



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE

PIIP

Nome da Criança: Francisca Vieira Couto

D. N.: 21.11.2021

Proc. Nº: ELI: 933 | SNIPI: 2022 - 3981

Equipa Local de Intervenção (ELI)

Colina Assucena

Coordenador da ELI

ED Carla Barros (até agosto de 2022) | ED Olívia Sá (desde setembro 2022)

Morada

Rua Martins Sarmento s/n, 4710-406, S. Vítor, Braga

Contactos

253 600 580/4; elicolinaassucena@gmail.com

Responsável de Caso

Carmen Fafiães

Contactos

253 600 580/4; carmenfafaeseli2braga@gmail.com

Data do início do PIIP

19-07-2022 (Avaliação de elegibilidade)

Datas Previstas para a Avaliação

Dezembro 2022



1. IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS ENVOLVIDOS NO PIIP

Nome	Atividade/Função/Outro	Serviço a que pertence	Contacto
Esmeralda Jesus Vieira Antunes	Mãe	Família	937371080 esmeraldaantunes1979@hotmail.com
José Augusto F. S. Couto	Pai	Família	-----
Equipa Local de Intervenção Colina Assucena	Apoio transdisciplinar	Sistema Nacional de Intervenção de Precoce (SNIPI)	253 600 580/4
Carmen Fafiães	Responsável de Caso da ELI Colina Assucena	ELI Colina-Assucena do SNIPI	966 292 581

2. REGISTO DOS ENCONTROS/REUNIÕES DA FAMÍLIA COM OS TÉCNICOS

Quem esteve presente	Motivo	Local	Data
Mãe, Equipa ELI Colina Assucena	- Acolhimento (apresentação do modelo de intervenção da ELI, partilha das preocupações por parte da família, preenchimento de dados na plataforma)	Sede da ELI	19.07.2022
Francisca, Mãe, Equipa ELI Colina Assucena	- Elegibilidade: Alterações nas funções ou estruturas do corpo: Atrasos de Desenvolvimento s/etiologia conhecida - Linguagem e Comunicação	Sede da ELI	19.07.2022
Mãe, Responsável de Caso (RC) da ELI Colina Assucena	- Apresentação do RC; esclarecimentos de dúvidas e agendamento	Telefone	19.09.2022
Francisca, Mãe, Responsável de Caso (RC) da ELI Colina Assucena	- Observação do espaço habitacional - Observação da criança - Preenchimento da EBR - Análise das possibilidades de Integração da Francisca - Necessidades e preocupações - Cadeira de posicionamento para o banho - Subsídios de apoio à família	Domicílio	20.09.2022
Mãe, RC da ELI Colina Assucena	- Cadeiras de banho - Creches de Braga	Email	26.09.2022
Mãe, RC da ELI CA	- Alimentação - Creches de Braga	Domicílio	04.10.2022
Mãe, RC da ELI CA	- PIIP	Domicílio	11.10.2022

3. COM QUEM VIVE A Francisca

Nome	Parentesco	Idade	Observações
Esmeralda Jesus Vieira Antunes	Mãe	DN: 25.12.1979	20.09.2022: Atualmente desempregada; trabalhou como Assistente operacional num Lar de idosos

4. PESSOAS COM AS QUAIS A FAMÍLIA PODE CONTAR

Identificação	Contacto
Namorada do irmão e a sogra do irmão da Francisca (20.09.2022)	-----



5. SERVIÇOS COM OS QUAIS A FAMÍLIA PODE CONTAR

Identificação	Contacto
USF Dr. Pelaez Carones (antiga USF S. João): Dr.ª Filomena Carvalho	253 201 509
Hospital de Braga: Neonatologia, Pediatria de Desenvolvimento, MFR, Gastro; Fisio; TF, TO	253 027 000
Equipa Local de Intervenção (ELI) Colina Assucena (desde julho 2022)	253 600 580

6. A FAMÍLIA DA FRANCISCA

Preocupa-se	É capaz de resolver	Precisa de ajuda	Data
Desenvolvimento da Francisca	Estimular o desenvolvimento, seguindo as orientações	ansiando para que seja dentro do considerado normal Preocupa-a a afetação motora do lado direito do corpo.	19.07.2022
Estrabismo	A menina tem melhorado; a mãe segue as orientações recomendadas	Manter avaliação médica no Hospital de Braga de forma regular; agora que está em casa, as avaliações espaçaram	19.09.2022
Sentar	Estimular a posição de sentada	Ainda não se senta sozinha	20.09.2022
Alimentação pastosa	Seguir as orientações recomendadas	Comer melhor o alimento colocado na boca com a colher; quer evitar colocar a PEG	20.09.2022
Indisposição / Dores de barriga	Seguir as orientações	Ajudar a resolver essas indisposições, para evitar colocar o saco para vazamento intestinal	20.09.2022

7. A FRANCISCA

Gosta de....	Onde	Quando	Com quem	Data
Andar ao colo	Em qualquer lugar	Tempo livre	Qualquer pessoa	20.09.2022
Interagir com os outros	Em qualquer lugar	Tempo Livre	Qualquer pessoa	20.09.2022
Guizos, chocalhos	Em qualquer lugar	Tempo Livre	Qualquer pessoa	20.09.2022

8. AVALIAÇÃO DA FRANCISCA NA FAMÍLIA/CONTEXTO EDUCATIVO

Instrumentos usados na avaliação	Aplicados por...	Local	Data
Registo dos dados de anamnese transcritos do SI	Equipa ELI	Sede ELI	19.07.2022
Registo da observação informal na Elegibilidade	Equipa ELI	Sede ELI	19.07.2022
Dados da EBR (Entrevista Baseada nas Rotinas)	Família, Resp. Caso ELI	Domicílio	20.09.2022
Observação do desempenho e envolvimento da criança nas rotinas de casa	Mãe, Resp. Caso ELI	Domicílio	20.09.2022
Observação do desempenho e envolvimento da criança nas rotinas de casa	Mãe, Resp. Caso ELI	Domicílio	04.10.2022



9. A Francisca

Domínio	Consegue	Tem dificuldades	Data
Cognição			
Dados da elegibilidade	<ul style="list-style-type: none">- Explora de imediato o meio ambiente, pessoas e brinquedos.- Observa os brinquedos que estão nas prateleiras, fixa um e depois movimenta o olhar para outro.- Segue o brinquedo até o perder de vista olhando para a esquerda, para a direita, para cima e para baixo.- Quando a mãe a chama e agita os braços, a cerca de 3 metros, olha na sua direção (depois desvia para brinquedos).- Orienta de imediato a cabeça no sentido do som do guizo.- Antecipa a torrinha pois olha para a testa e depois para os olhos do adulto.- Segundo a mãe observa mais as coisas coloridas.	----	19.07.2022
Observação	<ul style="list-style-type: none">- Antecipa brincadeiras.- Mostra interesse em brincadeiras com pessoas ou quando se mostra brinquedos.- Interessada no que se passa no ambiente.	-----	20.09.2022

Domínio	Consegue	Tem dificuldades	Data
Motor			
Dados do Acolhimento	<ul style="list-style-type: none">- Movimenta-se bem e rola.- Segundo a mãe, a Francisca aciona os brinquedos de um tapete ginásio, usando as mãos e os pés com movimentos de agitação.	<ul style="list-style-type: none">- Tem o lado direito mais afetado.- A TF está a tentar ver se ela pega numa chupeta (já tentaram vários formatos).	19.07.2022
Dados da elegibilidade	<ul style="list-style-type: none">- Segura a cabeça alguns minutos e olha em redor quando está em decúbito ventral. Fica também apoiada nos braços, com as mãos cerradas.- Rodou sozinha para o seu lado esquerdo.- Tenta tirar o braço debaixo do corpo, mas com pouca ajuda acabou por tirá-lo.- Em decúbito dorsal segurada nas mãos faz força para se erguer.- Mete as mãos à boca – as duas mãos.- Quando lhe é colocado o brinquedo na mão esquerda, segura-o e leva à boca; com a mão direita não segura.- Chucha no dedo (mão esquerda).- Excelente aceitação à mobilização passiva dos membros em padrão espástico.	<ul style="list-style-type: none">- Espasticidade nos membros, mais acentuada no membro superior direito.- Aumento de tónus pouco evidente nos MI's, mas a mãe refere o lado direito mais afetado.- Alguma escorrência salivar (mais no decúbito ventral).- Não tenta pegar nos objetos apresentados.- Mantém-se sentada sobre o sacro com apoio posterior e lateral.	20.09.2022
Observação	<ul style="list-style-type: none">- Mantém retificada quando posicionada ao colo do adulto.- Rola para ambos os lados com autonomia.- Em DV levanta a cabeça e cintura escapular, apoiando nos MS.- DD levanta a cabeça e cintura escapular e MS, embora des coordenados.- Segura a cabeça sentada ou em pé.	<ul style="list-style-type: none">- Espasticidade mais evidente no MSD e MIE- RTCA quando olha para a esquerda.- Na posição de pé apoiada pelo outro nos MS, apoia a planta do MID e fica em bico de pé à esquerda.- Não senta sozinha sem apoio, mas fica com ajudas; desliza por opção e fica apoiada no sacro.	20.09.2022



Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Domínio	Consegue	Tem dificuldades	Data
Comunicação/linguagem			
Dados do Acolhimento	- A Francisca entende o que a mãe lhe diz nalgumas situações: a mãe diz "faz a naninha" e a menina mete o dedo na boca deita a cabeça e 5 minutos depois está a dormir.	-----	19.07.2022
Dados da elegibilidade	- Pontualmente vocaliza ah ah ah. - Reclama se a tiram dos brinquedos (choringo ligeiro que termina se lhe é dado colo). - No carrinho choringou, mas só quando viu o adulto, aparentemente a pedir o colo. - Sorri com regularidade nas interações que lhe agradam; olha para o outro "pedindo" e antecipando a mesma interação. - Ficou a observar de forma mais séria e desconfiada quando se fez sons diferenciados (ex: assobio).	-----	20.09.2022
Observação	- Foca o olhar, sorri e tenta palrar para o outro. - Olha para quem está a falar.		20.09.2022

Domínio	Consegue	Tem dificuldades	Data
Autonomia			
Dados do Acolhimento	- Mama no biberão e tem boa sucção. A Francisca vai interagindo com os outros. Corresponde quando falam com ela, sorrindo. - A alimentação da menina para já é só leite.	- Referiu que não tem berço para a Francisca e ficou aberta a ajudas.	19.07.2022
Dados da elegibilidade	- Adormece rapidamente sozinha, quando posicionada de barriga para baixo (se não falarem com ela) e a chuchar no dedo. Assim aconteceu no colchão. - Segundo a mãe, acorda de 3 em 3 horas para mamar "um relóginho".	- Ainda bebe só leite. - Dra. Carla Sá, irá dizer se vai ou não iniciar outra alimentação (consulta na próxima sexta-feira).	20.09.2022
Dados da família (EBR)	Acordar: - Acorda pelas 7h30, falando e batendo com as pernas e braços. - Sorri para a mãe quando esta acorda e abre os olhos. - Acorda sempre bem disposta. Vestir/Despir: - É uma rotina tranquila e não rejeita. Alimentação: - Bebe leite de biberão de 3 em 3h. - Mama bem o leite; se atrasar na hora ela mostra que tem fome, colocando o dedo na boca com os olhos abertos (quando fecha é porque tem sono). - Começou com a sopa a 25 de agosto, à hora de almoço; mostra interesse, mas não come muito. - Para já a sopa só tem: cenoura, cebola, batata, alface; os alimentos têm de ser acrescentados de longe a longe por causa da adaptação intestinal. - Usa colher de plástico orientada pela TF do HB. - Tem uma cadeira de alimentação do Ikea para alimentação à colher.	Vestir/Despir: - Não dá jeitos e não antecipa movimentos, a mãe é que faz tudo. Alimentação: - É difícil comer a sopa, pois vem para fora; ela fecha a boca mas não engole e a sopa vai saindo pelos cantos da boca. Banho: - Não tem cadeira de banho de suporte e não sabia que existia. Higiene: - Poderá ter de usar saco para recolha de fezes, mas ainda está em fase de avaliação. Sono: - Não dorme na cadeirinha nem espreguiçadeira.	20.09.2022



A PREENCHER PELA FAMÍLIA

Participamos na elaboração do PIIP	X
Estamos de acordo com o PIIP	X
Concordamos em fazer parte desta equipa e em colaborar na implementação do PIIP	X
Temos em nosso poder um exemplar deste plano	X

Assinatura dos pais ou seu representante legal: *Esmeralda Antunes.*

Data *11/10/2022*

ASSINATURA DOS OUTROS ELEMENTOS QUE INTERVÊM NO PIIP

Nome	Assinatura
<i>CARMEN FARIÃES, RESP. CASO DA ELI COLINA ASSUCENA</i>	

Data *11/10/2022*



PLANO DE TRANSIÇÃO

(A decidir e a planear com a família no momento de alteração de contexto educativo)

A Francisca vai **frequentar** a Creche a **partir de** assim que haja vaga

O que precisamos de desenvolver a partir de setembro de 2022

Ações a desenvolver com a criança	Quem faz?	Quando	Local	Observações
Preparar a Francisca para frequentar um novo contexto	Família, ELI	Desde outubro 2022	Vários	
Realizar uma frequência gradual, de modo a facilitar a sua integração	Família, outros intervenientes	Desde outubro 2022	Vários	
Ações a desenvolver com a família	Quem faz?	Quando	Local	Observações
Pesquisar a quantidades de Creches existentes em Braga	Família, ELI	Desde outubro 2022	Vários	
Escolher aquelas que melhor se adequam às necessidades/rotinas da família	Família	Desde outubro 2022	Vários	
Fazer a pré-inscrição	Família	Desde outubro 2022	Vários	
Tranquilizar a família sobre a integração da Francisca	Família alargada, ELI, Outros intervenientes	Desde outubro 2022	Vários	
Com a creche/jardim de Infância/escola/outra situação	Quem faz?	Quando	Local	Observações
Partilhar informações sobre o perfil funcional da Francisca	Família, ELI	Desde outubro 2022	Vários	Com o consentimento da Família

QUE INFORMAÇÃO/DOCUMENTAÇÃO PARTILHAR

Tipo de informação	Quando	Com quem
Perfil Funcional da Francisca	Antes da iniciar a integração	Com os agentes educativos, com o consentimento da Família



Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

10. OBJETIVOS DO PIP DA FRANCISCA

Data: 20.09.2022

O que queremos atingir (objetivos)	Quem faz (fontes de apoio)	Como faz (estratégia)	Quando pensamos atingir	Avaliação com a família	
				Data	Nível de satisfação
A Francisca, mantém-se sentada cerca de 5 mn com apoios, em diferentes lugares (cadeira alimentação, canto do sofá, chão na dobra do sofá), com ajuda sistemática	Família, ELI, Outros	<ul style="list-style-type: none">- Incentivar a sentar em diferentes materiais para brincar/comer/descansar/ver TV, com a acomodação necessária para se manter sentada;.Colocar almofadas à sua volta, que sejam altas dos lados para lhe dar estabilidade;.Sentar num canto do sofá protegido com almofadas;.Sentar nas nossas pernas (cruzadas) e colocar as mãos em cima das nossas pernas;.Sentar em diferentes superfícies duras (chão, cadeira de criança, etc).- Alternar os locais para evitar cansar-se ou acomodar-se à mesma posição;- Corrigir a postura e alinhamento corporal sempre que necessário;- Estimular primeiro a posição de sentado com a nosso apoio, incentivando a retificação e alinhamento do corpo com técnicas de facilitação corporal;- Incentivar a manter-se sentada sozinha, realizando contagens de frente para ela, de forma a envolver com uma interação muito dirigida.- Gratificar sempre que consiga manter-se sentada, sem apoios.	Dezembro 2022		
A Francisca, consegue manter-se sentada sozinha por alguns segundos (cerca de 5), com ajuda sistemática	Família, ELI, Outros	<ul style="list-style-type: none">- Usar uma colher pequena, de acordo com o tamanho da boca da Francisca.- Mostrar o prato e a colher de forma a que fique envolvida na atividade.- Levantar a colher na boca, carregando um pouco na língua para iniciar o processo de deglutição.- Fazer interações positivas para que a Francisca sinta o MOMENTO como algo positivo.- Dar indicações que a comida é boa "Hummm, que bom!"; "Ahh, que delícia!"- Pesquisar sobre diferentes cadeiras de banho para bebé, existentes no mercado e analisar os modelos de cadeira que melhor se ajustam ao perfil da criança.- Experimentar alguns modelos que melhor se adequam ao perfil funcional da Francisca.- Adquirir a cadeira para o banho, de forma a que esta rotina decorra com mais segurança e tranquilidade para a família.- Vigiar o posicionamento e conforto da criança durante a utilização da cadeira;- Pesquisar sobre a variabilidade de Creches existentes na zona de Braga, escolher as que melhor se adequam à família (local, trajeto) e realizar a pré-inscrição.- Entregar toda a documentação solicitada pelas diferentes entidades.- Aguardar que sejam chamados para realizar uma integração gradual.	Dezembro 2022		
A família da Francisca adquire uma cadeira de banho, ajustada ao perfil funcional da Francisca	Família, ELI, Outros	<ul style="list-style-type: none">- Usar uma colher pequena, de acordo com o tamanho da boca da Francisca.- Mostrar o prato e a colher de forma a que fique envolvida na atividade.- Levantar a colher na boca, carregando um pouco na língua para iniciar o processo de deglutição.- Fazer interações positivas para que a Francisca sinta o MOMENTO como algo positivo.- Dar indicações que a comida é boa "Hummm, que bom!"; "Ahh, que delícia!"- Pesquisar sobre diferentes cadeiras de banho para bebé, existentes no mercado e analisar os modelos de cadeira que melhor se ajustam ao perfil da criança.- Experimentar alguns modelos que melhor se adequam ao perfil funcional da Francisca.- Adquirir a cadeira para o banho, de forma a que esta rotina decorra com mais segurança e tranquilidade para a família.- Vigiar o posicionamento e conforto da criança durante a utilização da cadeira;- Pesquisar sobre a variabilidade de Creches existentes na zona de Braga, escolher as que melhor se adequam à família (local, trajeto) e realizar a pré-inscrição.- Entregar toda a documentação solicitada pelas diferentes entidades.- Aguardar que sejam chamados para realizar uma integração gradual.	Dezembro 2022		
A família inscreve a Francisca em diferentes Creches de Braga, para conseguir uma vaga a qualquer momento	Família, ELI, Outros	<ul style="list-style-type: none">- Usar uma colher pequena, de acordo com o tamanho da boca da Francisca.- Mostrar o prato e a colher de forma a que fique envolvida na atividade.- Levantar a colher na boca, carregando um pouco na língua para iniciar o processo de deglutição.- Fazer interações positivas para que a Francisca sinta o MOMENTO como algo positivo.- Dar indicações que a comida é boa "Hummm, que bom!"; "Ahh, que delícia!"- Pesquisar sobre diferentes cadeiras de banho para bebé, existentes no mercado e analisar os modelos de cadeira que melhor se ajustam ao perfil da criança.- Experimentar alguns modelos que melhor se adequam ao perfil funcional da Francisca.- Adquirir a cadeira para o banho, de forma a que esta rotina decorra com mais segurança e tranquilidade para a família.- Vigiar o posicionamento e conforto da criança durante a utilização da cadeira;- Pesquisar sobre a variabilidade de Creches existentes na zona de Braga, escolher as que melhor se adequam à família (local, trajeto) e realizar a pré-inscrição.- Entregar toda a documentação solicitada pelas diferentes entidades.- Aguardar que sejam chamados para realizar uma integração gradual.	Outubro 2022		

Níveis de avaliação: NA - Deixou de ser objetivo/necessidade; 1- Objetivo não atingido; 2 - Mantém-se o objetivo; 3- Objetivo foi atingido, mas não de acordo com a satisfação da família; 4 - Objetivos parcialmente atingido; 5- Objetivo atingido de acordo com a satisfação da família



OUTROS DADOS RELATIVOS À SAÚDE DA Francisca

Ver	19.07.2022 – A mãe está preocupada com o estrabismo, mas tem sido seguida pela especialidade no Hospital de Braga. Até à alta do Hospital tinha consulta de oftalmologia todas as semanas e observavam a retina... e estava a ver bem. Vai confirmar estrabismo na próxima semana.
Ouvir	19.07.2022 – Não foram referidas dificuldades.
Outros	19.07.2022 - Dados recolhidos junto da mãe no Acolhimento/Avaliação Elegibilidade: - Gravidez não planeada. Gestação 25 semanas e 2 dias. Nasceu em casa. Peso: 900 gr, comprimento: 35 cm, PC: 24 cm. - Fez reanimação. - Cortou parte do intestino grosso; ficou uma hérnia saliente (visível a olho nu e, segundo a mãe, fica mais saliente se agitada ou com gases).



Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Domínio	Consegue	Tem dificuldades	Data
Socialização			
Dados da elegibilidade	<ul style="list-style-type: none">- Muito sorridente com a interação do adulto. Não teve reação de estranhar.- Ao sair do carrinho para o colo acalmou de imediato.- Sorri com o manuseamento do seu corpo.- Sorri com o sorriso e as interações do adulto.- Sorri com cócegas.- Mostra interesse no movimento das mãos do adulto que interage com ela, observado, sorrindo e movimentando os membros	-----	20.09.2022
Dados da família (EBR)	<ul style="list-style-type: none">- As saídas são tranquilas; vai sossegada e não estranha nada.- Esteve internada desde novembro a fevereiro (após nascimento) e ficou habituada a lidar com várias pessoas.- Muito simpática com as pessoas estranhas e que lhe dão atenção, sorri e mostra interesse na interação.	-----	20.09.2022
Observação	<ul style="list-style-type: none">- Mostra interesse na interação, mostrando-se atenta para dar continuidade.	-----	20.09.2022

Domínio	Consegue	Tem dificuldades	Data
Comportamento			
Dados do Acolhimento	<ul style="list-style-type: none">- segundo a mãe, a Francisca gosta muito de estar acompanhada pelo adulto e que este interaja e pegue nela.	-----	19.07.2022
Dados da elegibilidade	<ul style="list-style-type: none">- Bem-disposta e sorridente durante toda a avaliação.- Calma e observadora.- Aceitou com agrado a mobilização motora efetuada.	-----	20.09.2022
Dados da família (EBR)	<ul style="list-style-type: none">- Gosta de guizos, chocalhos.- Fica algum tempo com estes brinquedos.- Gosta de ficar no voador sem rodas (fixo no chão), mas o assento é rotativo para que possa fazer diferentes atividades: abanicos, piano, botões, guizos, mexendo em todos. A mãe foi orientada para falar com Fisio, por causa deste aparelho, que poderá não ser recomendado (posicionamento e articulações).- Gosta de andar ao colo.	<ul style="list-style-type: none">- Não gosta da piscina de bolas que tem em casa.	20.09.2022
Observação	<ul style="list-style-type: none">- Bem disposta e sorridente na presença de estranhos.- Aceita o toque e mobilização, retificação de posicionamento.- Tranquila e aprecia o colo do outro, mesmo que seja estranho.	-----	20.09.2022



Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Domínio	Consegue	Tem dificuldades	Data
Autonomia	<ul style="list-style-type: none">- Em princípio irá iniciar para breve a fruta cozida: pêra ou maçã, mas aguarda orientação médica.- Ainda não está fora de questão a possibilidade de colocar o botão gástrico, mas para já a alimentação pastosa está a correr bem, pelo que neste momento continua o treino com a colher.- Colabora na medicação: vê e fica quieta para ser medicada. <p>Banho:</p> <ul style="list-style-type: none">- Gosta muito do banho; a mãe segura com uma mão e lava-a com a outra na banheira de bebé.- Não estranha a água na cara, nem o uso de produtos de higiene (sabão e champô).- Chapina muito na água. <p>Higiene:</p> <ul style="list-style-type: none">- Gosta muito da muda da fralda, fica tranquila e feliz; por vezes faz as necessidades durante a rotina. <p>Sono:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dorme na cama com a mãe.- Normalmente deita-se às 22h e acorda pelas 7h30.- Adormece sozinha, encosta-se e mama no dedo.- Se a mãe disser: "Faz uma naninha" ela compreende e prepara-se para dormir.- Dorme com outras pessoas conhecidas que lida diariamente; não estranha se a mãe não estiver.	<ul style="list-style-type: none">- Para dormir tem uma posição específica: DV; desde que esteja nesta posição dorme em qualquer lado.	
Observação	<ul style="list-style-type: none">- Fica sentada na cadeira básica de alimentação básica, com almofadas de apoio a toda a volta.- Levou as mãos à sopa.- Abre a boca para deixar entrar a colher.- Vai-se mantendo bem disposta nesta rotina, mas tem momentos alternados.- Aceitou bem ser o técnico a dar a alimentação, sorrindo e mostrando interesse nas brincadeiras, colaborando com a rotina.- Aceitou bem carregar um pouco com a colher na língua para incentivar a deglutição.- Aceitou bem orientar um pouco o queixo para segurar melhor o alimento na boca.	<ul style="list-style-type: none">- Nem sempre mantém a postura de "bem sentada", sendo necessário alguns ajustes diretos do adulto.- Por vezes não fecha a boca, deixando aberta (sorrindo, falando, interagindo com o outro) e o alimento sai.- Outras vezes fecha ligeiramente a boca, mas o alimento sai pelos cantos.- Aceitou melhor as primeiras colheradas, mas entretanto começou a resmungar e a chorar, desviando a cara e o corpo.- A mãe aguarda orientações específicas para dar alimentação de colher; neste momento é só dar e esperar que a Francisca entenda que tem de deglutir.- Por vezes tem de juntar a fruta passada com a sopa para adocicar e provar interesse e colaboração da Francisca.- Come quantidades muito pequenas e as poucas colheradas que leva à boca, sai muito alimento.- Parece correr melhor com algumas técnicas utilizadas, mas mesmo assim o alimento sai da boca.	04.10.2022

HB | 40481327

FRANCISCA VIEIRA COUTO

RUA AFONSO PALMEIRA Nº62 3ºDTO FRT 4715-278

Braga

| 4 meses (21-11-2021) | Sexo: Feminino

Episódio: 313335805

Médico Responsável: EMILIA CERQUEIRA

Nº Mecanográfico: 2241

RELATÓRIO de MFR

Exmo(a) Colega:

4 meses (DN: 21/11/2021). 1ª Consulta pós internamento em Neonatologia do nascimento a 23/2/2022.

GIII/PIII. Gravidez não vigiada (a mãe refere que não sabia que estava grávida)

Prematura 25s+2d | PN 860g. Comp: 35 cm; PC: 24 cm. Parto no transporte, com hipotermia grave à admissão

Hemorragia da matriz germinativa grau IV bilateral

- Eco TF: Hemorragia grau IV bilateral, com maior atingimento do parênquima encefálico periventricular à esquerda. Hemorragia parenquimatosa temporal direita e bem como no hemisfério cerebeloso. Dilatação moderada do sistema ventricular.

- Última ecoTF a 04/01: "Persiste coágulo intraventricular direito, em processo de reabsorção. Reencontra-se cavitação periventricular esquerda, a traduzir liquefacção do parênquima e consequente dilatação ex-vácuo do ventrículo lateral esquerdo. Subsiste ventriculomegalia moderada, em grau sobreponível face ao estudo prévio. Não há sinais de ressangramento intracraniano.

Convulsões neonatais (medicada com fenobarbital e levetiracetam), sem novos episódios

- EEG 12/1: "Traçado de vigília e sono, com registo frequente de actividade epileptiforme focal, em centro-temporal esquerdo, sem aparentes manifestações clínicas associadas"

Sepsis neonatal tardia (pneumoperitoneu) - resolvida

RMN-CE (24/01): "lesão destrutiva de tipo cístico hemisférica profunda esquerda, com aproximadamente 2,4 cm de maior diâmetro antero-posterior. Interessa a corona radiata e comunica profundamente com o ventrículo lateral. Corresponde a sequela de enfarte venoso peri-ventricular. Há redução do volumoso tálamo ipsilateral e, aparentemente, do pé do pedúnculo cerebral do mesmo lado (provavelmente por atingimento/degeneração walleriana do feixe piramidal). Alargamento generalizado dos espaços de circulação de líquido, designadamente o espaço subaracnoideu pericerebral e do sistema ventricular supratentorial. Não há relevantes sinais de tensão, não se verificando abaulamento da lâmina terminallis. Existem vestígios de coágulos intraventriculares e pigmentação hemossidérica no epêndima. Diminuição global da espessura da substância branca nos lobos temporais como possível sequela de leucomalácia. Redução volumétrica da parte inferior dos hemisférios cerebelosos, sobretudo do direito, possivelmente relacionada com antecedentes de lesão hipoxicoisquémica tendo em conta os achados em ecografias transfontanelares previamente efetuadas. Não se observam processos malformativos encefálicos."

DPM: Sorri. Fixa.
Alimentação -autónoma desde a alta.

OBS) Bom estado geral.
Mobiliza activa e simetricamente os 4 membros; sem alterações aparentes do tónus.
ROT vivos MI.

Agradeço orientação para continuação do tratamento em Clínica de MFR da área de residência.

Com os melhores cumprimentos, a colega ao dispor,

Braga, 24 de Março de 2022



Nome: EMILIA CERQUEIRA
N.º Ordem dos Médicos: M32123



Hospital
de Braga EPE

HB - 40481327

FRANCISCA VIEIRA COUTO

Data Nasc: 21-11-2021

Episódio: 313196732

Serviço Requisitante: Neonatologia

Data Realização Exame:

14-01-2022

Exames Realizados:

RM do crânio

Informação Clínica: "EX PT de 24S, atualmente 33S IC. Hemorragia grau IV bilateral, com maior atingimento do parênquima encefálico periventricular à esquerda | hemorragia parenquimatosa temporal direita e bem como no hemisfério cerebeloso | dilatação moderada do sistema ventricular. ;"

Técnica - Foram efetuadas múltiplas sequências nos três planos ortogonais, sem administração de contraste. estudo de difusão.

Relatório:

Nas imagens obtidas sobressai lesão destrutiva de tipo cístico hemisférica profunda esquerda, com aproximadamente 2,4cm de maior diâmetro antero-posterior. Interessa a corona radiata e comunica profundamente com o ventrículo lateral. Corresponde a sequela de enfarte venoso peri-ventricular. Há redução do volumoso tálamo ipsilateral e, aparentemente, do pé do pedúnculo cerebral do mesmo lado (provavelmente por atingimento/degeneração *walleriana* do feixe piramidal).

Alargamento generalizado dos espaços de circulação de líquido, designadamente o espaço subaracnoideu pericerebral e do sistema ventricular supratentorial. Não há relevantes sinais de tensão, não se verificando abaulamento da lâmina terminallis.

Existem vestígios de coágulos intraventriculares e pigmentação hemossidérica no epêndima.

Diminuição global da espessura da substância branca nos lobos temporais como possível sequela de leucomalácia.

Redução volumétrica da parte inferior dos hemisférios cerebelosos, sobretudo do direito, possivelmente relacionada com antecedentes de lesão hipoxicoisquémica tendo em conta os achados em ecografias transfontanelares previamente efetuadas.

Não se observam processos malformativos encefálicos.

As amígdalas cerebelosas estão em posição normal.

Relatado por: JOAO SOARES FERNANDES (M42269)
Médico Neurorradiologista

Assinado por: JOAO SOARES FERNANDES (M42269)

CARLA SA (Neonatologia)

03-03-2022 - 13:17h

Data de Registo:

---2022-03-03 13:17, Carla Sa, 3108, Neonatologia--- 3 meses 12 dias. IC 39 S. - PT ~25 S, PN 900 g - Sequelas cerebrais. Hemorragia periintra-ventricular grau IV bilateral, maior à esquerda, diminuição global da espessura da substancia branca e hemisferios cerebelosos. - Convulsões neonatais. Epilepsia (medicada com Levetiracetam). Antecedentes familiares: Mãe de 41 anos. Obesidade, SAOS (sob BiPAP), HTA, hipotireoidismo. S. depressivo. Surdez neurossensorial. Terapêutica atual: LT4 88 ug/dia, Saxenda, Fluoxetina Hygroton. Pai de 58 anos, Motorista, aparentemente saudável Dois irmãos uterinos de 20 e 25 anos. Irmão com S. Klinefelter. Antecedentes Obstétricos IIIIIP (2 CST há 20 e 25 anos) Gestação não vigiada. Ecografia obstétrica no dia 18/11, três dias antes da admissão, com biometria compatível com 24 sem +6 dias. Recorreu a 20/11, ao SU do H. Famicão por algias pélvicas, tendo tido alta, sob vigilância. No dia de admissão, 21/11, admitida diretamente na Sala de Partos por parto pré-termo. Expulsão RN ainda no caminho (10-15 minutos antes da chegada ao hospital- SIC). Placenta in-situ. IA desconhecido. Serologias colhidas na Admissão. Mãe com leucocitose, neutrofilia e PCR positiva (L 20.0007uL, N 18100/uL, PCR 65.5 mg/L) IG ~25 semanas +2 dias (baseada na ecografia 18/11) À chegada, equipa de enfermagem a laquear o cordão, colocada sob fonte de calor. Hipotónica, pálida, fria e cianosada com FC < 60 bpm. Realizada VPP, com boa resposta da FC com VPP, com FC ~85 bpm e SpO2 98%. Entubação com TET 2.5 fixo a 6.5, mantendo FC ~89-95 bpm. Colocado acesso EV e realizada dose de impregnação de cafeína EV e e iniciou fluidoterapia EV. Somatometria: Peso 900 g, RN internada na UCEN de D1-D95 de vida com a seguinte lista de problemas: 1. PT 25s+2d | PN 900g | Parto no transporte | Hipotermia grave na admissão/ acidose metabólica 2. Risco infeccioso 3. DMH | Sem MPF | 3x surfactante pulmonar | VMI D1-D29 | nCPAP D29-D32 | OAF D32-D70 | O2 suplementar CN D70-D77 3.1. Pneumotórax hipertensivo bilateral l 5d dreno torácico dto | 4d dreno torácico esq 4. Hemorragia grau IV bilateral 4.1. RMN-CE (24/01): "lesão destrutiva de tipo cístico hemisférica profunda esquerda, com aproximadamente 2,4 cm de maior diâmetro antero-posterior. Interessa a corona radiata e comunica profundamente com o ventrículo lateral. Corresponde a sequela de enfarte venoso peri-ventricular. Há redução do volumoso tálamo ipsilateral e, aparentemente, do pé do pedúnculo cerebral do mesmo lado (provavelmente por atingimento/degeneração walleriana do feixe piramidal). Alargamento generalizado dos espaços de circulação de líquido, designadamente o espaço subaracnoideu pericerebral e do sistema ventricular supratentorial. Não há relevantes sinais de tensão, não se verificando abaulamento da lâmina terminallis. Existem vestígios de coágulos intraventriculares e pigmentação hemossidérica no epêndima. Diminuição global da espessura da substância branca nos lobos temporais como possível sequela de leucomalácia. Redução volumétrica da parte inferior dos hemisférios cerebelosos, sobretudo do direito, possivelmente relacionada com antecedentes de lesão hipoxicoisquémica tendo em conta os achados em ecografias transfontanelares previamente efetuadas. Não se observam processos malformativos encefálicos." 5. Convulsões neonatais | Pós- fenobarbital | Sob levetiracetam | EEG (17/02): 17/02: "Sem registo de actividade epileptiforme focal ou generalizada." 6. Sepsis tardia com NEC IIIB- 14d vancomicina+meropenem+metronidazol | pneumoperitoneu | pós dreno abdominal 6.1. Hérnia incisional no local do dreno 7. PCA sem encerramento farmacológico 8. Anemia da prematuridade | TGR 23/11 e 17/12 | Sob ferro oral 9. Trombocitopenia (nadir 108000/uL em D4) 10. Icterícia | Fototerapia D2-D9 11. Pós-desidratação hipernatrémica (Na+ máx. 151, ureia máx 126 em D4 de vida) 12. Colestase neonatal - resolvida 13. DPC | Pós Diuréticos | Sob Budesonida 13.1. Pós hiponatremia secundária 14. ROP G2 ODE, sem Plus 15. Síndrome bradipneico da PT | Cafeína até 27/01 Referenciada à ELI de Braga. Consultas de seguimento: - Oftalmologia - observada a 28/02 - vai ser reavaliada em 1 semana. - Neuropediatria - foi observada a 02/03 - mantém medicação, prognostico reservado - Neonatologia - ORL RANU-risco - Cirurgia Pediátrica - MFR Terapias: - Fisioterapia 2x/semana, Terapia da fala 1 x/semana. Terapêutica no domicílio: - Budesonida 1 puff em câmara expansora 2 vezes por dia - Ferro 2 gotas, 2 vezes por dia-- > 3 gotas 2 vezes/dia - Vigantol 1 gota por dia - Levetiracetam 0,65 mL de 12/12h. Leite PDF 90 ml 3-4 /3-4 horas, tolera. Mãe refere Obstipação. E. Objectivo: Peso 3415 g, comp 49,5 cm, PC 35,6 cm (aumentou 19 g/dia em média nos últimos 7 dias). RN ligeiramente pálida. Abre os olhos espontaneamente, olhar um pouco vago. Tremulo à manipulação. Hipertonia global, mais evidente nos membros inferiores. ROTs vivos membros inferiores. Sem SDR. ACP: Normal. Abdómen: Mole e depressível, sem organomegalias. Hernia da parede abdominal no quadrante

Data de Registo:

---2022-03-02 13:59, Celia Barbosa, 5669, Pediatria--- MC - Reavaliação neurológica e opinião sobre medicação anti-convulsivante Alta do internamento em 23/02/2022 Foi-lhe marcada a 1ª consulta de Neo para 3/03/2022 Medicada com LEV 0,65 ml (sol 100 mg/ml) de 12 em 12 h AP Gestação não vigiada, 25 sem, peso 900 g IA - Desconhecido Parto num táxi tendo chegado ao Hospital cerca de 15 min depois (ver nota de alta médica) Eco TFs - "Hemorragia grau IV bilateral, com maior atingimento do parênquima encefálico periventricular à esquerda | hemorragia parenquimatosa temporal direita, bem como no hemisfério cerebeloso | dilatação moderada do sistema ventricular". RM cerebral (14/01/2022) : Nas imagens obtidas sobressai lesão destrutiva de tipo cístico hemisférica profunda esquerda, com aproximadamente 2,4cm de maior diâmetro antero-posterior. Interessa a corona radiata e comunica profundamente com o ventrículo lateral. Corresponde a sequela de enfarte venoso peri-ventricular. Há redução do volumoso tálamo ipsilateral e, aparentemente, do pé do pedúnculo cerebral do mesmo lado (provavelmente por atingimento/degeneração walleriana do feixe piramidal). Alargamento generalizado dos espaços de circulação de líquido, designadamente o espaço subaracnoideu pericerebral e do sistema ventricular supratentorial. Não há relevantes sinais de tensão, não se verificando abaulamento da lâmina terminallis. Existem vestígios de coágulos intraventriculares e pigmentação hemossidérica no epêndima. Diminuição global da espessura da substância branca nos lobos temporais como possível sequela de leucomalácia. Redução volumétrica da parte inferior dos hemisférios cerebelosos, sobretudo do direito, possivelmente relacionada com antecedentes de lesão hipoxicoisquémica tendo em conta os achados em ecografias transfontanelares previamente efetuadas. Não se observam processos malformativos encefálicos. As amígdalas cerebelosas estão em posição normal. EEG (17/02/2022) - - Traçado de sono, com actividade de base simétrica, com sobreposição de alguns artefactos de movimento, sem registo de actividade epileptiforme focal ou generalizada EN Idade cronológica 3 M e 11 dias Idade corrigida de 39 sem PC hoje 35 cm (não trouxe o BSI) Não fixa Tonus axial aumentado contrastando com queda cefálica ("ao puxar para sentar") Hipertonía de membros e ROTs muito vivos Sem outros sinais piramidais Sem assimetrias aparentes Apesar de não serem reconhecidas crises clínicas e do EEG estar "melhorado", mantem-se a medicação com LEV 65 mg de 12 em 12 h

Prognóstico : Muito reservado em termos motores, cognitivos e sensoriais



Cama 5 - Neo Intern N° Processo 40481327
N° Arquivo

FRANCISCA VIEIRA COUTO
RUA AFONSO PALMEIRA N°52 3ºDTO FRT
4715 - 278 BRAGA

Data Nasc. 21-nov-2021 (13s 3d)
Contacto Urg.
Sub-sistema
N° episódio 1 622 765

Hospital de Braga
Unidade Cuidados Especiais Neonatologia - INTERMÉDIOS

NOTA DE ALTA

ADMISSÃO

Adm. hospitalar	21-nov-2021 11:49	Proveniência	Hospital de Braga
Adm. unidade	21-nov-2021 11:49		NEO-NATOLOGIA INTENSIVOS
Readmissão unidade	Não	Médico Responsável	Nicole Da Silva
Tipo admissão	Médica não coronária		
Dias de vida na admissão	0d 1h 19m		

ALTA

Estado da alta	Data de alta	Dias de internamento	Tipo destino	Destino
Melhorado	23-fev-2022 12:30	94	Domicílio	

DADOS COMPLEMENTARES

Sexo	Nacionalidade	N° Utente SNS	Telefone	Directivas antecipadas da vontade (RENTEV)
Feminino		000000000	937371080	Desconhecido

MOTIVO DE ADMISSÃO

Imaturidade extrema, peso entre 750 e 999 gramas

DIAGNÓSTICOS DE SAÍDA

Prematuridade de 25 semanas

MÉDICO DE FAMÍLIA

Nome	Centro Saúde	Email	Telefone	Nr° Cédula Profissional
------	--------------	-------	----------	-------------------------

FILIAÇÃO

VACINAS

Sem registos efectuados.

GESTAÇÃO

Gesta	Abortos	Filhos	Tipo de gravidez	Gravidez
3	0	2	Única	Não Vigíada

Exames

Rastreio SGB	Desconhecido
Profilaxia	Não realizada
Biópsia das vilosidades coriônicas	Não
Corticóides	Não

SEROLOGIAS

Trimestre	Data	Ag HBs	Toxoplasma	HIV	HCV	Rubéola	VDRL	CMV
-----------	------	--------	------------	-----	-----	---------	------	-----

PARTO

Data	Idade Gest.	Tipo	Início do parto	Apresentação	Liq. Amniótico			
21-nov-2021 10:30	25s 2d	Eutócico		Cefálica	Normal			
Peso (g)	Comp. (cm)	PC (cm)	Rel. Peso/IG	Apgar min1	Apgar min5	Apgar min10	pH Art. Umb.:	pH Veia Umb.:
900	35,00	24,00	AIG					
Ruptura de bolsa de águas	Data/Hora	Tempo de Ruptura	Infecção Materna	Febre Periparto	Corioamnionite			
Espontânea	21-nov-2021 10:30	0 Horas	Sim	Não	Não			

HISTÓRIA CLÍNICA

RN sexo feminino, admitida na Unidade por prematuridade extrema e extremo baixo peso ao nascer.
DN: 21/11/21 (hora provável 10:30).

Antecedentes Familiares

Mãe de 41 anos. AP relevantes: obesidade mórbida (IMC = 42) , SAOS (sob BiPAP), HTA hipotiroidismo. S. depressivo. Antecedentes de surdez neurosensorial
Terapêutica atual: LT4 88 ug/dia, Saxenda, Fluoxetina Hygroton.
Pai de 58 anos, Motorista, aparentemente saudável

HISTÓRIA CLÍNICA

Dois irmãos uterinos de 20 e 25 anos. Irmão com S. Klinefelter

Antecedentes Obstétricos

IIIGIIP (2 CST, há 20 e 25 anos)

Gestação não vigiada.

Ecografia obstétrica no dia 18/11, três dias antes da admissão, com biometria compatível com 24 sem +6 dias.

Recorreu a 20/11, ao SU do H. Famacção por algias pélvicas, tendo tido alta, sob vigilância e medicada para candidíase vaginal

No dia de admissão, 21/11, admitida diretamente na Sala de Partos por parto pré-termo. Expulsão RN ainda no caminho (10-15 minutos antes da chegada ao hospital- SIC). Placenta in-situ.

IA desconhecido.

Serologias colhidas na Admissão. Mãe com leucocitose, neutrofilia e PCR positiva (L 20.0007u/L, N 18100u/L, PCR 65.5 mg/L)

IG + 25 semanas +2 dias (baseada na ecografia 18/11)

À chegada, equipa de enfermagem a laquear o cordão, colocada sob fonte de calor. Hipotónica, pálida, fria e cianosada com FC < 60 bpm. Realizada VPP, PIP 25, PEEP- 5 e FiO2 100%. Boa resposta da FC com VPP, com FC ~85 bpm e SpO2 98%.

Entubação com TET 2.5 fixo a 6.5, mantendo FC ~89-95 bpm. Colocado acesso EV e realizada dose de impregnação de cafeína EV e iniciou fluidoterapia EV
Peso ao nascer 900g

Transportada em incubadora de transporte ventilada PIP 25, PEEP- 5, FiO2 55%, FR 55 cpm, SPO2 97% e FC 95 bpm

Na admissão (11:30)

Tº 29,5°C

TA 61/41 mmHg, MAP- 48 mmHg

FR 58 cpm

FC 88 cpm

Dx 176 mg/dL

Extremidades frias

Arretiva, palpebras fundidas

Adaptada ao ventilador

Razoavelmente rosada

Pele imatura. Equimoses dispersas, sobretudo Minf

AC: S1 e S2 não ouço sopros

AP: razoável entrada de ar

Coto 3 vasos

Ánus perfurado

P:

Conectado ao ventilador PIP 25, VG 4.4 ml/kg, PEEP- 5, FiO2 75%

Aquecimento progressivo e manipulação mínima

Inicia A + G

Explicados aos pais prognóstico reservado

EVOLUÇÃO

(Criado por Ana Rita Vieira Silva Dias em 23-fev-2022 11:53)

Geral

Dias de Vida : 95

Idade pós-menstrual : 38s+5d

Peso : 3215g

Geral : RN internada na UCEN de D1-D95 de vida com a seguinte lista de problemas:

1. PT 25s+2d | PN 900g | Parto no transporte | Hipotermia grave na admissão/ acidose metabólica

2. Risco infeccioso | 6d ampicilina + gentamicina

3. DMH | Sem MPF | 3x surfactante pulmonar | VMI D1-D29 | nCPAP D29-D32 | OAF D32-D70 | O2 suplementar CN D70-D77

3.1. Pneumotórax hipertensivo bilateral | 5d dreno torácico dto | 4d dreno torácico esq

4. Hemorragia grau IV bilateral

4.1. RMN-CE (24/01): "lesão destrutiva de tipo cístico hemisférica profunda esquerda, com aproximadamente 2,4cm de maior diâmetro antero-posterior. Interessa a corona radiata e comunica profundamente com o ventrículo lateral. Corresponde a sequela de enfarte venoso peri-ventricular. Há redução do volumoso tálamo ipsilateral e, aparentemente, do pé do pedúnculo cerebral do mesmo lado (provavelmente por atingimento/degeneração walleriana do feixe piramidal). Alargamento generalizado dos espaços de circulação de líquido, designadamente o espaço subaracnoideu pericerebral e do sistema ventricular supratentorial. Não há relevantes sinais de tensão, não se verificando abaulamento da lâmina terminalis. Existem vestígios de coágulos intraventriculares e pigmentação hemossidérica no epêndima. Diminuição global da espessura da substância branca nos lobos temporais como possível sequela de leucomalácia. Redução volumétrica da parte inferior dos hemisférios cerebelosos, sobretudo do direito, possivelmente relacionada com antecedentes de lesão hipoxicoisquémica tendo em conta os achados em ecografias transfontanelares previamente efetuadas. Não se observam processos malformativos encefálicos."

5. Convulsões neonatais | Pós- fenobarbital | Sob levetiracetam | EEG (17/02): 17/02: "Sem registo de actividade epileptiforme focal ou generalizada."

6. Sepsis tardia com NEC IIIB- 14d vancomicina+meropenem+metronidazol | pneumoperitoneu | pós dreno abdominal

6.1. Hérnia incisional no local do dreno

7. PCA sem encerramento farmacológico

8. Anemia da prematuridade | TGR 23/11 e 17/12 | Sob ferro oral

9. Trombocitopenia ligeira resolvida (nadir 108000/uL em D4)

10. Icterícia | Fototerapia D2-D9

11. Pós-desidratação hipernatrémica (Na+ máx. 151, ureia máx 126 em D4 de vida)

12. Colestase neonatal resolvida

13. DPC | Pós Diuréticos | Sob Budesonida

13.1. Pós hiponatrémia secundária

14. ROP G2 ODE, sem Plus

15. Síndrome bradipneico da PT | Cafeína até 27/01

Neurológico : - EcoTF (~12h): Imaturidade cerebral importante (sem sulcação), hemorragia GII à esq com coágulo grande e GI-II à dta. Hiperecogenicidade PV e do cerebelo a controlar.

- EcoTF NR 22/11: "As imagens mostram hemorragia da matriz germinativa atingindo bilateralmente os sulcos talamocaudados e os plexos dos ventrículos laterais, grau II, mais expressiva do lado esquerdo. Não há hidrocefalia nem desvios das estruturas medianas. Padrão sulco-giral revela simplificação, de acordo com prematuridade extrema. Sem hidrocefalia nem desvio das estruturas medianas. Sem grosseiras alterações estruturais infratentoriais. Hiperecogenicidade na substância branca peri-ventricular a merecer controlo imagiológico."

- EcoTF NR 24/11: "Observamos sinais de re-sangramento intracraniano, existindo, atualmente, hemorragia da matriz germinativa grau IV bilateral, com maior atingimento do parênquima encefálico periventricular à esquerda. Há também hemorragia parenquimatosa temporal direita, bem como no hemisfério cerebeloso. Estas alterações condicionam dilatação moderada do sistema ventricular."

- EcoTF 25/11: "Face ao exame de ontem, reencontramos hemorragia da matriz germinativa grau IV bilateral, estável com maior atingimento do parênquima encefálico periventricular à esquerda. Permanecem hemorragias de menores dimensões,

EVOLUÇÃO

Risco infeccioso por PT espontânea com PCR materna + e leucocitose com neutrofilia. Fez 6 dias ampicilina + gentamicina. HC admissão (colhida após administração de ATB): negativa.
 Sépsis tardia com NEC IIIB. Cumpriu 14 dias de vancomicina+meropenem+metronidazol. Pós dreno abdominal. HC 28/11 e 06/12: negativas. Micro LCR 06/12: negativo. Zaragatoa cutânea peridreno abdominal 07/12: Candida albicans.
 Conjuntivite neonatal. Completou 10 dias de gentamicina ocular. MB exsudado ocular (25/12): Candida parapsilosis e E.Coli. MB exsudado ocular 05/01: cultura escassa de Candida parapsilosis. MB exsudado ocular 12/01: Candida albicans.
 *MB CVU 24/11: negativa. MB CAU 27/11: negativa.
 *MB TET: isolamento de C. albicans, E. faecalis e E.Coli
 *HC 01/01: Negativa. MB CEC 01/01: Negativo.
 Candidíase oral diagnosticada a 15/02. Pós 7d de nistatina oral, alterada para miconazol a 21/02 por manter lesões - D2/3. Atualmente sem lesões na mucosa jugal ou no palato.
 *Zaragatoa rectal 14/01, 20/01, 27/01, 02/02, 09/02 e 17/02: negativa.
 Último controlo analítico a 24/01: leuc 13900, neut 4600, L 7300, PCR 17,2 mg/L (fez vacinas dos 2M no dia 21/01).

Hematológico : Anemia da PT. Pós 2x TGR - última a 17/12. Ligeira palidez cutânea. Sob ferro oral 3,5 mg/kg/dia.
 *Admissão: Hb 18,5g/dL, Htc 54,8%, plaquetas 143000/uL.
 *05/01: Hb 11,0 gr/dL; htc 33,3; leuc. 12100 (N 2700; L 6700); plaq. 244000. Ferritina 211.
 *Último controlo a 24/01: Hb 11,4g/dl, Htc 34,8%, reticulocitose 276640.
 EAbc 14/02: Hb 11,6; htc 34%.

Metabólico : Estabilidade glicémica.
 Pós acidose metabólica ligeira.

Colestase resolvida a 06/01. Pós AUDC e Vit K 2mg (2x sem) D31-49; Fiadek e MCToil D41-49.
 *Último controlo a 24/01: BT 0,72 mg/dl, BD 0,45 mg/dl I Gama GT normal a 13/12, GGT 24/01 119 U/L; FA 469 U/L (anterior 506), P 6,9 mg/dL.

Alimentar/Gastrointestinal : Sépsis tardia com NEC IIIB. Pós dreno abdominal durante 10 dias - exteriorizado a 07/12. Pós 14d vancomicina+meropenem+metronidazol.

RX-abdómen (06/12): sem pneumoperitônio e sem pneumatose.

Início de alimentação trófica em D23 com LM (2 mL), com tolerância irregular inicialmente, posteriormente com aumento progressivo e tolerância.

Autonomia alimentar desde 16/02. Faz leite PDF a pedido por tetina. Regurgitações esporádicas. Dejeções presentes. Abdómen: mole e depressível, hérnia incisional pela zona do dreno abdominal, indolor, sem sinais inflamatórios da parede.

Outro : Pós 7 dias de CAU - retirado a 27/11. Pós 4 dias de CVU - retirado a 24/11. Pós 34 dias de CEC - retirado a 01/01. Pós 5 dias de dreno torácico direito e 4 dias de dreno torácico esquerdo.
 Dreno abdominal durante 10 dias, exteriorizado a 07/12.

Observações : VHB 1 a 03/01.
 DTPaHibVIP + Pn13 + Bexxero a 21/01.
 Rotateg a 26/01.
 VHB 2 a 03/02.
 RANU (OEA e PEA) passou a 18/02.
 Red reflex +/-.
 Ortolani/Barlow negativo.

Somatometria a 21/02: comprimento 48,5 cm; PC 34,5 cm.

ROP 19/01: "FO ODE: Sem doença plus. Sem ROP visível mas zona 3 ainda sem vascularização

rever 2 semanas"

ROP 31/01: "FO ODE: Sem doença plus. ROP grau 1 zona 2 anterior, vitreo ainda ligeiramente turvo na periferia

rever 2 semanas"

ROP 14/02: FO ODE: Sem doença plus, aumento tortuosidade vascular polo posterior (+oe), ROP grau 2 temporal inferior ode e nasal sup oe zona 2 anterior, restante grau 1

rever 1 semana

ROP 21/2: "FO ODE: Sem doença plus, ROP grau 2 zona II anterior mas já com vasos a ultrapassar a crista para zona 3 (que está completamente por vascularizar)

rever 1 semana".

Problemas dia : Clinicamente estável

Plano dia : Alta. Mantém seguimento nos Cuidados de Saúde Primários. Referenciada para a ELI Braga. Contactada MFR a 23/02 para orientar TF e TO no domicílio.

Pedidas consultas de seguimento:

- Oftalmologia - 28/02 - feito pedido e enviado email para secretariado de Oftalmologia
- Neuropediatria - 02/03 às 15h30
- Neonatologia - 03/03 às 14h
- ORL RANU-risco - 26/04 às 16h
- Cirurgia Pediátrica e MFR - aguarda marcação.

Terapêutica no domicílio:

- Miconazol 6/6h - completa 7 dias a 27/02
- Leite PDF a pedido (65 mL de 3/3h)
- Budesonida 1 puff em câmara expansora 2 vezes por dia
- Ferro 2 gotas, 2 vezes por dia
- Vigantol 1 gota por dia
- Levetiracetam 0,65 mL de 12/12h.

DIAGNÓSTICOS

EVOLUÇÃO

parenquimatosas, temporal direita e no hemisfério cerebeloso ipsilateral. Estas alterações condicionam dilatação moderada do sistema ventricular sem agravamento face ao exame anterior."

- EcoTF NR 30/11: "Reencontra-se hemorragia subaguda da matriz germinativa de expressão subependimária, intraventricular e com atingimento parenquimatoso bilateral, mais extenso e já em fase de degeneração cística no lado esquerdo; à direita, define-se hiperecogenicidade periventricular heterogénea e que poderá indiciar leucomalácia. Subsiste hemorragia no hemisfério cerebeloso ipsilateral. As alterações descritas traduzem-se em dilatação ventricular moderada e em progressão face ao exame precedente (datado de 25.11.2021). Portanto, objectivam-se múltiplas lesões encefálicas extensas no contexto de prematuridade extrema, configurando mau prognóstico neurológico."

- EcoTF NR 02/12: "Prossegue reabsorção do conteúdo hemático intra-axial previamente documentado e concomitante evolução para degenerescência cística, mais evidente no hemisfério cerebral esquerdo. Persiste dilatação ventricular moderada, sem aparente agravamento face à ecografia precedente (datada de 30.11.2021). Os demais aspectos imagiológicos encontram-se sobreponíveis."

- EcoTF NR 07/12: "O achados respeitantes às lesões parenquimatosas são estáveis face ao exame anterior, reencontrando-se sequela de extensa hemorragia parenquimatoso peri-ventricular esquerda e sinais de leucomalácia periventricular. As dimensões do sistema ventricular são ligeiramente menores do que no exame de 02/12, sendo o diâmetro bicaudado de 17,8mm, o talamo-occipital esquerdo de 26,2mm e o tálamo occipital direito de 27mm. Permanece alteração da ecogenicidade cerebelosa."

- EcoTF NR 14/12: "Os aspectos imagiológicos apresentam a evolução esperada face à ecografia precedente. Em particular, observa-se extensa cavitação parenquimatoso periventricular esquerda, a traduzir área sequelar hemorrágica, e provável leucomalácia periventricular bilateral. Persiste ventriculomegalia em grau moderado, também estável. Mantém hiperecogenicidade no hemisfério cerebeloso direito."

- EcoTF NR 04/01: "Persiste coágulo intraventricular direito, em processo de reabsorção. Reencontra-se cavitação periventricular esquerda, a traduzir liquefacção do parênquima e consequente dilatação ex-vácuo do ventrículo lateral esquerdo. Subsiste ventriculomegalia moderada, em grau sobreponível face ao estudo prévio. Não há sinais de ressangramento intracraniano."

- RMN CE a 24/01: "Nas imagens obtidas sobressai lesão destrutiva de tipo cístico hemisférica profunda esquerda, com aproximadamente 2,4cm de maior diâmetro antero-posterior. Interessa a corona radiata e comunica profundamente com o ventrículo lateral. Corresponde a sequela de enfarte venoso peri-ventricular. Há redução do volumoso tálamo ipsilateral e, aparentemente, do pé do pedúnculo cerebral do mesmo lado (provavelmente por atingimento/degeneração walleriana do feixe piramidal). Alargamento generalizado dos espaços de circulação de líquido, designadamente o espaço subaracnoideu pericerebral e do sistema ventricular supratentorial. Não há relevantes sinais de tensão, não se verificando abaamento da lâmina terminalis. Existem vestígios de coágulos intraventriculares e pigmentação hemossidérica no epêndima. Diminuição global da espessura da substância branca nos lobos temporais como possível sequela de leucomalácia. Redução volumétrica da parte inferior dos hemisférios cerebelosos, sobretudo do direito, possivelmente relacionada com antecedentes de lesão hipoxicisoquémica tendo em conta os achados em ecografias transfontanelares previamente efetuadas. Não se observam processos malformativos encefálicos. As amígdalas cerebelosas estão em posição normal."

Pós sedoanalgesia com fentanil em perfusão de fentanil de D1/2-D30 e bólus de fentanil e midazolam.

PL evacuadora em D16 - 4,3 mL LCR serohemático: GR 44400; células 1223; glicose 29; proteínas 8,32; MB negativo.

Confortável. Movimentos espontâneos harmoniosos. Hipotonia axial ligeira. Hipertonia periférica principalmente no MID. Clónus +. FA normotensa.

Sob TF diária e TO (2x/sem). 07/02: PC 33,3cm. 14/02: PC 33,4 cm. 21/02: PC 34,5 cm.

Convulsões neonatais. Fenobarbital de D7 a D61. Sob levetiracetam 40 mg/Kg/dia.

*EEG a 04/01: "Traçado exclusivamente de vigília, com registo de actividade epileptiforme menos frequente comparativamente com exames anteriores, com localização neste exame em frontotemporal esquerdo."

*EEG a 10/01: "Traçado de vigília e sono, com registo frequente de actividade epileptiforme focal, em centro-temporal esquerdo, sem aparentes manifestações clínicas associadas"

*EEG (17/1): "Traçado de vigília e sono, com registo pouco frequente de actividade epileptiforme focal, em centro-temporal esquerdo. Foram observados alguns episódios de movimentos involuntários, sobretudo dos membros inferiores, caracterizados por clónias, sem aparente tradução electroencefalográfica".

*EEG (26/01): "Traçado de sono, com breves despertares, com registo muito pouco frequente de actividade epileptiforme focal, em fronto-temporal esquerdo e ainda menos frequente em frontal direito. Foram observados alguns episódios de movimentos involuntários dos membros, sem tradução electroencefalográfica, não sugestivos de crises electroclínicas."

*EEG (07/02): "Traçado contínuo, simétrico, regular e amplo. Inscrição de raros surtos de pontas, ponta-onda e onda abrupta-onda lenta em temporal direito e fronto-centro-temporal esquerdo. Não se observaram crises epilépticas ou alterações do comportamento. Conclusão: Rara actividade epileptiforme fronto-centro-temporal esquerda e temporal direita."

*EEG 17/02: "Traçado contínuo, com actividade de base simétrica, irregular e pouco ampla, com sobreposição de alguns artefactos de movimento. Não se identificaram pontas e/ou ondas abruptas, ou outros paroxismos focais ou generalizados. Não se observaram movimentos anormais sugestivos de crises epilépticas. Conclusão: Traçado de sono, com actividade de base simétrica, com sobreposição de alguns artefactos de movimento, sem registo de actividade epileptiforme focal ou generalizada."

Respiratório: VMI de D1-D29. nCPAP de D29-D32. OAF de D32-D70. O2 por CN de D70-D77. VE, FIO2 0,21 desde D77 (05/02). DMH. Pós 3 doses de surfactante. Pneumotórax hipertensivo bilateral. Pós toracocentese. 5 dias dreno torácico direito e 4 dias dreno torácico esquerdo.

Síndrome bradipneico da PT. Suspendeu citrato de cafeína a 27/01.

DPC. Sob budesonida desde 16/1. Diuréticos de 13/01 a 09/02.

Tiragem subcostal ligeira. AP: MV mantido e simétrico, sem RA.

Último EABc a 14/02: pH 7,410; pCO2 45,9; HCO3- 29,1; BE 4.

Cardiovascular: Hemodinamicamente estável. TPC <2seg. AC: S1 e S2 rítmicos, sem sopro. PF amplos e simétricos.

*Ecocardiograma funcional a 24/11: "PCA com velocidade 1,5, veia cava inferior bem preenchida (3mm). Camaras bem preenchidas. Insuficiencia tricuspide ligeira. PCA pequeno, dimensões de 1 mm e velocidade de 2,3 ms. Cateter na aurícula. Retira 2,5 cm ao CEC. Derrame cardiaco de pequeno volume."

*Ecocardiograma funcional a 25/11: "Coração sem malformação estrutural Boa função ventricular Insuficiencia tricuspide ligeira Drenagem venosa sistémica e pulmonar aparentemente bem Crossa aortica esquerda Tronco pulmonar sem alterações aparentes PCA com dimensões de 1 mm e velocidade de 2,5 ms, relação AE/AO cerca de 1,2, shunt predominantemente esq /direito FOP/cia Cateter aorta CEC não visualizado Derrame de pequeno volume mas pequeno que anteriormente observado Cava bem preenchida"

*Ecografia cardiaca funcional a 04/12: "Coração sem malformação estrutural Boa função ventricular Insuficiencia tricuspide ligeira Drenagem venosa sistémica e pulmonar aparentemente bem Crossa aortica esquerda Tronco pulmonar sem alterações aparentes PCA muito pequeno FOP/cia CEC não visualizado. Sem derrame Cava bem preenchida."

Hidroelectrolítico/Renal: Suspendeu fluidoterapia e.v. a 04/01. Aporte entérico na totalidade, ad libitum. Diurese aparentemente adequada.

Cr máx 0,9 e Ur máx 126 (a 24/11). Pós hipernatremia (máx 151 a 24/11). Último controlo a 24/11: Ur 33; Cr 0,4; Na+ 137; K+ 5,8; P 6,9; CaT 11,2.

Diuréticos de 13/01 a 09/02. Pós hiponatremia secundária sob suplementação oral de Na+ até 09/02 - Na+ min 131 no EAB (15/01). Último controlo EABc 14/02: Na+ 137; K+ 5,6; iCa 1,47.

Infecioso: Estabilidade térmica.

Início	Diagnóstico	Tipo Diagnóstico	ICD9	ICD10	Fim	Duração
21-nov	Imaturidade extrema, peso entre 750 e 999 gramas	Dx. Admissão	(765.03)	(P0703)	23-fev	94 dias
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:38 Não aplicável					
23-fev	Retinopatia da prematuridade, não especificada	Dx. Associado	(362.20)	(H35109)	23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:50 Mesmo Estado					
23-fev	Doença pulmonar crónica, inclui DBP	Dx. Associado			23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:49 Melhorado					
23-fev	Colestase intra-hepática	Dx. Associado	(576.8)		23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:48 Resolvido					
23-fev	Ictericia neonatal associada a parto prematuro	Dx. Associado	(774.2)	(P590)	23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:47 Resolvido					
23-fev	Trombocitopenia	Dx. Associado			23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:47 Resolvido					
23-fev	Anemia da prematuridade	Dx. Associado	(776.6)	(P612)	23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:46 Melhorado					
23-fev	Persistência do canal arterial	Dx. Associado	(747.0)	(Q250)	23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:46 Melhorado					
23-fev	Enterocolite Necrotisante do feto ou recém-nascido	Dx. Associado	(777.5)		23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:44 Resolvido					
23-fev	Convulsões do recém-nascido	Dx. Associado	(779.0)	(P90)	23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:43 Melhorado					
23-fev	Hemorragia intraventricular grau IV	Dx. Associado	(772.14)	(P5222)	23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:43 Não aplicável					
23-fev	Pneumotórax hipertensivo	Dx. Associado	(512.0)	(J930)	23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:42 Resolvido					
23-fev	Doença das membranas hialinas (SDR)	Dx. Associado			23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:41 Resolvido					
23-fev	Risco infeccioso	Dx. Associado	(V29.0)	(Z051)	23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:41 Não aplicável					
23-fev	Hipotermia	Dx. Associado	(991.6)	(T68XXX A)	23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:41 Resolvido					
23-fev	Acidose metabólica	Dx. Associado	(276.2)	(E872)	23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:40 Resolvido					
23-fev	Prematuridade de 25 semanas	Principal Dx. Associado	(765.23)		23-fev	
	Últ. Avaliação: 2022-02-23 11:40 Não aplicável					

INFEÇÃO

Sem registos efectuados.

PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Sem registos efectuados.

TERAPÊUTICA ACTUAL**Intermitentes**

Início	Descrição	Dose	Frequência	Via	Ritmo	Fim	Última toma	Próx. Toma
15-fev 11:35	Budesonida 200mcg/d Sol pressu 200d INAL	200 mcg	09h-21h	INAL.			23-fev 09:00	23-fev 21:00
08-jan 13:32	Colecalciferol 0,5mg/ml Sol oral Fr 10ml	1 Gotas(s)	18h	ORAL			22-fev 18:00	23-fev 18:00
10-jan 12:09	Ferro triv50mg/ml(c hi fer178,6) 30ml OR	2 Gotas(s)	09h-18h	ORAL			23-fev 09:00	23-fev 18:00
19-fev 16:40	Leite p/prematuros pdf recip unid OR	65 ml	3/3 h	ORAL			23-fev 10:00	23-fev 15:00
02-jan 12:00	Levetiracetam100 mg/ml sol 300ml fr OR	65 mg (21.89 mg/Kg)	12/12 h	ORAL			23-fev 12:00	24-fev 00:00
21-fev 12:27	Miconazol 20mg/g gel 30g bisn OR	1 Aplicação	6/6 h	ORAL			23-fev 06:27	23-fev 18:27

DETALHE ANTIBIOTERAPIA**Antibioterapia**

Início	Descrição	Tipo terapêutica	Fim	Última toma	Póx. Toma
21-nov 12:00	Ampicilina 500mg po sol inj fr IM IV Obs. terap. Usar no máximo 1h após reconstituição (perda de potência) Obs. med. Reconstituir 500mg em 5ml de H2O	Empírica	28-nov 08:08	28-nov 08:00	
09-jan 18:32	CLOTRIMAZOL 10mg/g creme 20g bisn	Empírica	12-jan 13:06	12-jan 06:32	
21-nov 12:00	GeNTAMICINA 80mg/2ml sol inj amp IM/IV	Empírica	28-nov 08:00	27-nov 12:00	
28-nov 08:09	GeNTAMICINA 80mg/2ml sol inj amp IM/IV Obs. terap. Usar de imediato (f) (f) - Labesfal Obs. med. Diluir 1ml (40 mg) em 19ml de SF	Empírica	29-nov 00:24		
29-nov 00:00	Meropenem 1g po sol inj fr IV Glucose 10% sol inj 500 ml fr IV 0.54 ml Obs. terap. Estável 3h à temperatura ambiente (após reconstituição) Estável 1h à temperatura ambiente (1 a 20 mg /mL) (após diluição) Usar de imediato se >20 mg /mL (após diluição)	Empírica	12-dez 19:10	12-dez 16:00	

DETALHE ANTIBIOTERAPIA**Antibioterapia**

Início	Descrição	Tipo terapêutica	Fim	Última toma	Póx. Toma
	Obs. med. Estável 12 horas no frigorífico e 8 horas á temperatura ambiente.				
Reconstituir 1000mg em 20ml de H2O Diluir 20ml em 30ml de SF					
28-nov 07:59	MetRONIDAZOL 500mg/100 ml sol inj fr IV	Empirica	28-nov 08:00	28-nov 08:00	
28-nov 08:12	MetRONIDAZOL 500mg/100 ml sol inj fr IV	Empirica	11-dez 11:11	11-dez 06:00	
	Obs. terap. Usar de imediato (b)				
	(b) - B.Braun				
	Obs. med. RN: Dose Carga - 15mg/Kg; Dose de Manutenção - 7,5mg/Kg. <30S e 0-28D Q48H e >28D Q24H, 30-36S e 0-14D Q24H e >14D Q12H, >36S e 0-7D Q24H e >7D Q12H.				
28-nov 07:54	Vancomicina 500mg po sol inj fr IV	Empirica	03-dez 12:19	02-dez 18:00	
03-dez 12:00	Vancomicina 500mg po sol inj fr IV	Empirica	11-dez 11:10	11-dez 00:00	
	Glucose 30% sol inj 500 ml fr IV 2.43 ml				
	Obs. terap. Estável 4 dias no frigorífico (após reconstituição)				
	Obs. med. Infecções graves dose: 15 mg/kg/dose				

Reconstituir 500 mg em 10 ml H2O e posteriormente 90ml de SF**DETALHE AMINAS****Perfusões**

Início	Descrição	Dose Máx. Adm.	Ritmo Máx.	Fim
22-nov 17:41	DOPamina 200 mg/5ml sol inj amp IV	0.07 mg/min	0.1 mL/h	23-nov 22:54
	Cloreto sodio 0,9% sol inj 10 ml amp IV 1.34 ml			
	Obs. terap. Estável 24h à temperatura ambiente (após diluição)			

PROBLEMAS E PLANO

Sem registos efectuados.

ATITUDES

Início	Dur.	Descrição	Frequência	Fim
21-nov 15:33	95d	Antropometria		
21-nov 15:34	95d	Sinais vitais		
22-nov 22:24	77d	Rastreio metabólico (teste genética)		06-fev 23:10
23-nov 07:33	7d	Fototerapia		29-nov 18:00
23-jan 09:00	32d	Berço		

NOTAS DE ENFERMAGEM

Prematura de 25s+2d com PN 900g nascida a 21.11.2021
Alta hospitalar com 94 dias de vida, IC de 38s+5d e com Peso de 3215g

Mãe autónoma nos cuidados à Francisca. Realizados ensinios, instrução e treinos nas seguintes áreas:

- Banho, cuidados à pele e troca de fralda;
- Preparação do Leite artificial e esterelização do material;
- Horários da refeição;
- Prevenção de acidentes e transporte no automóvel;
- Pocionamento a dormir;
- Preparação e administração de medicação (vitaminas, levetiracetam e Budesonido em câmara expansora);
- Obstrução nasal;
- Cólicas e estimulação rectal.

Alimenta-se na totalidade do leite por tetina (S) de PDF entre 70-90 ml por refeição.

Medicação para o domicílio:

- Ferrum Hausmann 2+2 gotas (9-18h)
- Vigantol 1 gota (18h)
- Levetiracetam 65 mg (0.65 ml) (12-24h)
- Budesonida 200 mcg (1 puff) (9-21h)

Rastreio de Doenças Metabólicas:

- 1ª a 24.11.2021
- 2ª a 05.12.2021
- 3ª a 21.12.2021
- 4ª a 09.01.2022

Vacinas:

- VHB (1ª dose) a 03.01.2022
- VHB (2ª dose) a 03.02.2022
- Pentavac a 21.01.2022
- Prevenar 13 a 21.01.2022
- Bexsero a 21.01.2022
- Rotateq a 26.01.2022

Rastreio Auditivo Neonatal a 18.02.2022 e passou nos P.E.A. Aut e O.E.A.

Consultas de seguimento no Hospital de Braga:

- Neonatologia
- Oftalmologia
- ORL
- Neopediatria
- MFR

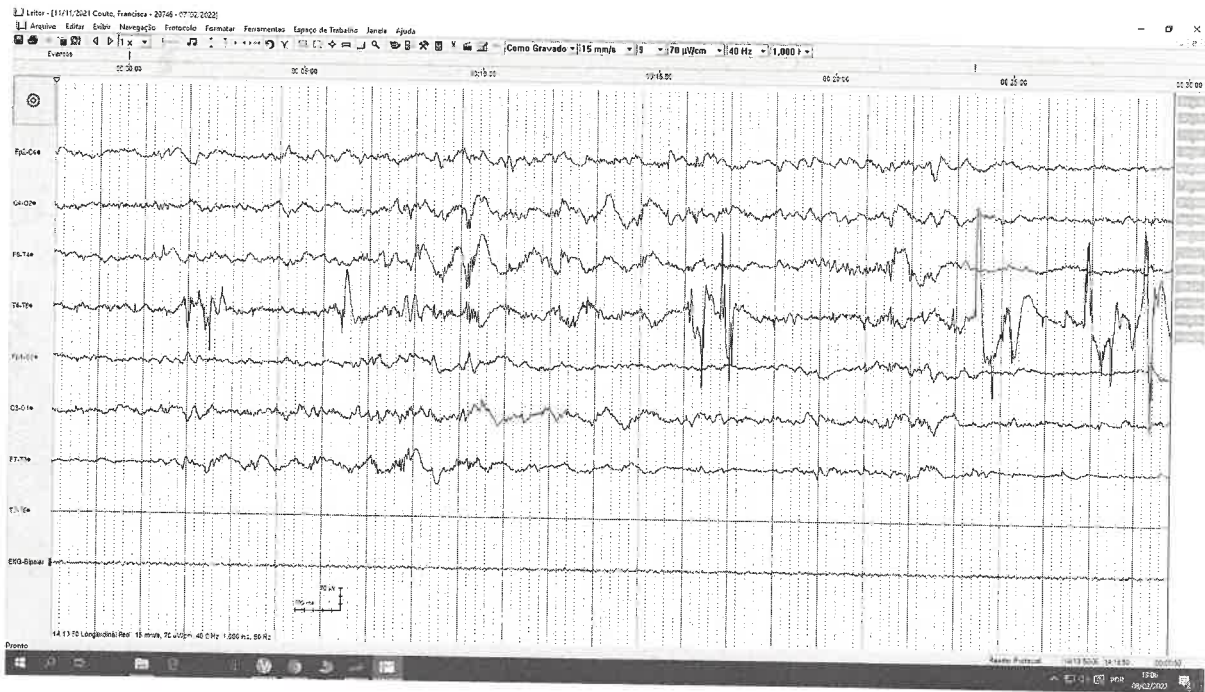
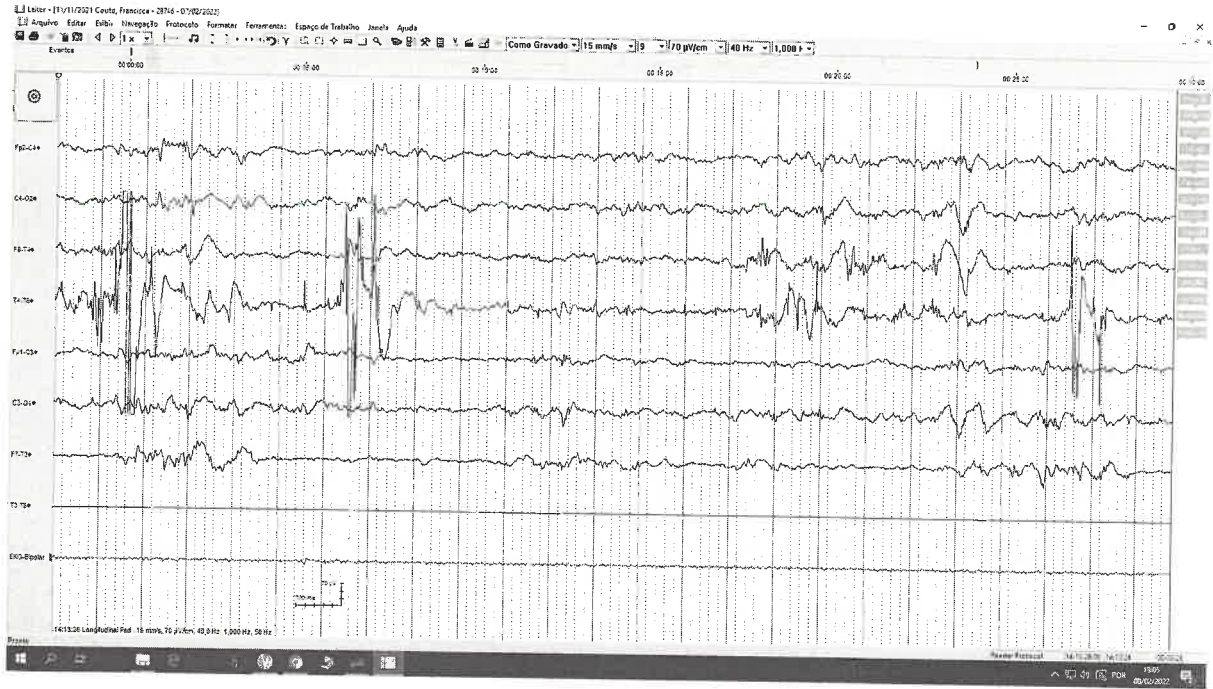
MÉDICO RESPONSÁVEL

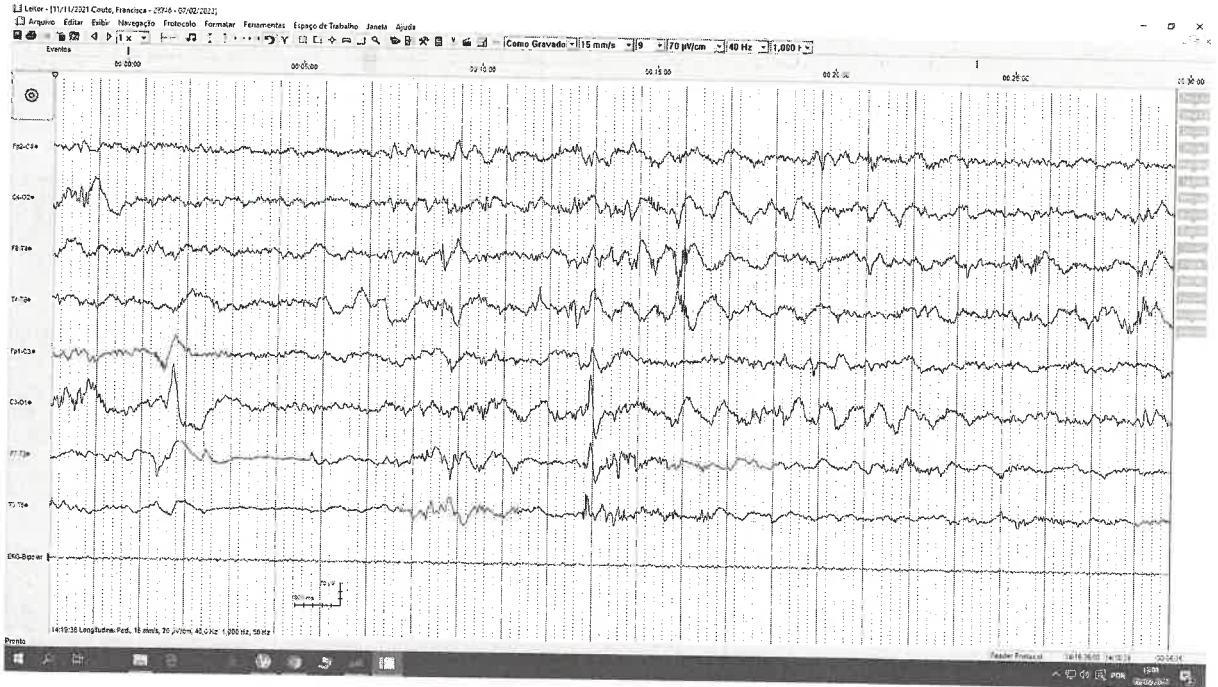
Ana Rita Dias

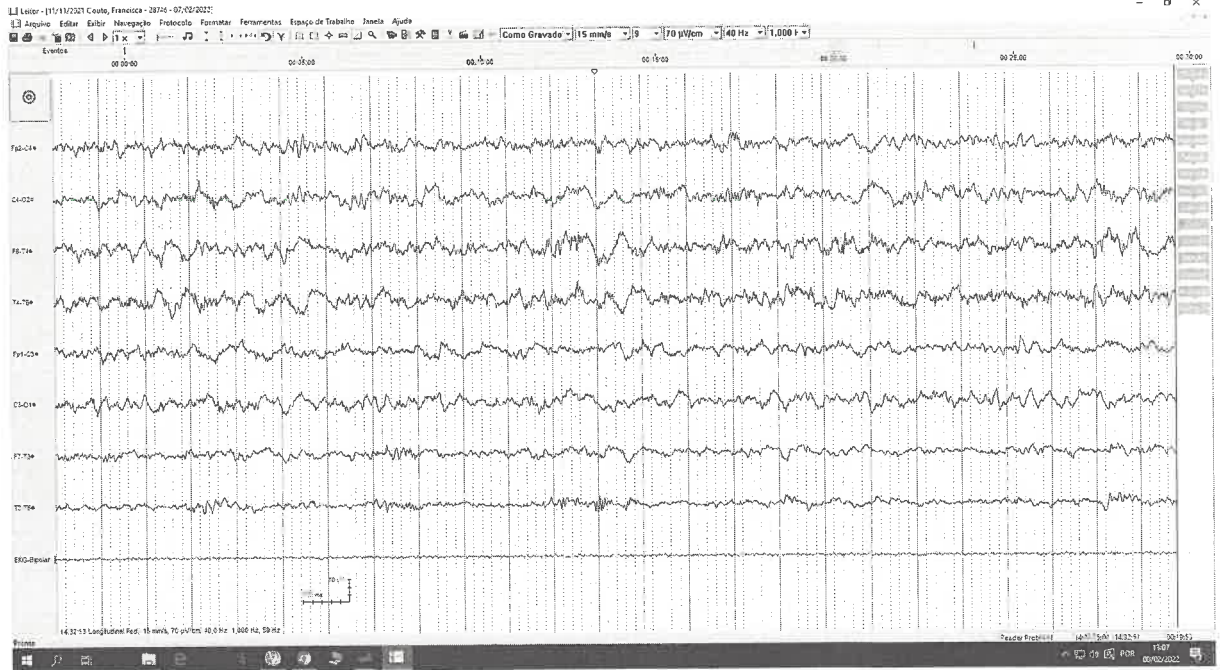
(Ana Rita Vieira Silva Dias - Nº:)

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

(AnaFilipa.Simoes - Nº:)







RELATÓRIO EEG

HB / 40481327

FRANCISCA VIEIRA COUTO

RUA AFONSO PALMEIRA Nº52 3º DTO FRT 4715-278
Braga

| 2 meses (21-11-2021) | Sexo: Feminino

Nº Registo EEG: 28746

Data do Registo: 07/02/2022

Episódio: 1622765

Médico Responsável: Dr.ª Joana Teixeira

Serviço Requiritante: UC Especiais Neonatologia

Informação Clínica: PT 24 S. Actualmente com 36s+3d. Hemorragia Grau IV bilateral. Sob Levetiracetam 40 mg/Kg/dia.
Reavaliação EEG.

RELATÓRIO

Registo EEG/vídeo, realizado em bebé no berço, em repouso vígil e sono. A bebé esteve relativamente sossegada durante a realização do exame.

Traçado contínuo, simétrico, regular e amplo. Inscrição de raros surtos de pontas, ponta-onda e onda abrupta-onda lenta em temporal direito e fronto-centro-temporal esquerdo. Não se observaram crises epilépticas ou alterações do comportamento.

Conclusão: Rara actividade epileptiforme fronto-centro-temporal esquerda e temporal direita.

Braga, 8 de Fevereiro de 2022

Nome: JOAO C. PEREIRA
N.º Ordem dos Médicos: M35224
N.º Mecanográfico: 3580

Histórico de Resultados:



RELATÓRIO CLÍNICO

FRANCISCA VIEIRA COUTO
RUA DAS ROSSINHAS Nº 56 4715-449 Braga

HB | 40481327

2 anos (21-11-2021) | Sexo: Feminino

Episódio: 317666410

Médico Responsável: SANDRA OLIVEIRA COSTA

RELATÓRIO

Cara Médica Asistente da menina Francisca,

A Francisca é seguida em consulta de Pediatria do Neurodesenvolvimento por AGDPM com Hemiparésia direita em contexto de prematuridade extrema.

Agradecia encaminhamento para Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional de forma a promovermos uma estimulação global.

Agradeço desde já a colaboração.

Braga, 15 de Novembro de 2024

Nome: SANDRA OLIVEIRA COSTA

N.º Ordem dos Médicos: M46102

EVOLUÇÃO

parenquimatosas, temporal direita e no hemisfério cerebeloso ipsilateral. Estas alterações condicionam dilatação moderada do sistema ventricular sem agravamento face ao exame anterior."

- EcoTF NR 30/11: "Reencontra-se hemorragia subaguda da matriz germinativa de expressão subependimária, intraventricular e com atingimento parenquimatoso bilateral, mais extenso e já em fase de degeneração cística no lado esquerdo; à direita, define-se hiperecogenicidade periventricular heterogénea e que poderá indicar leucomalácia. Subsiste hemorragia no hemisfério cerebeloso ipsilateral. As alterações descritas traduzem-se em dilatação ventricular moderada e em progressão face ao exame precedente (datado de 25.11.2021). Portanto, objectivam-se múltiplas lesões encefálicas extensas no contexto de prematuridade extrema, configurando mau prognóstico neurológico."

- EcoTF NR 02/12: "Prossegue reabsorção do conteúdo hemático intra-axial previamente documentado e concomitante evolução para degenerescência cística, mais evidente no hemisfério cerebral esquerdo. Persiste dilatação ventricular moderada, sem aparente agravamento face à ecografia precedente (datada de 30.11.2021). Os demais aspectos imagiológicos encontram-se sobreponíveis."

- EcoTF NR 07/12: "O achados respeitantes às lesões parenquimatosas são estáveis face ao exame anterior, reencontrando-se sequele de extensa hemorragia parenquimatosas peri-ventricular esquerda e sinais de leucomalácia periventricular. As dimensões do sistema ventricular são ligeiramente menores do que no exame de 02/12, sendo o diâmetro bicaudado de 17,8mm, o tálamo-occipital esquerdo de 26,2mm e o tálamo occipital direito de 27mm. Permanece alteração da ecogenicidade cerebelosa."

- EcoTF NR 14/12: "Os aspectos imagiológicos apresentam a evolução esperada face à ecografia precedente. Em particular, observa-se extensa cavitação parenquimatosas periventricular esquerda, a traduzir área sequele hemorrágica, e provável leucomalácia periventricular bilateral. Persiste ventriculomegalia em grau moderado, também estável. Mantém hiperecogenicidade no hemisfério cerebeloso direito."

- EcoTF NR 04/01: "Persiste coágulo intraventricular direito, em processo de reabsorção. Reencontra-se cavitação periventricular esquerda, a traduzir liquefacção do parênquima e consequente dilatação ex-vácuo do ventrículo lateral esquerdo. Subsiste ventriculomegalia moderada, em grau sobreponível face ao estudo prévio. Não há sinais de ressangramento intracraniano."

- RMN CE a 24/01: "Nas imagens obtidas sobressai lesão destrutiva de tipo cístico hemisférica profunda esquerda, com aproximadamente 2,4cm de maior diâmetro antero-posterior. Interessa a corona radiata e comunica profundamente com o ventrículo lateral. Corresponde a sequele de enfarte venoso peri-ventricular. Há redução do volumoso tálamo ipsilateral e, aparentemente, do pé do pedúnculo cerebral do mesmo lado (provavelmente por atingimento/degeneração walleriana do feixe piramidal). Alargamento generalizado dos espaços de circulação de líquido, designadamente o espaço subaracnoideu pericerebral e do sistema ventricular supratentorial. Não há relevantes sinais de tensão, não se verificando abaulamento da lâmina terminalis. Existem vestígios de coágulos intraventriculares e pigmentação hemossidérica no epêndima. Diminuição global da espessura da substância branca nos lobos temporais como possível sequele de leucomalácia. Redução volumétrica da parte inferior dos hemisférios cerebelosos, sobretudo do direito, possivelmente relacionada com antecedentes de lesão hipoxicoisquémica tendo em conta os achados em ecografias transfontanelares previamente efetuadas. Não se observam processos malformativos encefálicos. As amígdalas cerebelosas estão em posição normal."

Pós sedoanalgesia com fentanil em perfusão de D12-D30 e bólus de fentanil e midazolam.

PL evacuadora em D16 - 4,3 mL LCR serohemático: GR 44400; células 1223; glicose 29; proteínas 8,32; MB negativo.

Confortável. Movimentos espontâneos harmoniosos. Hipotonia axial ligeira. Hipertonia periférica principalmente no MID. Clónus +. FA normotensa.

Sob TF diária e TO (2x/sem). 07/02: PC 33,3cm. 14/02: PC 33,4 cm. 21/02: PC 34,5 cm.

Convulsões neonatais. Fenobarbital de D7 a D61. Sob levetiracetam 40 mg/Kg/dia.

*EEG a 04/01: "Traçado exclusivamente de vigília, com registo de actividade epileptiforme menos frequente comparativamente com exames anteriores, com localização neste exame em frontotemporal esquerdo."

*EEG a 10/01: "Traçado de vigília e sono, com registo frequente de actividade epileptiforme focal, em centro-temporal esquerdo, sem aparentes manifestações clínicas associadas"

*EEG (17/1): "Traçado de vigília e sono, com registo pouco frequente de actividade epileptiforme focal, em centro-temporal esquerdo. Foram observados alguns episódios de movimentos involuntários, sobretudo dos membros inferiores, caracterizados por clónias, sem aparente tradução electroencefalográfica".

*EEG (26/01): "Traçado de sono, com breves despertares, com registo muito pouco frequente de actividade epileptiforme focal, em fronto-temporal esquerdo e ainda menos frequente em frontal direito. Foram observados alguns episódios de movimentos involuntários dos membros, sem tradução electroencefalográfica, não sugestivos de crises electroclínicas."

*EEG (07/02): "Traçado contínuo, simétrico, regular e amplo. Inscrição de raros surtos de pontas, ponta-onda e onda abrupta-onda lenta em temporal direito e fronto-centro-temporal esquerdo. Não se observaram crises epilépticas ou alterações do comportamento. Conclusão: Rara actividade epileptiforme fronto-centro-temporal esquerda e temporal direita."

*EEG 17/02: "Traçado contínuo, com actividade de base simétrica, irregular e pouco ampla, com sobreposição de alguns artefactos de movimento. Não se identificaram pontas e/ou ondas abruptas, ou outros paroxismos focais ou generalizados. Não se observaram movimentos anormais sugestivos de crises epilépticas. Conclusão: Traçado de sono, com actividade de base simétrica, com sobreposição de alguns artefactos de movimento, sem registo de actividade epileptiforme focal ou generalizada."

Respiratório: VMI de D1-D29. nCPAP de D29-D32. OAF de D32-D70. O2 por CN de D70-D77. VE, FIO2 0,21 desde D77 (05/02). DMH. Pós 3 doses de surfactante. Pneumotórax hipertensivo bilateral. Pós toracocentese. 5 dias dreno torácico direito e 4 dias dreno torácico esquerdo.

Síndrome bradipneico da PT. Suspendeu citrato de cafeína a 27/01.

DPC. Sob budesonida desde 16/1. Diuréticos de 13/01 a 09/02.

Tiragem subcostal ligeira. AP; MV mantido e simétrico, sem RA.

Último EABc a 14/02: pH 7,410; pCO2 45,9; HCO3- 29,1; BE 4.

Cardiovascular: Hemodinamicamente estável. TPC <2seg. AC: S1 e S2 rítmicos, sem sopros. PF amplos e simétricos.

*Ecocardiograma funcional a 24/11: "PCA com velocidade de 1,5, veia cava inferior bem preenchida (3mm). Camaras bem preenchidas. Insuficiência tricuspíde ligeira. PCA pequeno, dimensões de 1 mm e velocidade de 2,3 ms. Cateter na aurícula. Retira 2,5 cm ao CEC. Derrame cardíaco de pequeno volume."

*Ecocardiograma funcional a 25/11: "Coração sem malformação estrutural Boa função ventricular Insuficiência tricuspíde ligeira Drenagem venosa sistémica e pulmonar aparentemente bem. Crossa aórtica esquerda Tronco pulmonar sem alterações aparentes PCA com dimensões de 1 mm e velocidade de 2,5 ms, relação AE/AO cerca de 1,2. shunt predominantemente esq /direito FOP/cia Cateter aorta CEC não visualizado Derrame de pequeno volume mas pequeno que anteriormente observado Cava bem preenchida"

*Ecografia cardíaca funcional a 04/12: "Coração sem malformação estrutural Boa função ventricular Insuficiência tricuspíde ligeira Drenagem venosa sistémica e pulmonar aparentemente bem Crossa aórtica esquerda Tronco pulmonar sem alterações aparentes PCA muito pequeno FOP/cia CEC não visualizado. Sem derrame Cava bem preenchida."

Hidroelectrolítico/Renal: Suspendeu fluidoterapia e.v. a 04/01. Aporte entérico na totalidade, ad libitum. Diurese aparentemente adequada.

Cr máx 0,9 e Ur máx 126 (a 24/11). Pós hipernatremia (máx 151 a 24/11). Último controlo a 24/11: Ur 33; Cr 0,4; Na+ 137; K+ 5,8; P 6,9; CaT 11,2.

Diuréticos de 13/01 a 09/02. Pós hiponatremia secundária sob suplementação oral de Na+ até 09/02 - Na+ mín 131 no EAB (15/01). Último controlo EABc 14/02: Na+ 137; K+ 5,6; iCa 1,47.

Infecioso: Estabilidade térmica.

EVOLUÇÃO

Risco infeccioso por PT espontânea com PCR materna + e leucocitose com neutrofilia. Fez 6 dias ampicilina + gentamicina. HC admissão (colhida após administração de ATB): negativa.
 Sépsis tardia com NEC IIIB. Cumpriu 14 dias de vancomicina+meropenem+metronidazol. Pós dreno abdominal. HC 28/11 e 06/12: negativas. Micro LCR 06/12: negativo. Zaragatoa cutânea peridreno abdominal 07/12: Candida albicans.
 Conjuntivite neonatal. Completou 10 dias de gentamicina ocular. MB exsudado ocular (25/12): Candida parapsilosis e E.Coli. MB exsudado ocular 05/01: cultura escassa de Candida parapsilosis. MB exsudado ocular 12/01: Candida albicans.
 *MB CVU 24/11: negativa. MB CAU 27/11: negativa.
 *MB TET: isolamento de C. albicans, E. faecalis e E.Coli
 *HC 01/01: Negativa. MB CEC 01/01: Negativo.
 Candidíase oral diagnosticada a 15/02. Pós 7d de nistatina oral, alterada para miconazol a 21/02 por manter lesões - D2/3. Atualmente sem lesões na mucosa jugal ou no palato.
 *Zaragatoa rectal 14/01, 20/01, 27/01, 02/02, 09/02 e 17/02: negativa.
 Último controlo analítico a 24/01: leuc 13900, neut 4600, L 7300, PCR 17,2 mg/L (fez vacinas dos 2M no dia 21/01).

Hematológico : Anemia da PT. Pós 2x TGR - última a 17/12. Ligeira palidez cutânea. Sob ferro oral 3,5 mg/kg/dia.
 *Admissão: Hb 18,5g/dL, Htc 54,8%, plaquetas 143000/uL.
 *05/01: Hb 11,0 gr/dL; htc 33,3; leuc. 12100 (N 2700; L 6700); plaq. 244000. Ferritina 211.
 *Último controlo a 24/01: Hb 11,4g/dl, Htc 34,8%, reticulocitose 276640.
 EAbc 14/02: Hb 11,6; htc 34%.

Metabólico : Estabilidade glicémica.
 Pós acidose metabólica ligeira.
 Colestase resolvida a 06/01. Pós AUDC e Vit K 2mg (2x sem) D31-49; Fiadek e MCToil D41-49.
 *Último controlo a 24/01: BT 0,72 mg/dl, BD 0,45 mg/dl I Gama GT normal a 13/12, GGT 24/01 119 U/L, FA 469 U/L (anterior 506), P 6,9 mg/dL.

Alimentar/Gastrointestinal : Sépsis tardia com NEC IIIB. Pós dreno abdominal durante 10 dias - exteriorizado a 07/12. Pós 14d vancomicina+meropenem+metronidazol.
 RX-abdómen (06/12): sem pneumoperitoneu e sem pneumatose.
 Início de alimentação trófica em D23 com LM (2 mL), com tolerância irregular inicialmente, posteriormente com aumento progressivo e tolerância.
 Autonomia alimentar desde 16/02. Faz leite PDF a pedido por letina. Regurgitações esporádicas. Dejeções presentes.
 Abdómen: mole e depressível, hérnia incisional pela zona do dreno abdominal, indolor, sem sinais inflamatórios da parede.

Outro : Pós 7 dias de CAU - retirado a 27/11. Pós 4 dias de CVU - retirado a 24/11. Pós 34 dias de CEC - retirado a 01/01.
 Pos 5 dias de dreno torácico direito e 4 dias de dreno torácico esquerdo.
 Dreno abdominal durante 10 dias, exteriorizado a 07/12.

Observações : VHB 1 a 03/01.
 DTPaHibVIP + Pn13 + Bexsero a 21/01.
 Rotateq a 26/01.
 VHB 2 a 03/02.
 RANU (OEA e PEA) passou a 18/02.
 Red reflex +/-.
 Ortolani/Barlow negativo.

Somatometria a 21/02: comprimento 48,6 cm; PC 34,5 cm.

ROP 19/01: "FO ODE: Sem doença plus. Sem ROP visível mas zona 3 ainda sem vascularização

rever 2 semanas"

ROP 31/01: "FO ODE: Sem doença plus. ROP grau 1 zona 2 anterior, vitreo ainda ligeiramente turvo na periferia

rever 2 semanas"

ROP 14/02: FO ODE: Sem doença plus, aumento tortuosidade vascular polo posterior (+oe), ROP grau 2 temporal inferior ode e nasal sup oe zona 2 anterior, restante grau 1

rever 1 semana

ROP 21/2: "FO ODE: Sem doença plus, ROP grau 2 zona II anterior mas já com vasos a ultrapassar a crista para zona 3 (que está completamente por vascularizar)

rever 1 semana".

Problemas dia	: Clinicamente estável
Plano dia	: Alta. Mantém seguimento nos Cuidados de Saúde Primários. Referenciada para a ELI Braga. Contactada MFR a 23/02 para orientar TF e TO no domicílio. Pedidas consultas de seguimento: - Oftalmologia - 28/02 - feito pedido e enviado email para secretariado de Oftalmologia - Neuropediatria - 02/03 às 15h30 - Neonatologia - 03/03 às 14h - ORL RANU-risco - 26/04 às 16h - Cirurgia Pediátrica e MFR - aguarda marcação. Terapêutica no domicílio: - Miconazol 6/6h - completa 7 dias a 27/02 - Leite PDF a pedido (65 mL de 3/3h) - Budesonida 1 puff em câmara expansora 2 vezes por dia - Ferro 2 gotas, 2 vezes por dia - Vigantol 1 gota por dia - Levetiracetam 0,65 mL de 12/12h.

DIAGNÓSTICOS

Data de Registo:

---2022-03-02 13:59, Celia Barbosa, 5669, Pediatria--- MC - Reavaliação neurológica e opinião sobre medicação anti-convulsivante Alta do internamento em 23/02/2022 Foi-lhe marcada a 1ª consulta de Neo para 3/03/2022 Medicada com LEV 0,65 ml (sol 100 mg/ml) de 12 em 12 h AP Gestação não vigiada, 25 sem, peso 900 g IA - Desconhecido Parto num táxi tendo chegado ao Hospital cerca de 15 min depois (ver nota de alta médica) Eco TFs - "Hemorragia grau IV bilateral, com maior atingimento do parênquima encefálico periventricular à esquerda | hemorragia parenquimatosa temporal direita, bem como no hemisfério cerebeloso | dilatação moderada do sistema ventricular". RM cerebral (14/01/2022) : Nas imagens obtidas sobressai lesão destrutiva de tipo cístico hemisférica profunda esquerda, com aproximadamente 2,4cm de maior diâmetro antero-posterior. Interessa a corona radiata e comunica profundamente com o ventrículo lateral. Corresponde a sequela de enfarte venoso peri-ventricular. Há redução do volumoso tálamo ipsilateral e, aparentemente, do pé do pedúnculo cerebral do mesmo lado (provavelmente por atingimento/degeneração walleriana do feixe piramidal). Alargamento generalizado dos espaços de circulação de líquido, designadamente o espaço subaracnoideu pericerebral e do sistema ventricular supratentorial. Não há relevantes sinais de tensão, não se verificando abaulamento da lâmina terminallis. Existem vestígios de coágulos intraventriculares e pigmentação hemossidérica no epêndima. Diminuição global da espessura da substância branca nos lobos temporais como possível sequela de leucomalácia. Redução volumétrica da parte inferior dos hemisférios cerebelosos, sobretudo do direito, possivelmente relacionada com antecedentes de lesão hipoxicoisquémica tendo em conta os achados em ecografias transfontanelares previamente efetuadas. Não se observam processos malformativos encefálicos. As amígdalas cerebelosas estão em posição normal. EEG (17/02/2022) - - Traçado de sono, com actividade de base simétrica, com sobreposição de alguns artefactos de movimento, sem registo de actividade epileptiforme focal ou generalizada EN Idade cronológica 3 M e 11 dias Idade corrigida de 39 sem PC hoje 35 cm (não trouxe o BSI) Não fixa Tonus axial aumentado contrastando com queda cefálica ("ao puxar para sentar") Hipertonia de membros e ROTs muito vivos Sem outros sinais piramidais Sem assimetrias aparentes Apesar de não serem reconhecidas crises clínicas e do EEG estar "melhorado", mantem-se a medicação com LEV 65 mg de 12 em 12 h

Prognóstico : Muito reservado em termos motores, cognitivos e sensoriais

Rastreio Auditivo Neonatal a 18.02.2022 e passou nos P.E.A. Aut e O.E.A.

Consultas de seguimento no Hospital de Braga:

- Neonatologia
- Oftalmologia
- ORL
- Neoropediatria
- MFR

MÉDICO RESPONSÁVEL

Ana Rita Dias

(Ana Rita Vieira Silva Dias - Nº:)

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

(Ana Filipa Simoes - Nº:)

inferior direito. Normal abdução da anca. Ajustado ferro oral. Mantem terapias e seguimento multidisciplinar. inferior direito. Normal abdução da anca. Ajustado ferro oral. Mantem terapias e seguimento multidisciplinar.



HB - 40481327

FRANCISCA VIEIRA COUTO

Data Nasc: 21-11-2021

Episódio: 313196732

Serviço Requisitante: Neonatologia

Data Realização Exame:
14-01-2022

Exames Realizados:
RM do cranio

Informação Clínica: "EX PT de 24S, atualmente 33S IC. Hemorragia grau IV bilateral, com maior atingimento do parênquima encefálico periventricular à esquerda | hemorragia parenquimatosa temporal direita e bem como no hemisfério cerebeloso | dilatação moderada do sistema ventricular. ;"

Técnica - Foram efetuadas múltiplas sequências nos três planos ortogonais, sem administração de contraste. estudo de difusão.

Relatório:

Nas imagens obtidas sobressai lesão destrutiva de tipo cístico hemisférica profunda esquerda, com aproximadamente 2,4cm de maior diâmetro antero-posterior. Interessa a corona radiata e comunica profundamente com o ventrículo lateral. Corresponde a sequela de enfarte venoso peri-ventricular. Há redução do volumoso tálamo ipsilateral e, aparentemente, do pé do pedúnculo cerebral do mesmo lado (provavelmente por atingimento/degeneração *walleriana* do feixe piramidal).

Alargamento generalizado dos espaços de circulação de líquido, designadamente o espaço subaracnoideu pericerebral e do sistema ventricular supratentorial. Não há relevantes sinais de tensão, não se verificando abaulamento da lâmina terminalis.

Existem vestígios de coágulos intraventriculares e pigmentação hemossidérica no epêndima.

Diminuição global da espessura da substância branca nos lobos temporais como possível sequela de leucomalácia.

Redução volumétrica da parte inferior dos hemisférios cerebelosos, sobretudo do direito, possivelmente relacionada com antecedentes de lesão hipoxicoisquémica tendo em conta os achados em ecografias transfontanelares previamente efetuadas.

Não se observam processos malformativos encefálicos.

As amígdalas cerebelosas estão em posição normal.

Relatado por: JOAO SOARES FERNANDES (M42269)
Médico Neurorradiologista

Assinado por:JOAO SOARES FERNANDES (M42269)

3.1. Pneumotórax hipertensivo bilateral | 5d dreno torácico dto | 4d dreno torácico esq

4. Hemorragia grau IV bilateral

4.1. RMN-CE (24/01): "Lesão destrutiva de tipo cístico hemisférica profunda esquerda, com aproximadamente 2,4 cm de maior diâmetro antero-posterior. Interessa a corona radiata e comunica profundamente com o ventrículo lateral. Corresponde a sequela de enfarte venoso peri-ventricular. Há redução do volumoso tálamo ipsilateral e, aparentemente, do pé do pedúnculo cerebral do mesmo lado (provavelmente por atingimento/degeneração walleriana do feixe piramidal). Alargamento generalizado dos espaços de circulação de líquido, designadamente o espaço subaracnoideu pericerebral e do sistema ventricular supratentorial. Não há relevantes sinais de tensão, não se verificando abaulamento da lâmina terminallis. Existem vestígios de coágulos intraventriculares e pigmentação hemossidérica no epêndima. Diminuição global da espessura da substância branca nos lobos temporais como possível sequela de leucomalácia. Redução volumétrica da parte inferior dos hemisférios cerebelosos, sobretudo do direito, possivelmente relacionada com antecedentes de lesão hipoxicoisquémica tendo em conta os achados em ecografias transfontanelares previamente efetuadas. Não se observam processos malformativos encefálicos."

5. Convulsões neonatais | Pós- fenobarbital | Sob levetiracetam | EEG (17/02): 17/02: "Sem registo de actividade epileptiforme focal ou generalizada."

6. Sepsis tardia com NEC IIIB- 14d vancomicina+meropenem+metronidazol | pneumoperitoneu | pós dreno abdominal

6.1. Hérnia incisional no local do dreno

7. PCA sem encerramento farmacológico

8. Anemia da prematuridade | TGR 23/11 e 17/12

9. Trombocitopenia (nadir 108000/uL em D4)

10. Icterícia | Fototerapia D2-D9

11. Pós-desidratação hipernatrémica (Na+ máx. 151, ureia máx 126 em D4 de vida)

12. Colestase neonatal - resolvida

13. DPC | Pós Diuréticos | Budesonida

13.1. Pós hiponatrémia secundária

14. ROP G2 ODE, sem Plus

15. Síndrome bradipneico da PT | Cafeína até 27/01

Consultas de seguimento:

- Neuropediatria
- Neonatologia
- ORL RANU-risco
- Oftalmologia
- Medicina Física e Reabilitação
- Cirurgia Pediátrica
- Gastro Pediátrica

Terapias:

- Fisioterapia 3x/semana, Terapia da fala 1 x/semana

Terapêutica no domicílio:

- Budesonida 1 puff em câmara expansora 1 vez/dia
- Ferro 3 gotas 2 vezes/dia
- Vigantol 1 gota por dia
- Levetiracetam 0,65 mL de 12/12h (25 mg/kg/dia). Iniciou desmame desta medicação.

Exame Objectivo na última consulta (22/7/2022), com idade corrigida de 4,5 meses:

Peso 5190 g (<P3), comp 61 cm (P15), PC 40 cm (P15) - para idade corrigida.

Rosada e hidratada.

Tem contacto ocular, segue com o olhar e sorri. Palra.

Hipertonia global de predomínio direito. Mão direita mais fechada mas abre-a, vai buscar a mão direita com a esquerda. Segura objectos e deixa cair. Leva à boca.

Sem SDR.

ACP: Normal.

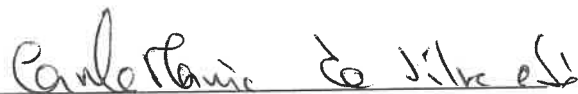
Abdómen: Mole e depressível, sem organomegalias. Hernia da parede abdominal no quadrante inferior direito.

Normal abdução da anca.

Mantém terapias e seguimento multidisciplinar.

Por ser verdade e me ter sido pedido pela mãe, passo o presente relatório que dato e assino.

Braga, 3 de Novembro de 2022



Nome: CARLA SA

N.º Ordem dos Médicos: M36183



Hospital
de Braga EPE

RELATÓRIO EEG

HB / 40481327

FRANCISCA VIEIRA COUTO

RUA AFONSO PALMEIRA Nº52 3º DTO FRT 4715-278
Braga

| 2 meses (21-11-2021) | Sexo: Feminino

Nº Registo EEG: 28794

Data do Registo: 17/02/2022

Episódio: 322766867

Médico Responsável: Dra. Nicole da Silva

Serviço Requirante: UC Especiais Neonatologia

Informação Clínica: Ex PT 25 sem. Epilepsia sob LVT. Controlo pré alta.

RELATÓRIO

Registo EEG/vídeo, realizado na neonatologia em bebé no berço, em sono com raros despertares. A bebé esteve relativamente sossegada durante a realização do exame.

Traçado contínuo, com actividade de base simétrica, irregular e pouco ampla, com sobreposição de alguns artefactos de movimento. Não se identificaram pontas e/ou ondas abruptas, ou outros paroxismos focais ou generalizados. Não se observaram movimentos anormais sugestivos de crises epilépticas.

Conclusão: Traçado de sono, com actividade de base simétrica, com sobreposição de alguns artefactos de movimento, sem registo de actividade epileptiforme focal ou generalizada.

Braga, 17 de Fevereiro de 2022

Nome: FATIMA ALMEIDA
N.º Ordem dos Médicos: M29038
Nº Mecanográfico: 2170



SÉGURANÇA SOCIAL

CENTRO DISTRITAL DE BRAGA

PRAÇA DA JUSTIÇA
4719-003 BRAGA



INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

Este cartão é pessoal e intransmissível.

O cartão só faz prova quando acompanhado de documento de identificação válido.

O titular deste cartão tem acesso a todos os direitos inerentes ao reconhecimento do estatuto enquanto este se mantiver.

Assinatura do titular
