



PACIENTE: JOSEANE DE OLIVEIRA SUTIL
DOCUMENTO: 797.808.499-04 IDADE: 58A REQUISIÇÃO: 1437170
SOLICITANTE: DR.(A) ROBSON BALDUINO FERREIRA
EXAME: RAO X



DATA: 31/07/2025
HORA: 14:29 h
CÓDIGO: 823168

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

Antecedente de fratura no rádio distal.

Fratura no rádio distal consolidada.

Placa metálica no rádio distal preservada.

Parafusos no rádio tópicos e integros.

Fratura parcialmente consolidada no processo estilóide da ulna.

Sinais de redução da textura óssea.

Redução do espaço articular rádio-carpal.

Labições osteofitárias marginais e esclerose / Osteoartrose incipiente.

Sinais de aumento das partes moles.

Obs: A radiografia é exame complementar, devendo sempre ter correlação médica-clínica.

Os resultados podem variar dependendo da metodologia de imagem realizada.

Sem exames anteriores para comparação.

A avaliação e interpretação do resultado deste exame, deve ser feita exclusivamente pelo médico solicitante ou médico assistente, mas sempre pelo profissional médico sendo que o mesmo será o único que deverá transmitir os achados do laudo deste exame.

Secretaria da
Saúde



Prefeitura de
SOROCABA

GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE

Clínica Saúde da Família
09.045.117-10001-66

ADES-Agência de
Desenvolvimento
Econômico Social
CNPJ: 09.515.344/1
0001/08

Especialidade: *Ortopedia*

Endereço do local agendado: *Mauá*

Prioridade: PO ()

P1 ()

P2 (X)

P3 ()

Data:

Hora:

Nome do Paciente: *Josiane de Oliveira Sutil*

Tempo da Doença: *4 anos*

SIS:

CROSS:

Quadro Clínico:

*Fratura de rádio distal D, comminata
eclui com saliência do punho*

*Necessita encaminhamento para Serviço de cirurgia
ortopédica para redução da fratura*

Hipótese de Diagnóstico:

RMS rádio distal

CID:

S52.5

Exames Solicitados:

Rx

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento:

Necessidade de cirurgia de RMS

Assinatura / Carimbo do Profissional

Dr. Gustavo Blanco Azeredo
Médico

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

Data:

01/02/25

CRM 169.620

Data:

Secretaria da
Saúde



Prefeitura de
SOROCABA

GUIA CONTRARREFERÊNCIA



Do serviço:

Para:

Especialidade:

Nº do Prontuário:

Nome do Paciente:

Diagnóstico/Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

* Retorno em:

Assinatura / Carimbo

Data: