	SISTEMA DE PRONTUÁRIO	Edição: 11/08/2008
	NORMA Nº 0605	Versão: 001 Data Versão: Página:
DE: Diretoria Técnica Médico-Científica		PARA: Todas as Áreas da Instituição

1- OBJETIVO

- 1.1- Definir as políticas da instituição com relação ao registro e guarda dos documentos e das informações dos prontuários dos pacientes.

2- DEFINIÇÕES

2.1- Prontuário:

Documento único, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada.

2.2- Documentos Obrigatórios

Documentos que devem constar obrigatoriamente em todos os prontuários de pacientes independente do seu tipo de atendimento ou serviço prestado pela instituição.

2.3- Documentos Complementares

Documentos que devem constar obrigatoriamente nos prontuários daqueles pacientes submetidos a atendimentos ou processos específicos.

2.4- Documentos Facultativos

Documentos de apoio elaborados pela equipe assistencial, não obrigatórios a realização da prestação de serviço mas convenientes à manutenção de escores e controles no atendimento.

3- NORMA

3.1- Responsabilidades

3.1.1- Diretoria Técnica Médico-Científica

3.1.1.1- Instituir a Comissão de Revisão de Prontuários;

3.1.1.2- Disseminar e implementar junto ao Corpo Clínico da instituição as políticas referentes ao prontuário;

3.1.1.3- Providenciar a estrutura adequada à guarda e manuseio dos prontuários;


3.1.1- Médico Assistente e Demais Profissionais que Compartilham o Atendimento ao Paciente

3.1.1.1- Efetuar os registros pertinentes à sua atuação nos documentos que compõem o prontuário, identificando-se com letra legível e assinando nos campos específicos;

3.1.1.2- Efetuar os registros pertinentes a sua atuação no sistema para permitir a implementação do prontuário eletrônico;

3.1.1.3- Alertar a equipe profissional caso verifique incorreções no preenchimento do prontuário;

3.1.1.4- Manter sigilo sobre as informações contidas nos prontuários;

	SISTEMA DE PRONTUÁRIO	Edição: 11/08/2008
	NORMA Nº 0605	Versão: 001 Data Versão: Página:
DE: Diretoria Técnica Médico-Científica		PARA: Todas as Áreas da Instituição

3.1.2- Comissão de Revisão dos Prontuário

- 3.1.2.1- Implementar o padrão do prontuário assistencial, sugerindo melhorias;
- 3.1.2.2- Implementar as políticas e procedimentos relativos aos prontuários na instituição, zelando pela integridade e confidencialidade das informações neles contidas;
- 3.1.2.3- Efetuar revisões nos processos do prontuário da instituição visando a melhoria continua dos registros de assistência aos pacientes;
- 3.1.2.4- Efetuar auditorias nos prontuários, avaliando a qualidade dos registros e anotações contidas no prontuário;
- 3.1.2.5- Analisar os documentos, impressos ou eletrônicos, sugerindo e validando modificações;
- 3.1.2.6- Assessorar a Diretoria Técnica Médico-Científica em assuntos referentes aos prontuários;
- 3.1.2.7- Manter relações com as Comissões de Ética da Instituição para a discussão dos resultados das avaliações realizadas.


3.2- Políticas

3.2.1- Documentos que Compõem o Prontuário:


- 3.2.1.1- Quando os documentos forem em papel o preenchimento, bem como a identificação do profissional que atendeu o paciente, deve ser em letra legível. Neste caso também deve constar a assinatura e o respectivo número do CRM;
- 3.2.1.2- Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar o relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade;
- 3.2.1.3- Os documentos que compõem o prontuário do paciente deverão ser classificados conforme segue:
 - Documentos Obrigatórios;
 - Documentos Complementares;
 - Documentos Facultativos.

3.2.1.3.1- Os documentos obrigatórios são os seguintes:

- Registro de Identificação do Paciente:
 - Documento eletrônico gerado na internação do paciente devendo conter:
 - ✓ Nome completo do paciente sem abreviaturas;
 - ✓ Número e tipo do documento apresentado no cadastro para identificação;
 - ✓ Número de paciente;
 - ✓ Número do atendimento;
 - ✓ Data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos);
 - ✓ Idade;

	SISTEMA DE PRONTUÁRIO	Edição: 11/08/2008
	NORMA Nº 0605	Versão: 001 Data Versão: Página:
DE: Diretoria Técnica Médico-Científica		PARA: Todas as Áreas da Instituição


- ✓ Sexo;
- ✓ Nome dos Pais;
- ✓ Naturalidade (indicando o município e o estado do nascimento);
- ✓ Endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- ✓ Nome do cônjuge ou pessoa responsável com identificação do grau de parentesco;
- ✓ Telefone de contato do cônjuge ou do responsável;
- ✓ Crença religiosa.
- Histórico do Paciente:
 - Documento em meio físico (papel), onde constam:
 - ✓ a avaliação do paciente pela enfermagem a ser preenchido no momento da internação do paciente no setor em que esse der entrada, (emergência, unidade de internação, sala de recuperação, unidade de terapia intensiva);
 - ✓ a história clínica do paciente
 - ✓ a avaliação física realizada pela enfermagem, nutrição, psicologia, e fisioterapia (quando houver acompanhamento por esses últimos).
- Nota de Internação Médica
 - Documento eletrônico ou papel onde devem constar:
 - ✓ a identificação do paciente;
 - ✓ a data e a hora da internação;
 - ✓ a história clínica do paciente;
 - ✓ o exame físico;
 - ✓ a hipótese diagnóstica e o plano terapêutico;
 - ✓ CRM e assinatura do médico responsável pela internação.
- Registros de Evoluções
 - As evoluções devem ser feitas por todos os profissionais que atendem o paciente, contendo:
 - ✓ Data e hora;
 - ✓ Informações quanto ao estado clínico;
 - ✓ Exame Físico;
 - ✓ Impressão e plano terapêutico;
 - ✓ Discriminação de todos os procedimentos aos quais o paciente foi submetido;
 - ✓ Identificação (nome e nº do registro profissional de forma legível) e assinatura dos profissionais que realizaram os procedimentos. Quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico devem conter assinatura eletrônica;

	SISTEMA DE PRONTUÁRIO	Edição: 11/08/2008
	NORMA Nº 0605	Versão: 001 Data Versão: Página:
DE: Diretoria Técnica Médico-Científica		PARA: Todas as Áreas da Instituição


- **Laudos de Exames**
 - Os exames estão disponíveis por via eletrônica para consulta, com exceção dos exames anatomopatológicos (ainda não integrados ao sistema);
- **Relatórios dos Sinais Vitais**
 - Documentos onde estão inscritos os sinais vitais verificados e observações sobre os procedimentos realizados. Serão colocados na ordem de atendimento do paciente. Devem ser anexados os documentos de sinais vitais de todas as áreas por onde o paciente esteve durante o seu atendimento;
- **Registros de Prescrição**
 - Todas as folhas de prescrição impressas e assinadas por ordem de data;
- **Nota de Alta / Óbito ou Transferência**
 - Documento eletrônico para registro da alta por melhora, óbito ou transferência do paciente contendo o que segue:
 - ✓ A identificação do paciente;
 - ✓ O número do atendimento do paciente;
 - ✓ A causa da internação com CID;
 - ✓ O diagnóstico de alta com CID;
 - ✓ Os exames mais relevantes com seus resultados;
 - ✓ O plano terapêutico;
 - ✓ Os procedimentos realizados;
 - ✓ O resultado do tratamento;
 - ✓ As complicações do tratamento (se houver);
 - ✓ Orientações de alta para o paciente e familiares;
 - ✓ Identificação legível e assinatura de quem orientou o paciente;
 - ✓ Identificação legível e assinatura do paciente ou responsável.
 - Deve ser impresso e anexado ao prontuário.

3.2.1.3.2- Documentos Complementares:


- **Relatório de Atendimento da Emergência**
 - Será documento obrigatório quando o paciente for atendido na Emergência.
 - Documento eletrônico gerado quando do atendimento na emergência, que deve conter os seguintes dados, além daqueles, de identificação do paciente, citados no item acima:
 - ✓ Horário de chegada e de saída do setor;
 - ✓ Nome do Médico Assistente, se houver;
 - ✓ História e avaliação médica;
 - ✓ Impressão diagnóstica;
 - ✓ Exames realizados;
 - ✓ Plano Terapêutico;

	SISTEMA DE PRONTUÁRIO	Edição: 11/08/2008
	NORMA Nº 0605	Versão: 001 Data Versão: Página:
DE: Diretoria Técnica Médico-Científica		PARA: Todas as Áreas da Instituição

- ✓ Diagnóstico final.
- No momento da internação do paciente, se houver, este documento deve ser impresso e encaminhado para a unidade de transferência;
- Admissão Obstétrica
 - Será documento obrigatório do prontuário quando houver internação obstétrica, devendo conter:
 - ✓ Anamnese;
 - ✓ Exame Físico;
 - ✓ Plano Terapêutico.
- Consentimento Informado de Procedimentos Cirúrgicos e Anestesia
 - Será documento obrigatório do prontuário quando houver procedimento cirúrgico/anestésico.
 - Documento descritivo do procedimento e dos riscos associados que deverá ser assinado pelo paciente ou familiar responsável, e pelo profissional médico que prestar as devidas informações.
- Registros Anestésicos
 - Será documento obrigatório do prontuário quando houver procedimento anestésico, devendo conter:
 - ✓ Dados do paciente (nome, registro, data de nascimento, sexo, peso e leito);
 - ✓ Diagnóstico pré-operatório;
 - ✓ Condições pré-operatórias;
 - ✓ Procedimento realizado;
 - ✓ Diagnóstico pós-operatório;
 - ✓ Nome dos membros da equipe cirúrgica;
 - ✓ Tipo de intervenção (urgência ou eletiva);
 - ✓ Nome do anestesista e seus auxiliares;
 - ✓ Data do procedimento;
 - ✓ Identificação e assinatura do anestesista titular.
 - Deve ser adicionado ao Registro Anestésico, o relatório de visita pré-anestésica, com o registro de risco anestésico (ASA 1 a 6), contendo os seguintes dados:
 - ✓ Perfil clínico do paciente (anamnese e exame físico);
 - ✓ Exames complementares;
 - ✓ Medicação pré-anestésica;
 - ✓ Data da visita;
 - ✓ Identificação legível e assinatura do médico visitador;
 - Devem ser adicionados também os seguintes registros referentes aos procedimentos de anestesia:

	SISTEMA DE PRONTUÁRIO	Edição: 11/08/2008
	NORMA Nº 0605	Versão: 001 Data Versão: Página:
DE: Diretoria Técnica Médico-Científica		PARA: Todas as Áreas da Instituição

- ✓ Gráfico de controle de drogas injetadas e inaladas, líquidos infundidos e transfusão sangüínea, pulso, respiração e ventilação, bem como a temperatura;
 - ✓ Comportamento da pressão arterial;
 - ✓ Eliminações urinárias em pessoas com cateter vesical e técnica(s) anestésica(s) usada(s);
 - ✓ Relatório do material gasto, da duração do tempo de anestesia, relato de anormalidades clínicas e registro das condições do paciente ao deixar a mesa cirúrgica;
- É obrigatório o registro de intercorrências observadas antes, durante e depois do procedimento anestésico.
- **Descrições Cirúrgicas**
 - Será documento obrigatório do prontuário quando houver procedimento cirúrgico;
 - Documento de descrição do procedimento cirúrgico contendo:
 - ✓ Identificação do paciente;
 - ✓ Procedimento planejado;
 - ✓ Procedimento realizado;
 - ✓ Data e hora do início e término;
 - ✓ Descrição detalhada do procedimento realizado com o respectivo material utilizado;
 - ✓ Identificação legível do médico cirurgião, dos auxiliares e anestesistas;
 - ✓ CRM e assinatura do médico que realizou a descrição.
- **Descrição Cirúrgica Procedimento Obstétrico**
 - Será documento obrigatório do prontuário quando houver internação obstétrica.
 - Deverá ser parte do prontuário quando houver procedimento obstétrico, contendo:
 - ✓ Identificação da parturiente (nome completo, número do prontuário, número do atendimento);
 - ✓ Tipo de parto;
 - ✓ Descrição detalhada do procedimento.
- **Registro Médico-Assistencial do Recém Nascido**
 - Será documento obrigatório no prontuário quando houver procedimento obstétrico, devendo conter:
 - ✓ Identificação da mãe;
 - ✓ Exames físicos;
 - ✓ Escores clínicos;
 - ✓ Plano de Acompanhamento.
- **Avaliações de Especialistas;**
- **Avaliações de Risco; (emergência e internação adulto);**

	SISTEMA DE PRONTUÁRIO	Edição: 11/08/2008
	NORMA Nº 0605	Versão: 001 Data Versão: Página:
DE: Diretoria Técnica Médico-Científica		PARA: Todas as Áreas da Instituição

- Escores de Gravidade e Complexidade
- Termos de Consentimento Informado;
- Termo de Internação Involuntária (psiquiatria);
- Termo de Internação Voluntária (psiquiatria);
- Encaminhamento ao DML;
- Registro de Caso de Paciente em Isolamento;
- Cópia da Declaração de Óbito;
- Lista de Problemas (quando na UTIs e emergência)
- Acompanhamento de Radioterapia e Quimioterapia
- “Termo de Negativa de Tratamento”
- Registro de Revista do Paciente, quando houver internação psiquiátrica

3.2.1.3.3- Documentos Facultativos:


- “Registro de Pendências”
- Registro de Fluxo de Exames
- Registro de Culturais
- Registro de Acompanhamento de Protocolos Clínicos

3.2.2- Acesso aos Prontuários

3.2.2.1- Prontuário:

- O Paciente;
- Médico(s) Assistente(s);
- Profissionais da área assistencial responsáveis pelo cuidado do paciente;
- Profissional do faturamento responsável pelo fechamento da conta;
- Auditores das operadoras de planos de saúde;
- Procurador do paciente legalmente constituído;
- Inventariante;
- Tutor ou Curador nomeado judicialmente;
- Mediante ordem judicial;
- Responsável legal pelo paciente menor de 18 anos;
- Pesquisadores mediante autorização do Comitê de Ética em Pesquisa;
- Mediante requisição do Departamento Médico Legal;

3.2.2.3- Os prontuários deverão ser armazenados e mantidos em condições de segurança, em todos os locais onde forem manuseados, não devendo ficar expostos às pessoas não autorizadas ao seu acesso.

	SISTEMA DE PRONTUÁRIO		Edição: 11/08/2008
	NORMA Nº 0605		Versão: 001 Data Versão: Página:
DE: Diretoria Técnica Médico-Científica		PARA: Todas as Áreas da Instituição	

3.2.3- Arquivamento

3.2.3.1- Os prontuários deverão ser arquivados por prazo indeterminado em local de armazenamento adequado, preservando a integridade das informações.

3.2.4- Criação de Documentos para Registro de Procedimentos de Assistência

3.2.4.1- Todos os documentos, em qualquer meio, que forem criados para registro de procedimentos de assistência, incluindo os protocolos clínicos, deverão ser previamente submetidos e aprovados pela comissão de prontuário antes de sua implementação. A comissão de prontuário identificará se o documento passará ou não a fazer parte do prontuário do paciente.

4- CONTROLES

4.1- Auditoria de Prontuário Aberto.

4.2- Auditoria de Prontuário Fechado.

5- AÇÕES DE CONTRAMEDIDA

5.1- As não conformidades detectadas serão encaminhadas ao responsável pelo processo para correção e acompanhadas por esta Comissão.

6- ATUALIZAÇÃO DA VERSÃO

Aprovação		
Diretoria Técnica Médico Científica	Comissão de Prontuário	Comitê de Processos
Editado por: Eduardo S. Schenini		
Revisado por:		Data revisão: