

NOME: JUSSARA ANTUNES
PACIENTE: 54545 CPF: 057.982.038-67
IDADE: 57 A 09 M SEXO: F
MEDICO SOL: MARCOS A HARO ADAD

DOCUMENTO: 177038524
DATA: 05/09/2024



ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

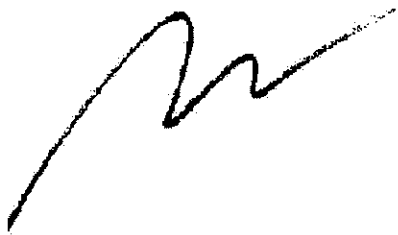
- Músculo deltóide e bursa subacromial-subdeltóidea normais.
- Tendão da cabeça longa do bíceps com espessura e ecogenicidade normais. Não há aumento de líquido em sua bainha.
- Tendão do supraespinhal encontra-se hipoecóico e afilado junto a suas fibras anteriores.
- Tendão do infra-espinhal e redondo menor com espessura normal e ecogenicidade preservada.
- Tendão do subescapular com espessura normal, contornos regulares, apresentando textura ecográfica normal.
- Irregularidade óssea da articulação acrômio-clavicular.

Impressão:

- **Tendinopatia do supraespinhal associado a afilamento junto a suas fibras anteriores, sugerindo rotura em toda a sua espessura nessa porção.**
- **Irregularidade óssea da articulação acrômio-clavicular.**

Obs.: Os exames complementares de imagem traduzem as alterações do momento e devem ser analisados pelo médico solicitante associados a outros exames subsidiários e dados clínicos.

Digitadora: Fernanda.



DR JOSÉ FRANCISCO MORON
CRM: 113843 SP

Assinado em 30/12/1899GMT (Brasília Time)

www.topimagemsorocaba.com.br



**Prefeitura de
SOROCABA**

*Secretaria da
Saúde*

GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE:

Policlínica Municipal Dr. Edward Malet
Av. Sen. Roberto Simonsen, 907
Fone: (15) 3219-2200
NPJ 46.634.044/nnv-74

Especialidade: DOENÇA INFANTIL

Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado:

P1 ()

P2 ()

P3 ()

Data:

Hora:

Nome do Paciente / Nome Social:

Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença:

SIS:

CROSS:

Quadro Clínico:

Hipótese de Diagnóstico:

CID: 197.1

Exames Solicitados:

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento:

Assinatura / Carimbo do Profissional

Assinatura / Carimbo do Coordenador da Unidade:

Data: 16 / 04 / 11

Data: / /



**Prefeitura de
SOROCABA**

*Secretaria da
Saúde*

GUIA CONTRARREFERÊNCIA



Do serviço:

Para:

Especialidade:

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário:

Diagnóstico / Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

* Retorno em:

Assinatura / Carimbo

Data: / /