

# SEGURANÇA DO PACIENTE



HOSPITAL  
**MÃE DE DEUS**  
SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS

# Segurança do Paciente

- Segurança do paciente é a redução de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como a utilização de boas práticas para alcançar resultados ótimos para o paciente.
- O objetivo deste manual é auxiliá-lo nos principais processos desenvolvidos no HMD na busca da garantia da segurança assistencial.

# Hospital Mãe de Deus

## Missão

Garantir soluções completas e integradas em saúde, com desenvolvimento científico, tecnológico e humano.

## Visão

Ser reconhecido pela sociedade e pelos médicos como hospital de referência em soluções completas de saúde e de alta complexidade, com sustentabilidade econômica e social.

# Princípios e Valores Hospital Mãe de Deus

1. **Hospital Mãe de Deus** – Crescimento e fortalecimento de imagem
2. **Cliente** – solução completa e integrada
3. **Segurança assistencial** – divulgação de resultados
4. **Ação social** – transformação de realidades
5. **Médico** – compromisso com o modelo assistencial
6. **Colaboradores** – valorização e atitude
7. **Gestão** - inovadora, centrada no cliente e com resultados
8. **Sustentabilidade econômica** – perenidade institucional
9. **Ensino e pesquisa** – conhecimento e inovação
10. **Acolhida, compaixão, justiça e ética** – atributos institucionais

# Metas Internacionais para Segurança do Paciente

**Meta 1:** Identificar os pacientes corretamente.

**Meta 2:** Melhorar a comunicação efetiva.

**Meta 3:** Melhorar a segurança para medicamentos de risco.

**Meta 4:** Eliminar cirurgias de local-errado, paciente errado e procedimentos incorretos.

**Meta 5:** Reduzir o risco de adquirir infecções.

**Meta 6:** Reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas.

# Meta 1:

## Identificar os Pacientes Corretamente

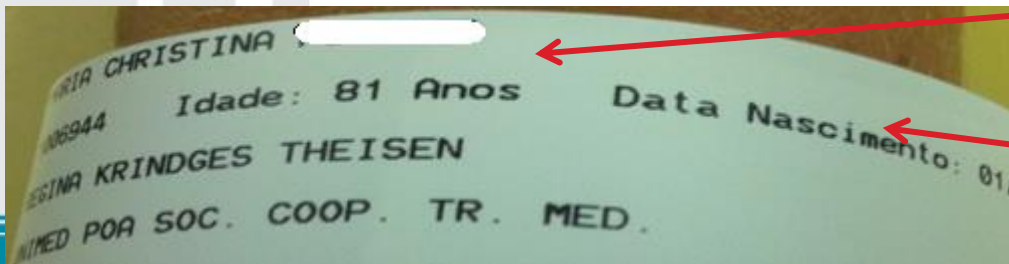
1ª Forma de Identificação do Paciente: Nome completo;

2ª Forma de Identificação do paciente: Data de Nascimento;

- Ao ingressar na instituição o paciente receberá sua pulseira de identificação
- (de cor branca), que deverá ser colocada em MSD.
- Caso, não seja possível sua colocação em MSD, justificar no prontuário a colocação em outro membro ou o uso da placa de identificação.
- Quando danificada deve ser substituída por outra pulseira.

EXPLICAR AO  
PACIENTE A  
FINALIDADE DA  
IDENTIFICAÇÃO

**Obs:** em todos os procedimentos a serem realizados com o paciente, deve ser checada a identificação correta do mesmo.



**1º Forma de Identificação :  
Nome Completo**

**2º Forma de Identificação :  
Data de Nascimento**

# Meta 1:

## Identificação de Recém Nascidos (RNs)

A identificação de Recém Nascidos (RNs) dever ser feita com pulseira de número seriado correspondente ao da mãe colocada no membro superior direito e mais uma placa de identificação fixada ao berço.

A white identification card for the newborn. It features a circular photo of a newborn's feet in the top left corner. The logo of 'HOSPITAL MÃE DE DEUS' is in the top right. The title 'IDENTIFICAÇÃO PARA BERÇO' is centered. Below the title are several fields for information: 'Nome Recém Nascido:', 'Quarto/Leito:', 'Data de Nascimento:', 'Hora:', 'Peso Nascimento:', 'Comprimento:', 'Nome do Pai:', 'Nome da Mãe:', 'Médico Obstetra:', and 'Médico Pediatra:'.

Nome Recém Nascido:		Quarto/Leito:	
Data de Nascimento:	Hora:	Peso Nascimento:	Comprimento:
Nome do Pai:		Nome da Mãe:	
Médico Obstetra:		Médico Pediatra:	

## Meta 2:

# Melhorar a Comunicação Efetiva



Ao receber orientação verbal/telefônica, sempre proceder da seguinte forma:

- ouvir a orientação;
- anotar;
- reler para confirmar a orientação;



# **META 3:**

## **Melhorar a Segurança para Medicamentos de Risco**

Medicamentos de alta vigilância (potencialmente perigosos) são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos nos pacientes em decorrência de falha na utilização.

Os erros que ocorrem com eles não são os mais rotineiros, mas as consequências podem ser devastadoras para os pacientes, podendo levar a lesões permanentes ou a morte.



HOSPITAL  
**MÃE DE DEUS**  
SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS

## **META 3:**

# **Melhorar a Segurança para Medicamentos de Risco**

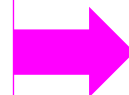
<b>MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA</b>	
<b>GLICOSE A 50%</b>	<b>INSULINA (EV)</b>
<b>QUIMIOTERÁPICOS</b>	
<b>ELETRÓLITOS</b>	<b>ANTICOAGULANTES</b>
Cloreto de Sódio 20%	Femprocumona (Marcoumar <sup>®</sup> )
Fosfato de Potássio	Fondaparinux (Arixtra <sup>®</sup> )
Gluconato de Cálcio	Warfarina
Sulfato de Magnésio	(Marevan <sup>®</sup> /Coumadin <sup>®</sup> )
Bicarbonato de Sódio	Heparina ( <b>EV</b> )
Cloreto de Potássio	Enoxaparina (Clexane <sup>®</sup> )

# Medicamentos de Alta Vigilância/Controlados

AÇÕES:

- Manter gaveta chaveada;
- Manter medicamento identificado;
- Retirar da gaveta somente no momento da administração;
- Retirar medicamento da gaveta após a alta hospitalar e armazenar em gaveta própria para devolução;
- A farmácia é responsável pela devolução.

O rótulo para soluções com medicamentos de ALTA VIGILÂNCIA tem o diferencial da tarja **ROSA**.



HOSPITAL MÃE DE DEUS		RÓTULO DE SORO	
Paciente:		Leito:	
Composição:		Composição:	
KCl (10%) _____ ml			
NaCl (20%) _____ ml			
Início:		Término:	
Data: / /		Gotejo: _____	
		<input type="checkbox"/> GTS/min <input type="checkbox"/> ML/h	
Observações:			
Assinatura:			

# Cuidados Gerais com Medicamentos

Realizar os seis certos dos medicamentos antes de administrá-los:

- Paciente Certo;
- Medicação Certa;
- Dose Certa;
- Via Certa;
- Hora Certa;
- Registro Certo;



# Identifique os 06 Certos na Administração de Medicamentos

Atendimento: 3011193 **Maria Silva** Avaliação Data: 19/06/2012

Dados do Atendimento: Itens Prescritos

**Paciente Certo**

Presc.: 4038049 - [ DARCY INDA PEREIRA F ]	Início	Apl	Freq	Quant	Unidade	S Ncs	Apz16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12	14
1 NPO	19/06 10:01						✓											
2 OXIMETRO DE PULSO/ SATUROMETRO	19/06 10:01		Contínuo				✓											
3 SOL GLICO-FISIOLOGICA 1000ML SIST FECHADO ; 60 GOTAS/Min	19/06 10:01	IV	Dose Unic		1 BOLSA		✓											
4 C.C. NAUSEDRON 8 MG/ 4ML	19/06 12:00	IV	6h/6h		1 AMPOLA	✓	✓											
↳ AGULHA DESCARTAVEL 25X7	19/06 12:00				1 UNIDADE													
↳ SERINGA DESCARTAVEL 5ML	19/06 12:00				1 UNIDADE													
↳ SOL FISIOLOGICA 0,9% 50ML SIST FECHADO	19/06 12:00				1 BOLSA													
5 C.C. TORADOL 30MG/1ML SOL IV	19/06 22:00	IV	12h/12h		1 AMPOLA	✓	✓											
↳ AGULHA DESCARTAVEL 25X7	19/06 22:00				1 UNIDADE													
↳ SERINGA DESCARTAVEL 5ML	19/06 22:00				1 UNIDADE													
6 C.C. NOVALGINA 500MG/ML 2ML	19/06 12:00	IV	6h/6h		1 AMPOLA	✓	✓											
↳ AGULHA DESCARTAVEL 40X12	19/06 12:00				1 UNIDADE													
↳ SERINGA DESCARTAVEL 3ML	19/06 12:00				1 UNIDADE													
↳ APLICACAO INECCAO IM/IV	19/06 12:00				20 MG													
7 C.C. DOLANTINA 50MG/ML 2ML	19/06 16:00	IV	2h/2h		1 AMPOLA	✓	✓	0	0	0								
↳ AGUA DESTILADA 10ML	19/06 16:00				1 AMPOLA													
↳ AGULHA DESCARTAVEL 25X7	19/06 16:00				1 UNIDADE													
↳ SERINGA DESCARTAVEL 10ML	19/06 16:00				1 UNIDADE													
8 CAPOTEN 25MG COMP	19/06 12:00	VO	6h/6h		1 COMPRIMIDO	✓	✓											
9 C.C. DROPERIDOL 2,5MG/ML 1ML	19/06 12:00	IV	6h/6h		1 AMPOLA	✓	✓											
↳ SERINGA DESCARTAVEL 5ML	19/06 12:00				1 UNIDADE													
10 RIVOTRIL 2,5MG/ML SOL ORAL 20ML	19/06 10:01	VO	Dose Unic		7 GOTAS	✓	✓											
11 C.C. (D1/2) KEFAZOL 1G	19/06 12:00	IV	6h/6h		1 FRASCO AM	✓	✓											
↳ AGUA DESTILADA 10ML	19/06 12:00				1 AMPOLA													
↳ AGULHA DESCARTAVEL 25X7	19/06 12:00				1 UNIDADE													
↳ AGULHA DESCARTAVEL 40X12	19/06 12:00				1 UNIDADE													
↳ SERINGA DESCARTAVEL 10ML	19/06 12:00				1 UNIDADE													

**Medicamento Certo**

**Dose Certa**

**Via Certa**

**Horário Certo**

**Registro Certo**

## Meta 4:

# Eliminar Cirurgias de Local-errado, Paciente-errado e Procedimentos Incorretos

O enfermeiro ou o técnico de enfermagem da unidade onde o paciente se encontra, orientará o paciente na realização da marcação da lateralidade cirúrgica:

❖ A primeira marcação recomendada é um ponto preenchido na **cor vermelha** de mais ou menos 1 cm de diâmetro, realizada somente pelo próprio paciente:

❖ A segunda marcação recomendada é um círculo circunscrito de cor azul simulando um alvo, e será feito preferencialmente na sala de admissão, pelo cirurgião principal.

Imagem:



HOSPITAL  
MÃE DE DEUS  
SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS

# Marcação de Lateralidade



- **Cirurgia no pé ou tornozelo** – Marcação no dorso do pé.
- **Cirurgia na perna** – Marcação na perna- 4 cm acima do joelho em face anterior.
- **Cirurgia do abdômen** – Marcação no flanco correspondente, sobre a Crista Ilíaca.
- **Cirurgias do tórax / cabeça / olho / ouvido / face** – Marcação no hemitórax correspondente- 2 cm abaixo da clavícula.
- **Cirurgia do braço** – Marcação no braço- 4 cm acima do cotovelo em face externa.
- **Cirurgia da mão** – Marcação no braço- 4 cm acima do punho em face externa.

**Contra indicado:** nas cirurgias realizadas em bilateralidade ou em procedimentos realizados em órgão/membro único.

**Ponto Crítico:** Nos casos de pacientes sem condições de participar ativamente da cirurgia segura, deverá ser realizada **exclusivamente** a segunda marca **pelo cirurgião principal**.





# CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Paciente: ..... Data Nascimento: ...../...../..... Médico Principal: .....  
 Procedimento/Órgão: ..... Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Não se Aplica  
 NPO: ..... h. TA: ..... mmHg. FC: ..... bpm. FR: ..... mpm. TAX: ..... °C Dor: ..... Saturação O2: ..... % BCF: ..... bpm.  
 Procedência: ..... Data: ..... / ..... / ..... Hora: ..... : ..... Ass./Carimbo: .....

ANTES DE ENCAMINHAR O PACIENTE PARA A SALA	ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INTERVENÇÃO "TIME OUT"	ANTES DO PACIENTE DEIXAR A SALA
<b>Confirmar com o Paciente</b>	<b>Confirmar com o Anestesista</b> <input type="checkbox"/> NA	<b>Confirmar com a Equipe</b>	<b>Confirmar com o Médico Principal</b>
<input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> 1ª Marcação de Lateralidade: <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Médico Principal <input type="checkbox"/> Ausência de Adornos <b>Alergias:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Descrever: _____ _____ _____	Dificuldade de via aérea ou risco de aspiração: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e há equipamento disponível. Risco de perda sanguínea acentuada: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e existe: <input type="checkbox"/> Acesso venoso adequado <input type="checkbox"/> Reserva de Hemoderivado Indicado Antimicrobiano Profilático: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e administrado: <input type="checkbox"/> Antes da Incisão <input type="checkbox"/> Após a Incisão	<input type="checkbox"/> PACIENTE CORRETO <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO CORRETO <input type="checkbox"/> LATERALIDADE CORRETA <input type="checkbox"/> EQUIPE COMPLETA <b>Confirmar com Cirurgião</b> Há outros pontos críticos para o início/realização do procedimento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, descrever: _____ _____ <b>Registrar</b> <input type="checkbox"/> NA <b>Realizada Tricotomia:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, descrever local: <input type="checkbox"/> Lâmina <input type="checkbox"/> Tricotomizador <input type="checkbox"/> Prévia <b>Descrever Local de Adesão da Placa ECT:</b> _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Descrição do Procedimento Realizado Houve mudança do plano cirúrgico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, descrever: _____ _____ <input type="checkbox"/> Prescrição Médica Realizada <input type="checkbox"/> NA <b>Confirmar Téc. Enfermagem</b> <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Contagem de compressas, gases e instrumentais realizada <b>Registrar</b> <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Todos os Lançamentos Realizados Todos os equipamentos funcionaram corretamente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, descrever: _____ Realizada Tipagem de Sangue Cordão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Encaminhados espécimes para anatomia patológica: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, descrever: _____ _____
<b>Confirmar Consentimentos</b>	<b>Confirmar com o Médico</b>		
<input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Anestésico <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Hemoderivados <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> 2ª Marcação de Lateralidade <input type="checkbox"/> NA <b>Confirmar Téc. Enfermagem</b> <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Materiais necessários disponíveis. <input type="checkbox"/> Testes de esterilidade disponíveis. <input type="checkbox"/> Equipamentos disponíveis/testados.		

**Anestesista:** ..... **Instrumentador:** ..... **Enfermeiro:** .....  
 Cirurgião (Ass. e Carimbo) ..... Responsável p/Preenchimento (Ass. e Carimbo) .....  
 Data: ..... / ..... / ..... Hora: ..... : .....

AZUL - AMBULATÓRIO, CNI, III-1, CTI, CTINER, EMERGÊNCIA, SB'S | AZUL + DBETO - CENTRO CIRÚRGICO, CENTRO DE TERAPIA ENDOVASCULAR, ENDOSCÓPIA | AZUL + DBETO + VERDE - CENTRO OBSTÉTRICO

**Para melhor definição dos campos checados em cada procedimento, defini-se o que segue:**

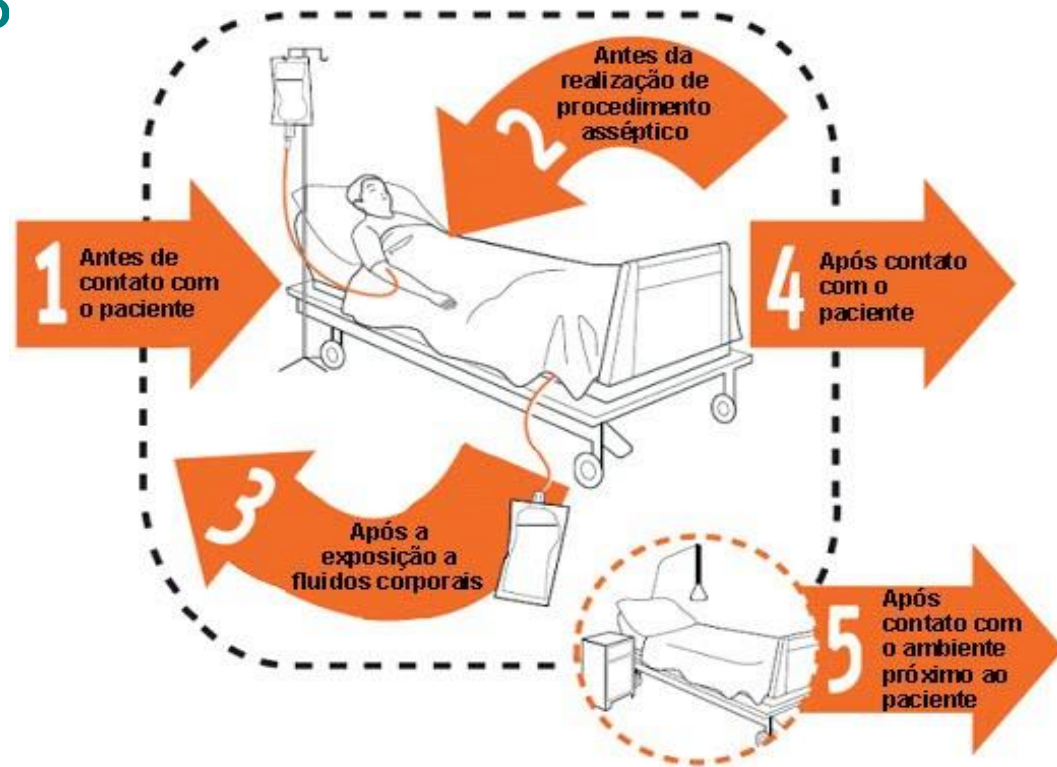
- Procedimentos realizados no ambulatório, no centro de diagnóstico por imagem, nas unidades de internação, nas salas de recuperação, nos centros de terapia intensiva e na emergência devem ser checados através dos campos azuis do formulário;
- Procedimentos realizados no centro cirúrgico, centro de terapia endovascular e endoscopia devem ser checados através dos campos azuis e pretos do formulário;
- Procedimentos realizados no centro obstétrico devem ser checados através dos campos azuis, pretos e verdes do formulário



# Meta 5:

## Reduzir o risco de adquirir infecções

A higienização das mãos deve ocorrer em cinco momento



## **Meta 6:**

**Reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas**

### **Escala de Morse**

**0 a 24 pontos :**

Paciente sem risco.

**25 a 50 pontos:**

Prescrição Padrão de Enfermagem + Orientação diária para pacientes e acompanhantes + Entrega do folder.

**Acima de 51 pontos:**

Pulseira Amarela MSE+Prescrição padrão de enfermagem+ Orientação diária conforme escala de Morse para pacientes e acompanhantes+ Entrega do folder.



# Folder de Orientações para Prevenção de Quedas

O item de prescrição é feito apenas no primeiro dia, mas a EDUCAÇÃO AO PACIENTE E FAMILIA deve ser diário.

EQUIPE ASSISTENCIAL DEVE ESTAR CIENTE E CONSCIENTIZADA

Educação  
paciente /  
família



# Avaliação para Risco de Úlcera por Pressão

## Escala de Braden

- Sem Risco: 21-23
- Baixo Risco: 17-20
- **Risco Moderado: 13-16**
- **Alto Risco: <12**

PRESCRIÇÃO PADRÃO

PULSEIRA VERDE MSE

ORIENTAÇÃO

CUIDADOS



HOSPITAL  
MÃE DE DEUS  
SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS

Nº 4



HOSPITAL  
MÃE DE DEUS  
SISTEMA DE SAÚDE MÃE DE DEUS

# Avaliação da Dor

A avaliação da dor deve ser aplicada em todas as áreas assistenciais, como o 5º sinal vital.

Dor  $\leq$  3 → medidas de conforto → reavaliar após 1h

Dor  $\geq$  4 → analgesia prescrita → reavaliar em 30 min.

SC: sem condições (conforme tabela de sinais sugestivos)

EVA/EVN: Pacientes em condições de referir à dor



# Avaliação da Dor



## SINAIS SUGESTIVOS DE DOR:

AGITAÇÃO PERSISTENTE

EXPRESSÃO FACIAL DE SOFRIMENTO, FACIES CONTRAÍDAS

GEMÊNCIA, CHORO

POSTURA DE PROTEÇÃO, RESISTÊNCIA A MOVIMENTOS DURANTE OS CUIDADOS

POSIÇÃO DE DEFESA ABDOMINAL

MOVIMENTO DE RETIRADA DO ESTÍMULO DOLOROSO

ALTERAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE

DESCONFORTO COM VENTILAÇÃO MECÂNICA: TOSSE, RESISTÊNCIA AO VENTILADOR, DENTES CERRADOS AO TUBO OROTRAQUEAL

**Indicação:** pacientes com déficit cognitivo grave, dificuldade de comunicação e/ou que não encontram-se em condições de referir a dor.

Ao registrar paciente SC (sem condições) evoluir as observações que sugerem a presença de dor (sinais sugestivos).

# Avaliação da Dor

## CLASSIFICAÇÃO DA DOR:

**Zero (0)** = Ausência de Dor

**Um a Três (1 a 3)** = Dor de fraca intensidade.


**Quatro a Seis (4 a 6)** = Dor de intensidade moderada.

**Sete a Nove (7 a 9)** = Dor de forte intensidade.

**Dez (10)** = Dor de intensidade insuportável.



# Dupla Checagem para Instalação de Hemocomponentes

 <b>CHECK LIST DE DUPLA CHECAGEM DE HEMOCOMPONENTES</b>			
<b>HEMOTERAPIA</b>			
<b>Etiqueta do paciente:</b>		<b>Data:</b>	
ANTES DE ENTRAR NO QUARTO DO PACIENTE	ANTES DA TRANSFUSÃO	DURANTE A TRANSFUSÃO	TÉRMINO DA TRANSFUSÃO
<b>CONFIRMAR NO PRONTUÁRIO</b> <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Prescrição X Pedido <b>TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <b>PRÉ MEDICAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <b>Horário da administração:</b> _____ <b>Funcionário da enfermagem responsável:</b> _____ <b>Funcionário da hemoterapia responsável:</b> _____	<b>CONFIRMAR COM O PACIENTE</b> <input type="checkbox"/> Nome do paciente <input type="checkbox"/> Registro <b>CONFIRMAR COM O TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA HEMOTERAPIA</b> <b>HEMOCOMPONENTE:</b> DIFEP _____ <input type="checkbox"/> Concentrado de Hemácias <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Plaquetas <input type="checkbox"/> Plaquetoférese <input type="checkbox"/> Crioprecipitado <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea da bolsa <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea da paciente na redeterminação beira leito _____ <b>Sinais vitais iniciais na etiqueta da bolsa ?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <b>Hora de vencimento da bolsa:</b> _____ <b>Funcionário da enfermagem responsável:</b> _____ <b>Funcionário da hemoterapia responsável:</b> _____	<b>DOR NO LOCAL DA INFUSÃO</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <b>REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <b>Sinais/Sintomas:</b> _____ <b>Comunicado Banco de sangue</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <b>Funcionário _____ Horário:</b> _____ <b>Funcionário da enfermagem responsável:</b> _____	<input type="checkbox"/> Sinais vitais finais na folha de enfermagem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <b>Hora do término:</b> _____ <input type="checkbox"/> Horário final na etiqueta do prontuário ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <b>Técnico da enfermagem assistencial responsável:</b> _____

A dupla checagem do paciente e da bolsa de hemocomponente deverá ser sempre ocorrer em conjunto por um dos profissional da equipe assistencial responsável pelo atendimento do paciente e outro do Serviço de Hemoterapia antes de sua instalação com o objetivo de mais uma medida de segurança no momento da instalação.



# Como Acessar os POTs

The screenshot displays the Intranet MÃE DE DEUS login interface. At the top left is the logo with the text "intranet MÃE DE DEUS". Below it, the text "Intra MD" is visible. A message states "Você está prestes a acessar uma área restrita". The login section includes fields for "Login" (containing "10108980") and "Senha" (masked with dots), with a "Esqueci minha Senha" link below. A grid of application icons is shown below the login fields. A red oval highlights the "Lista de Ramais" icon, and a red arrow points to it from the left. Other icons include "SEGER", "The TRUE Help Desk", "SA STRATEGIC ADVISER", "CID - 10", "ADP Web", "grupo a", "DASA", "PORTAL BI GESTÃO OPERACIONAL", "PORTAL BI GESTÃO ESTRATÉGICA", "PORTAL BI GESTÃO ORÇAMENTARIA", and "AFHMD". At the bottom, there are navigation links: "Capa", "Help", "Convênios", and "Downloads".

intranet  
MÃE DE DEUS

Você está prestes a acessar uma área restrita

Login Senha

10108980

Esqueci minha Senha

Lista de Ramais

SEGER  
Notificações  
Eventos  
Adversos

The TRUE  
Help Desk

SA  
STRATEGIC  
ADVISER

CID - 10  
Código  
Internacional  
de Doenças

ADP Web

grupo a

DASA

PORTAL BI  
GESTÃO  
OPERACIONAL

PORTAL BI  
GESTÃO  
ESTRATÉGICA

PORTAL BI  
GESTÃO  
ORÇAMENTARIA

AFHMD

Capa Help Convênios Downloads

# Como Acessar os POTs

**intranet**  
MÃE DE DEUS

Olá,  
JULIANA HARRES

Sair

**PLANETREE**

SISTEMA DE SAÚDE  
MÃE DE DEUS

PLANETREE

Boa tarde!  
Hoje é segunda-feira, 12 de janeiro de 2015

Meus Atalhos

Área Médica | Comunicação Interna | Diretoria | SAC | Sistemas e Fluxos

**Relação de Ramais**  
Ramais para contato com os hospitais do SSMD

**UpToDate. UpToDate**  
Acesse aqui

**Normas e Padrões do HMD**  
Consulte aqui os documentos normativos da instituição.

**Funcionários Tradutores**  
Funcionários que podem oferecer apoio em línguas estrangeiras.

**Lista de Brigadistas**  
Brigadistas de Incêndio HMD.

**Café com a Diretoria**  
Clique para ver as ações de melhorias e propostas no café com a diretoria

# Como Acessar os POTs

## Normas e Padrões do HMD

Unidade	Hospital Mãe de Deus
Tipo	Todos
Area	Todas
Texto	curativo

Normas/Padrões corporativos ☐

Pesquisar

Download Documento

### Hospital Mãe de Deus

#### POT 06-005-04 Curativo do Catéter de Bulbo Jugular

Este documento contém os procedimentos operacionais para realizar a troca de curativos de catéter de Bulbo Jugular em pacientes adultos.

*Divulgação: 09/02/2011*

*Última revisão:*

### Hospital Mãe de Deus

#### POT 06-005-05 Curativo de Acesso Venoso Central / Introdutor Valvulado / Schilley e Cateter Arterial - Versão 002

Este documento contém os procedimentos operacionais para realizar a troca de curativos de Cateter Venoso Central, Introdutor Valvulado, Cateter Schilley e Cateter Arterial em pacientes adultos

*Divulgação: 29/03/2012*


*Última revisão: 13/03/2012*

### Hospital Mãe de Deus

#### POT 06-006-04 Realização de Curativos - Versão 002

Este documento contém os procedimentos operacionais para realização de curativos

**Em caso de falhas no processo, quase falhas, erros de medicação, eventos sentinelas ou outros eventos adversos, não se esqueça de realizar a Notificação ao SEGER.**

Hospital	Hospital Mãe de Deus	
Data da Ocorrência	<input type="text"/>	
Tipo de Notificação	<div><input type="checkbox"/> A. Evento Adverso <input type="checkbox"/> B. Evento Sentinela <input type="checkbox"/> C. Quase Falha <input type="checkbox"/> D. Queixa Técnica(material / produto / medicamento) <input type="checkbox"/> E. Erro de Processo <input type="checkbox"/> F. Erro de Medicação</div>	
Envolvimento/Dano ao Paciente?	<input type="checkbox"/>	
Descrição do Evento Adverso / Dano	<input type="text"/>	
Nome do Paciente	<input type="text"/>	
Número do Leito	<input type="text"/>	
Número do Atendimento	<input type="text"/>	
Conduta Adotada	<input type="text"/>	

Caso queira receber algum retorno, preencha os campos abaixo.

Nome	<input type="text"/>	(Opcional)
E-mail	<input type="text"/>	(Opcional)
Telefone	<input type="text"/>	(Opcional)

Anexar um arquivo. (Opcional)

Adicionar	<input type="text"/>	Procurar...
-----------	----------------------	-------------

# Em caso de dúvidas consulte a Tabela de Diluições

Paciente  
Adulto

**intranet**  
MÃE DE DEUS

**Intra MD**

Você está prestes a acessar uma área restrita

Login  Senha

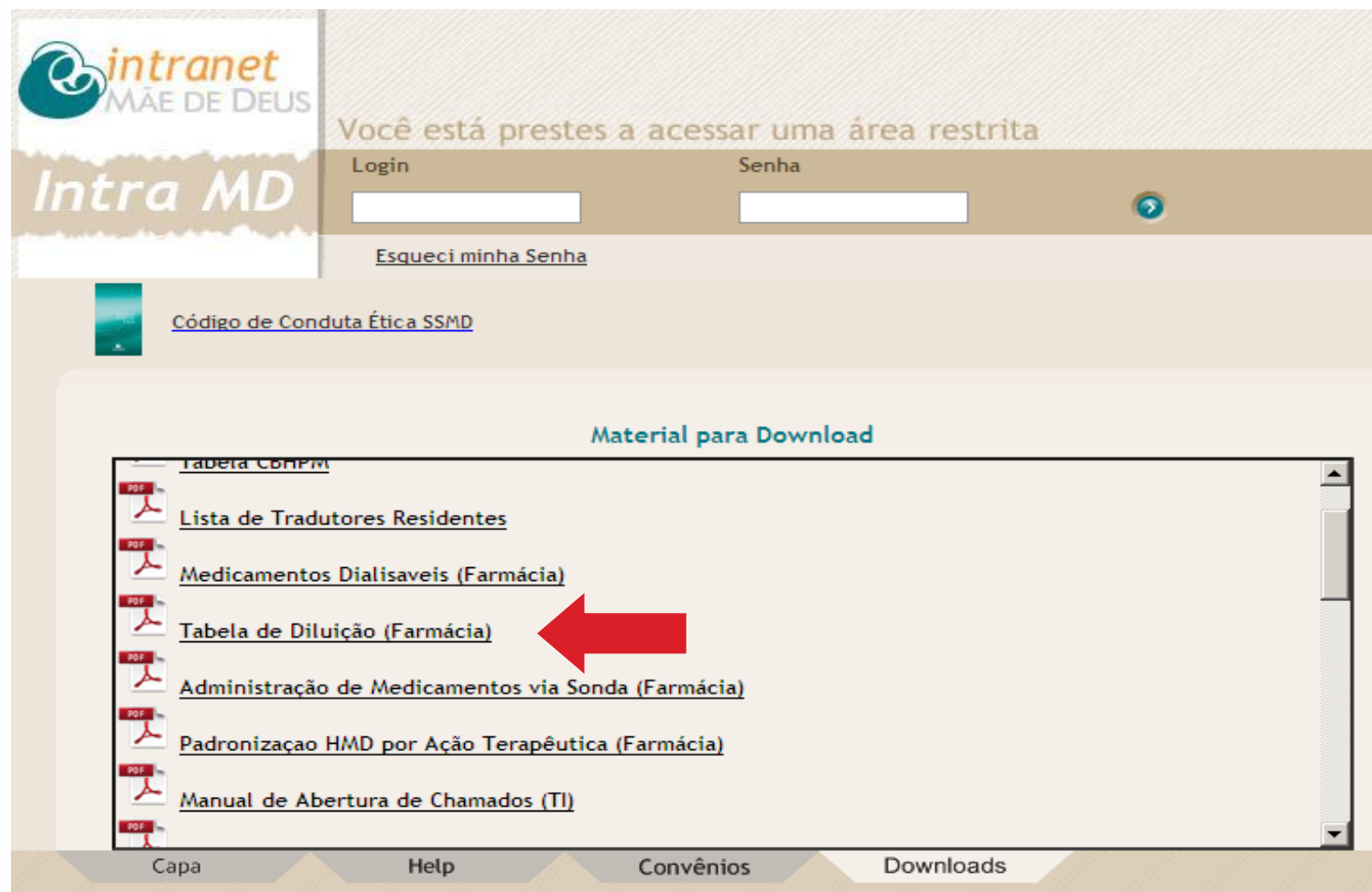
[Esqueci minha Senha](#)

[Capa](#) [Help](#) [Convênios](#) [Downloads](#)



# Em Caso de Dúvidas Consulte a Tabela de Diluições

Paciente  
Adulto



**intranet**  
MÃE DE DEUS

**Intra MD**

Você está prestes a acessar uma área restrita.

Login

Senha

[Esqueci minha Senha](#)

[Código de Conduta Ética SSMD](#)

**Material para Download**

- [Tabela CBHPM](#)
- [Lista de Tradutores Residentes](#)
- [Medicamentos Dialisaveis \(Farmácia\)](#)
- [Tabela de Diluição \(Farmácia\)](#)
- [Administração de Medicamentos via Sonda \(Farmácia\)](#)
- [Padronização HMD por Ação Terapêutica \(Farmácia\)](#)
- [Manual de Abertura de Chamados \(TI\)](#)

Capa Help Convênios Downloads

Paciente  
Adulto

# Em Caso de Dúvidas Consulte a Tabela de Diluições

TABELA DE DILUIÇÃO DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS

Medicamento Nome Comercial Nome genérico	Tempo Infusão	Forma Farmacêutica	Via de Administração	Diluição Volume Usual	Estabilidade		Observações
					Medicamento diluído em bolsa	Sobra na embalagem original	
Abelcet 5mg/mL 20mL Anfotericina B Lipídica	2,5mg/Kg/h	Suspensão estéril injetável (pronto para o uso)	IV infusão Concentração 1mg/mL	Exclusivamente em SG 5% 100mg/100mL	TA: 6h	Refrigeração: 48h	*Incompatível com SF 0,9% *Não aplicar via IM *Não misturar com outras drogas ou eletrólitos.
Actilyse RTPA 50mg Alteplase 50mg 50mL	Bolus - 1 a 2 min IV - 3 h *A solução obtida após reconstituição poderá se rediluída em SF 0,9% até uma proporção de 1:5	Pó líofilo estéril para solução injetável	IV Infusão Bolus - Sem diluição (10% da dose total) por 1 a 2 min. Após 50mg/1h e 40mg/2h	50mg/50mL SF 0,9%	TA: 8h	TA: 8h Refrigeração: 24h (Soro fisiológico)	*A reconstituição deve ser na proporção de 1mg/1mL de diluente. * Não utilizar SG 5% para diluição adicional. *Não agitar *Não aplicar via IM. *Proteger da luz.
Adenocard 3mg/mL 2mL Adenosina	IV rápida, 1 a 2 segundos.	Solução injetável	IV rápida, 1 a 2 segundos. A primeira dose é de 6mg.	Sem diluição	x	Usar de imediato, descartar sobras. A solução deve estar clara no momento do uso.	*A dose rápida de 12mg pode ser repetida se necessário. *Não administrar nas veias das mãos ou pés. *Não refrigerar e proteger da luz.
Amicacina 500mg/2mL	30 - 60 min	Solução injetável	IV Infusão 500mg/100mL SF 0,9%.	100mL SF 0,9% ou SG 5%	TA: 24h	Descartar	* Administrar com intervalo de 1h com Penicilinas. * Administrar com intervalo de 1h com Cefalosporinas.
Aminofilina 0,24g 10mL	Não exceder 25mg/min Aprox. 30 min	Solução injetável	IV (bem lento= 3,5min) IV Infusão 240mg/ 100mL SF 0,9% ou SG 5%	100mL SF 0,9%	TA: 24h	Descartar	* Não refrigerar por possível cristalização *também pode ser diluída em SG 5% 100mL *Não administrar via IM.
Ampicilina 500mg Ampicilina 1g (Binotal)	IM: lento IV Bolus: 3 min IV Infusão: Lento - 30 min	Pó para solução injetável	IM: Sem diluição IV Bolus: 5-10mL AD IV Infusão: 50mL SF 0,9%	10mg/mL	Refrigeração 24h - até 30mg/mL	Refrigeração 8h *Já reconstituído com AD	*Não misturar com outras drogas *Administrar com intervalo de 1-2h com aminoglicosídeos

# Como Localizar a Lista de Funcionários que Dominam outras Línguas

