


CARTEIRINHA AHPN

INSTRUÇÕES:

IMPRIMA A SUA CARTEIRINHA, PREENCHA JUNTO COM O SEU MÉDICO E MANTENHA SEMPRE JUNTO COM OS SEUS DOCUMENTOS.

 AHPN HIDROCEFALIA DE PRESSÃO NORMAL	DATA DO IMPLANTE DE VÁLVULA ___/___/___
NOME DO PACIENTE _____	MARCA DA VÁLVULA _____
DATA DE NASCIMENTO ___/___/___	TIPO DA VÁLVULA _____ <input type="checkbox"/> FIXA <input type="checkbox"/> AUTOREGULÁVEL <input type="checkbox"/> PROGRAMÁVEL
TELEFONE _____	MECANISMO DE FUNCIONAMENTO _____
TIPO DE DISTÚRBO HIDRODINÂMICO DO CÉREBRO _____ <input type="checkbox"/> HIDROCEFALIA <input type="checkbox"/> PSEUDOTUMOR CEREBRAL <input type="checkbox"/> CISTO DE ARACNOIDE	PRESSÃO DE ABERTURA _____
CAUSA DO DISTÚRBO _____	SÍTIO PROXIMAL DO CATETER _____ <input type="checkbox"/> VENTRÍCULO <input type="checkbox"/> CISTO <input type="checkbox"/> INTRARRAQUIDIANO LOMBAR
	SÍTIO DISTAL DO CATETER _____ <input type="checkbox"/> PERITÔNIO <input type="checkbox"/> PLEURA <input type="checkbox"/> ÁTRIO

