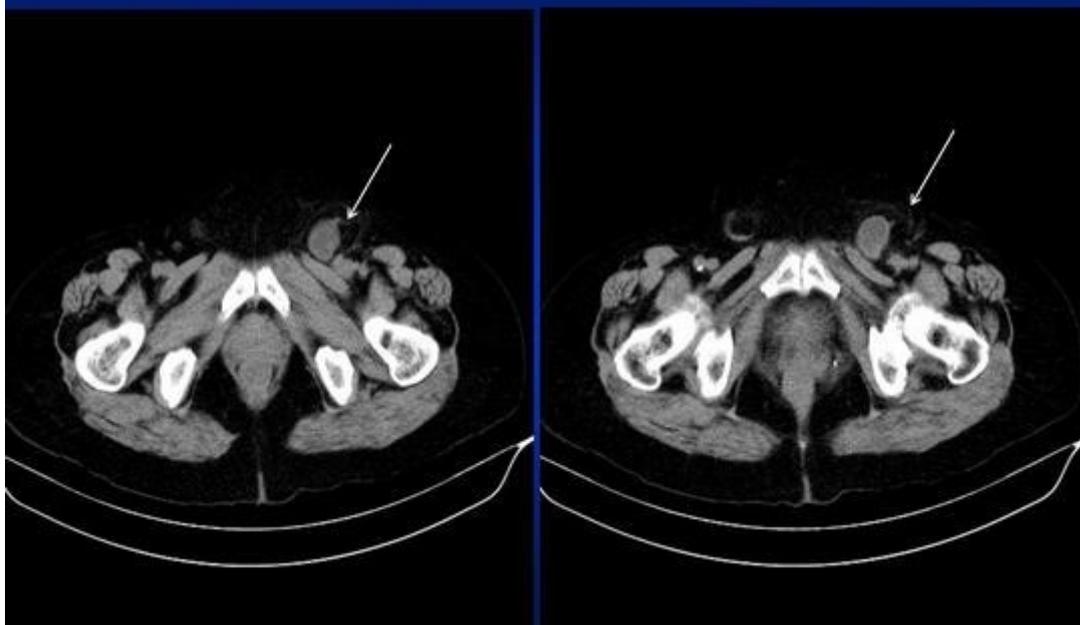
- Cistos hepáticos simples
- Cistos renais simples
- Nefrolítiase bilateral

TOMOGRAFIA DO ABDÔMEN

16/8/2008

- Cistos hepáticos simples
- Cistos renais simples
- Nefrolítiase bilateral
- Hérnia na região inguinal esquerda

RESULTADOS DOS EXAMES DE IMAGEM



DIAGNÓSTICO CLÍNICO

17/8/2008

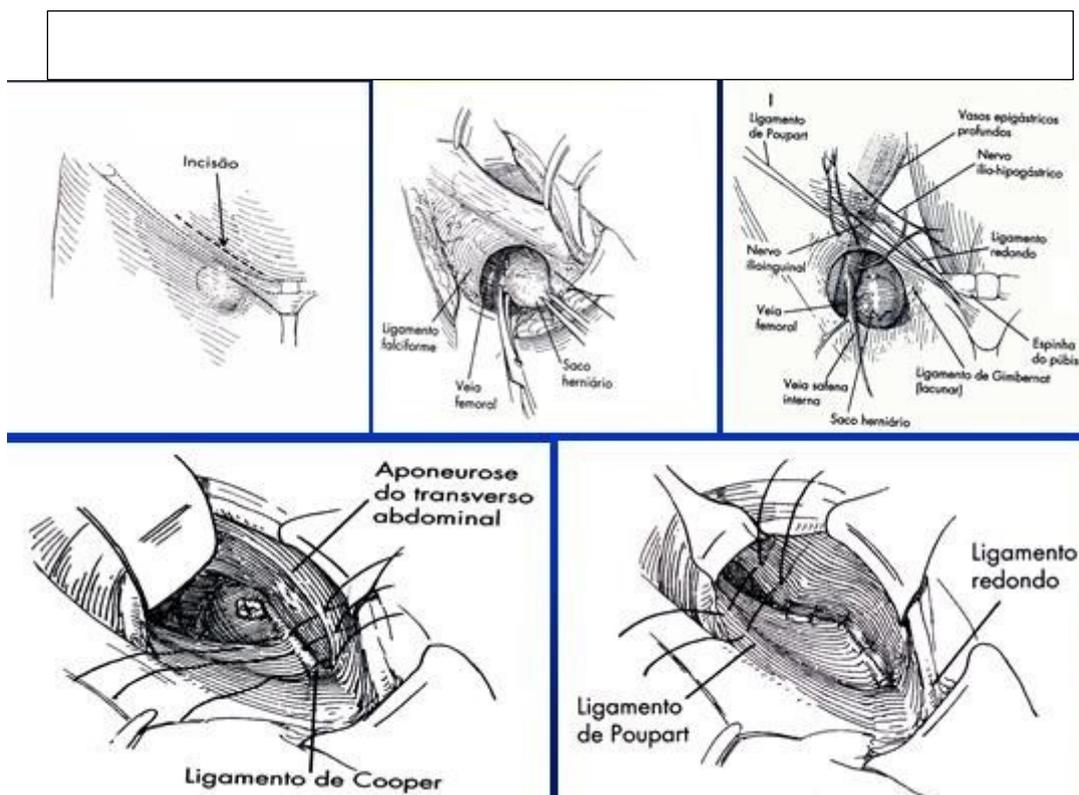
- SINDRÔMICO (OBSTRUÇÃO INTESTINAL BAIXA)
- ETIOLÓGICO (HÉRNIA FEMORAL DE RICHTER)

MEDIDAS CLÍNICAS

- Jejum
- Acesso venoso central, sondagem vesical
- Hidratação: 2 litros de solução glicofisiológica ao dia
- Ceftriaxona 1 g IV de 12 em 12 horas
- Metronidazol 500mg de 8 em 8 horas
- Enoxaparian 40 mg ao dia
- Omeprazol 40mg ao dia

CONDUTA CIRÚRGICA

- INGUINOTOMIA EXPLORADORA
- ENTERECTOMIA SEGMENTAR COM ENTEROENTEROANASTOMOSE
- REFORÇO DA PAREDE ABDOMINAL À MAC VAY



ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE ATIVIDADES NA ENFERMARIA DE GASTROENT. CLÍNICA

1. CAPA: Nome do estudante, grupo (A a E), subgrupo (I a VIII), período da atividade, data de entrega;
2. OBSERVAÇÃO CLÍNICA (identificação, História da Moléstia Atual, Interrogatório sobre diferentes Aparelhos, Antecedentes Pessoais, Antecedentes Familiares, Exame Físico Geral, Exame Físico Especializado) (**duas páginas**);
3. CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA PRINCIPAL E RESUMO DA EVOLUÇÃO DO CASO NO PERÍODO DE OBSERVAÇÃO (descrever finalidade da internação, hipóteses diagnósticas pertinentes, plano diagnóstico, resultados dos principais exames, recursos terapêuticos empregados, evolução clínica do paciente) (**uma página**);
4. COMENTÁRIOS SOBRE CONDIÇÃO CLÍNICA PRINCIPAL (descrever sucintamente os principais aspectos de interesse, relacionados a etiologia, epidemiologia, apresentação clínica, diagnóstico, tratamento, prognóstico, aspectos sócio-econômicos, dentre outros.) (**uma página**);
5. COMENTÁRIOS REFLEXIVOS SOBRE APRENDIZADO (descrever efeito da atividade no aprendizado de temas específicos, na incorporação de habilidades clínicas e na aquisição de experiência médica geral) (**meia a uma página**).

ORIENTAÇÕES PARA AS ATIVIDADES NOS AMBULATÓRIOS DE GASTROENTEROLOGIA CLÍNICA

1. Os estudantes serão alocados individualmente (ou excepcionalmente em duplas) para acompanhar as consultas médicas de um(a) médico(a) residente, que estará ciente disso e foi instruído para colaborar com a aprendizagem;
2. A atividade principal será a de observação da consulta e será desenvolvida por tempo limitado (período de observação que deve comportar uma a duas consultas);
3. Após esse período, os estudantes participarão de reunião com o supervisor para discussão dos relatos das observações e para o esclarecimento de dúvidas:

4. Durante a consulta, o estudante deve observar a atuação do(a) residente e, havendo oportunidades, poderá abordar o paciente para explorar aspectos complementares da anamnese ou para realizar partes do exame físico;
5. Finalizada a consulta, o estudante deverá acompanhar o(a) residente e participar da apresentação e discussão do caso atendido com a supervisão do ambulatório:
6. Os elementos a serem observados e as informações a serem obtidas durante o desenvolvimento da consulta são:
 - Dinâmica do atendimento (preparo para o atendimento, organização, atenção ao paciente, comunicação, técnica do exame físico);
 - Aspectos relevantes da anamnese atual ou da história clínica pregressa;
 - Aspectos relevantes do exame físico;
 - Achados laboratoriais ou dados de exames de imagem;
 - Dinâmica da apresentação e discussão do caso com supervisor(a);
 - Hipótese diagnóstica principal;
 - Plano de investigação diagnóstica ou programa de cuidado ou tratamento propostos;
 - Via de acesso ao HC e condições de atenção que o paciente tem nos níveis primário e secundário;
 - Acesso a recursos diagnósticos ou medicamentos.

