



Paciente: **NILVA TRINDADE**

Data: **24/07/2025**

Data de nascimento: 16/10/1967 Idade: **57A** Sexo: **Feminino**

Requisitante: **FELIPE CAPISTRANO RODRIGUES**



Página: 1

DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS CARÓTIDAS E VERTEBRAIS

- Avaliadas as artérias carótidas comuns, internas, externas e artérias vertebrais.
- As artérias avaliadas apresentam calibre preservado e paredes lisas, sem placas ateromatosas.
- Espessura do complexo mediointimal mede 0,55 mm à direita e 0,55 mm à esquerda.
- Ao estudo Doppler as artérias apresentam velocidades e padrão de fluxo normais.

Velocidade Sistólica e Diastólica em cm/s:

Artérias	Direita	Esquerda
Carótida Comum	61,2 / 21,0	66,3 / 23,3
Carótida Interna	32,5 / 10,3	36,7 / 15,1
Vertebral	31,6 / 8,8	30,8 / 12,5

Referência: Carotid artery stenosis: gray-scale and Doppler US diagnosis. Society of radiologists in ultrasound consensus conference. Radiology 2003:340-346.

Conclusão

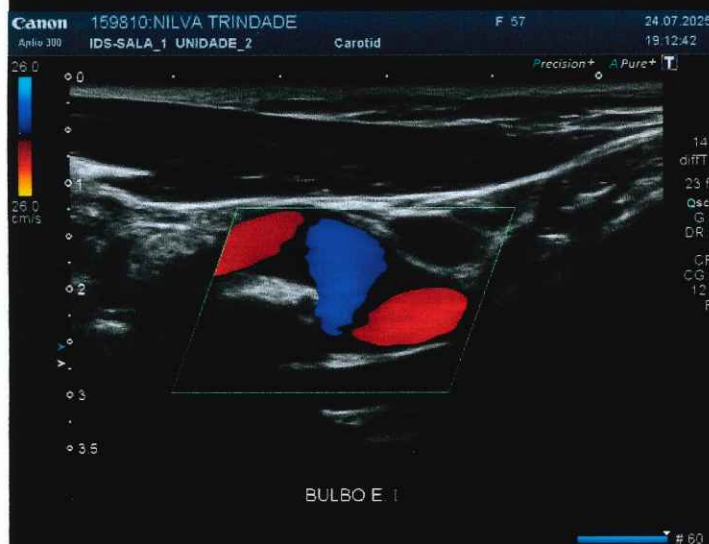
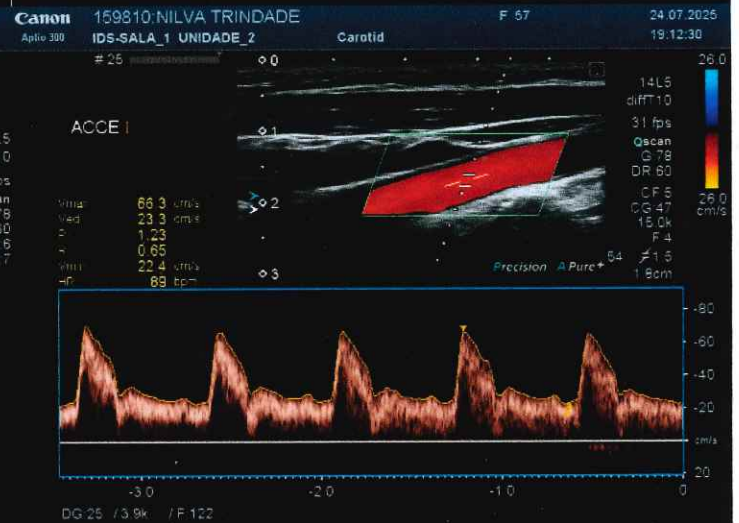
- Exame dentro dos limites da normalidade.

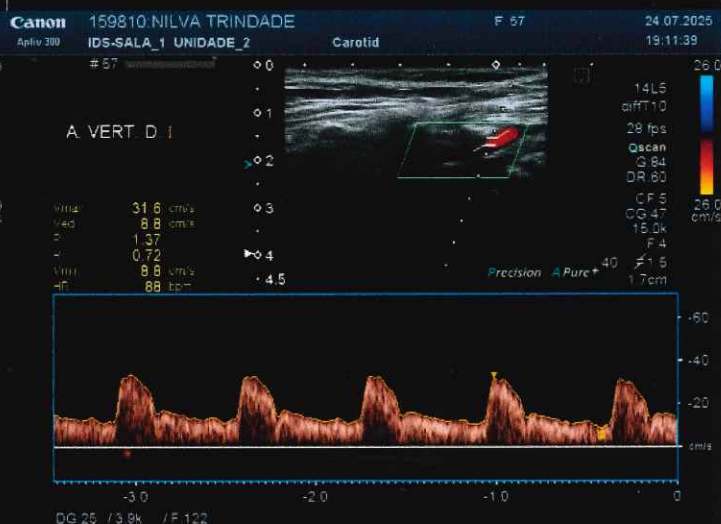
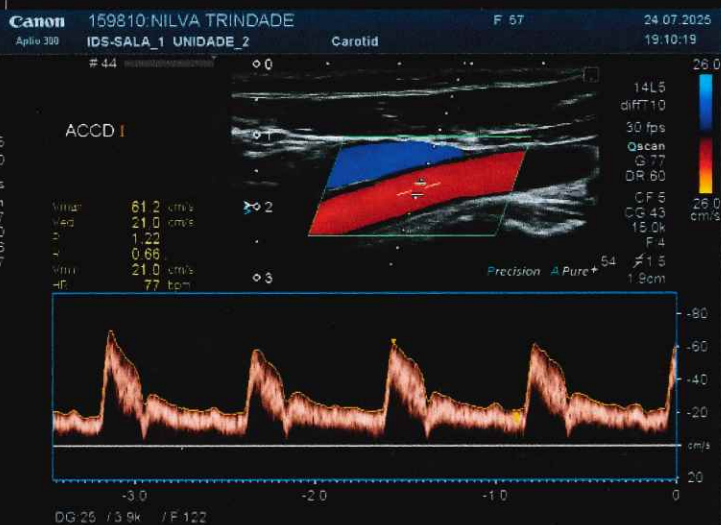
Laudado por: DR. LUCAS IVAN DE S. E SOUZA CRM:139.357
RQE: 76010



Use o leitor de QR Code
do seu celular para
visualizar as imagens do
exame e o laudo digital

Serviço de Informação ao Cliente: (15) 3331.6220 Site: www.ids.med.br
Canal de Atendimento ao Médico: (15) 3331.6234 (15) 99731.2351





RELATÓRIO MÉDICO

Relatório Médico - Paciente Nilva Trindade

Dados da Paciente:

- Nome: Nilva Trindade
- Idade: 57 anos
- CPF: 099.327.708-09

Quadro Clínico Apresentado

A paciente apresenta sintomatologia neurológica complexa caracterizada por:

- Fraqueza generalizada
- Disdiadococinesia em membro superior direito (dificuldade para realizar movimentos alternados rápidos)
- Apraxia de fala (dificuldade no planejamento motor da fala)
- Disfagia de transferência (dificuldade na deglutição)
- Vertigem

Exame de Imagem - RNM do Encéfalo e Transição Crânio-Cervical

Achados Principais:

- Herniação caudal das tonsilas cerebelares através do forame magno
- Redução das colunas liquóricas na região afetada
- Discreta ectopia caudal do bulbo
- Ausência de sinais compressivos significativos das estruturas da transição crânio-caudal



Felipe Capistrano Rodrigues
CRM 148732 SP

Diagnóstico por Imagem: Malformação de Chiari Tipo I

Conduta Médica Recomendada

- Intervenção neurocirúrgica indicada
- Seguimento médico especializado necessário

Considerações Importantes

A **Malformação de Chiari Tipo I** é uma condição em que as tonsilas cerebelares se estendem através do forame magno, podendo causar os sintomas neurológicos apresentados pela paciente. A correlação entre os achados clínicos e radiológicos justifica a indicação cirúrgica para descompressão da região.

Médico Responsável: Dr. Felipe Capistrano Rodrigues CRM/SP: 148.732



Dr. Felipe Capistrano
Neurocirurgia e Neurologista
CRM/SP 148.732

Felipe Capistrano Rodrigues
CRM 148732 SP

**VIVITE SAÚDE**

Rua Aníbal da Costa Dias, 81, Vila Lucy
Sorocaba - SP CEP: 18.043-020
0800 015 9898 - www.vivite.com.br

Veja os Resultados do Seu Exame Online
Acesse o portal <https://vivite.rdicom.com.br> e informe seu
protocolo e senha abaixo. Você também pode apontar a
câmera do seu celular para o QRCode.

Protocolo:

VVT15388

Senha:

16101967



Nome do Paciente: NILVA TRINDADE

Data de Nascimento: 16/10/1967

Médico(a) Solicitante: DR FELIPE CAPISTRANO

Descrição do Exame: MONITORIZACAO^DA^PRESSAO^INTRACRANIANA^PIC

ID do Paciente: 15388

Nº de Acesso:

Data do Exame: 11/08/2025 03:05

Relatório Médico - Monitorização da Complacência e Pressão Intracraniana.**Monitorização:**

Realizado monitorização da complacência cerebral por aproximadamente 15 minutos nas seguintes posições: Decúbito Dorsal com cabeceira elevada a 30°, sentada e em posição ortostática.

Achado:

O paciente apresentou valores de **relação P2/P1 ACIMA de 1,0** e **time to peak ACIMA de 0,25** durante toda a monitorização.

Impressão Diagnóstica:

Os achados são sugestivos de **ANORMALIDADE** da complacência intracraniana e pressão intracraniana. Correlacionar com dados clínicos.

Considerações sobre a tecnologia:

A monitorização com a tecnologia brain4care avalia a morfologia do pulso da pressão intracraniana de forma não invasiva, por meio da análise dos pulsos resultantes dos fluxos sanguíneo e líquórico intracraniano¹. Em condições normais da PIC, a amplitude dos componentes P1, P2 e P3 seguem uma configuração decrescente, ou seja, P1 > P2 > P3 resultando em uma relação P2/P1 menor do que 1,0. Valores de relação P2/P1 entre 1,0 e 1,2 indicam uma faixa de transição, onde já há redução da complacência intracraniana, mas ainda não sugestiva de hipertensão intracraniana, o que ocorre para valores da relação P2/P1 acima de 1,4. O time to peak avalia o tempo do início do pulso até o seu ponto mais alto, quanto maior o valor mais alterada (piramidal) é a morfologia, sugerindo alteração da complacência intracraniana.

Referências:

1. Wallis, C. Some observations on Injuries of the Brain. Lond Med Phys J. 208–210 (1821).
2. Godoy, D. A. et al. Current practices for intracranial pressure and cerebral oxygenation monitoring in severe traumatic brain injury: a latin american Ssrvey. Neurocrit. Care 38, 171–177 (2023).
3. Robba, C. et al. Intracranial pressure monitoring in patients with acute brain injury in the intensive care unit (SYNAPSE-ICU): an international, prospective observational cohort study. Lancet Neurol. 20, 548–558 (2021).
4. Foote, C. W. et al. Correlation between intracranial pressure monitoring for severe traumatic brain injury with hospital length of stay and discharge disposition: a retrospective observational cohort study. Patient Saf. Surg. 16, 40 (2022).
5. Czosnyka, M. & Czosnyka, Z. Origin of intracranial pressure pulse waveform. Acta Neurochir. (Wien) 162, 1815–1817 (2020).
6. Kazimierska, A. et al. Compliance of the cerebrospinal space: comparison of three methods. Acta Neurochir. (Wien) 163, 1979–1989 (2021).
7. Brasil, S. Intracranial pressure pulse morphology: the missing link? Intensive Care Med. 48, 1667–1669 (2022).
8. Brasil, S. et al. A novel noninvasive technique for intracranial pressure waveform monitoring in critical care. J. Pers. Med. 11, 1302 (2021).
9. Brasil, S. et al. Noninvasive intracranial pressure waveforms for estimation of intracranial hypertension and outcome prediction in acute brain-injured patients. J. Clin. Monit. Comput. 1–8 (2022) doi:10.1007/s10877-022-00941-y.
10. de Moraes, F. M. et al. waveform morphology as a surrogate for ICP monitoring: a comparison between an invasive and a noninvasive method. Neurocrit. Care 37, 219–227 (2022).
11. Rubiano, A. M., Figaji, A. & Hawryluk, G. W. Intracranial pressure management: moving beyond guidelines. Curr. Opin. Crit. Care 28, 101–110 (2022).
12. Robertson, C. S. et al. Clinical experience with a continuous monitor of intracranial compliance. J. Neurosurg. 71, 673–680 (1989).
13. March, K. Intracranial pressure monitoring and assessing intracranial compliance in brain injury. Crit.