


# CARTEIRINHA AHPN

## INSTRUÇÕES:

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

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

