

Instruções de Uso

Português

Tasy EMR

Versões 4.01, 4.02

PHILIPS

Sumário

1	Introdução.....	18
	Descrição	18
	Uso pretendido	18
	Indicações de uso	18
	Contraindicações.....	19
1.1	Orientação geral.....	19
1.2	Limitações de uso	19
1.3	População de usuários pretendida	20
1.5	Grupo-alvo de pacientes.....	20
1.6	Benefícios clínicos	20
1.7	Reivindicações.....	21
1.9	Riscos potenciais	21
1.10	Relatórios de incidentes	21
1.11	Requisitos de infraestrutura	21
1.13	Suporte técnico	22
1.14	Compatibilidade	22
1.15	Requisitos de segurança	22
1.17	Serviço de informações.....	22
1.18	Plano de Continuidade do Negócio	23
2.2	Recursos.....	24
	Recursos clínicos	24
2.1.1	Geração e visualização de prescrições clínicas	24
2.1.1.1	Prescrição e cálculos nutricionais	24
2.1.1.2	Prescrição, suporte à decisão e cálculo de medicamentos e infusões	26
2.1.1.3	Prescrição de gasoterapia	30
2.1.1.4	Solicitação de procedimentos e exames de laboratório, anatomia patológica e imagem	30
2.1.1.5	Solicitação de sangue, hemocomponentes e terapias relacionadas	31
2.1.1.6	Prescrição de quimioterapia e radioterapia	31
2.1.1.7	Solicitação e cálculo de diálise	32
2.1.1.8	Recomendações e ordens médicas complementares	33
2.1.1.9	Prescrições coletivas.....	33
2.1.2	Gestão e checagem de prescrições.....	34
2.1.2.1	Gestão e checagem do plano terapêutico.....	34
2.1.2.2	Processo de checagem de infusões.....	35

2.1.2.3	Processo de checagem de gasoterapia	35
2.1.2.4	Registro de controle glicêmico	36
2.1.2.5	Checagem de coleta	38
2.1.2.6	Execução de sangue, hemocomponentes e terapias relacionadas	38
2.1.2.7	Checagem de quimioterapia	39
2.1.2.8	Checagem de diálise	39
2.1.2.9	Checagem de irrigação vesical.....	40
2.1.2.10	Processo de checagem beira-leito	40
2.1.3	Geração e visualização de registros clínicos.....	40
2.1.3.1	Histórico de saúde	41
2.1.3.2	Notas clínicas	41
2.1.3.3	Sinais vitais e parâmetros clínicos	41
2.1.3.4	Listas de diagnósticos e problemas de saúde.....	46
2.1.3.5	Gráfico e visualização de resultados de laboratório	47
2.1.3.6	Resultados de exames não laboratoriais	47
2.1.3.7	Balanço hídrico.....	47
2.1.3.8	Registros e gráficos multiparâmetro	48
2.1.3.9	Documentos legais e de auditoria	50
2.1.3.10	Orientações ao paciente	51
2.1.3.11	Arquivo de anexos clínicos.....	51
2.1.3.12	Ocorrências e eventos clínicos	51
2.1.3.13	Escalas e índices	52
1	Error! Bookmark not defined.
2.1.3.13.1	Abbreviated Mental Test Score (AMTS)	53
2.1.3.13.2	ABCD2 Score	53
2.1.3.13.3	ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery	54
2.1.3.13.4	ACEF Score	55
2.1.3.13.5	Escala Acute Kidney Injury Network (AKIN)	55
2.1.3.13.6	Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Score	55
2.1.3.13.7	Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) Score	56
2.1.3.13.8	Alcohol Withdrawal Score (AWS)	56
2.1.3.13.9	Escala Modificada de Aldrete	56
2.1.3.13.10	American Society of Anesthesiology (ASA) Classification	57
2.1.3.13.11	American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale	57
2.1.3.13.12	Ann Arbor Classification for Non-Hodgkin Lymphoma	58

2.1.3.13.13 APACHE II Score	59
2.1.3.13.14 APACHE IV Score.....	59
2.1.3.13.15 Escore de Apfel para prever náuseas e vômitos pós-operatórios.....	60
2.1.3.13.16 Escala de Apgar.....	60
2.1.3.13.17 Assessment of Alcohol Abstinence Syndrome - revisado (CIWA-Ar)	60
2.1.3.13.18 Assistance Complexity Classification System	61
2.1.3.13.19 Average Severity Index Score (ASIS).....	61
2.1.3.13.20 Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS).....	62
2.1.3.13.21 Barthel Index (BI).....	62
2.1.3.13.22 Baylor Rating Scale	63
2.1.3.13.23 Behavioral Pain Assessment Scale.....	63
2.1.3.13.24 Behavioral Pain Scale – BPS.....	63
2.1.3.13.25 Berg Balance Scale.....	63
2.1.3.13.26 Bishop Score	64
2.1.3.13.27 Braden Q Scale	64
2.1.3.13.28 Escala Braden	64
2.1.3.13.29 Bristol Stool Form Scale (BSFS).....	65
2.1.3.13.30 Candida Score.....	65
2.1.3.13.31 Caprini Risk Assessment	65
2.1.3.13.32 Capurro Somatic Method	66
2.1.3.13.33 Capurro Somatic and Neurologic Method	66
2.1.3.13.34 CHADS2 Score.....	66
2.1.3.13.35 CHA2DS2 – VASc Score	67
2.1.3.13.36 Charlson Comorbidity Index	67
2.1.3.13.37 Child Pugh Score.....	68
2.1.3.13.38 Chung Score.....	68
2.1.3.13.39 Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS).....	69
2.1.3.13.40 Clavien Score	69
2.1.3.13.41 Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale Severity of Illness (CGI-SCH SI)	69
2.1.3.13.42 Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS)	70
2.1.3.13.43 Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS) Modified	70
2.1.3.13.44 Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20)	70
2.1.3.13.45 Comfort-Behavior Scale.....	71
2.1.3.13.46 Confusion Assessment Method (CAM).....	71
2.1.3.13.47 Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)	72
2.1.3.13.48 Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit modified (CAM – ICU) ...	72

2.1.3.13.49 Contrast Induced Nephropathy (CIN) Risk Score	73
2.1.3.13.50 COPD Assessment Test (CAT)	73
2.1.3.13.51 Classificação Cormack-Lehane (CL)	73
2.1.3.13.52 CRB-65 Score	74
2.1.3.13.53 Creatinine Clearance Rate Equations	74
2.1.3.13.54 Clinical Risk Index for Babies (CRIB)	75
2.1.3.13.55 Clinical Risk Index for Babies (CRIB II)	75
2.1.3.13.56 Critical Care Pain Observation Tool (CPOT).....	76
2.1.3.13.57 Score CRUSADE.....	76
2.1.3.13.58 CURB-65 Score.....	76
2.1.3.13.59 Delirium Risk Assessment in Post-Operative Period of Non-Cardiac Elective Surgery	77
2.1.3.13.60 Detsky Modified Preoperative Cardiac Risk Index	77
2.1.3.13.61 Dialysis Malnutrition Score (DMS).....	77
2.1.3.13.62 Dimensions of Anger Reactions (DAR-5)	78
2.1.3.13.63 Escala DINI	78
2.1.3.13.64 Distress Thermometer.....	78
2.1.3.13.65 Douleur Neuropathique 4 (DN4) Questionnaire	79
2.1.3.13.66 Downton Index	79
2.1.3.13.67 Downton Modified Index	79
2.1.3.13.68 Escala Durie e Salmon	80
2.1.3.13.69 Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status	80
2.1.3.13.70 Eating Assessment Tool (EAT-10)	81
2.1.3.13.71 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) - Versão Brasileira (ESAS-Br)	81
2.1.3.13.72 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).....	82
2.1.3.13.73 Epworth Sleepiness Scale (ESS)	82
2.1.3.13.74 Estimated Body Fat Percentage (BFP) Assessment	82
2.1.3.13.75 European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30).....	83
2.1.3.13.76 European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE)	83
2.1.3.13.77 Extended Barthel Index (EBI).....	84
2.1.3.13.78 Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale (FLACC)	84
2.1.3.13.79 Rostos (Claro)	84
2.1.3.13.80 Fagerström Score	84
2.1.3.13.81 Estimativa do percentual de gordura a partir da densidade corporal	84
2.1.3.13.82 Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)	85
2.1.3.13.83 Forrest classification.....	85

2.1.3.13.84 Framingham Risk Score (FRS)	86
2.1.3.13.85 Framingham - ATP III Score	86
2.1.3.13.86 Framingham AF Risk Score	86
2.1.3.13.87 Fujinaga Scale	87
2.1.3.13.88 Medida de Independência Funcional (MIF)	87
2.1.3.13.89 Escala de Glasgow	88
2.1.3.13.90 Glasgow Coma Scale (GCS) 2018	88
2.1.3.13.91 Escala de avaliação global do funcionamento (AGF).....	89
2.1.3.13.92 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Group Classification .	89
2.1.3.13.93 Global Risk Classification (GRC).....	89
2.1.3.13.94 Goldman Index	90
2.1.3.13.95 GRACE Score	90
2.1.3.13.96 GRACE 2.0 Score	90
2.1.3.13.97 Gross Motor Function Measurement (GMFM)	91
2.1.3.13.98 Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	92
2.1.3.13.99 HAS-BLED Score	92
2.1.3.13.100 Helios Kliniken Preoperative Assessment of Cardiopulmonary Risk.....	92
2.1.3.13.101 Hospital Anxiety and Depression Scale	93
2.1.3.13.102 Escala de House - Brackmann.....	93
2.1.3.13.103 Humpty Dumpty Scale.....	94
2.1.3.13.104 Escala de Hunt e Hess.....	94
2.1.3.13.105 Insomnia Severity Index (ISI)	94
2.1.3.13.106 Intensive Care Delirium Triage Checklist (ICDSC)	95
2.1.3.13.107 International Prostate Symptom Score (IPSS)	95
2.1.3.13.108 International Staging System (ISS).....	96
2.1.3.13.109 International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI) 96	
2.1.3.13.110 Interstroke Stress Scale	96
2.1.3.13.111 Japan Coma Scale (JCS).....	97
2.1.3.13.112 Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT).....	97
2.1.3.13.113 Karnofsky Performance Scale Index	97
2.1.3.13.114 Katz Index of Independence in Activities of Daily Living	98
2.1.3.13.115 Kendall Scale.....	98
2.1.3.13.116 Kidney Failure Classification (RIFLE)	99
2.1.3.13.117 Killip Classification	99
2.1.3.13.118 LATCH Score	99

2.1.3.13.119	LEE Cardiac Risk Index	100
2.1.3.13.120	Maddrey's Discriminant Function (MDF) Score	100
2.1.3.13.121	Malnutrition Screening Tool (MST)	101
2.1.3.13.122	Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).....	101
2.1.3.13.123	Manchester Risk Classification System	101
2.1.3.13.124	Maximum Response to Botulinum Toxin Rating Scale (Jankovic).....	102
2.1.3.13.125	Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36).....	102
2.1.3.13.126	Mini Mental Health Exam Score	103
2.1.3.13.127	Mini Nutritional Assessment (MNA®) Long form	103
2.1.3.13.128	Mini Nutritional Assessment (MNA®) Short form	104
2.1.3.13.129	Mirels Score	104
2.1.3.13.130	Model for End-Stage Liver Disease (MELD).....	105
2.1.3.13.131	Modified Ashworth Scale	105
2.1.3.13.132	Modified Behavioral Pain	105
2.1.3.13.133	Modified Early Warning Score (MEWS).....	106
2.1.3.13.134	Modified Objective Pain Score (MOPS).....	106
2.1.3.13.135	Modified Rankin Scale (MRS)	106
2.1.3.13.136	Morse Fall Scale (MFS)	106
2.1.3.13.137	Mucositis Scale	107
2.1.3.13.138	Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) Risk Index....	107
2.1.3.13.139	Multiple Organ Dysfunction Score (MODS).....	108
2.1.3.13.140	National Early Warning Score (NEWS)	108
2.1.3.13.141	National Early Warning Score 2 (NEWS 2).....	108
2.1.3.13.142	National Health Service Falls Risk Assessment Scale	109
2.1.3.13.143	National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)	109
2.1.3.13.144	Neonatal Facial Coding System for pain evaluation (NFCS)	110
2.1.3.13.145	Neonatal infant pain score (NIPS)	110
2.1.3.13.146	Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System (NTISS)	110
2.1.3.13.147	New Ballard Score (NBS).....	110
2.1.3.13.148	New York Heart Association (NYHA) Functional Classification	111
2.1.3.13.149	Nitrogen Balance (NB) Equation.....	111
2.1.3.13.150	Numeric Categorical Pain Scale	111
2.1.3.13.151	Numeric Pain Rating Scale (categorical).....	111
2.1.3.13.152	Nursing Activities Score (NAS).....	112
2.1.3.13.153	Nutrition Care Level Classification.....	112
2.1.3.13.154	Nutrition Risk Screening (NRS-2002).....	112

2.1.3.13.155	Ontario Modified Stratify Falls Risk Screen (Sydney Scoring)	113
2.1.3.13.156	Oswestry Disability Index (ODI).....	113
2.1.3.13.157	Pain assessment scale in advanced dementia (PAINAD).....	114
2.1.3.13.158	Palliative Performance Scale (PPS).....	114
2.1.3.13.159	Palliative Prognostic Index Modified (PPI)	114
2.1.3.13.160	Pasero Opioid-Induced Sedation Scale (POSS).....	114
2.1.3.13.161	Patient Health Questionnaire (PHQ-9).....	115
2.1.3.13.162	Pediatric Early Warning Score (PEWS)	115
2.1.3.13.163	Pediatric Index of Mortality (PIM 2).....	115
2.1.3.13.164	Pediatric Index of Mortality (PIM 3).....	116
2.1.3.13.165	Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD) Score.....	116
2.1.3.13.166	Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD 2) Score.....	116
2.1.3.13.167	Pediatric Patient Classification Tool (ICPP).....	117
2.1.3.13.168	Pediatric Risk of Mortality Score (PRISM)	117
2.1.3.13.169	Pediatric Sepsis Early Detection Tool	117
2.1.3.13.170	Phlebitis Rating Scale (Maddox)	118
2.1.3.13.171	Phlebitis Scale.....	119
2.1.3.13.172	Pneumonia Severity Index (PSI).....	119
2.1.3.13.173	Portsmouth Physiological and Operative Severity Score (P-POSSUM)	119
2.1.3.13.174	Post-Anesthetic Discharge Scoring System (PADSS)	120
2.1.3.13.175	Postoperative Kidney Failure Risk	121
2.1.3.13.176	Post-Operative Neonatal Pain Scale (CRIES)	121
2.1.3.13.177	Post-Ureteroscopic Lesion Scale (PULS)	121
2.1.3.13.178	Pulmonary Embolism Rule-out Criteria (PERC)	122
2.1.3.13.179	Pulmonary Risk.....	122
2.1.3.13.180	Ramsay Sedation Scale	122
2.1.3.13.181	Ranson Criteria	123
2.1.3.13.182	Revised Piper Fatigue Scale (PFS-R).....	123
2.1.3.13.183	Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).....	124
2.1.3.13.184	Risk Assessment Scale for the Development of Injuries Resulting from Surgical Positioning (ELPO)	124
2.1.3.13.185	Robson Classification.....	125
2.1.3.13.186	Rockall Risk Scoring System.....	125
2.1.3.13.187	Roland-Morris Disability Questionnaire	126
2.1.3.13.188	Screening Tool for Risk of Nutritional Status and Growth (STRONG)	126
2.1.3.13.189	Sepsis Early Detection Tool	127

2.1.3.13.190	Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score	127
2.1.3.13.191	Sexual Health Inventory for Men (SHIM)	128
2.1.3.13.192	Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)	128
2.1.3.13.193	Silverman Scoring System	128
2.1.3.13.194	Simplified Acute Physiology Score (SAPS II)	129
2.1.3.13.195	Simplified Acute Physiology Score (SAPS III-28 days).....	129
2.1.3.13.196	Simplified Acute Physiology Score 3 PIRO Score (SAPS 3 PIRO).....	129
2.1.3.13.197	Simplified Acute Physiology Score (SAPS III)	130
2.1.3.13.198	SNAP-II and SNAPPE-II scores.....	130
2.1.3.13.199	Steward Score.....	131
2.1.3.13.200	Stroke Data Bank (SDB)	131
2.1.3.13.201	Subjective Global Nutritional Assessment (Detsky)	131
2.1.3.13.202	Subjective Global Nutritional Assessment (Ottery).....	132
2.1.3.13.203	Subjective Global Nutritional Assessment Modified (Detsky Modified).....	132
2.1.3.13.204	SYNTAX Score	133
2.1.3.13.205	Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-10).....	134
2.1.3.13.206	Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28).....	134
2.1.3.13.207	Timed Up and Go (TUG)	135
2.1.3.13.208	TIMI Risk Score	135
2.1.3.13.209	Tinetti-test	136
2.1.3.13.210	Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS)	136
2.1.3.13.211	Toxicity Scale	137
2.1.3.13.212	Venous Thromboembolism (VTE) Risk Assessment Tool	137
2.1.3.13.213	Ventilatory Weaning Index (Ferrari-Tadini).....	138
2.1.3.13.214	Verbal category Pain Scale	138
2.1.3.13.215	Visual Numeric Pain Scale	138
2.1.3.13.216	Wagner-Meggitt classification.....	138
2.1.3.13.217	Waterlow Score	139
2.1.3.13.218	Wells Score for Pulmonary Thromboembolism	139
2.1.3.13.219	Withdrawal Assessment Tool – Version 1 (WAT-1).....	139
2.1.3.13.220	Yesavage Geriatric Depression Scale – Short Version (GDS-15).....	140
2.1.3.14	Visualização detalhada das prescrições	140
2.1.3.15	Construtor de frases	141
2.1.3.16	Carta médica	141
2.1.3.17	Sumários relevantes	141
2.1.4	Geração e visualização de registros clínicos anestésicos e cirúrgicos	142

2.1.4.1	Prontuário cirúrgico geral	142
2.1.4.2	Avaliação pré-anestésica	143
2.1.4.3	Gráficos de anestesia.....	143
2.1.4.4	Relatório de anestesia	144
2.1.4.5	Relatório da cirurgia	144
2.1.4.6	Materiais, instrumentos e equipamentos cirúrgicos e de anestesia	144
2.1.4.7	Tempos e movimento cirúrgico	145
2.1.5	Processos específicos de enfermagem	145
2.1.5.1	Sistema de avaliação, diagnóstico e intervenção de enfermagem	145
2.1.5.2	Feridas, curativos e processo de cicatrização	146
2.1.5.3	Gestão de dispositivos.....	146
2.1.5.4	Metas de cuidado.....	147
2.1.5.5	Gestão da dor.....	147
2.1.5.6	Definição de equipe e passagem de plantão	147
2.1.5.7	Solicitações de materiais	148
2.1.6	Geração e visualização de registros clínicos especializados	148
2.1.6.1	Registros de oncologia.....	148
2.1.6.2	Cadastros de oftalmologia	149
2.1.6.3	Registros de maternidade e recém-nascidos.....	150
2.1.6.4	Cadastros de check-up.....	150
2.1.6.5	Cadastros da nutrição.....	150
2.1.6.6	Registros de avaliação corporal.....	153
2.1.6.7	Gestão da espasticidade	154
2.1.6.8	Registros de odontologia	154
2.1.6.9	Gestão de prescrições e planos de cuidado	154
2.1.6.10	Gestão da ingestão nutricional.....	155
2.1.6.11	Gráfico corporal	155
2.1.6.12	Registros de atenção primária	155
2.1.7	Facilitadores de fluxo de trabalho.....	156
2.1.7.1	Configuração e implementação de linha de cuidado	156
2.1.7.2	Gestão de alertas, avisos e notificações relacionados a processos clínicos	156
2.1.7.3	Checklists de processos clínicos	158
2.1.7.4	Modelos configuráveis codificados	159
2.1.7.5	Modelos configuráveis não codificados	159
2.1.7.6	Jornada do paciente	159
2.1.7.7	Sistemas de cálculo	160

2.1.7.8	Panorama clínico, painel de leitos e censo do paciente	160
2.1.7.9	Tarefas e listas de trabalho	161
	Recursos operacionais	161
2.2.1	Gestão da farmácia	161
2.2.1.1	Gestão de estoque de medicamentos e materiais relacionados	161
2.2.1.2	Preparo de medicação	162
2.2	2.2.1.3 Dispensação e distribuição de medicamentos e materiais.....	162
	2.2.1.4 Farmácia clinica.....	163
	2.2.1.5 Configurações para fármacos	163
	2.2.1.6 Análise de medicamentos não padronizados	164
	2.2.1.7 Material cirúrgico	164
	2.2.1.8 Farmácia ambulatorial.....	164
	2.2.1.9 Processo de transcrição	165
2.2.2	Gestão de materiais cirúrgicos e especiais.....	165
2.2.2.1	Gestão de órteses, próteses e materiais especiais	165
2.2.2.2	Gestão e checagem de processamento e esterilização de materiais	166
2.2.2.3	Configuração e preparação de kits e conjuntos cirúrgicos	166
2.2.3	Gestão de sangue, hemocomponentes e outras terapias hematológicas	166
2.2.3.1	Coleta, produção, armazenamento e distribuição de sangue	166
2.2.3.2	Aférese, flebotomia e outras terapias	167
2.2.3.3	Informação de transfusão do paciente	167
2.2.4	Nutrição e gestão de processos lácteos.....	168
2.2.4.1	Gestão de dietas e nutrição	168
2.2.4.2	Produção e gestão de fórmulas lácteas	168
2.2.4.3	Processo e gestão de banco de leite humano	169
2.2.5	Controle de infecção hospitalar	169
2.2.5.1	Processo de controle de infecção hospitalar	169
2.2.5.2	Processo de registro do controle de infecções do paciente	169
2.2.5.3	Processo de supervisão de prescrições com antimicrobianos	170
2.2.5.4	Gráficos e indicadores de infecção hospitalar	170
2.2.6	Pronto atendimento.....	170
2.2.6.1	Gestão de emergência	170
2.2.6.2	Triagem do paciente.....	171
2.2.6.3	Configuração de protocolos de emergência.....	171
2.2.7	Serviços clínicos especializados	171
2.2.7.1	Gestão de check-up de saúde.....	171

2.2.7.2	Processo e gestão de transplante de órgãos (doadores e receptores).....	172
2.2.7.3	Gestão de Home Care	172
2.2.7.4	Processo e gestão de reabilitação e condicionamento físico.....	172
2.2.7.5	Processo de radioterapia	173
2.2.7.6	Processo de diálise	173
2.2.7.7	Telessaúde	174
2.2.8	Gestão, execução e informação de exames e procedimentos	174
2.2.8.1	Exames de laboratório (gestão, execução e laudagem)	174
2.2.8.2	Exames de imagem (gestão, execução e laudagem)	175
2.2.8.3	Anatomia patológica (gestão, execução e laudagem).....	175
2.2.8.4	Cardiologia intervencionista (gestão, execução e laudagem).....	176
2.2.9	Gestão de saúde populacional	176
2.2.9.1	Configuração de programas de saúde, campanhas e participantes	176
2.2.9.2	Captação de pessoas, atribuição de profissionais e atividades	177
2.2.9.3	Gestão e indicadores de programas de saúde	177
2.2.9.4	Rastreamento da saúde da população.....	177
2.2.9.5	Gestão da demanda de atendimento populacional.....	178
2.2.10	Sistema de agendamento	178
2.2.10.1	Processo de agendamento de serviços	178
2.2.10.2	Processo de agendamento de consulta médica.....	178
2.2.10.3	Processo de agendamento de exames de imagem	179
2.2.10.4	Processo de agendamento de cirurgias	179
2.2.10.5	Processo de agendamento de quimioterapia.....	180
2.2.10.6	Processo de agendamento de radioterapia	180
2.2.10.7	Processo de agendamento múltiplo	181
2.2.11	Sistema de priorização de pacientes	181
2.2.11.1	Configuração do sistema de priorização de pacientes	181
2.2.11.2	Processo eletrônico de chegada do paciente	181
2.2.12	Ferramentas de suporte operacional e legal.....	182
2.2.12.1	Cadastro Completo de Pessoas	182
2.2.12.2	Entrada Única de Pacientes.....	183
2.2.12.3	Rastreamento de pacientes	183
2.2.12.4	Processos operacionais específicos relacionados ao paciente	183
2.2.12.5	RHC - Registro Hospitalar de Câncer	184
2.2.12.6	SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação	184
2.2.12.7	ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar	184

2.2.12.8 ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária	185
2.2.12.9 SUS - Sistema Único de Saúde	185
2.2.12.10 PTU - Protocolo de Transações Unimed	186
2.2.12.11 CIHA - Controle de Internação Hospitalar e Ambulatorial.....	187
2.2.12.12 SNT - Sistema Nacional de Transplantes	187
2.2.12.13 CBO - Classificação Brasileira de Ocupações	187
2.2.13 Outros processos operacionais específicos.....	188
2.2.13.1 Processo de achados e perdidos.....	188
2.2.14 Gestão de ocupação, leitos e unidades	188
2.2.14.1 Configuração de leitos, quartos e unidades	188
2.2.14.2 Gestão de ocupação hospitalar	188
2.2.14.3 Processo de limpeza e higiene	189
2.2.15 Gestão de pessoas, visitantes e pessoas jurídicas	189
2.2.15.1 Cadastro de médicos	189
2.2.15.2 Cadastro de funcionários	189
2.2.15.3 Cadastro de pessoa jurídica	190
2.2.15.4 Gestão de desempenho de pessoas, funções e serviços	190
2.2.15.5 Gestão e exibição de plantões e sobreavisos	190
2.2.15.6 Controle de acesso de visitantes e funcionários.....	190
2.2.16 Processos, documentos e sistemas de gestão da qualidade	191
2.2.16.1 Gestão de prontuários em papel	191
2.2.16.2 Processo de gestão de anexos.....	191
2.2.16.3 Ferramentas de glossário.....	192
2.2.16.4 Cadastro de reuniões e atas	192
2.2.16.5 Controle de fluxo de documentos	192
2.2.16.6 Relatório de incidentes e sugestões	192
2.2.16.7 Sistema de gestão da qualidade e sistema de gestão de treinamentos	192
2.2.16.8 Gestão da qualidade clínica	193
2.2.17 Gestão de compras e almoxarifado.....	193
2.2.17.1 Configurações de materiais gerais.....	193
2.2.17.2 Processo de compras	194
2.2.17.3 Gestão do estoque de materiais gerais.....	194
2.2.17.4 Gestão de notas fiscais de entrada	194
2.2.18 Manutenção operacional	195
2.2.18.1 Gestão de ordens de serviço	195
2.2.18.2 Gestão de equipamentos	195

2.2.18.3 Gestão de temperatura ambiente	196
2.2.18.4 Gestão e processamento de resíduos biomédicos.....	196
2.2.18.5 Gestão de rouparia e lavanderia	196
2.2.19 Inteligência e estratégia de negócio.....	197
2.2.19.1 Configuração dos indicadores-chave de desempenho	197
2.2.19.2 Painel de indicadores-chave de desempenho	197
2.2.19.3 Balanced Scorecard e planejamento estratégico.....	197
2.2.20 Engajamento das partes no cuidado em saúde.....	198
2.2.20.1 Sistemas de engajamento	198
Recursos de controle para finanças e contabilidade.....	198
2.3 Conta do paciente e processos de faturamento.....	198
2.3.1.1 Configuração de exames e procedimentos internos.....	198
2.3.1.2 Configuração de regras específicas de faturamento.....	199
2.3.1.3 Processo de cadastro de autorizações de convênio.....	199
2.3.1.4 Processo de criação de cotação	200
2.3.1.5 Geração de faturamento.....	200
2.3.1.6 Processo de emissão de nota fiscal de saída	201
2.3.1.7 Gestão de reembolso das seguradoras	201
2.3.2 Processo financeiro	201
2.3.2.1 Configuração de contas a pagar e receber	201
2.3.2.2 Processos e procedimentos de títulos a receber	202
2.3.2.3 Gestão de títulos a pagar	202
2.3.2.4 Gestão da tesouraria	202
2.3.2.5 Gestão de repasses de terceiros.....	202
2.3.2.6 Gestão de contas bancárias	203
2.3.2.7 Cadastro de transações financeiras	203
2.3.2.8 Encontro de contas.....	203
2.3.2.9 Gestão de fluxo de caixa	203
2.3.2.10 Requisitos financeiros legais	203
2.3.3 Processo de controladoria	204
2.3.3.1 Configurações, geração e acompanhamento do cálculo de impostos.....	204
2.3.3.2 Configuração de processos contábeis	204
2.3.3.3 Registros manuais e automatizados de transações contábeis.....	204
2.3.3.4 Balanço, razão e relatórios contábeis	205
2.3.3.5 Gestão de contratos	205
2.3.3.6 Gestão de licitações.....	205

2.3.3.7	Gestão de patrimônio.....	206
2.3.3.8	Gestão de controle de custos	206
2.3.3.9	Planejamento operacional anual.....	206
	Recursos do plano de saúde.....	206
2.4.1	Gestão de planos de saúde.....	207
2.4.1.1	Configuração de planos de saúde.....	207
2.4.1.2	Configurações de intercâmbio de planos de saúde	207
2.4	2.4.1.3 Configurações adicionais de planos e serviços de saúde.....	207
	2.4.1.4 Gestão de preços dos planos de saúde	207
2.4.2	Gestão de vendas e vendedores	207
2.4.2.1	Gestão de vendas de operadoras de planos de saúde	207
2.4.2.2	Gestão de vendedores de operadoras de planos de saúde	208
2.4.3	Gestão de contratos e carteiras de beneficiários	208
2.4.3.1	Manutenção de contratos de organização de plano de saúde	208
2.4.3.2	Manutenção de contratos de intercâmbio de operadoras de planos de saúde... 	208
2.4.3.3	Gestão das carteiras de beneficiários da operadora de planos de saúde.....	209
2.4.3.4	Ajustes dos preços dos planos de saúde de operadoras de planos de saúde	209
2.4.3.5	Gestão de títulos a receber da carteira das operadoras de planos de saúde	209
2.4.4	Gestão de rede credenciada	209
2.4.4.1	Gestão da rede credenciada de operadoras de planos de saúde.....	210
2.4.4.2	Gestão de operadoras congêneres de operadoras de planos de saúde	210
2.4.4.3	Gestão de pacotes de operadoras de planos de saúde	210
2.4.4.4	Gestão de preços de serviços de operadoras de planos de saúde	211
2.4.5	Processo de apoio ao beneficiário	211
2.4.5.1	Requisição e autorização de serviços de operadoras de planos de saúde.....	211
2.4.5.2	Requisição e autorização de serviços de intercâmbio de operadoras de planos de saúde	212
	2.4.5.3 Serviços ao cliente de operadora de planos de saúde	212
2.4.6	Processos de cobrança de faturas de organizações de planos de saúde.....	213
2.4.6.1	Faturamento de contratos com valor pré-estabelecido de operadoras de planos de saúde	213
2.4.6.2	Notas fiscais do faturamento de coparticipação de beneficiário de operadoras de planos de saúde	213
2.4.6.3	Faturamento de contratos com valor pós-estabelecido de operadoras de planos de saúde	213
2.4.6.4	Notas fiscais de cobrança de intercâmbio de operadora de planos de saúde	214

2.4.6.5	Contestação de faturamento de intercambio de convênio e faturas de coparticipação	214
2.4.7	Gestão de despesas de saúde do beneficiário	214
2.4.7.1	Reconhecimento de despesas de saúde de beneficiário de operadoras de planos de saúde	214
2.4.7.2	Reconhecimento de despesas de saúde oriundas de intercâmbio das operadoras de plano de saúde.....	215
2.4.7.3	Configuração de regras de glosas e ocorrências de operadoras de planos de saúde	215
2.4.7.4	Auditoria de despesas de saúde do beneficiário de operadoras de planos de saúde	216
2.4.7.5	Recurso de glosa de operadoras de planos de saúde	216
2.4.7.6	Reembolso de beneficiários de operadoras de planos de saúde	216
2.4.8	Reembolso de rede credenciada	217
2.4.8.1	Processo de pagamento da rede credenciada de operadoras de planos de saúde	217
2.4.8.2	Acompanhamento da taxa de retenção fiscal da rede credenciada de operadoras de planos de saúde	217
2.4.9	Comunicação com beneficiários, clientes e rede credenciada	217
2.4.9.1	Acesso ao portal de operadoras de planos de saúde	218
2.4.9.2	Configuração de alertas e avisos de operadoras de planos de saúde	218
2.4.10	Processos operacionais adicionais do plano de saúde.....	218
2.4.10.1	Processo de geração de arquivos específicos de operadoras de planos de saúde	218
2.4.10.2	Configuração geral e regras para operadora de plano de saúde	219
2.4.10.3	Gestão de cotas de cooperados	219
2.4.10.4	Análise de desempenho de planos de saúde e contratos	219
	 Recursos de negócio	220
2.5	Privacidade e segurança dos dados do paciente	220
2.5.1.1	Política de proteção de dados e criptografia.....	220
2.5.1.2	Métodos de autenticação	220
2.5.1.3	Gestão de senhas	221
2.5.1.4	Assinatura digital	221
2.5.1.5	Logs de auditoria e rastreabilidade	221
2.5.1.6	Privacidade de dados.....	222
2.5.1.7	Segurança de dados.....	222
2.5.2	Kit de ferramentas do sistema operacional	223
2.5.2.1	Administração e configuração do sistema	223
2.5.2.2	Configuração de preferências do usuário	224
2.5.2.3	Gestão de relatórios	225
2.5.2.4	Processos de importação e exportação de dados do Excel	225

2.5.2.5	Sistema de comunicação interno e externo	225
2.5.3	Interoperabilidade	226
2.5.3.1	Ferramentas de interoperabilidade.....	226
2.5.4	Padrões e regulamentos.....	227
2.5.4.1	Ontologias	227
2.5.4.2	Requisitos regulatórios.....	227
2.5.4.3	Localização e internacionalização.....	227
2.5.5	Inteligência artificial.....	228
2.5.5.1	Casos de uso de inteligência artificial	228
3	Apêndice - Índice do Web Suite.....	230
	Mobile Clinician Workspace (Portal para médicos)	230
	Portal Aprovações Pendentes	231
3.1	Portal de Licitações (Solicitação de Proposta Online Web Suite)	231
3.2	Portal da Operadora de Plano de Saúde	231
3.3	Portal do Beneficiário (Web Suite Beneficiário)	232
3.4	Portal do Estipulante do Seguro.....	232
3.5	Portal do Prestador	232
3.6	Portal Guia Médico.....	232
3.7	Portal de Propostas de Adesão	232
3.8	Portal de solicitação de propostas online	232
3.9	Portal de Auditoria Simultânea	232
3.10	Portal de Credenciamento de Prestadores	233
3.11	Portal de Resultados.....	233
	My Companion (Portal do Paciente).....	233
4	Abreviações, acrônimos e definições	235
5	Glossário de símbolos	242

1 Introdução

Este capítulo contém informações importantes que devem ser lidas primeiro.

Descrição

O Tasy EMR é um sistema de gerenciamento de informações para organizações da área de saúde e de planos de saúde.

Os objetivos para as organizações de saúde são:

- Auxiliar e gerenciar fluxos de trabalhos clínico e não clínico através da integração de atividades, funções, áreas e outros sistemas de software e hardware, fornecendo um fluxo de informações unificado.
- Disponibilizar os dados do prontuário eletrônico do paciente a profissionais de saúde de forma única e integrada.
- Auxiliar nas tomadas de decisão clínica, combinando informações médicas em geral e algoritmos com dados específicos do paciente.
- Auxiliar e gerenciar fluxos de trabalho em áreas de suporte como farmácia, laboratório, radiologia, oncologia, nutrição e banco de sangue.
- Apoiar e gerenciar fluxos de trabalho de processos operacionais, administrativos e gerenciais como ocupação de leitos, gestão de pacientes, cobrança, controladoria, finanças, inteligência de negócios e estoque/armazém.

Os objetivos para organizações de planos de saúde são:

- Apoiar e gerenciar fluxos de trabalhos administrativos e operacionais integrando atividades, áreas e partes interessadas, proporcionando um fluxo de informações unificado. Os processos e atividades abrangem o gerenciamento de planos de saúde, contratos e carteiras de beneficiários, vendas e vendedores, carteira de redes credenciadas e reembolso, suporte ao beneficiário, cobrança de faturas, despesas de saúde do beneficiário e comunicação com beneficiários, clientes e redes.

Para ambas as organizações, o Tasy EMR visa:

- Dar suporte a tomada de decisões operacionais e administrativas por meio de regras e algoritmos.
- Possibilitar a comunicação do processo entre as partes interessadas (pacientes, beneficiários, profissionais de saúde, prestadores e entidades) por meio de ferramentas portáteis e remotas, como portais e aplicativos móveis (por exemplo, tablets, smartphones, etc.).

- 1.2** Os recursos/funcionalidades existentes do Tasy EMR podem ser disponibilizados para organizações da área de saúde e/ou de planos de saúde, conforme necessidades específicas de negócio, fluxos de trabalho e acessos privilegiados.

1.3 Uso pretendido

O Tasy EMR destina-se a apoiar profissionais e partes envolvidas em organizações da área de saúde e de planos de saúde no registro e gerenciamento de dados clínicos, operacionais e administrativos, integrando atividades, funções e áreas em um fluxo de informações unificado.

Indicações de uso

O Tasy EMR é um sistema de gerenciamento de informações indicado para organizações da área de saúde e/ou de planos de saúde.

Para organizações da área de saúde, o sistema de gerenciamento de informações exibe, armazena, troca e

processa dados clínicos, operacionais e administrativos. O sistema permite a entrada de dados manual ou via interface com outros dispositivos. Gerencia a prestação de cuidados de um ou vários pacientes, abrangendo atendimento hospitalar e ambulatorial. Auxilia os profissionais de saúde no diagnóstico, monitoramento, previsão, prognóstico, tratamento ou alívio de doenças ou condições. É indicado para auxiliar na tomada de decisão clínica, combinando informações médicas em geral e algoritmos com dados específicos do paciente. As referidas capacidades abrangem regras e cálculos que podem ser configuráveis, codificados fixos ou baseados no interfaceamento com outras aplicações externas. O Tasy EMR não é indicado para ser a única fonte de informações ou substituir o julgamento clínico.

Para organizações de plano de saúde, o sistema de gerenciamento de informações exibe, armazena, troca e processa dados clínicos, administrativos e operacionais de beneficiários, profissionais de saúde e prestadores. O sistema permite a entrada de dados manual ou via interface com outros dispositivos.

Contraindicações

Com base na natureza do dispositivo, não há contraindicações relacionadas ao Tasy EMR. Precauções e advertências associadas ao dispositivo estão disponíveis nestas Instruções de Uso.

1.4

Orientação geral

1.5 Além das informações sobre as funções incluídas no Tasy EMR e seu uso, este guia contém advertências, precauções e observações:



ADVERTÊNCIA

As advertências são instruções que, se não seguidas, podem causar lesões moderadas a graves a um usuário, paciente ou qualquer outra pessoa, ou podem levar a uma interpretação incorreta e/ou perda ou dano de dados relacionados ao paciente.



PRECAUÇÃO

Precauções são instruções que, se não seguidas, podem causar danos ao produto descrito nestas Instruções de Uso e/ou qualquer outro dispositivo.

Instruções que, não seguidas, podem causar dano ao produto e a uma pessoa, são documentadas como advertência.

1.6

OBSERVAÇÃO As observações destacam pontos incomuns como ajuda ao operador.

Limitações de uso



ADVERTÊNCIA

Use o sistema apenas para os fins especificados no escopo deste documento de Instruções de Uso.



ADVERTÊNCIA

Verifique se a versão do software (por exemplo, 3.07) corresponde à versão deste documento de Instruções de Uso antes de continuar.



ADVERTÊNCIA

Não use este sistema até ter recebido treinamento adequado. Se não tiver certeza de sua capacidade de operar este software com segurança e eficácia, não o utilize.

População de usuários pretendida

Para organizações da área de saúde, a população de usuários-alvo consiste em:

Profissionais de saúde clínicos

1.7

- Médicos
- Enfermeiros e profissionais de enfermagem
- Farmacêuticos
- Nutricionistas
- Fisioterapeutas
- Psicólogos
- Especialistas

Profissionais de saúde não clínicos

- Gerentes e administradores
- Profissionais de contabilidade e finanças
- Atendentes
- Técnicos

Pacientes e/ou cuidadores - acesso limitado a recursos específicos por meio do portal do paciente (My Companion).

Para organizações de plano de saúde, a população de usuários-alvo consiste em:

A população de usuários-alvo para as capacidades de seguro de saúde consiste em

1.8

- Beneficiários
- Profissionais de saúde
- Prestadores

Grupo-alvo de pacientes

1.9

Todos os pacientes que fornecem seus dados pessoais e de saúde a uma instituição de saúde, seja diretamente ou através de uma parte autorizada.

Benefícios clínicos

- O sistema proporciona uma melhor coordenação da prestação de cuidados ao paciente
 - O paciente terá atendimentos de seus médicos, especialistas, enfermeiros, técnicos de laboratório e outros profissionais clínicos. Cada atendimento resulta em informações vitais que, quando consideradas como um todo, fornecem uma imagem real da saúde total do paciente. Se todos os prestadores de serviços de saúde tiverem acesso aos mesmos dados, eles podem evitar a prescrição de exames duplicados, de medicamentos contraindicados e, assim, melhorar a qualidade geral do atendimento. Com um registro único e contínuo do paciente é possível ter uma visão holística de sua saúde geral para um melhor diagnóstico e tratamento.

- Proporciona um melhor suporte para os profissionais de saúde
 - Dispondo de ferramentas facilitadoras para as atividades diárias, os usuários podem executar as tarefas relacionadas ao atendimento com mais qualidade e eficiência.
- Pacientes mais capacitados
 - Quando os pacientes têm acesso a seus prontuários, eles podem assumir um papel ativo na administração de seus resultados e bem-estar geral. O portal do paciente permite agendar consultas ou verificar resultados de exames de qualquer local.

Reivindicações

O sistema proporciona capacidade para habilitar e configurar ferramentas de suporte à decisão clínica para acionar alertas de prescrição relacionados a medicação como interação medicamentosa, alertas de alergia e detecção de erros de dosagem para promover o uso de recomendações baseadas em evidências para prescrições de medicamentos.^{1.10}

Ferramentas de pontuação clínica e calculadoras de probabilidade auxiliam o clínico nas decisões de diagnóstico e tratamento e permitem a intervenção precoce no curso da doença.

Parâmetros clínicos (por exemplo, sinais vitais, resultados de exames) do sistema podem ser usados para criar alertas que notificam o clínico ou até mesmo acionam predeterminadas prescrições, conjuntos de prescrições ou caminhos clínicos para suporte a tomada de decisões clínicas e ações.

Riscos potenciais

^{1.11} Os riscos potenciais incluem mas não estão limitados a:

- Exposição do paciente à errônea integridade/transferência de dados durante o uso clínico
- Exposição do paciente a erro de uso não intencional durante o uso clínico
- Exposição do paciente à errônea integridade/transferência de dados durante o uso clínico
- Exposição do paciente a falhas do sistema durante o uso clínico
- Exposição do paciente a acesso não autorizado ao sistema/dados durante o uso clínico
- Exposição do paciente a erro de rede durante o uso clínico

Relatórios de incidentes

^{1.13} Qualquer incidente grave que tenha ocorrido em relação a este produto deve ser relatado à Philips e a outras autoridades relevantes nas quais o usuário e/ou paciente esteja estabelecido.

Requisitos de infraestrutura

Windows é o sistema operacional mais comum para uso corporativo de desktop, por isso os investimentos de mercado têm sido feitos principalmente nessa plataforma. O Tasy EMR tem interface com outros componentes, dispositivos e recursos de mercado que estão disponíveis exclusivamente na plataforma Windows.



PRECAUÇÃO

O Tasy EMR deve ser operado em um ambiente no qual os requisitos mínimos especificados para desempenho de hardware e rede sejam atendidos.

Para obter informações mais detalhadas consulte o Guia de Requisitos de Infraestrutura disponível no Portal do Cliente.

Suporte técnico

Se houver dificuldade para usar o produto, entre em contato com o grupo de suporte técnico da Philips que atende sua área. Para obter informações de contato desse grupo, entre em contato com o representante local da Philips.

Ao entrar em contato com o suporte técnico da Philips EMR, tenha as seguintes informações disponíveis:

1.14

- Nome do solicitante, nome da organização do cliente e localização
- Número do local, se aplicável
- Descrição detalhada do problema, incluindo qualquer histórico de esforços de resolução de problemas concluídos antes ou depois da primeira ocorrência.

Para detalhes de contato, consulte a última página destas Instruções de Uso.

Compatibilidade

O Tasy EMR não deve ser utilizado em combinação com outro software, equipamento ou componente, a menos que a Philips reconheça expressamente tal software, equipamento ou componente como compatível.

1.15 A Philips EMR não é responsável por executar a validação de compatibilidade de software de terceiros não suportado. Se houver necessidade de usar o Philips EMR em combinação com outro software, equipamento ou componente, entre em contato com a Philips EMR.

As alterações e/ou adições ao sistema devem ser realizadas apenas pela Philips EMR ou por terceiros expressamente autorizados pela Philips EMR a fazê-lo. Tais alterações e/ou adições devem estar em conformidade com todas as leis e regulamentos aplicáveis que têm força de lei nas jurisdições em questão e com as melhores práticas de engenharia.

Alterações e/ou adições ao sistema realizadas por pessoal sem treinamento adequado podem levar à anulação da garantia do produto.

A Philips EMR não é responsável por qualquer mau funcionamento do Tasy EMR caso seja executado em hardware que não esteja de acordo com os requisitos de infraestrutura.

1.16

Para obter informações mais detalhadas, consulte a seção “Interoperabilidade” deste IFU e o Guia de

Requisitos de Infraestrutura disponível no Portal do Cliente.

Requisitos de segurança

1.17

Para informações mais detalhadas relacionadas a segurança, proteção e privacidade da rede, consulte o Guia de Cibersegurança disponível no Portal do Cliente.

Serviço de informações

A pedido do cliente, um engenheiro do atendimento pode se conectar remotamente a um computador do cliente para ajudar com problemas e realizar ações de atendimento. O serviço remoto pode ajudar a reduzir o tempo de inatividade do sistema e melhorar investigação e encerramento de problemas sistêmicos. A conexão remota deve ser concedida pelo cliente, após o que o serviço pode ser fornecido pelo pessoal da Philips ou por um representante autorizado da Philips.



PRECAUÇÃO

O Tasy EMR não oferece recurso nativo para conexões remotas. Para atendimento remoto será utilizado um software que oferece robustos mecanismos de criptografia.

Para obter informações mais detalhadas, consulte o Guia de Serviços disponível no Portal do Cliente.

Plano de Continuidade do Negócio

O plano de continuidade do cliente deve ter ciência do papel da cibersegurança como parte do planejamento de continuidade. Consulte o Guia de Cibersegurança disponível no Portal do Cliente para algumas áreas temáticas a serem consideradas durante a criação do plano de continuidade.

1.18

2 Recursos

Esta seção descreve as partes individuais do produto de software, também conhecidas como recursos, os quais, combinados, formam um sistema de informações abrangente. O sistema usa um conjunto de componentes de navegação padrão para obter uma experiência de usuário unificada em todo o sistema. Consulte o Guia de Referência Rápida disponível no Portal do Cliente para obter detalhes sobre a navegação geral.

Recursos clínicos

Conjunto de recursos que ajudam a gerenciar os dados relacionados às atividades clínicas dos profissionais de saúde.

2.1



ADVERTÊNCIA

Antes de tentar usar um recurso de dispositivo médico Tasy EMR em um ambiente clínico, ele deve ser configurado adequadamente por um administrador de sistema, considerando as instruções do fabricante, leis e regulamentos locais aplicáveis ao cliente, bem como orientações médicas e melhores práticas para garantir uma operação segura e eficaz.

2.1.1 Geração e visualização de prescrições clínicas

Esta seção apresenta um subconjunto de funcionalidades clínicas relacionadas à criação e visualização de prescrições médicas para tratamento básico, medicamentos e outras substâncias.



ADVERTÊNCIA

Todos os aspectos do processo de prescrição clínica devem ser realizados por profissionais qualificados. Qualquer informação gerada pelo sistema Tasy EMR deve ser validada por esses profissionais. As facilidades oferecidas pelo sistema nunca substituem o julgamento clínico.

Prescrições feitas por profissionais clínicos geralmente incluem elementos temporais. Os usuários responsáveis por prescrições clínicas devem sempre conferir os horários e o número de vezes para administração de uma ordem gerada no sistema Tasy EMR.

2.1.1.1 Prescrição e cálculos nutricionais

Esse recurso auxilia na prescrição de jejuns, dietas orais, dietas enterais, suplementos, NPT, leite infantil e fórmulas no plano de cuidados do paciente.

Na função CPOE, as opções mencionadas são solicitadas no grupo "Nutrição". Dependendo do tipo de nutrição (jejuns, dietas orais, dietas enterais, suplementos, leite e fórmulas infantis, NPT adulto e pediátrico/neonatal), o sistema apresenta diferentes opções de campo ao usuário (informações sensíveis ao contexto).

Jejuns podem ser prescritos selecionando-se o tipo de jejum (jejum absoluto, jejum com permissão para medicação oral ou jejum com permissão para água), o motivo do jejum (para coleta de exames laboratoriais ou procedimento cirúrgico) e as datas de início e fim.

As dietas orais também podem ser prescritas com uso do autocompletar. Quando a dieta precisa ser adaptada para um paciente devido a necessidades específicas, o clínico pode selecionar a dieta por composição e consistência, o que requer configuração prévia. Os suplementos orais também utilizam a opção

de preenchimento automático, e o usuário informa via, dose, unidade de medida, intervalo e tipo de administração (conforme horário de início, por prescrição médica ou se necessário).

Para prescrever dieta enteral e suplementos, usa-se o autopreenchimento e informa-se dose, modo de administração (infusão contínua ou intermitente), frequência, unidade de medida e duração do estágio de infusão. O sistema calcula a velocidade de infusão conforme as informações fornecidas. Por exemplo, o paciente precisa receber continuamente 1500 ml de dieta enteral por 24 horas. Nesse caso, o sistema calcula e apresenta o resultado da velocidade de infusão (62,5 ml/h ou 20,83 gotas/min). Esse resultado depende da unidade de medida selecionada. Por outro lado, se o usuário selecionar a infusão intermitente, é necessário inserir a duração do estágio e o sistema calcula a velocidade de infusão. Por exemplo, o paciente precisa receber continuamente 1500 ml de dieta enteral por 24 horas. Nesse caso, o sistema calcula e apresenta o resultado da velocidade de infusão (62,5 ml/h ou 20,83 gotas/min). Esse resultado depende da unidade de medida selecionada. Por outro lado, se o usuário selecionar a infusão intermitente, é necessário inserir a duração do estágio e o sistema calcula a velocidade de infusão. Por exemplo, se o paciente precisa receber 1500 ml em quatro estágios de 4 horas em um período de 24 horas, o sistema calcula e apresenta o resultado da velocidade de infusão (375 ml em 4 horas de cada um dos quatro estágios).

No grupo de leites/fórmulas infantis, o usuário pode selecionar fórmula infantil, leite materno e leite humano. O usuário pode escolher solubilidade, dispositivo de sucção e temperatura da fórmula infantil. O registro de solubilidade é uma pré-condição que o usuário precisa configurar antes de prescrever a fórmula láctea. Por exemplo, para preparar 100 ml de fórmula láctea, é necessário colocar 15 g de pó em 90 ml de água, o que resulta em uma solubilidade de 15%. Essa é a quantidade de pó a ser diluída na água. Supondo que o usuário prescreva 120 ml na mesma solubilidade, a quantidade de pó e água muda (18 g de pó e 108 ml de água). Se o clínico selecionar leite materno, é possível prescrever leite materno sob livre demanda.

A função CPOE permite que o clínico faça prescrições de nutrição parenteral conforme as necessidades calóricas e clínicas do paciente. É possível prescrever produtos para nutrição e especificar a quantidade de um produto que precisa ser preparado de acordo com os nutrientes solicitados para o paciente.

Para prescrever NPT adulta, o usuário seleciona um conjunto pré-configurado de produtos e elementos, o qual pode ser editado conforme a necessidade do paciente. O usuário pode ajustar aspectos da prescrição nutricional como percentual de proteínas, lipídeos e carboidratos, número de bolsas para infusão, duração e dispositivo de infusão.

Para prescrever NPT pediátrica ou neonatal é necessária uma configuração prévia, considerando idade e peso do paciente, para adequar o processo de fluxo de trabalho aos campos apropriados relacionados a tal prescrição. O usuário pode ajustar os produtos e elementos apresentados na tela e preencher o número de bolsas, a necessidade de água (ml/kg/dia) e de calorias (kcal/kg/dia), a duração e o dispositivo de infusão.

Após selecionar nutrição oral, enteral e parenteral, suplemento, leite/fórmula, leite materno ou leite humano, intervalo ou estágios e o primeiro horário de administração, o sistema gera o cronograma dos horários de administração. Por exemplo, se o usuário informar duas vezes ao dia, iniciando hoje às 8 h da manhã, o sistema gera 8:00 h e 20:00 h como horários de administração.

Descrição das fórmulas utilizadas no processo descrito abaixo (não necessariamente na sequência de apresentação):

- Taxa metabólica basal de Harris Benedict (Kcal/dia):
- $TMB \text{ homens} = 66,5 + 13,75 \times \text{peso (kg)} + 5,003 \times \text{altura (cm)} - 6,775 \times \text{idade (anos)}$
- $TMB \text{ mulheres} = 655,1 + 9,563 \times \text{peso (kg)} + 1,850 \times \text{altura (cm)} - 4,676 \times \text{idade (anos)}$
- Valor Calórico Total (Kcal/dia): $VCT = TMB \times \text{fator de atividade} \times \text{fator de estresse}$
- Kcal por quilograma de peso por dia (Kcal/kg/dia) = VCT/peso

- Kcal carboidrato = VCT x % carboidrato / 100
- Kcal proteína = VCT x % proteína / 100
- Kcal lipídio = VCT x % lipídio / 100
 - Caloria não proteica por grama de nitrogênio – NPC:N
 - Proteína (g) / 6,25 = X
 - NPC:N = VCT / X
- % por quilocaloria por grama de carboidrato = % proteína/Kcal/g – % lipídios/Kcal/g
- Velocidade de infusão de glicose (mg/kg/min): GIR = gramas de glicose / (peso x 1,44)
- Osmolaridade (mOsm/l):
 - $$\frac{(\text{quantidade de proteína} \times 10) + (\text{quantidade de lipídios} \times 0,27) + (\text{quantidade de glicose} \times 5) + [(\text{quantidade de sódio} + \text{quantidade de potássio} + \text{quantidade de magnésio} + \text{quantidade de cálcio}) \times 2]}{(\text{volume total} \times 1000)}$$
 - $$\frac{[(\text{quantidade de proteína} \times 11) + (\text{quantidade de glicose} \times 5,5) + (\text{quantidade de lipídios} \times 0,3) + (\text{quantidade de sódio} + \text{quantidade de potássio} + \text{quantidade de magnésio} + \text{quantidade de cálcio} + \text{quantidade de fósforo})] \times 1000}{(\text{volume total} \times 1000)}$$
 - $$\frac{[(\text{quantidade AddProtein} \times 11) + (\text{quantidade AddGlucose} \times 5,5) + (\text{quantidade lipídio} \times 0,3) + (\text{quantidade sódio} + \text{quantidade potássio} + \text{quantidade magnésio} + \text{quantidade cálcio}) \times 2]}{(\text{volume total} \times 1000)}$$
 - $$\frac{[(\text{quantidade AddProtein} \times 11) + (\text{quantidade AddGlucose} \times 5,5) + (\text{quantidade lipídio} \times 0,3) + (\text{quantidade sódio} + \text{quantidade potássio} + \text{quantidade magnésio} + \text{quantidade cálcio}) \times 2]}{(\text{volume total} + 30 \times 1000)}$$
 - *O parâmetro 1080 da função CPOE é utilizado para definir a fórmula de osmolaridade a ser usada no cálculo da NPT adulta.*
- Concentração:
 - % proteína = $\Sigma \text{Kcal ptn} / (\Sigma \text{ptn} + \Sigma \text{car} + \Sigma \text{lip})$
 - % carboidrato = $\Sigma \text{Kcal car} / (\Sigma \text{car} + \Sigma \text{ptn} + \Sigma \text{lip})$
 - % lipídio = $\Sigma \text{Kcal lip} / (\Sigma \text{lip} + \Sigma \text{ptn} + \Sigma \text{car})$
- Velocidade de infusão:
 - Mililitros por hora = volume total (ml) / duração (h)
 - Gotas por minuto = volume total (ml) / duração (min) / 3

OBSERVAÇÃO Regras e cálculos que suportam o processo de prescrição de nutrição são configurados nas funções “Cadastros PEP”, “Cadastros de Nutrição”, “Cadastro de Materiais” e “Cadastros Gerais”.

2.1.1.2 Prescrição, suporte à decisão e cálculo de medicamentos e infusões

Esse recurso oferece suporte aos profissionais clínicos na prescrição de medicamentos e infusões para o paciente e também processa dados através de regras e algoritmos.

Na função CPOE, grupo "Infusões e medicamentos", é possível solicitar todas as infusões ou medicamentos em diferentes vias e modos de infusão, como contínua, intermitente, velocidade de infusão variável e modo Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA). Nesse grupo, as informações são sensíveis ao contexto conforme as escolhas do usuário. Algumas ferramentas auxiliam no processo de prescrição, como por exemplo, calculadoras terapêuticas e cálculos de dose considerando fator de correção ou velocidade de infusão de glicose, entre outras, mencionadas a seguir.

Prescreve-se um novo medicamento digitando o nome na caixa de pesquisa de preenchimento automático ou selecionando-o entre as opções pré-configuradas, como rotinas, protocolos (conjuntos de prescrições), favoritos e prescrições anteriores. Quando um medicamento é adicionado usando rotina ou opções de protocolo, a instituição pode configurar o medicamento no protocolo específico com a dose por quilograma e o sistema considera o peso do paciente, exibindo a dose final para o usuário. Quando o médico prescreve um novo medicamento via preenchimento automático, ele precisa informar a via de administração, dose, unidade de medida e frequência. As instituições podem configurar o sistema para preencher automaticamente esses campos com valores padrão. O usuário pode editar o conteúdo, se necessário. Além disso, dependendo do item selecionado pelo usuário, o sistema apresenta apenas os campos apropriados (informações sensíveis ao contexto). Por exemplo, para um comprimido de medicação oral, não há opção de diluente disponível.

OBSERVAÇÃO: As regras e cálculos para apoiar o processo de prescrição de medicamentos e fluidos médicos são configurados nas funções "Cadastro de Materiais", "Medicamento", "Cadastros Gerais", "Cadastros PEP", "Cadastro de Protocolo" e "Cadastros de Nutrição", e também nos parâmetros da CPOE.

Quando aplicável, o usuário pode selecionar o lado do corpo no qual o medicamento deve ser aplicado. É necessária uma configuração prévia de cada medicamento para que as opções adequadas sejam exibidas na tela (por exemplo, esquerda, direita ou bilateral para casos como colírios).

Quando o paciente traz de casa sua medicação e continua utilizando-a durante a internação, o profissional de saúde pode selecionar a opção que se refere a essa situação, evitando utilizar o da farmácia.

Com base em regras previamente configuradas, o sistema pode validar os dados da prescrição médica e alertar o usuário sobre inconsistências como limites de dose máxima e mínima, duplicidade terapêutica, medicamento não padronizado, alergias e interações medicamentosas. Algumas validações, como limites de dose máxima e mínima e interações medicamentosas, também podem ser resultado de interfaceamento com provedores de conteúdo externos.

Na função CPOE, quando o profissional de saúde solicita antimicrobianos, o sistema apresenta campos específicos relacionados ao número de dias, fonte de infecção, material da amostra, topografia e microrganismo. Essa informação pode ser gerenciada e aprovada pela equipe de controle de infecção hospitalar para autorização e controle de infecção.

Guia de prescrição, preparo e administração de medicamentos intravenosos

Os medicamentos intravenosos podem ser solicitados como **infusão** (administração contínua) ou **medicamento** (administração discreta). Quando sinalizado como infusão, na função “Adm. Eletrônica da Prescrição - ADEP” ocorre o controle da infusão pela equipe de enfermagem, o que significa que o enfermeiro registra o início, a pausa, a alteração da velocidade de infusão e o término da infusão. Quando sinalizado como medicamento, a equipe de enfermagem registra apenas o momento da administração do medicamento, sem verificar o horário mencionado acima.

O sistema considera as informações da prescrição atual para criar instruções de preparo e administração para suporte à equipe de enfermagem. Um exemplo usando a dose e o diluente do medicamento, o volume total, intervalo/estágios, velocidade de infusão e volume do conjunto de infusão.

Exemplo: separar 2,4 ml da injeção de Fentanil 50 mcg/ml com 2 ml sobre 117,6 ml do frasco de cloreto de sódio 0,9% 100 ml. Administrar 100 ml (um estágio) até 4,16 ml/h (volume total = 100 ml). Foram considerados 20 ml de dispositivo de infusão durante o preparo.

Para medições intravenosas (administração discreta) que podem exigir reconstituição, diluição e稀nfluente (por exemplo, neonatal), o médico pode adicioná-las durante o processo de prescrição ou a instituição pode pré-configurá-las. As opções comumente usadas são exibidas ao selecionar o medicamento principal no preenchimento automático. Ajustes podem ser feitos se necessário.

Para infusões intravenosas (administração contínua), o médico deve informar o modo (se contínuo ou intermitente), velocidade de infusão variável ou analgesia controlada pelo paciente. As diferenças principais estão descritas abaixo:

Contínua: infusões administradas sem interrupções planejadas, como por longos períodos (por exemplo, 24 horas). Não há intervalos de tempo quando os frascos são trocados.

Intermitente: infusões que são administradas com um intervalo de tempo entre as etapas, como a cada oito horas por 30 minutos. O tempo de infusão é menor que o intervalo entre as doses.

Taxa de infusão variável: infusões que variam sua velocidade de infusão conforme a resposta clínica do paciente. São amplamente utilizados em unidades de terapia intensiva para medicamentos vasoativos como a critério médico.

PCA: infusões controladas pelo paciente para fins analgésicos.

Para infusões contínuas e intermitentes, o sistema considera o volume da bolsa (medicamentos e稀nfluentes) e a duração da infusão para gerar a velocidade de infusão. Quando o usuário preenche a velocidade de infusão manualmente, o sistema não faz nenhum cálculo, apenas considera a velocidade de infusão digitada, mas pode ser configurado para alterar o tempo total conforme o volume e a velocidade de infusão. *Exemplo: infusão contínua com “velocidade de infusão” como referência para cálculo ou infusão de Velocidade de Infusão Variável.*

O sistema também calcula o volume total da infusão considerando o volume da bolsa e o intervalo ou estágios selecionados em infusões contínuas e intermitentes com intervalo e estágios como referência para cálculo. Para infusões contínuas com velocidade de infusão como referência para cálculo, o sistema considera somente a velocidade digitada para gerar o volume total.

Exemplos: se o volume da bolsa for de 100 ml e o médico digitar duas vezes ao dia, o volume total será de 200 ml. Se o médico inserir 50 ml/h de velocidade de infusão e duas horas para tempo de administração, o volume total será de 100 ml.

Calculadoras de dose terapêutica

Durante o processo de prescrição de medicamentos endovenosos, o médico pode abrir a calculadora terapêutica clicando no ícone do campo de doses para auxiliar no cálculo da dose final.

O médico também pode usar uma calculadora terapêutica para auxiliar no cálculo da dose final e da velocidade de infusão ao prescrever uma infusão. Como pré-requisito, o parâmetro 29 da CPOE deve estar configurado como NÃO para que o稀nfluente fique visível na tela do usuário. Além disso, o parâmetro 1151 da função CPOE permite duas opções de visualização da calculadora de infusão, uma para uso com adultos e outra para pacientes neonatais/pediátricos.

A opção para adultos calcula a velocidade de infusão considerando peso, altura, área da superfície corporal, índice de massa corporal, proposta terapêutica e unidade de medida.

Exemplo: Se a infusão tiver 100 mcg de fentanil (2 ml) e 98 ml de soro fisiológico (100 ml no total) e o médico digitar 10 mcg/h na dose terapêutica proposta, então o sistema gera uma velocidade de infusão de 10 ml/h e um tempo de administração de 10 h.l

A opção neonatal/pediátrica calcula a dose necessária de medicação e diluente para o preparo da infusão considerando peso, altura, área de superfície corporal, índice de massa corporal, velocidade de infusão, duração da infusão, proposta terapêutica e unidade de medida. *Exemplo: se a infusão tiver 100 mcg de fentanil (2 ml) e 98 ml de soro fisiológico (100 ml no total) e o médico digitar 10 mcg/h na dose terapêutica proposta, 10 ml/h na velocidade de infusão e 24 h na duração, o sistema vai gerar 4,8 ml de fentanil e 235,2 ml de soro fisiológico (240 ml no total) para cobrir 24 h de tempo de administração.*

Terapia de reidratação endovenosa

A terapia de reidratação intravenosa visa manter ou restaurar o volume e a composição normais dos fluidos corporais.

A função CPOE permite prescrever terapia de reidratação intravenosa, o que facilita a seleção dos produtos e elementos que compõem a infusão, bem como os cálculos que são realizados. Habilite o parâmetro 767 da CPOE, “Permite prescrever Terapia de Reidratação Endovenosa (TREV)”, para ativar o ícone na tela de prescrição do grupo “Soluções e Medicamentos”.

Ao clicar no ícone “Terapia de Reidratação Intravenosa”, o sistema abre uma tela de prescrição dos elementos e produtos que compõem esta infusão. Para facilitar ainda mais o processo, utilize a função “Cadastros de Nutrição” para predefinir quais elementos e produtos utilizar neste tipo de prescrição clínica.

Para calcular a dose de elementos e produtos, o usuário deve informar o peso do paciente, pois as doses são específicas para cada indivíduo. Informando o peso, o sistema pode calcular a ingestão de água, que definirá a quantidade total de líquido necessária para compor a infusão e a necessidade de quilocalorias por dia. O sistema também calcula a velocidade de infusão de glicose (VIG).

Com esses resultados e informações, o sistema traz os elementos e produtos. Dependendo do peso do paciente, o sistema calcula a quantidade diária de eletrólitos. Para glicose, o sistema considera o valor da VIG (mg/kg/min), completando o volume da infusão com água, cumprindo a oferta hídrica do paciente.

Velocidade de infusão de glicose

Ao prescrever um medicamento diluído em glicose, o sistema exibe o campo VIG para o usuário. Nesse campo é possível inserir o valor de VIG em mg/kg/min para gerar a dose do diluente de glicose. Quando somente um produto de glicose é prescrito, o usuário pode acessar o campo VIG através do ícone no campo de dosagem de glicose e o sistema gera a dose de glicose de acordo com o valor de VIG em mg/kg/min.

Duas coisas são necessárias para usar essa funcionalidade. Os produtos de glicose devem ser identificados corretamente na aba “Prescrição” da função “Cadastro de Materiais” e o parâmetro 29 da CPOE deve estar definido como SIM.

Prescrição de nutrientes

Na função CPOE, quando o médico prescreve medicamentos ou infusões que fornecem macro e micronutrientes ao paciente, o sistema exibe a quantidade de nutrientes fornecida na dose prescrita. Usa-se a função “Cadastros de Nutrição” para pré-definir a quantidade equivalente do elemento nutricional para cada produto, o que também se aplica à prescrição parenteral.

Fator de correção

O médico pode selecionar as doses de ataque, adicionais e diferenciadas e sinalizar a opção do fator de correção para considerar o volume desconsiderado na linha do dispositivo (equipo) pela fórmula: *fator de correção = volume total de infusão + volume do equipo/volume total de infusão*. O fator de correção é multiplicado por cada dose (volume de medicamento, volume de diluente) para definir o volume final a ser dispensado. Considerando o volume final, o sistema gera as instruções de preparo e calcula os materiais de dispensação.

Geração de agenda

Por fim, ao selecionar o intervalo da medicação ou etapas das infusões e o primeiro horário da administração, o sistema gera agendamento dos horários de administração. Por exemplo, se o usuário selecionar o intervalo “a cada 12 h” iniciando hoje às 8 h, o sistema gera 8 h e 20:00 h como horários de administração. Além disso, usando a função CPOE, o médico pode selecionar as doses de carga, adicionais e diferenciadas, definir diferentes intervalos de administração (todos os dias, apenas alguns dias por semana, uma vez por mês, em horário específico ou após as refeições).

Caso o usuário prescreva um medicamento de uso contínuo que não tenha prazo para suspensão (por exemplo, tiroxina), a opção “Mantido até segunda ordem” deve ser marcada. Caso haja limite de duração de uso (como antimicrobianos e anti-inflamatórios), deve-se marcar a opção “Programado” e definir a data de término do tratamento. Há opções adicionais para dose única, SN (se necessário) e a critério do médico.

2.1.1.3 Prescrição de gasoterapia

Este recurso suporta a solicitação de gasoterapia no contexto do plano terapêutico do paciente.

Utilizando a função CPOE o usuário clínico seleciona o grupo “Gasoterapia”. Em seguida é possível definir o tipo de respiração, como espontânea ou mecânica não invasiva, mecânica não invasiva de borbulha, mecânica invasiva ou mecânica invasiva com filtros de barreira.

Também é possível selecionar o tipo de gás (oxigênio ou óxido nitroso), vazão e frequência (contínua ou intermitente). Quando respiração espontânea é selecionada, o profissional de saúde pode informar o dispositivo (por exemplo, cateter nasal) e a FiO₂ (%).

Para ventilação mecânica, os parâmetros ventilatórios adequados ao paciente podem ser informados, como frequência programada (ciclos/min), volume atual programado (mL), FiO₂ (%), PIP (cmH₂O), IPAP (cmH₂O), EPAP (cmH₂O), PEEP (cmH₂O), CPAP (cmH₂O), pressão de suporte (cmH₂O), PEEP baixa (cmH₂O), PEEP alta (cmH₂O), PAM (cmH₂O), fluxo inspiratório (L/min), tempo inspiratório (%), tempo inspiratório (s), tempo inspiratório/tempo expiratório, tempo baixo (s), tempo alto (s), frequência respiratória de alta frequência (Hz), amplitude (%), amplitude (cmH₂O), sensibilidade (cmH₂O), sensibilidade (L/min) e tipo de onda.

2.1.1.4 Solicitação de procedimentos e exames de laboratório, anatomia patológica e imagem

Este recurso auxilia o profissional de saúde na prescrição de exames laboratoriais e de imagem e procedimentos e exames anatômicos patológicos no contexto do plano terapêutico do paciente.

Através da função CPOE pode-se solicitar imagens (raio-x e tomografia), exames laboratoriais (hemograma, exame de urina e fezes) e procedimentos (como nebulização, controle glicêmico e curativo). Use o campo de preenchimento automático para localizar itens no grupo “Exames e Procedimentos”. Os resultados variam conforme as informações já inseridas nos outros campos de dados. Os campos obrigatórios incluem o tipo de exame e procedimento, topografia, lado, indicação clínica e intervalo. O profissional de saúde também pode prescrever qualquer medicação necessária para a realização do exame/procedimento (por exemplo, contraste em tomografia ou laxante em colonoscopia).

Na função CPOE há um grupo específico denominado “Exames de anatomia patológica”, que também permite busca com preenchimento automático. Este grupo específico possui campos como data de retirada/coleta, número de amostras, amostra principal, localização anatômica e número de recipientes de espécimes.

Dependendo dos exames anatômicos patológicos solicitados, o sistema apresenta questões/campos específicos relacionados ao processo. Para permitir que o sistema identifique que se refere a determinado tipo de anatomia de exame, é necessário pré-configurar na função “Exames e Procedimentos Internos”. Por exemplo, se o exame estiver configurado como citopatológico cervical, o clínico pode preencher as informações da seguinte forma:

- Tem exame preventivo prévio (Papanicolau)?
- Em que data foi o último exame?
- Você usa DIU?
- Ela está grávida?
- Você usa pílula anticoncepcional?
- Toma hormônios ou medicamentos para a menopausa?
- Você já fez radioterapia?
- Sabe a data do último período menstrual?
- Em que data foi o último período menstrual?

2.1.1.5 Solicitação de sangue, hemocomponentes e terapias relacionadas

Este recurso suporta a prescrição de sangue, hemocomponentes, procedimentos de hemoterapia e exames de sangue específicos no contexto do plano terapêutico do paciente. Por exemplo, concentrado de hemácias, plaquetas, plasma, plasma rico em plaquetas, flebotomia terapêutica e aférese.

O médico pode solicitar sangue e hemocomponentes ou apenas reservá-los, indicando que podem ser utilizados caso o paciente necessite durante ou após o procedimento.

Use a função CPOE e selecione o grupo “Hemoterapia” para escolher o sangue, hemocomponentes, procedimentos de hemoterapia ou exames de sangue específicos desejados. Nesse momento, o usuário pode informar a periodicidade das solicitações recorrentes, justificar a indicação clínica, inserir os resultados dos exames laboratoriais relacionados e solicitar algum medicamento que deva ser infundido durante o processo de hemoterapia (por exemplo, anti-histamínico ou corticosteroides).

2.1.1.6 Prescrição de quimioterapia e radioterapia

Este recurso auxilia na prescrição de tratamentos de quimioterapia e radioterapia e no planejamento da aplicação do tratamento.

O usuário abre a função PEP, no item “Tratamento oncológico” > “Quimioterapia”, para solicitar a quimioterapia. O usuário define o protocolo de acordo com o diagnóstico e estágio do tumor. O usuário pode modificar os itens do protocolo, alterando ou acrescentando informações, por exemplo, em qual sequência administrar a infusão, medicamento, dose, unidade de medida, via de administração, tempo de infusão, intervalo, dispositivo de infusão, dia e ciclo de aplicação, categoria (medicação, pré ou pós-medicação), recomendação e estabelecimento de administração (hospitalar, ambulatorial ou domiciliar). O usuário ainda pode excluir itens do protocolo de tratamento, se necessário. O usuário pode gerar a prescrição na mesma função depois de preencher as informações necessárias. Se necessário, o usuário pode alterar qualquer informação do paciente, como peso, altura, creatinina ou AUC.

Ainda é possível ajustar e modificar as informações para cada medicamento, conforme dias e ciclos de tratamento após a geração do protocolo. No entanto, mudanças em três campos requerem recálculo da

dose: a dose diretamente, a unidade de medida (mg/m^2 ou mg/kg) e o tipo de peso (atual, ideal ou peso ideal ajustado). Para o peso ideal ajustado, é necessário informar o fator de correção da medicação. Para tratamento ambulatorial, a prescrição é enviada à farmácia para ser entregue ao paciente.

Com base em regras previamente configuradas, o usuário pode receber feedback sobre inconsistências de medicamentos, como dose acima ou abaixo do limite, concentração de medicamento fora dos limites recomendados, medicamento não padronizado e alergia a medicamento após gerar uma prescrição.

O médico pode prescrever radioterapia na função PEP, no item "Tratamento oncológico/radioterapia", conforme o diagnóstico do paciente. Para executar a prescrição clínica o usuário precisa fornecer informações como tipo de tratamento (radioterapia convencional ou braquiterapia), médico responsável e físico, locorregional ou Classificação Internacional de Doenças (CID) -10 e CID- O, lado do corpo, finalidade, protocolo e duração (dias). Uma vez que o médico registra as informações necessárias, o físico pode planejar o tratamento na função "Gestão de Radioterapia".

Na mesma função "Gestão de Radioterapia", o físico adiciona informações no protocolo de radioterapia previamente definido pelo médico na função PEP. As informações incluem data de início do tratamento, dose total e dose por fração (cGy), quantidade de filme de verificação, dias de aplicação, aplicador, número de inserção, dose total para inserções (cGy), intervalo e volume de tratamento. O processo de determinação do volume do tratamento tem várias etapas. Dois volumes precisam ser definidos antes do início do planejamento. Esses volumes são GTV (Gross Tumor Volume) e CTV (Clinical Target Volume). Em seguida, mais dois volumes são definidos durante o processo de planejamento: PTV (Planning Target Volume) e órgão de risco.

2.1.1.7 Solicitação e cálculo de diálise

Este recurso oferece suporte à prescrição de hemodiálise ou diálise peritoneal para o paciente e processa a entrada de dados usando regras e algoritmos.

A configuração dos tipos de solução para cada tipo de diálise (hemodiálise ou peritoneal) é realizada na opção "Diálise" da função "Cadastros Gerais". Os campos necessários para ambos os tipos são de componente, volume, unidade de medida, tempo de infusão (h/min), temperatura, dispositivo de infusão e velocidade de infusão. Além disso, para soluções de hemodiálise, é possível configurar uma regra para o campo de dose em "Calcular dose por kg" e a fórmula: dose (informada no campo "Dose") x peso do paciente. Conforme a condição clínica do paciente, esse valor sugerido pode ser editado pelo médico na função CPOE.

Para diálise peritoneal, os protocolos de solução para cada tipo podem ser configurados na função "Cadastros Gerais", opção "Diálise", subopção "Diálise peritoneal" com os respectivos campos para cada solução: tempo de infusão, tempo de permanência, tempo de drenagem e horários de início e fim. Além disso, os perfis de sódio e bicarbonato são configurados na função "Cadastros Gerais" com os respectivos valores para cada período informado (0-1 h/1-2 h/2-3 h/3-4 h/4-5 h/5-6 h) que o médico pode editar posteriormente na função CPOE.

Na função CPOE, a hemodiálise ou diálise peritoneal é solicitada no grupo "Diálise". Dependendo do tipo de diálise, diferentes opções de campo são exibidas.

Hemodiálise

Para prescrever uma sessão de hemodiálise o usuário deve abrir a função CPOE no grupo "Diálise". O usuário pode solicitar uma ou mais soluções de diálise e determinar os dias da semana em que o paciente deve ser submetido ao procedimento. Além disso, o usuário informa se é uma condição de rotina ou de emergência, contínua ou intermitente, e seu tipo específico, como hemodiafiltração veno-venosa contínua (CVVHDF), hemodiálise veno-venosa contínua (CVVHD), hemodiálise intermitente (IHD), diálise sustentada de baixa

eficiência (SLED), hemodiafiltração diária (DHDF), ultrafiltração lenta contínua (SCUF) e plasmaférese terapêutica (TPE).

Após selecionar o tipo de hemodiálise, o médico informa os seguintes campos: número de sessões (somente para hemodiálise de tipo “Intermitente”), duração do procedimento (h/min), fluxo sanguíneo (ml/min) da diálise, modelo de dialisador, fluxo sanguíneo (ml/l/min), tipo de acesso, peso pós-hemodiálise, atual e seco/ideal do paciente, ultrafiltração, ultrafiltração máxima, perfil de ultrafiltração, perfil de sódio, perfil de bicarbonato, sódio (mEq/l) e bicarbonato (mEq/l). Para cada tipo de infusão como dialisato, anticoagulação, reposição pós ou pré-capilar, o usuário pode informar os seguintes campos adicionais: tipo de solução de hemodiálise, solução de hemodiálise, componentes, dose, unidade de medida, fluxo de solução, unidade de medida e temperatura apropriada (°C) para infundir a solução. O sistema calcula o campo “Volume total” para cada tipo de infusão de acordo com a seguinte fórmula: duração da diálise x velocidade de infusão (fluxo).

Peritoneal

Para prescrever uma sessão de diálise peritoneal o usuário abre a função CPOE, grupo "Diálise". O usuário pode solicitar uma ou mais soluções de diálise e determinar os dias da semana em que o paciente deve ser submetido ao procedimento. Além disso, o usuário informa o tipo de diálise (ambulatorial contínua, automatizada ou intermitente). Dependendo da opção selecionada, o sistema apresenta apenas os campos relacionados ao contexto. O sistema realiza o cálculo dos respectivos campos de acordo com as seguintes fórmulas:

- Ciclo por estágio = volume da solução (ml) / volume do ciclo (ml)
- Ciclo (h/min) = tempo de infusão + tempo de permanência + tempo de drenagem
- Total do ciclo = duração da diálise (h/min) / ciclo (h/min)
- Estágio (etapas) = total de ciclos / ciclos por etapas
- Volume total = volume do ciclo (ml) x total de ciclos

2.1.1.8 Recomendações e ordens médicas complementares

Esse recurso oferece suporte à solicitação de recomendações que abrangem cuidados gerais e outras orientações prescritas para garantirem atendimento completo ao paciente. Por exemplo, mudança de posição corporal, frequência de banho, solicitação de caminhadas, verificação de sinais vitais ou outras informações do paciente.

Utilizando a função CPOE, o profissional de saúde seleciona a aba "Recomendações" para encontrar, por meio do preenchimento automático, a recomendação desejada e a frequência de repetição da atividade. Algumas recomendações podem ser configuradas como rotina para serem facilmente pesquisadas.

2.1.1.9 Prescrições coletivas

Este recurso permite solicitar os mesmos exames e procedimentos para um grupo de pacientes em vez de fazê-lo um a um. Por exemplo, cultura de vigilância (cotonete nasal) em todos os pacientes internados na UTI.

O usuário acessa a função “Prescrições Coletivas” e, a seguir, aplicando o filtro, seleciona pacientes ou setores e o protocolo de exame específico. A solicitação pode ser enviada diretamente a todos os pacientes selecionados ou ainda pode estar pendente de envio individual.

Se os itens prescritos tiverem alguma inconsistência, o sistema as exibirá. O usuário pode então acessar a função CPOE para ajustá-las, removê-las ou justificá-las. Se não houver inconsistências, as prescrições são

liberadas. As prescrições liberadas são exibidas na função CPOE e seguem o mesmo fluxo dos itens prescritos na CPOE.

2.1.2 Gestão e checagem de prescrições

Esta seção apresenta um subgrupo de recursos clínicos relacionados a gerenciamento de prescrições de medicamentos e tratamentos.

2.1.2.1 Gestão e checagem do plano terapêutico

Esse recurso auxilia a equipe de enfermagem a registrar e gerenciar a administração e conferência de diversos itens prescritos, como medicamentos, nutrição e procedimentos. Uma linha do tempo exibe todos os itens solicitados, horários de administração e seus status, como administração pendente, suspenso ou administrado.

A função “ADEX” altamente configurável é usada para suportar este recurso. Por exemplo, na função “Administração do Sistema”, o usuário pode configurar diversas propriedades, como definir privilégios de usuário, opções de botão direito do mouse, vincular o processo de administração em circuito fechado e integrar as informações com outras funções do sistema, como “Quimioterapia”, “Hemoterapia” e “Gestão de Exames”.

Por meio da função ADEX o usuário pode registrar a administração, cancelamento e recusa de medicamentos pelo paciente, dietas orais, leite infantil e fórmulas, bem como a verificação dos períodos de jejum, exames laboratoriais e não laboratoriais, serviços e procedimentos, intervenções da enfermagem, recomendações e prescrições complementares. Também é possível reagendar, salvar o horário agendado como padrão e realizar novas solicitações de dispensação. No caso de agendamentos SN (se necessário) ou a critério do médico, o usuário pode agendar ao receber uma prescrição do médico.

Através da configuração dos parâmetros das funções “Cadastros de Materiais” e “Cadastros Gerais”, o sistema pode informar ao usuário sempre que houver uma nova prescrição que esteja pendente de confirmação da enfermagem, bem como identificar os medicamentos que requerem dupla checagem pela equipe de enfermagem. Ao administrar uma dieta oral, o usuário pode registrar sua quantidade e a saciedade do paciente. Conforme configuração prévia, é possível exibir a nutrição como dieta oral ou simplesmente como café da manhã, almoço e jantar. Ao administrar leite e fórmulas infantis, o usuário pode registrar o resíduo gástrico e os volumes administrados e residuais e suas características. Ao verificar exames, serviços e procedimentos não laboratoriais, também é possível registrar itens associados, como medicamentos ou infusões.

As intervenções da enfermagem da função PEP e as recomendações do plano de cuidado da função CPOE podem ser conferidas conforme horário agendado. Se não houver horário agendado, o usuário poderá agendá-lo ou suspendê-lo.

Todas as ações realizadas no processo de administração são registradas no sistema e o usuário tem acesso aos logs por meio de uma opção de tela ou de botão direito do mouse na opção “Visualizar eventos do item”.



ADVERTÊNCIA

Para evitar problemas de segurança relacionados ao plano terapêutico do paciente e seus detalhes exibidos na função ADEX, em caso de discrepância ou dúvida, o usuário deve verificar novamente a fonte primária do processo de prescrição na função CPOE.



ADVERTÊNCIA

A configuração precisa das opções e propriedades dos intervalos de tempo da prescrição é fundamental para o funcionamento correto do sistema. Todos os itens passíveis de serem prescritos, como medicamentos, procedimentos e exames, devem estar vinculados aos devidos intervalos de tempo aplicáveis.

2.1.2.2 Processo de checagem de infusões

Esse recurso auxilia a equipe de enfermagem a gerenciar o processo de administração da infusão.

Na função CPOE, o médico pode prescrever infusões contínuas, intermitentes, PCA (analgesia controlada pelo paciente) e infusões com velocidade variável. O usuário também pode prescrever terapia de reidratação intravenosa preenchendo todas as informações necessárias para administração correta pela equipe de enfermagem. Para maior precisão em relação à velocidade de infusão, é possível ativar um parâmetro para aplicar duas casas decimais aos dados.

Na função ADEP, a equipe de enfermagem registra o início da infusão conforme horário agendado. No caso de SN (se necessário) ou infusões a critério do médico, o usuário pode agendar ao receber uma prescrição do médico. Ao iniciar uma infusão, o usuário pode associá-la com o dispositivo existente do paciente. Novos dispositivos podem ser adicionados à função PEP, na seção “Dispositivo”. Caso seja necessário pausar a infusão, o usuário informa motivo, volume parcial infundido e volume descartado, quando aplicável.

Quando volumes maiores de infusão são prescritos, o usuário pode pausar a infusão, registrar a troca de frasco e retomar a infusão com o novo frasco até completar o volume de infusão solicitado. Ao iniciar uma infusão com velocidade de gotejamento variável, o profissional de saúde registra o tempo e a velocidade de infusão inicial que serão alterados de acordo com os parâmetros clínicos do paciente, diminuindo ou aumentando, conforme necessário. Ao iniciar uma infusão de PCA, o usuário pode definir para o paciente um dispositivo existente (ou adicionar na função “Dispositivos Utilizados no Paciente”) e fazer dupla verificação das informações provenientes da função CPOE como componentes de infusão, intervalo de bloqueio (minutos), tipo de analgesia, modo, concentração final, volume da bolsa (ml), dose inicial, fluxo, bolus, limite de quatro horas e limite de uma hora.

Conforme configuração prévia e informações preenchidas na função CPOE, é possível visualizar os títulos das infusões na função ADEP, normalmente utilizada quando os médicos desejam condensar os componentes de infusão. Há ícones diferentes para cada status de infusão: iniciado, interrompido, retomado e concluído. Há outras ações disponíveis na função ADEP como atribuir uma bomba de infusão a um paciente, comparar as informações do medicamento recebidas da bomba de infusão com a prescrição, informar o canal da bomba de infusão que está sendo utilizado, modificar a infusão, reagendar e suspender as infusões. Todas as ações realizadas em relação ao processo de infusão são registradas no sistema e o usuário tem acesso a todos os logs pela tela ou pela opção de botão direito “Visualizar eventos do item”.

2.1.2.3 Processo de checagem de gasoterapia

Este recurso auxilia a equipe de enfermagem no registro e gerenciamento da administração de gases medicinais.

Na função ADEP, o profissional de saúde registra o início da administração do gás medicinal e preenche as informações adequadas de acordo com o tipo de respiração. Por exemplo, se a respiração for espontânea, o usuário verifica quantidade de gás, dispositivo e FiO₂% (fração inspirada de oxigênio). Se mecânica, o usuário verifica os parâmetros ventilatórios, a quantidade de gás e o equipamento.

O usuário também pode agendar, reagendar, interromper o processo de administração (informando o motivo), finalizar ou suspender a administração com base nos privilégios do usuário. Além disso, caso a gasoterapia tenha sido prescrita como SN (se necessário) ou ACM (a critério médico), o usuário pode agendá-la quando o médico definir o momento certo para iniciá-la. Quanto à ventilação mecânica, é possível visualizar, a qualquer momento, os parâmetros ventilatórios prescritos na função CPOE usando a opção de botão direito.

2.1.2.4 Registro de controle glicêmico

Este recurso auxilia o usuário no gerenciamento das verificações do nível de glicemia do paciente, processando os dados usando regras e algoritmos e exibindo as instruções terapêuticas visando um controle rigoroso da glicemia. Regras e algoritmos são baseados em literatura científica ou configurados pelo cliente.

Os processos e fluxos de trabalho relacionados a esse recurso são separados em dois procedimentos no sistema: CCG (Controle Convencional de Glicemia) e CIG (Controle Intensivo de Glicemia). O CCG baseia-se em menos verificações periódicas de glicemia e não requer administração intravenosa contínua de insulina. O CIG, também conhecido como Insulinoterapia Intensiva, geralmente é aplicado em pacientes de unidades de terapia intensiva, exigindo verificação de glicemia mais frequente (geralmente a cada uma ou duas horas) com administração intravenosa contínua de insulina para atingir e manter um controle glicêmico adequado e com baixo risco de hipoglicemia.

OBSERVAÇÃO Os protocolos de glicose convencionais e intensivos definidos pela instituição são configurados na função “Cadastros PEP”, opção “Protocolos de glicemia”. Além disso, na função “Exames e Procedimentos Internos” em configuração para ADEP, é necessário definir o campo “Glicemia” para CCG ou CIG.

OBSERVAÇÃO Ao prescrever um procedimento na função CPOE que esteja vinculado a um protocolo de controle de glicose, os itens associados à prescrição serão classificados como CCG ou CIG, com base no procedimento selecionado. Ao utilizar a função ADEP, os itens são então agrupados por CCG e CIG em diferentes listas, a serem gerenciadas separadamente.

Para o procedimento CCG, o usuário pode selecionar um entre vários esquemas diferentes, para em seguida revisar e modificar os intervalos e instruções na função CPOE antes do envio. Há três opções possíveis em relação ao CIG: protocolos Goldberg, Modificado e Definido pela instituição. A definição da opção disponível ao usuário final é baseada em configurações prévias nos parâmetros da função ADEP. Quanto aos esquemas de controle intensivo, o profissional de saúde não consegue editar os intervalos glicêmicos e as instruções.

Os protocolos convencionais e intensivos de glicose definidos pela instituição são configurados na função “Cadastros PEP”, opção “Protocolos de glicemia”. Para protocolos convencionais, baseados em regras se-então, é necessário definir intervalos com níveis iniciais e finais de glicemia, dose padrão equivalente de insulina ou glicose, instruções de administração de medicamentos, instruções/orientações diversas, cronograma e regras para medições adicionais. Para protocolos intensivos, conforme mencionado anteriormente, há dois protocolos codificados e um configurável pela instituição. Para um protocolo configurável, é necessário definir os níveis inicial e final de glicemia para iniciar o protocolo e a dose

sugerida de insulina intravenosa. Na mesma função, o usuário configura a fase de manutenção com as doses sugeridas de insulina ou glicose equivalentes ao aumento, diminuição e percentual de variação de glicemia.

Para os protocolos CIG codificados, a opção padrão do sistema é o Protocolo Goldberg (parâmetro 400 da função ADEP). Veja abaixo o algoritmo de Goldberg, conforme a publicação *Goldberg, P. A., Roussel, M. G., & Inzucchi, S. E. (2005). Clinical Results of an Updated Insulin Infusion Protocol in Critically Ill Patients. Diabetes Spectrum, 18(3), 188–191. Doi:10.2337/diaspect.18.3.188.*

Níveis alvo de glicemia: 90-119 mg/dl

Bolus e velocidade de infusão inicial da insulina: se glicemia inicial ≥ 150 mg/dl, divida por 70, arredonde para unidades de 0,5 mais próximas para o bolus e a taxa de gotejamento inicial. Se glicemia inicial < 150 mg/dl, divida por 70 apenas para a taxa de gotejamento inicial (ou seja, SEM bolus). Exemplos: glicemia inicial = 335 mg/dl: $335 \div 70 = 4,78$, arredonde para $\uparrow 5$: 5 unidades de bolus IV + início infusão @ 5 unidades/h; glicemia inicial = 148 mg/dl: $148 \div 70 = 2,11$, arredonde para $\downarrow 2$: início gotejamento @ 2 unidades/h (SEM bolus).

Alteração da velocidade de infusão da insulina:

Se glicemia < 50 mg/dl: interrompa a infusão de insulina e dê 1 ampola (25 g) de Dextrose 50 IV e verifique novamente a glicemia a cada 15 min. Quando glicemia ≥ 90 mg/dl, espere 1 hora e verifique novamente. Se ainda ≥ 90 mg/dl, reinicie a infusão de insulina a 50% da velocidade mais recente.

Se glicemia 50-69 mg/dl: interrompa a infusão de insulina e, se sintomático (ou incapaz de avaliar), dê 1 ampola (25 g) de Dextrose 50 IV e verifique novamente a glicemia a cada 15 min; se assintomático, dê 1/2 ampola (12,5 g) de Dextrose 50 IV ou 8 onças (240 ml) de suco e verifique novamente a glicemia a cada 15-30 minutos; quando a glicemia ≥ 90 mg/dl, espere 1 hora e verifique novamente. Se ainda ≥ 90 mg/dl, reinicie a infusão a 75% da velocidade mais recente.

Se glicemia ≥ 70 mg/dl:

Etapa 1 - determine o nível atual de glicemia e identifique a coluna correspondente na tabela a seguir.

Etapa 2 - determine a taxa de alteração do nível anterior de glicemia, identifique a célula correspondente na tabela e, em seguida, move para a direita para obter instruções.

OBSERVAÇÃO Se a última glicemia foi medida 2-4 horas antes da glicemia atual, calcule a taxa de variação horária. Exemplo: se a glicemia às 14 h estava em 150 mg/dl e às 16 h estava em 120 mg/dl, a mudança total ao longo de 2 horas foi de 30 mg/dl, No entanto, a variação horária é de $-30 \text{ mg/dl} \div 2 \text{ h} = -15 \text{ mg/dl/h}$.

Nível atual de glicemia				Instruções*
Glicemia 70-89 mg/dl	Glicemia 90-119 mg/dl	Glicemia 120-179 mg/dl	Glicemia ≥ 180 mg/dl	
		Glicemia $\uparrow > 40$ mg/dl/h	Glicemia \uparrow	\uparrow infusão por “2Δ”
	Glicemia $\uparrow > 20$ mg/dl/h	Glicemia \uparrow em 1-40 mg/dl/h ou Glicemia inalterada	Glicemia inalterada ou Glicemia $\downarrow 1-40$ mg/dl/h	\uparrow infusão por “Δ”

Nível atual de glicemia				Instruções*
Glicemia 70-89 mg/dl	Glicemia 90-119 mg/dl	Glicemia 120-179 mg/dl	Glicemia ≥ 180 mg/dl	
Glicemia ↑	Glicemia ↑ em 1-20 mg/dl/h, Glicemia inalterada ou Glicemia ↓ em 1-20 mg/dl/h	Glicemia ↓ 1-40 mg/dl/h	Glicemia ↓ em 41-80 mg/dl/h	Sem alteração de infusão
Glicemia inalterada ou Glicemia ↓ em 1-20 mg/dl/h	Glicemia ↓ 21-40 mg/dl/h	Glicemia ↓ em 41-80 mg/dl/h	Glicemia ↓ em 81-120 mg/dl/h	↓ infusão por “Δ”
Glicemia ↓ em > 20 mg/dl/h veja abaixo †	Glicemia ↓ em > 40 mg/dl/h	Glicemia ↓ em > 80 mg/dl/h	Glicemia ↓ em > 120 mg/dl/h	Suspenda por 30 min, então ↓ infusão por “2Δ”

† Interrompa a infusão de insulina e verifique a glicemia a cada 30 min. Quando a glicemia ≥ 90 mg/dl, reinicie a infusão a 75% da velocidade mais recente.

*As alterações na velocidade de infusão (“Δ”) são determinadas pela velocidade atual:

Velocidade atual (unidades/h)	Δ = Alteração da velocidade (unidade/h)	$2\Delta = 2 \times$ alteração da velocidade (unidade/h)
< 3	0.5	1
3 - 6	1	2
6.5 – 9.5	1.5	3
10 – 14.5	2	4
15 – 19.5	3	6
20 – 24.5	4	8
≥ 25	≥ 5	10 (consultar médico)

O segundo protocolo CIG codificado é uma versão modificada do Protocolo Goldberg (parâmetro 426 da função ADEP), conforme publicação do Manual Prático de Medicina Intensiva da Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – Segmento Farma Editores, 2009.

Na função ADEP o enfermeiro pode agendar, reagendar, iniciar, pausar, cancelar e finalizar o procedimento de glicemia. Após cada medição de glicemia, o enfermeiro registra o nível de glicemia e recebe a instrução correspondente com base em regras pré-definidas. Por fim, o enfermeiro registra a ação realizada.

2.1.2.5 Checagem de coleta

Este recurso auxilia no gerenciamento da coleta de amostras do paciente para os exames laboratoriais solicitados.

A função ADEP exibe o plano terapêutico do paciente, incluindo os exames laboratoriais solicitados. O usuário pode verificar a agenda, modificá-la, cancelar a execução da coleta ou registrá-la. Também é possível confirmar amostras por código de barras com a opção de botão direito.

Após a coleta, as amostras são administradas através da função “Exames Pendentes”. As prescrições nas etapas pré e pós-analíticas são organizadas por status. Use opções de filtro padrão ou avançadas para localizar prescrições específicas. Os resultados de exames, testes e testes de microbiologia são organizados e exibidos separadamente.

2.1.2.6 Execução de sangue, hemocomponentes e terapias relacionadas

Este recurso fornece suporte à administração de sangue e hemocomponentes.

O usuário consegue acessar informações sobre a bolsa de sangue do paciente na função ADEP. Essa função apresenta o hemocomponente solicitado e informações detalhadas tais como hemocomponente, dose, intervalo e dispositivo de infusão.

OBSERVAÇÃO A bolsa de sangue do paciente é listada na aba "Hemoterapia" da função ADEP somente depois que a solicitação é enviada através da função "Hemoterapia".

Através da função ADEP o usuário consegue escolher um dos hemocomponentes já enviados para registrar início, pausa e término da infusão. O usuário também pode registrar reações e eventos de transfusão utilizando a opção de botão direito na mesma função.

Também é possível verificar os hemocomponentes por leitura de código de barras, realizar primeira e segunda checagem das bolsas de sangue e registrar o cancelamento da infusão.

2.1.2.7 Checagem de quimioterapia

Este recurso fornece suporte à verificação de informações sobre a medicação quimioterápica antes de administrá-la (por exemplo, medicamento, dose, unidade de medida, via de administração, intervalo, horário de aplicação, dispositivo de infusão, dia e ciclo de aplicação).

Através da função ADEP o profissional de saúde acessa as informações de medicação do paciente. Filtros podem ser aplicados para pesquisas na lista de trabalho do paciente. Após escolher um paciente específico, o usuário seleciona o item "Oncologia" e verifica os dados detalhados no filtro (por exemplo, dia, ciclo de quimioterapia, período de horas). O sistema apresenta a medicação que o paciente precisa receber de acordo com o horário, dia e ciclo de aplicação.

Antes de escolher uma das medicações apresentadas, o profissional de saúde consegue verificar se o medicamento foi dispensado e está pronto para ser administrado. É possível visualizar o status do processo de manipulação de cada quimioterápico (em preparo, preparado e dispensado), ações que são refletidas a partir da função "Quimioterapia".

Quando o usuário clínico possui dispositivo móvel homologado pela Philips, é possível realizar uma checagem beira-leito da administração de medicamentos no item "Checagem oncológica". Primeiramente, o usuário acessa o link da plataforma no navegador e seleciona o item "Checagem oncológica" usando o dispositivo móvel. Em seguida, à beira-leito, o usuário verifica a pulseira do paciente ou o número da prescrição (conforme configuração anterior) para ver a lista de medicações do dia.

Através do dispositivo móvel, o usuário clínico pode escolher uma das medicações, confirmar a prescrição de produção e o número da prescrição no item "Checagem oncológica". O status da medicação muda para "Administrado" em "Checagem oncológica" e na ADEP.

Os medicamentos quimioterápicos são considerados de alta vigilância e, nesse caso, o sistema permite a dupla checagem/validação no momento da administração, cadastrando os dois profissionais envolvidos no processo. Essa configuração pode ser parametrizada por medicação.

Neste recurso, aumenta-se a segurança do processo que envolve a administração de medicamentos quimioterápicos, com a devida verificação de informações como: paciente certo, medicamento/diluente certo, dose certa, via certa, hora certa e registro certo.

2.1.2.8 Checagem de diálise

Este recurso auxilia no processo de documentação da sessão de diálise.

O usuário acessa a função "Gestão de Insuficiência Renal", sub aba "Recepção" e seleciona o paciente. Registra a chegada ou ausência do paciente, informa o peso pré-diálise e gera a hemodiálise. Antes de iniciar a sessão de diálise, o usuário acessa a sub aba "Gestão de Insuficiência Renal" na mesma função, e seleciona o paciente. É possível visualizar a prescrição gerada na função CPOE com o tratamento definido, tipo de diálise prescrita e demais informações inseridas na prescrição de diálise (medicações, soluções e recomendações).

Na mesma sub aba "Gestão de Insuficiência Renal", o usuário define o dialisador e o ponto de diálise, inicia a diálise e documenta a progressão da sessão de diálise. Durante a diálise são registrados fluxo sanguíneo, pressão transmembrana, pressão arterial e venosa, temperatura, frequência cardíaca, glicemia e outros sinais vitais.

Também é possível controlar o processo de diálise através da função ADEP, com funcionalidade reduzida. Na função ADEP, o usuário pode visualizar as soluções de diálise e seus respectivos horários (ou agendá-las se estiverem prescritas como SN), iniciar e finalizar uma solução de diálise e registrar outras ações como realizar uma primeira e segunda verificação, alterar a velocidade de infusão e trocar o filtro.

2.1.2.9 Checagem de irrigação vesical

Esse recurso auxilia o usuário no manejo do procedimento de irrigação vesical, que é o método de lavagem da mucosa que reveste a bexiga, removendo sedimentos, coágulos, decomposição de urina ou fins terapêuticos.

Através da função CPOE, o profissional de saúde prescreve o procedimento de irrigação vesical, acrescentando as soluções de lavagem necessárias.

Na função ADEP, após selecionar um paciente, o usuário registra o início da irrigação vesical contínua. Na aba "Irrigação vesical" é possível registrar várias vezes o processo de lavagem, informando o volume infundido e os volumes drenados com seu aspecto até o final do procedimento. Além disso, conforme os privilégios do usuário, é possível agendar, reprogramar e suspender o processo de irrigação.

2.1.2.10 Processo de checagem beira-leito

Esse recurso oferece suporte ao processo de verificação beira-leito usando dispositivos móveis, como smartphones, tablets, laptops, PDAs e leitores de código de barras.

O processo de checagem beira-leito pode ser realizado por meio da confirmação dos itens prescritos através da função ADEP ou da função "Processo Hermético de Administração de Medicamentos - PHARM", ambas com uso de dispositivos móveis à beira do leito.

Conforme configuração prévia (função "Administração do Sistema" e parâmetros da função ADEP), a função PHARM é acessada através da ADEP clicando duas vezes no horário ou item agendado ou pela opção de botão direito. Utilizando leitores de código de barras, a função PHARM permite ao usuário verificar medicamentos, infusões, nutrição e leite, hemocomponentes, irrigação vesical e materiais e itens associados a procedimentos. O usuário também pode registrar cancelamento, recusa do paciente e primeira e segunda checagem de medicamentos de alto risco. Além disso, conforme configuração prévia, é possível registrar etapas de separação, higienização, preparo e administração.

Todas as ações realizadas no processo de administração são registradas no sistema. O usuário tem acesso a todos os logs pela tela ou pela opção de botão direito "Visualizar eventos do item".

2.1.3 Geração e visualização de registros clínicos

Subgrupo de recursos relacionados a documentação e registro da história clínica do paciente durante o processo de prestação de cuidados.

2.1.3.1 Histórico de saúde

Esse recurso fornece suporte ao profissional de saúde no gerenciamento do histórico de informações sociais e de saúde do paciente.

No item “Histórico de saúde” da função PEP, o usuário pode registrar e verificar as informações do histórico de saúde do paciente. Essas informações estruturadas são separadas em várias categorias, tais como medicamentos em uso, comorbidades, alergias, histórico social, cirurgias e transfusões anteriores, órteses e próteses e vacinas. Uma opção de botão direito pode ser configurada para facilitar o registro de informações do histórico de saúde em uma única tela, informações que normalmente estariam localizadas em várias telas diferentes.

As informações registradas no item “Histórico de saúde” da função PEP podem ser utilizadas em outros fluxos de trabalho clínicos. Os dados sobre alergias, por exemplo, são utilizados durante a prescrição de medicação na função CPOE. Além disso, com base nas mesmas regras de configuração, as informações do histórico de saúde podem ser apresentadas na função “Alertas de Segurança”, as quais podem ser exibidas em diferentes momentos do fluxo de trabalho clínico. As informações de alergia também são apresentadas no ícone de alergias da barra do paciente.

2.1.3.2 Notas clínicas

Esse recurso oferece suporte ao profissional de saúde na criação e verificação de registros clínicos de pacientes em formato de texto livre ou formulários estruturados. Notas de internação e progresso, avaliações e pareceres médicos são exemplos desses documentos.

OBSERVAÇÃO Para formulários estruturados, consulte o item "Modelo" em PEP, PEPA e PEPO.

Na função “Cadastros PEP”, o usuário pode configurar frases e textos padrão e definir macros para agilizar o preenchimento das informações. De acordo com os privilégios do usuário, o acesso e o uso podem ser definidos em nível institucional, departamental, especializado ou de usuário.

No item “Notas clínicas” da função PEP, o usuário pode inserir uma nova evolução e verificar todas as existentes ordenadas por período, tipo de nota clínica ou categoria do profissional de saúde. Além disso, usando opção de botão direito, é possível inserir uma evolução com consulta para auxiliar o usuário na entrada de informações visualizando outras fontes de informação simultaneamente (modo de tela dividida).

2.1.3.3 Sinais vitais e parâmetros clínicos

Este recurso auxilia o profissional de saúde a inserir e visualizar dados derivados de sinais vitais e parâmetros clínicos, além de processar dados inseridos através de regras e algoritmos.

Para acessar este recurso, abra a função PEP e selecione a opção “Sinais vitais e monitorização” da árvore do paciente. O usuário pode visualizar diferentes abas, como “Sinais vitais e monitorização geral”, “Monitorização respiratória”, “Monitorização hemodinâmica”, “Analgesia”, “Analizador bioquímico portátil”, “Uroanálise portátil”, “Bioimpedância” e “Função pulmonar”. Além da visualização em grid há uma opção de visualização gráfica disponível nas seções “Sinais vitais e monitorização geral”, “Monitorização respiratória” e “Monitorização hemodinâmica”.

OBSERVAÇÃO No contexto desse recurso, a palavra "monitorização" significa apenas o nome da aba. Esse recurso não se destina ao monitoramento de pacientes em tempo real. Destina-se a registrar dados dos processos de monitoramento (monitores e dispositivos beira-leito) para fins de documentação.

É possível haver integração com monitores e dispositivos beira-leito. Quando configurados corretamente, dados podem ser transmitidos diretamente de monitores e outros dispositivos beira-leito para os campos apropriados, podendo ser revisados por um profissional de saúde (parâmetros 1493 e 1494 da função PEP).

A importação retroativa dos dados de sinais vitais é possível clicando no ícone de notificação, localizado acima do nome do paciente, na barra do paciente da função PEP. Na opção "Dados Retrospectivos", é possível selecionar quais dados serão importados dos dados retrospectivos e armazenados no prontuário do paciente.

A maioria dos dados deriva de exame clínico ou beira-leito. A entrada de dados é manual ou via interface, mapeada a partir da função original do sistema ou pela função "Análise dos Parâmetros Assistenciais do Paciente - APAP". Os dados mapeados pela função APAP manterão regras e cálculos predefinidos na função original do sistema. Às vezes, os dados disponíveis podem ser usados para gerar novos dados por meio de cálculos, como pressão arterial média com uso dos valores sistólico e diastólico, ou por meio de aplicação de regras, como comparação de dados com limiares padrão. Neste último caso, as informações que estiverem fora do intervalo podem ser destacadas na tela conforme a configuração. Em essência, novos valores podem ser calculados pelo monitor beira-leito, pelo usuário ou pelo sistema. As informações clínicas derivadas de cálculos executados estão listadas na seção a seguir.

OBSERVAÇÃO As regras relacionadas à comparação dos dados clínicos com limites padrão são configuradas na função "Administração do Sistema".

Grupo "Sinais vitais e monitorização"

Esta aba auxilia o profissional de saúde no registro de informações relacionadas aos sinais vitais e parâmetros clínicos principais e gerais do paciente. Descrição das fórmulas exibidas neste grupo (não necessariamente na sequência de apresentação):

- Pressão arterial média (mmHg): $PAM = [PAS + (PAD \times 2)] / 3$
- Peso delta (kg) = último peso - peso atual
- Circunferência muscular do braço (cm): $CMB = (3,14 \times \text{dobra cutânea tricipital (mm)}) / 10$
- Índice de massa corpórea (kg/m^2): $IMC = \text{peso (kg)} / [\text{altura (m)}]^2$
- *Em relação ao IMC, é possível haver diferentes classificações e descrições de resultados (Associação Mundial da Saúde 2000, Organização Pan-Americana da Saúde 2002, SISVAN do Brasil 2004, Ministério da Saúde do Brasil 2004). O usuário precisa definir as opções padrão na função "Cadastros Gerais" > "Gestão do paciente" > "Prontuário Eletrônico Paciente - PEP" > "Regra padrão IMC".*
- Área de superfície corpórea (ASC):
 - Mosteller: raiz quadrada de ($\text{peso} \times \text{altura} / 3600$)
 - Du Bois & Du Bois: $0,007184 \times \text{altura}^{0,725} \times \text{peso}^{0,425}$
 - Haycock: $0,024265 \times \text{peso}^{0,5378} \times \text{altura}^{0,3964}$
 - Gehan & George: $0,0235 \times \text{peso}^{0,51456} \times \text{altura}^{0,42246}$
 - Boyd: $0,03330 \times \text{peso} (0,6157 - 0,0188^{\log_{10} \text{peso}}) \times \text{altura}^{0,3}$

Com relação à ASC, o usuário precisa definir a opção padrão na função "Cadastros Gerais" > "Aplicação Principal" > "Médico" > "Parâmetros PEP" > "Fórmula SC (m²)".

Avaliação de dor

Parte do grupo "Sinais vitais e monitorização", esse recurso oferece suporte ao profissional médico no registro de informações sobre a dor do paciente. O uso de uma escala apropriada e validada de avaliação de dor é fundamental para avaliar o nível de dor. O sistema apresenta várias escalas de dor disponíveis. Algumas escalas são a simples escolha de um número ou uma opção similar, sem qualquer cálculo ou processamento de dados. Outras escalas combinam diferentes parâmetros para definir o nível de dor.

- **Avaliação Comportamental de Dor:** a Avaliação Comportamental de Dor é usada para avaliar a dor de pacientes incapazes de fornecer um relatório de dor por si mesmos. Consiste em avaliar cinco aspectos: expressão facial, ansiedade, tônus muscular, vocalização e consolabilidade. A dor é classificada em quatro níveis: sem evidência de dor = 0, dor leve = 1-3, dor moderada = 4-6 e dor intensa ≥ 6 . *The John Hopkins Hospital PACU Behavioral Pain Rating Scale cited in Mateo, OM., & Krenzischek, DA (1992).*
- **Behavioral Pain Scale (BPS):** a BPS é usada para avaliar a dor em pacientes sedados e inconscientes em ventilação mecânica. Consiste em avaliar três aspectos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica. A intensidade da dor pode ser definida entre 3 (sem dor) e 12 (maior intensidade de dor). *Payen JF, Bru O, Bosson JL, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Crit Care Med. 2001 Dez;29(12):2258-63.*
- **Critical Care Pain Observation Tool (CPOT):** a CPOT avalia a dor de pacientes adultos em unidades de terapia intensiva com ou sem intubação. A escala é aplicada por meio de respostas a cinco perguntas. Para itens como "Adequação ao respirador" e "Vocalização de pacientes extubados", é possível selecionar apenas um deles (intubado ou extubado). O escore mínimo de dor é 0 e o máximo é de 8 pontos. *Gels C, Fortier M, Viens C, Fillion L, Puntillo KA. Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. Am J Crit Care. 2004; 13: 126-135.*
- **Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability):** esta escala de dor comportamental foi desenvolvida em 1997 para facilitar a avaliação da dor em crianças de 0 a 19 anos. A escala apresenta indicadores de expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolo. Cada um é medido de 0 a 2 pontos, com uma pontuação total possível variando de zero a dez. Quanto maior o valor, mais intensa é a dor. *Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatr Nurs. 1997;23:293-297.*
- **Dor Comportamental Modificada:** a Escala Comportamental de Dor Modificada é indicada para uso em crianças pequenas. Pode ser usada para monitorar a eficácia das intervenções para reduzir a dor. É composta por três grupos, divididos em expressão facial, choro e transações. A pontuação varia de 0 a 8 pontos. Quanto maior o valor, mais intensa é a dor. Expressão facial (positivo 0, neutro 1, negativo 2), choro (sorrir 0, não chorar 1, gemer 2, chorar muito ou soluçar 3), transações (usualmente 0, neutro sem movimento 1, tentativa de remoção 2, agitação complexa envolvendo cabeça ou membros 3). *Koren G. Use of the eutectic mixture of local anesthetics in young children for procedure-related pain. J Pediatr. 1993; 122: S30-S35.*
- **Modified Objective Pain Score (MOPS):** a MOPS é uma versão modificada da Objective Pain Score (OPS) para avaliar a dor em crianças. A escala foi projetada para avaliar a dor pós-operatória em crianças pré-escolares e escolares de 2 a 11 anos. Por meio de 5 parâmetros, a escala avalia o nível de choro, movimento, agitação, postura e comunicação verbal, pontuando de 0 a 10. Quanto maior o valor, mais intensa é a dor. *Wilson GAM Doyle E. Validation of three paediatric pain scores for use by parents. Anaesthesia. 1996; 51: 1005-1007.*
- **Neonatal Facial Coding System (NFCS):** a NFCS é usada para avaliar as respostas à dor analisando a atividade facial do recém-nascido até 18 meses. É composta por oito parâmetros (sobrancelha, boca esticada (horizontal/vertical), pálpebras fechadas, língua tensa, aprofundamento do sulco nasolabial, protrusão da língua, lábios abertos e tremor do queixo), permitindo uma pontuação que varia de 0 a

8 pontos. Quanto maior o valor, mais intensa é a dor. *Grunau RV, Craig KD. Pain expression in neonates: facial action and cry. Pain.* 1987;28(3):395-410. *Pinheiro I, Lima F, Magalhães F, Farias L, Sherlock M. Pain evaluation in newborns using the Neonatal Facial Activity Coding scale during blood gases analysis Rev Dor.* São Paulo, 2015 jul-sep;16(3):176-80.

- **Neonatal Infant Pain Score (NIPS):** a NIPS é utilizada na avaliação da dor dos recém-nascidos não intubados. É composta por seis indicadores de dor pela avaliação da expressão facial, choro, movimentos respiratórios, movimentos das pernas e braços e estado de vigília. A pontuação total varia de zero a sete pontos. Quanto maior o valor, mais intensa é a dor. - *Lawrence J, Alcock D, McGrath P et al. - The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Netw,* 1993;12:59-66.
- **Pain Assessment In Advanced Dementia Scale (PAINAD):** a PAINAD foi desenvolvida para fornecer um método universal de avaliação da dor sentida por pacientes em estágio avançado de demência. Contém cinco critérios de avaliação (respiração independente da vocalização, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade). A pontuação varia de 0 a 10. A interpretação da pontuação é dor leve (1-3), dor moderada (4-6) e dor intensa (7-10). *Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9-15.
- **Escala de dor neonatal pós-operatória (CRIES):** A escala CRIES (Crying Requires increased oxygen administration Increased vital signs Expression Sleeplessness) foi desenvolvida para avaliação da dor em lactentes, com idade de seis meses ou menos, e é amplamente utilizado no contexto de cuidados intensivos neonatais para dor neonatal pós-operatória. Essa escala é composta por cinco categorias (choro, oxigenação, sinais vitais, expressão facial e sono) com variação individual de 0 a 2 pontos por categoria, totalizando 0 a 10 pontos. Quanto maior o valor, mais intensa é a dor. *Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. Paediatric Anaesthesia, Oxford,* vol. 5, p. 53-61, 1995.
- **Rostos (Claro):** Esta escala foi desenvolvida e validada por Claro em 1993 e visa facilitar a avaliação da dor de crianças em idade escolar. A escala segue o mesmo princípio de transformação da expressão facial, utilizando personagens familiares à cultura infantil brasileira. São apresentadas cinco expressões faciais: sem dor, dor leve, dor moderada, dor intensa e dor insuportável. *CLARO. M.T. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar. Ribeirão Preto.* 1993, 60 p. *Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.*
- **Faces (Wong-Baker):** A Escala de dor Faces Wong-Baker® foi desenvolvida para que as crianças comuniquem sobre sua dor, a fim de serem tratadas e apoiadas com eficácia. Sua avaliação se dá por meio de imagens (rostos) que fornecem uma pontuação indicativa de acordo com o rosto selecionado. A escala evoluiu de uma pontuação de 0 a 5 para uma pontuação de 0 a 10. <http://wongbakerfaces.org/us/wong-baker-faces-history/>.
- **Escala Numérica de Avaliação da Dor - NPRS (categórica):** A NPRS é indicada para avaliação da dor em pacientes adultos utilizando um valor numérico que varia de acordo com a intensidade, geralmente utilizado de (0 a 10). O grau 0 corresponde à ausência de dor, enquanto o grau 10 é a maior intensidade possível. O paciente é solicitado a classificar a gravidade da percepção da dor usando números. *Childs JD, Piva SR, Fritz JM. Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. Spine* 2005;30:1331-4. *Jensen MP, McFarland CA. Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients. Pain* 1993;55: 195–203. *Rodriguez CS. Pain measurement in the elderly: a review. Pain Manag Nurs* 2001;2:38–46
- **Escala visual analógica (VAS):** A O VAS é um instrumento que mede uma característica ou atitude que se acredita variar em um contínuo de valores e não pode ser facilmente medida diretamente. Por exemplo, a quantidade de dor que um paciente sente varia em um contínuo de nenhuma a dor extrema. Do ponto de vista do paciente, esse espectro parece contínuo sem dar saltos discretos, como sugeriria uma categorização de nenhum, leve, moderado e grave. Foi para capturar essa ideia de um contínuo subjacente que o VAS foi concebido. O VAS pode ser apresentado de várias maneiras, incluindo escalas com ponto médio, graduações ou números (escalas de classificação numérica), escalas em forma de metro (escalas analógicas curvilíneas), "caixas de escalas" compostas por círculos equidistantes entre si (um dos quais a pessoa tem que marcar) e escalas com termos descriptivos em intervalos ao longo de uma linha (escalas de classificação gráfica ou escalas Likert). A escolha de termos para definir as âncoras de uma escala também foi descrita como importante.

https://www.physio-pedia.com/Visual_Analogue_Scale. Huskisson EC. Measurement of pain. Lancet 1974;2:1127–31. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis 1978;37:378–81.

- **Escala Numérica Visual da Dor (VNS):** O VNS visa informar um valor numérico de dor, que pode variar de acordo com a intensidade, geralmente utilizando de 0 a 10. O grau 0 corresponde à ausência de dor, enquanto o grau 10 é a maior intensidade imaginável. O VNS combina os recursos de uma escala numérica de avaliação da dor com pistas visuais sólidas, incluindo tamanho e sombreamento. Estes incluem a altura e o sombreamento das barras associadas a cada numeral e podem assim ser considerados uma escala de combinação com componentes visuais e numéricos. *Mensuração da dor usando a escala numérica visual. Philip L Ritter, Virginia M González, Diana D Laurent, Kate R Lorig. The Journal of Rheumatology Mar 2006, 33 (3) 574-580;*

Em relação às escalas numéricas de avaliação da dor (categórica e numérica), o usuário precisa definir a opção padrão na função “Cadastros Gerais” > “Gestão do paciente” > “PEP” > “Regra escala de dor”.

Grupo "Respiratório"

Esta aba auxilia o profissional de saúde no registro de informações derivadas do monitoramento respiratório, principalmente relacionadas à ventilação mecânica. As fórmulas exibidas neste grupo estão descritas a seguir (não necessariamente na sequência de apresentação):

- Complacência pulmonar estática (ml/cmH₂O): Cst = volume atual/pressão platô - PEEP
- Complacência dinâmica (ml/cmH₂O): Cdin = volume atual / pressão de pico – PEEP
- Relação PaO₂/FiO₂ (mmHg/%): P/F = PaO₂/FiO₂
- Resistência pulmonar (cmH₂O/L/s): Rsr/Raw = (pico - pressão platô)/O₂ fluxo

Grupo "Hemodinâmica"

Essa aba auxilia o profissional médico no registro de informações derivadas da monitorização hemodinâmica. Descrição das fórmulas exibidas neste grupo (não necessariamente na sequência de apresentação):

- Pressão Média da Artéria Pulmonar (mmHg): PMAP = (PSAP + [2 x PDAP])/3P
- Pressão Arterial Femoral Média (mmHg): MFAP = (SFAP + [2 x DFAP])/3
- Índice Cardíaco (l/min/m²): IC = DC/BSA
- Volume Sistólico (ml/batimento cardíaco): VS = (DC/FC) x 1000
- Índice sistólico (ml/batimento/m²): IS = (IC/FC) x 1000
- Resistência Vascular Sistêmica (dynes.seg.cm⁻⁵): RVS = 80 x (PAM - PVC) / DCV
- Índice de Resistência Vascular Sistêmica (dynes.seg.cm⁻⁵/m²): IRVS = 80 x (PAM – PVC)/IC
- Resistência Vascular Sistêmica (dynes.seg.cm⁻⁵): RVS = 80 x (PAM - POAP / DC)
- Índice de Resistência Vascular Pulmonar (dynes.seg.cm⁻⁵/m²): IRVP = 80 x (PMAP – POAP)/IC
- Trabalho Sistólico do Ventrículo Esquerdo (g.min): TSVE = VS x (PAM – POAP) x 0,0136
- Índice de Trabalho Sistólico do Ventrículo Esquerdo (g/m/m²): ITSVE = VS x (PAM – POAP) x 0,0136
- Trabalho Sistólico do Ventrículo Direito (g/m/m²): TSVR = VS x (PMAP – PVC) x 0,0136
- Índice de Trabalho Sistólico do Ventrículo Direito (g/m/m²): ITTSVR = VS x (PMAP – PVC) x 0,0136

Grupo “Circulação Extracorpórea por Membrana”

Essa aba fornece suporte ao profissional médico no registro de informações derivadas da circulação extracorpórea por membrana. Há uma única fórmula exibida nesse grupo:

- Pressão transmembrana (mmHg): pressão pré-membrana – pressão pós-membrana

Grupo "Analgesia"

Essa aba auxilia o profissional médico no registro de informações derivadas do controle de analgesia. O uso de uma escala de avaliação analgésica adequada e validada é fundamental para avaliar a profundidade da analgesia do paciente:

- Escala de Comportamento de Conforto (COMFORT-B): *consulte o recurso "Escalas, índices e pontuações" deste documento.*
- Escala Glasgow (GCS) modificada por Cook e Palma: essa escala foi descrita em 1987 e fornece uma pontuação da reatividade do paciente sob ventilação mecânica de acordo com resposta a estímulos externos, considerando cinco informações: abertura dos olhos, motricidade, tosse, ventilação e comunicação espontânea. A pontuação da escala, que varia entre 4 e 18, baseia-se na melhor resposta de reatividade e avalia a pontuação numérica que corresponda a sedação profunda quando menor que 8, a sedação leve quando estiver na faixa entre 8 e 13 e, ao estado de vigília, quando > 13 pontos. *Cook S, Palma O: Propofol as a sole agent for prolonged infusion in intensive care. J Drug Dev 1989, (Suppl 2):65–67*
- Escala Neonatal de Dor, Agitação e Sedação (N-PASS): consulte o recurso "Escalas e índices".
- Escala de sedação induzida por opioides Pasero (POSS): a escala POSS foi desenvolvida para avaliar o nível de sedação em pacientes após administração de opiáceos para controle da dor. A escala é recomendada para pacientes adultos em ambientes assistenciais não críticos, bem como para manejo de opioides, também para avaliação de sedação na Sala de Recuperação Pós Anestésica. A escala tem cinco níveis de critérios de sedação para selecionar: S = sono, fácil de despertar; 1 = acordado e alerta; 2 = ligeiramente sonolento, facilmente despertável; 3 = frequentemente sonolento, despertável, adormece durante a conversa; e 4 = sonolento, mínimo ou sem resposta à estimulação verbal e física. *Chris Pasero, M.S, RN – BC, FAAN. Assessment of sedation during Opioid administration for Pain Management. Journal of Ped. Anesthesia, Vol 24, No 3 (June) 2009: pp 186 – 190*

Grupo "Bioimpedância"

Essa aba auxilia o profissional médico no registro de informações derivadas da avaliação de bioimpedância, como densidade corporal, massa e água. Há uma única fórmula exibida nesse grupo:

- Relação cintura-quadril (cm) = circunferência abdominal (cm) / circunferência do quadril (cm)

2.1.3.4 Listas de diagnósticos e problemas de saúde

Este recurso permite ao usuário mapear, gerenciar e visualizar o diagnóstico e os problemas do paciente no prontuário do paciente.

O conceito "diagnóstico" aqui significa usar catálogos específicos, como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS, para atribuir um diagnóstico a um paciente. Já a lista de problemas refere-se aos problemas de saúde do paciente e cada problema pode estar associado ou não a um código de diagnóstico.

O clínico pode gerenciar o diagnóstico do paciente acessando o item "Diagnósticos" e gerenciando os problemas do paciente acessando a "Lista de problemas", ambos na função "PEP".

No item "Diagnósticos" da função PEP, registre as informações relacionadas ao diagnóstico, como código CID-10, classificação do diagnóstico primário ou secundário, agudo ou crônico, data do diagnóstico, última manifestação e duração.

No item "Lista de problemas" da função PEP é possível utilizar listas ou catálogos padronizados (por exemplo, Classificação Internacional de Atenção Primária (ICPC), CID-10). Estes catálogos devem primeiro ser carregados no sistema através da função "Cargas". Os usuários podem vincular um problema a um código de catálogo ou criar uma descrição de texto livre do problema. Pode definir categorias, status, data

de início e duração dos problemas. Além disso, é possível alterar o status de um problema durante a internação do paciente e criar outros problemas secundários ligados a um primário.

2.1.3.5 Gráfico e visualização de resultados de laboratório

Este recurso proporciona ao usuário uma visão consolidada dos resultados laboratoriais do paciente, tais como glicose sérica, creatinina sérica ou urinária e culturas microbiológicas.

Os resultados laboratoriais podem ser mapeados manualmente por um profissional de saúde ou adquiridos por meio de interface com uma fonte externa. O usuário seleciona o item "Exames laboratoriais" na função "Prontuário Eletrônico Paciente - PEP" para acessar esse recurso. O sistema exibe todos os resultados laboratoriais do paciente desse atendimento ou mesmo dos anteriores em uma visualização de lista. A lista exibe o status do exame e o ícone de status correspondente, confirmação e se os resultados do exame estão fora da faixa normal de referência. Nas opções de filtro, o usuário pode definir um período, exame específico ou grupo de exames, selecionar uma unidade hospitalar ou apenas os valores fora da faixa de referência. Na aba de modo grid, é possível gerar uma visualização gráfica dos resultados laboratoriais para melhor análise e gerenciamento.

É possível visualizar os resultados laboratoriais em texto digitado no sistema e em arquivos PDF que foram gerados através de sistema externo e importados por integração. Nesse mesmo item o usuário pode registrar uma confirmação, sinalizando que está ciente dos resultados do exame.

É possível mapear manualmente os resultados laboratoriais clicando na opção "Adicionar" em "Exames laboratoriais" da função "Digitação de Resultado de Exames Laboratoriais Externos". Após definir a data do resultado, solicitar o médico e o protocolo do exame (conjunto de exames, se aplicável), o usuário seleciona os exames e mapeia seus resultados. Esses resultados estarão disponíveis na função PEP.

2.1.3.6 Resultados de exames não laboratoriais

Este recurso permite que os profissionais de saúde visualizem os laudos dos exames de imagem após a liberação do médico radiologista.

As principais funções onde o profissional tem acesso aos laudos de exames de cada paciente são PEP, PEPA e PEPO.

Ao selecionar o paciente através da função PEP acessando o item "Exames não laboratoriais", o usuário pode visualizar os exames solicitados e os laudos. A apresentação de um exame neste item depende do processo de prescrição, realização e liberação do laudo utilizando as funções PEP, "Gestão de Exames" e "Central de Laudos".

O usuário pode utilizar a função "Digitação de Resultados de Exames Não Laboratoriais Externos" para transcrever os laudos dos exames do paciente realizados externamente. Esses relatórios podem ser visualizados no item "Exames não laboratoriais". Nesse mesmo item, o profissional de saúde pode marcar um exame como ciente, visualizar o laudo e visualizar as imagens do laudo por meio de integração com o PACS. A integração com um sistema externo de armazenamento de imagens é opcional e as imagens do exame também podem ser carregadas manualmente, como anexos.

O profissional que solicita o exame pode visualizar as prescrições de exames realizados e seus laudos no portal do médico.

Na funcionalidade do portal do paciente, os pacientes podem visualizar seus exames e laudos.

2.1.3.7 Balanço hídrico

Esse recurso apoia o profissional de saúde no registro, acompanhamento e gerenciamento de ganhos e perdas de fluídos.

A função “Cadastros PEP” é usada para configurar os grupos, tipos e propriedades dos ganhos e perdas, como a unidade de medida (ml ou g) ou o número de vezes (sem unidade de medida), conversão, se contam ou não no balanço hídrico e se precisam de informações adicionais. É possível vincular ganhos e perdas a dispositivos específicos, trazendo mais consistência e precisão durante o processo de gravação. As regras podem ser configuradas para notificar os profissionais de saúde se não houver entrada de dados por um tempo definido. Na função “Cadastros Gerais”, o usuário pode definir os turnos diurnos com a hora de início e término de cada um, o que impacta na análise dos dados do balanço hídrico. O usuário também pode definir as regras de entrada automática, como para infusões, dietas e coleta de sangue.

O acompanhamento e gerenciamento dos ganhos e perdas pode ser realizado no item “Ganhos e perdas” das funções PEP, PEPO e “Ficha Anestésica Eletrônica do Paciente - FANEP”. A análise do balanço hídrico é realizada por diferentes grupos com base em visualização de dia, turno ou admissão. O usuário também pode verificar os ganhos e perdas nas funções “Sumário Eletrônico do Paciente - SUEP” e “Análise dos Parâmetros Assistenciais do Paciente - APAP”. Nesta última, uma visualização gráfica está disponível. Para a gravação, quando o usuário está na aba “Ganhos e perdas”, uma nova função, chamada “Ganhos e Perdas”, é aberta. Durante a introdução de dados, o usuário seleciona uma opção de ganho ou perda de uma lista predefinida, informando hora, valor com a unidade de medida adequada (volume, peso ou ocorrência) e dispositivo do paciente.

O anestesista pode registrar ganhos e perdas diretamente no gráfico de anestesia durante a cirurgia na função “Gráficos da Cirurgia”. As informações registradas no gráfico de anestesia também estão disponíveis na aba “Ganhos e perdas” da PEPO.

Algumas informações registradas na função ADEP podem alimentar automaticamente certas informações para o processo de entrada e saída do paciente. Por exemplo, quando o enfermeiro registra um volume infundido, dieta líquida, perda de sangue ou coleta, ele pode gerar automaticamente uma nova entrada. O mesmo caso se aplica ao procedimento de irrigação vesical e algumas intervenções de enfermagem prescritas na função “Plano de Cuidado”, onde podem ser registradas algumas perdas de fluidos, como as relacionadas a drenos e sondas.

2.1.3.8 Registros e gráficos multiparâmetro

Esse recurso exibe os dados clínicos do paciente registrados em diferentes aplicações e seções do sistema em um único fluxograma, como sinais vitais, parâmetros clínicos, ganhos e perdas, taxas de gotejamento de medicamentos, escalas e índices, níveis de glicose no sangue e outros resultados laboratoriais.

Existem duas alternativas de sistema para o recurso de registros e gráficos multiparâmetro, o fluxograma somente leitura e o fluxograma gráfico, ambos localizados na função “Análise dos Parâmetros Assistenciais do Paciente - APAP”. As opções somente leitura e de gráfico podem ser encontradas nas abas “Análise dos Parâmetros Assistenciais do Paciente - APAP” e “Flowsheet”, respectivamente. A função “Análise dos Parâmetros Assistenciais do Paciente - APAP” pode ser acessada como uma função separada (via chamada externa) ou preferencialmente pelo seu item na árvore do paciente da função “Prontuário Eletrônico Paciente - PEP”.

OBSERVAÇÃO **As instituições de saúde devem definir apenas uma das opções de uso para toda a instituição. Esta restrição pode ser implementada com configurações de uso na função “Administração Sistema”.**

Análise dos Parâmetros Assistenciais do Paciente somente de leitura

Esta opção consolida diferentes tipos de dados clínicos do paciente adquiridos de diversas funções do sistema e os organiza em diferentes seções, onde as informações estão em modo somente leitura.

Configuração:

O usuário deve abrir a aba “Cadastros” da função “Análise dos Parâmetros Assistenciais do Paciente - APAP” para configurar o modelo de fluxograma. O modelo de fluxograma é como um modelo de como os dados serão exibidos na tela. Nesta aba, será definido um grupo e um título de grupo para exibir um subconjunto das informações clínicas listadas acima. Em seguida, para cada grupo, selecione as variáveis específicas e os itens com os respectivos atributos, como exibir valores mínimos, máximos, médios e totais. Cada modelo pode ser definido para uso com base no estabelecimento, setor, perfil e função do profissional. O modelo pode ser mostrado em um período cumulativo de 24 h ou por turnos de enfermagem (configurado na função “Cadastros Gerais”). Se houver mais de um modelo, é possível definir o modelo padrão para um setor na função “Estrutura Atendimento”.

Operação:

O usuário deve acessar a aba “Multiparameter Flowsheet” para visualizar os dados clínicos alfanuméricos das últimas vinte e quatro horas exibidos em uma visualização em grid ou gráfico. O eixo y do fluxograma apresenta os grupos e variáveis, a unidade de medida, valores mínimos, máximos, médios, totais e turnos definidos pela instituição. O eixo x apresenta o horários em horas completas. Conforme as informações na legenda, alguns símbolos são utilizados para destacar diferentes condições, por exemplo, quando há mais de um valor de uma variável no período de uma hora inteira.

Análise dos Parâmetros Assistenciais do Paciente em gráfico

Esta opção consolida diferentes tipos de dados clínicos do paciente que podem ser mapeados diretamente no gráfico (ou indiretamente por meio de uma chamada externa de outra função do sistema), mantendo a integridade com as respectivas funções do sistema e seções que contêm as mesmas informações.

Esta opção consolida diferentes tipos de dados clínicos do paciente adquiridos de diversas funções do sistema e os organiza em diferentes seções. O usuário pode mapear e armazenar valores nas tabelas de dados originais do sistema diretamente do gráfico, como sinais vitais e escalas e índices, ou acessar diretamente dele em uma função como uma chamada externa, por exemplo CPOE, ADAP e “Ganhos e perdas”.

Configuração:

O usuário deve abrir a aba “Modelos” na função “Análise dos Parâmetros Assistenciais do Paciente - APAP” para configurar o modelo. O usuário pode cadastrar o título e a descrição do modelo, bem como o número máximo de colunas que serão renderizadas na tela (16 ou 24 colunas) e a escala de tempo padrão (Exato; 5, 15 e 30 min; 1, 2, 3 , 4, 8, 12 e 24 h). Ao clicar duas vezes no modelo, é possível configurar os grupos do modelo, como tipo de exibição, ações do botão “Adicionar novo” e escalas, assim como as linhas em cada grupo e item composto (visualização em árvore das linhas secundárias agrupadas em uma linha primária) em cada linha adicionada. Na configuração da linha, o usuário pode configurar a apresentação gráfica do valor como estilo, símbolo e cor. Cada modelo pode ter regras de acesso definidas por unidade, perfil e usuário. O tempo de carregamento da função é diretamente influenciado pelo número total de linhas visíveis no modelo.

Para configurar as cores das opções que podem ser utilizadas para destacar manualmente um valor, o usuário deve defini-las no “Cadastro de destaque da célula (APAP)”, da função “Cadastros Gerais”.

Operação:

O usuário deve acessar a aba “APAP (registrável)” e selecionar um modelo para visualizar os dados clínicos de um paciente, exibidos conforme a configuração do modelo. O eixo y do gráfico exibe os grupos e linhas,

unidade de medida, valores mínimos, máximos, médios e totais. O eixo x exibe a linha do tempo, dividida conforme a escala de tempo definida e número de colunas, com a opção de alterar o intervalo de tempo.

O gráfico permite que sinais vitais, escalas, índices e pontuações sejam mapeados diretamente através da visualização tabular, enquanto outros dados são mapeados abrindo a função específica, como uma chamada externa para aquela entrada de dados mantendo o contexto do paciente, como função PEP para registro de nota clínica, função CPOE para ordens de prescrição e função ADAP para administração de medicamentos. Os dados mapeados por usuários finais ou provenientes de uma interface podem ser aprovados ou rejeitados usando a opção “Itens pendentes”. Os valores mapeados do gráfico para a tabela original ou por função de chamada externa mantêm todas as regras de negócio aplicadas nas tabelas do banco dados originais do sistema. No que diz respeito a cálculos, destacam um valor fora do intervalo de referência ou em azul para novos dados e suporte à decisão clínica por meio da função “Mentor”.

Ao clicar com o botão direito, o usuário pode editar, destacar ou descrever um comentário em um valor, além de visualizar o histórico de todos os valores dentro de uma célula.

No botão “Ações”, o usuário encontra ferramentas de usabilidade, como expandir ou recolher grupos e linhas, desabilitar a atualização automática ou destacar a linha do tempo. No botão “Configurações”, é possível definir qual grupo ou linha ficará visível no modelo, visualizar legendas e alternar entre o modo claro e escuro.

OBSERVAÇÃO Na alternativa de mapeamento gráfico multiparâmetro, todas as informações de entrada relacionadas a sinais vitais e escalas, índices e pontuações são processadas nas tabelas do sistema para sinais vitais e escalas, índices e pontuações.

OBSERVAÇÃO Na alternativa de mapeamento de multiparâmetros do gráfico, as regras relacionadas à comparação com os dados clínicos com limites padrão são configuradas na função “Administração do Sistema”.

OBSERVAÇÃO Na alternativa de mapeamento gráfico multiparâmetro, todas as informações de entrada relacionadas a sinais vitais e escalas, índices e pontuações são processadas nas tabelas originais do sistema para sinais vitais e escalas, índices e pontuações. Portanto, será seguido o comportamento padrão do sistema e todas as regras e cálculos configurados na função “Suporte à Decisão Clínica (SDC) - Mentor” para auxiliar os processos de configuração e implementação da linha de cuidado.

2.1.3.9 Documentos legais e de auditoria

Este recurso visa gerenciar a documentação legal relacionada ao paciente para fins oficiais.

A documentação oficial exigida pelas autoridades varia conforme a localização. A documentação padrão inclui tratamento de saúde, nascimento, óbito, autorizações, certificados e laudos. Esta documentação está presente em diversas funções do sistema e é utilizada para fins clínicos e legais, conforme regulamentos locais.

Os registros dos pacientes que fornecem informações sobre a data de nascimento, registro de óbito, consentimento e tratamento podem ser encontrados em recursos como SUEP, PEP, PEPA, "Avaliação Pré Anestésica Eletrônica" (APAE), "Oftalmologia", e "Carta Médica".

2.1.3.10 Orientações ao paciente

Esse recurso oferece suporte ao profissional de saúde na preparação, gerenciamento e fornecimento de intervenções, planos e materiais orientativos ao paciente relacionados ao processo de atendimento (doenças, condições e tratamento).

A função “Cadastros de Enfermagem” é utilizada para configurar intervenções e orientações para o paciente ou familiares. Cada intervenção da enfermagem pode ser vinculada ao diagnóstico de enfermagem para apoiar o processo de plano de cuidado estruturado por meio das funções “Plano de Cuidado” e “SAE”. Utilizando o item “SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem” ou “SAPS - Sistematização da Assistência do Profissional de Saúde” na função “Prontuário Eletrônico Paciente - PEP”, o profissional de saúde pode definir e gerenciar as intervenções ao paciente e planos orientativos. As intervenções podem ser verificadas e gerenciadas na função ADEP. Após a confirmação da intervenção, o usuário pode registrar o conteúdo da informação fornecida ao paciente ou ao familiar, o método de ensino, o nível de compreensão do paciente ou do acompanhante e se foi assimilado com sucesso. Todas as informações também podem ser visualizadas nas funções “PEP” e “PEPO”.

Na função “Cadastros PEP”, a instituição pode configurar os modelos de planos de atendimento, atribuir funções a profissionais e vincular problemas do paciente a objetivos orientativos. Na função “Plano de Cuidado”, o usuário pode registrar a avaliação do paciente conforme o problema específico identificado e selecionar e definir metas orientativas. Por fim, o usuário pode definir o cumprimento de cada meta orientativa apoiando a gestão do plano de cuidado orientativo do paciente.

Na função “Cadastros PEP”, a instituição pode configurar textos padrão como materiais de orientação no âmbito institucional ou de usuário. Acessando o item “Orientação de alta” da função PEP, o usuário pode registrar as orientações.

2.1.3.11 Arquivo de anexos clínicos

Esse recurso consolida a documentação do paciente no prontuário médico anexando documentos de várias fontes, como arquivos de computador, scanners e câmeras digitais.

Na função PEP, documentos e imagens podem ser anexados em diferentes itens do gráfico para melhor organização e acessibilidade às informações em diversos tipos de mídia. O usuário pode visualizar, adicionar e remover arquivos em três itens do prontuário do paciente, como “Feridas e curativos”, “Avaliações”, “Sumário alta”, “Exames laboratoriais” e “Exames não laboratoriais”.

Os arquivos também podem ser anexados a funções administrativas que afetam o atendimento ao paciente. Exemplo: funções “Gestão da Agenda Cirúrgica” e “Cadastro Completo de Pessoas”, onde o usuário pode adicionar e visualizar documentação relacionada à pré-internação, plano de saúde e agendamento cirúrgico.

2.1.3.12 Ocorrências e eventos clínicos

Esse recurso permite que a instituição configure, registre e gerencie ocorrências e eventos clínicos relacionados ao atendimento ao paciente, como quedas de pacientes, agressões, uso de medicamentos e reações transfusionais.

Utilize a função “Cadastros Gerais”, configure o tipo e a descrição dos eventos. Conforme o tipo de evento, são necessárias informações adicionais, como formulário do evento, nome do evento, classificação e tipo de análise.

O usuário pode registrar eventos e ocorrências clínicas ocorridas a qualquer momento durante o processo de atendimento. As principais funções associadas ao registro de eventos são PEP, PEPA, PEPO, Oftalmologia, Ficha Anestésica Eletrônica do Paciente - FANEP e Hemoterapia. Após selecionar o paciente,

o usuário pode acessar o item “Eventos” para registrar a ocorrência. Ao adicionar um novo registro e selecionar um evento, o usuário pode informar classificação, gravidade, detalhes do evento, ações imediatas e notas. Conforme a configuração anterior relacionada a cada tipo de evento, o usuário pode preencher informações adicionais em formulários estruturados.

Eventos, ocorrências, e suas informações podem ser utilizados para análise posterior realizada na função “Gestão da Qualidade”. Por exemplo, o usuário pode pesquisar tipos de eventos por período e setor para analisar cada tipo de evento e definir as ações apropriadas.

2.1.3.13 Escalas e índices

Esse recurso auxilia o profissional de saúde na realização de avaliações estruturadas para classificar pacientes em diferentes categorias, geralmente relacionadas a diagnóstico, gravidade e risco.

São oferecidos dois tipos de escalas e índices, as codificadas (originais) e as que podem ser configuradas pelo usuário. As escalas originais são codificadas e desenvolvidas com base em publicações clínicas relevantes após a avaliação e o acordo de direitos autorais. A Score Flex e a Score Flex II são as estruturas para que o cliente possa configurar suas próprias escalas.

Na aba “Grupo escalas e índices” no utilitário “Cadastros Gerais”, a instituição tem acesso ao catálogo do sistema das escalas nativas. É possível criar diferentes grupos clínicos e atribuir diferentes scores, escalas e índices de acordo com a especialidade, departamento, usuários e também indicar as permissões como editar, somente leitura. O vínculo entre grupos específicos e perfis de usuário é realizado na função “Administração do Sistema”.

No utilitário “Cadastros Gerais”, também é possível configurar as condutas clínicas ou procedimentos a serem exibidos ao profissional de saúde após a apresentação do resultado final da escala. Inclui escalas originais, Score Flex e Score Flex II. A instituição pode configurar o conteúdo e as regras de exibição.

Considerando as escalas originais, há escalas que requerem a simples escolha de um número ou opção sem nenhum cálculo ou processamento de dados. Por outro lado, outras escalas combinam diferentes parâmetros para definir seu resultado.

Para as escalas personalizáveis pelo usuário, existem duas possibilidades de configuração (Score Flex e Score Flex II), que devem ser realizadas na aba “Score Flex” do utilitários “Cadastros Gerais”.

A Score Flex suporta a configuração de escalas básicas personalizáveis. Permite configurar enunciados a serem respondidos pelo clínico. Cada resposta tem apenas dois resultados possíveis, sim ou não. Cada resultado “sim” tem um valor a ser somado na escala final. Alguns intervalos de resultados podem ser criados (valores máximo e mínimo). A aba “Documentação” mostra informações relevantes como inclusão e datas de revisão, conceitos das escalas e índices e referências bibliográficas. É possível definir os perfis de usuários que têm acesso à escala Score Flex.

O Score flex II suporta a configuração de escalas complexas personalizáveis. Está associado a um resultado de cálculo de uma avaliação configurada na função “Cadastro Avaliações”. A instituição pode criar diferentes tipos de formatos de resultados para a avaliação, como edição, checkbox, look-up, e criar fórmulas vinculadas ao campo de cálculo a ser considerado pelo Score flex II. Conhecimento da linguagem SQL é necessário para a definição da fórmula correta. Alguns intervalos de resultados podem ser criados (valores máximo e mínimo). A aba “Documentação” mostra informações relevantes como inclusão e datas de revisão, conceitos das escalas e índices e referências bibliográficas. É possível definir os perfis de usuários que têm acesso à escala Score Flex II.

Na função PEP, o usuário precisa acessar o item “Escalas e índices” para verificar os grupos disponíveis conforme o perfil do usuário. Em cada grupo, cada escala original é exibida como uma única aba. Os “Score Flex” e “Score Flex II” também são mostrados como abas únicas, onde o usuário pode acessar as escalas configuradas para cada perfil.

Outra alternativa para visualizar as escalas é utilizar a Visualização Conjunta das Escalas - VICE. Após realizar a configuração anterior na função “Cadastros PEP”, o usuário pode selecionar esta opção (escala VICE) e visualizar um painel com diferentes escalas e índices em uma visualização cronológica, filtrada por mês, com resultados descriptivos ou valores numéricos.

As escalas de dor estão disponíveis na função PEP, no item “Sinais vitais e monitorização”. As escalas SRA estão disponíveis no item “Escalas SRA” da função PEPO e na aba “Risco” da função “Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica”.

Em todos os casos de uso, após preencher as informações exigidas pelos profissionais de saúde, o sistema processa o cálculo com base em regras nativas e fórmulas SQL ou aquelas definidas no utilitário “Cadastros Gerais”. Após o cálculo, o sistema exibe o resultado final da escala e sua interpretação para armazenamento no sistema e disponibilização a usuários autorizados. Após a liberação, conforme configuração anterior, a mensagem de conduta clínica ou procedimento vinculada ao resultado é imediatamente mostrada, ou pode ser acessada pela opção de botão direito “Condutas”.

OBSERVAÇÃO Todas as escalas e índices originais codificadas disponíveis no sistema são auxiliadas por bibliografia publicada e compatíveis com direitos autorais.

OBSERVAÇÃO Informações adicionais sobre cada escala estão disponíveis no menu de opções do botão direito.

2.1.3.13.1 Abbreviated Mental Test Score (AMTS)

Descrição: O Abbreviated Mental Test Score (AMTS) é usado para avaliar rapidamente pacientes idosos quanto à possibilidade de demência. O teste é útil em uma variedade de configurações agudas e ambulatoriais. São feitas perguntas ao paciente como: quantos anos você tem?; qual é a hora para a hora mais próxima?; em que ano estamos?; qual é o nome do hospital?; qual é o número do seu endereço residencial?; consegue reconhecer duas pessoas (o médico, a enfermeira, a empregada doméstica, etc.)?; Qual a sua data de nascimento? (dia e mês suficientes); em que ano começou a primeira guerra mundial?; qual é o nome do atual monarca/primeiro ministro/presidente?; E peça ao paciente para contar regressivamente de 20 até 1; dê um endereço ao paciente e peça que repita ao final do teste. Para cada resposta correta, 1 ponto é adicionado à pontuação final. A pontuação máxima é 10 e uma pontuação inferior a 7 ou 8 sugere comprometimento cognitivo. O teste pode diferenciar normal de comprometimento cognitivo, mas não é confiável na identificação de delirium.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fonte:

- *Hodkinson, HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. Age and Ageing. 1972 Nov; 1(4):233-8*

2.1.3.13.2 ABCD2 Score

Descrição: O ABCD2 Score ajuda os médicos a estratificar o risco de AVC em pacientes com Ataque Isquêmico Transitório (AIT). A gestão de pacientes com AIT varia entre as instituições, algumas defendendo a internação e outras a avaliação ambulatorial. Consequentemente, há um grande interesse em identificar indicadores de prognóstico clínico que possam ser usados para estimar o risco de AVC após um AIT. O ABCD2 é um sistema de pontuação baseado em cinco parâmetros: idade, pressão arterial, características

clínicas, duração doAIT e presença de diabetes. Cada parâmetro corresponde a um ponto, exceto as características clínicas e a duração doAIT, que são 2 pontos. Pontuação de classificação de risco de AVC: baixo risco 0-3, risco moderado 4-5 e alto risco 6-7.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- *Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, Sidney S. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischemic attack. Lancet. 2007*
- *Josephson SA, Sidney S, Pham TN, Bernstein AL, Johnston SC. O escore ABCD2 mais alto prevê pacientes com maior probabilidade de terem ataque isquêmico transitório verdadeiro. AVC 2008*
- *Wardlaw J, Brazzelli M, Miranda H, Chappell F, McNamee P, Scotland G. et al. An assessment of the cost-effectiveness of magnetic resonance, including diffusion-weighted imaging, in patients with transient ischaemic attack and minor stroke: a systematic review, meta-analysis and economic evaluation. Health Technol Assess. 2014*

2.1.3.13.3 ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery

Descrição: ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery é um relatório do American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). Inclui a estrutura, refletida na avaliação, para determinar quais pacientes são candidatos a testes cardíacos antes de uma cirurgia não cardíaca. Se o paciente tiver um ou dois fatores de risco clínicos, é razoável prosseguir com a cirurgia planejada, com controle da frequência cardíaca com betabloqueio ou considerar testar se isso mudará o cuidado. Em pacientes com três ou mais fatores de risco clínicos, o risco cardíaco específico da cirurgia é importante. O risco cardíaco específico da cirurgia não cardíaca está relacionado a dois fatores importantes. Primeiro, o próprio tipo de cirurgia pode identificar um paciente com maior probabilidade de doença cardíaca subjacente e maior morbidade e mortalidade perioperatória. Se o paciente for submetido a cirurgia vascular, o teste só deve ser considerado se mudar o cuidado. Outros tipos de cirurgia podem estar associados a risco semelhante à cirurgia vascular, mas não foram estudados extensivamente. Para cirurgia não vascular, o grau de estresse cardíaco hemodinâmico determina o risco específico da cirurgia. A morbidade perioperatória relacionada aos procedimentos varia de 1% a 5%. Nesses pacientes considerados prontos para a cirurgia de risco intermediário, não há dados suficientes para determinar a melhor estratégia (continuar com a cirurgia planejada com controle rigoroso da frequência cardíaca com betabloqueio ou testes cardiovasculares adicionais, se isso mudar o cuidado).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- *Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, Calkins H, Chaikof EL, Fleischmann KE, Freeman WK, Froehlich JB, Kasper EK, Kersten JR, Riegel B, John F. Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery) ACC/AHA 2007 Robb Circulation. 2007;116: e418-e500; originalmente publicado online em 27 de setembro de 2007*
- <http://circ.ahajournals.org/content/116/17/e418>

2.1.3.13.4 ACEF Score

Descrição: o ACEF é um escore de risco de mortalidade operatória para pacientes de cirurgia cardíaca eletiva com base em um número muito limitado de fatores. Considera apenas três preditores independentes: idade, creatinina e fração de ejeção ("Age, Creatinine and Ejection Fraction", ou ACEF, em inglês). O escore ACEF foi calculado da seguinte forma: [idade(anos)/fração de ejeção do ventrículo esquerdo (%)] + 1 (se creatinina > 2,0 mg/dL). Existe uma associação univariada (regressão logística) entre o escore ACEF e o risco de mortalidade. Quanto maior o resultado do escore, maior a taxa de mortalidade prevista (%).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Ranucci M, Castelvecchio S, Minicanti L, Frigiola A, Pelissero G. Risk of Assessing Mortality Risk in Elective Cardiac Operations: age, creatinine, ejection fraction, and the law of parsimony.* 2009 Jun 23;119(24):3053-61

2.1.3.13.5 Escala Acute Kidney Injury Network (AKIN)

Description: a diretriz internacional Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) usa a escala Acute Kidney Injury Network (AKIN) para determinação de lesão renal. A escala AKIN baseia-se nas alterações da creatinina sérica e/ou do débito urinário e divide a insuficiência renal aguda em três categorias conforme a gravidade e em duas categorias que refletem a persistência da perda da função renal. Um aumento da creatinina sérica maior ou igual a 0,3 mg/dL, ou um aumento superior a 50% do valor básico (intervalo de pelo menos 48 h), caracteriza LRA.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, Molitoris BA, Ronco C, Warnock DG, et al. Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury.* Crit Care 2007; 11: R31
- *Machado MM, et al. Lesão renal Aguda após revascularização do miocárdio com Circulação Extracorpórea.* Arq Bras Cardiol 2009; 93(3): 247-252
- *Romano TG, Guimarães PF, Tierno MM. Injúria Renal Aguda no paciente politraumatizado.* J Bras Nefrol 2013;35(1):48-56

2.1.3.13.6 Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Score

Descrição: o Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Score é um conjunto de sinais e sintomas baseado no aumento da permeabilidade capilar, hipoxia, presença de infiltração pulmonar bilateral (edema pulmonar) na radiografia de tórax e ausência de evidência clínica de insuficiência cardíaca esquerda. Os critérios de avaliação são realizados por meio de radiografia de tórax, hipoxemia, complacência do sistema respiratório quando ventilado (cmH₂O/mL) e pressão expiratória final positiva quando ventilado (cmH₂O). Cada um dos 6 critérios avaliados possui pontuações de 0, 1 e 2, portanto a pontuação final pode variar de 0 a 12. Uma pontuação de 0 representa ausência de lesão pulmonar, enquanto uma pontuação entre 0,1 e 2,5 e maior que 2,5 define leve a lesão pulmonar moderada e grave, respectivamente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Antoniazzi P. Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA).* Medicina, Ribeirão Preto, 31: 493-506, out/dez 1998

- *Ashbaugh DG et al, Acute respiratory distress in adults. Lancet 2: 319-323, 1967*
- *Oliveira RHR, Basille Filho A. Incidência de lesão pulmonar aguda e síndrome da angústia respiratória aguda no centro de tratamento intensivo de um hospital universitário: um estudo prospectivo. J Bras Pneumol. 2006;32(1):35-42*

2.1.3.13.7 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) Score

Descrição: o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) é usado para identificar possíveis transtornos alcoólicos. Foi desenvolvido para medir a frequência e a intensidade da dependência de álcool. São 10 questões e as respostas possíveis para cada questão são pontuadas com 0, 1, 2, 3 ou 4, exceto as questões 9 e 10, que possuem respostas possíveis de 0, 2 e 4. As questões referem-se aos últimos 12 meses. As três primeiras questões medem a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional de álcool, as três seguintes investigam sintomas de dependência e as quatro finais são sobre problemas na vida relacionados ao consumo de álcool. A pontuação varia de 0 a 40. Conforme diretrizes da OMS, pontuação 0 indica um abstêmio que nunca teve problemas com álcool, enquanto uma pontuação de 1 a 7 sugere consumo de baixo risco. Pontuações de 8 a 15 sugerem consumo de álcool de risco ou nocivo e uma pontuação de 16 ou mais indica a probabilidade de dependência de álcool (transtorno por uso de álcool moderado-severo).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Babor TF, Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. WHO (World Health Organization)/PAHO. 4:1-29, 1992*

2.1.3.13.8 Alcohol Withdrawal Score (AWS)

Descrição: Os pacientes internados em hospitais ou no departamento de emergência devem passar por triagem na admissão para identificar aqueles em risco da síndrome de abstinência do álcool. Em pacientes hospitalizados, a detecção precoce e o tratamento para prevenir o desenvolvimento da síndrome de abstinência são a abordagem ideal. A pontuação da abstinência do álcool conforme o Alcohol Withdrawal Score (AWS) fornece uma medida sistemática da gravidade da síndrome de abstinência sem complicações, registrando as mudanças das características clínicas ao longo do tempo. O AWS não diagnostica a síndrome de abstinência, mas estratifica a gravidade de uma síndrome de abstinência já diagnosticada. O AWS é dividido em 7 grupos e a pontuação máxima possível é 27: transpiração (0-4), tremor (0-3), ansiedade (0-4), agitação (0-4), temperatura axilar (0-4), alucinações (0-4) e orientação (0-4). Gravidade da síndrome de abstinência: < 4 leve, 5-14 moderada e > 15 grave.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- <https://www.health.nsw.gov.au/aod/professionals/Publications/clinical-guidance-withdrawal-alcohol-and-other-drugs.pdf>
- <https://www.health.nsw.gov.au/aod/professionals/Publications/handbook%20managing%20withd rawal%20alcohol%20and%20other%20drugs.pdf>
- *Mental Health and Drug and Alcohol Office. NSW Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines. Publication date 04 July 2008, Review date 18 April 2018*

2.1.3.13.9 Escala Modificada de Aldrete

Descrição: a Escala Modificada de Aldrete avalia a evolução do paciente no período pós-anestésico conforme seu estado de consciência e sinais vitais. Possui cinco variáveis: atividade (capacidade de mover

quatro, duas ou nenhuma extremidade), respiração (capacidade de inspirar profundamente, tosse, dispneia ou respiração superficial e apneia), pressão arterial sistêmica (alteração da pressão arterial de apenas 20% em relação a valores pré-anestésicos, alteração entre 20-49% ou superior a 50% em relação ao pré-operatório), consciência (totalmente acordado, despertável por chamado ou sem resposta) e coloração/oximetria (normal, pálido ou cianótico). Cada variável é classificada como 0, 1 ou 2 e o paciente recebe alta quando escore ≥ 9 .

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Aldrete JA, Kroulik D. A postanesthetic recovery score. *Anesth Analg*, 1970;49:924-934
- Castro FSF, et al. Temperatura corporal, índice Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. *Rev. esc. enferm. USP* vol.46 no.4 São Paulo Aug. 2012

2.1.3.13.10 American Society of Anesthesiology (ASA) Classification

Descrição: A American Society of Anesthesiology (ASA) Classification é usada há mais de 60 anos. O objetivo da classificação é avaliar as comorbidades médicas pré-anestésicas do paciente. A ASA isoladamente não prediz riscos perioperatórios, mas, utilizada em conjunto com outros fatores (tipo de cirurgia, fragilidade, grau de descondicionamento), pode ser útil na predição de riscos perioperatórios. A atribuição de um nível de classificação do estado físico é uma decisão clínica baseada em vários fatores. Embora a classificação do estado físico possa ser determinada inicialmente em vários momentos durante a classificação pré-operatória do paciente, a atribuição final da classificação do estado físico é feita no dia do atendimento anestésico pelo anestesiologista após a avaliação do paciente. A ASA varia de I a VI. ASA I: paciente normal e saudável; ASA II: paciente com doença sistêmica leve; ASA III: paciente com doença sistêmica grave; ASA IV: paciente com doença sistêmica grave que representa constante ameaça à vida; ASA V: paciente moribundo sem expectativa de sobrevivência sem operação; ASA VI: paciente com morte encefálica declarada cujos órgãos estão sendo retirados para doação.

Funções do sistema: AAvaliação Pré-Anestésica Eletrônica - APAE -> Risco

Fontes:

- Moreno R P, Pearse R, Rhodes A (2015) American Society of Anesthesiologists Score: still useful after 60 years? *Results of the EuSOS Study. Rev Bras Ter Intensiva* (2015); 27(2):105-112

2.1.3.13.11 American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale

Descrição: a American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale é derivada dos Padrões Internacionais para Classificação Neurológica de Lesões na Medula Espinal e é usada na avaliação neurológica de lesões na medula espinhal. O exame sensorial avalia 28 dermatomos específicos bilateralmente para toque leve e sensação de alfinetada. Cada componente do exame é registrado para cada dermatomo e lateralidade. Um grau de 0 denota sensação ausente, 1 denota sensação alterada ou prejudicada e 2 denota sensação normal. A pontuação sensorial bilateral total varia de 0 (incapacidade de distinguir a sensação de picada de alfinete de toque leve) a 224 (totalmente normal). O exame motor consiste em graduar cinco grupos musculares específicos nas extremidades superiores e nas inferiores. A força motora é graduada usando uma escala universal de seis pontos (de 0 a 5) para cada grupo muscular bilateralmente. A pontuação motora bilateral máxima em um indivíduo saudável é 100. O exame anorrectal adicional avalia a presença de choque espinhal. Examina-se a contração motora voluntária e a capacidade de sentir a pressão anal profunda. Ambos são classificados de forma binária, 0 para ausente e 1 para presente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices**Fontes:**

- *American Spinal Injury Association (1982) Standard for Neurological Classification of Spinal Injured Patients. ASIA, Chicago.*
- *Cohen, M., Jr, J., Donovan, W. et al. A test of the 1992 International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. Spinal Cord 36, 554–560 (1998). <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100602>*
- *BARROS FILHO TEP. Avaliação padronizada nos traumatismos raquimedulares. Rev Bras Ortop. 1994;29(3):.*

2.1.3.13.12 Ann Arbor Classification for Non-Hodgkin Lymphoma

Descrição: A Classificação de Ann Arbor para linfoma não-Hodgkin é o sistema de estadiamento para linfomas, tanto no linfoma de Hodgkin (anteriormente designado doença de Hodgkin) quanto no linfoma não-Hodgkin (NHL). Foi desenvolvido inicialmente para Hodgkin, mas tem algum uso no NHL. Tem aproximadamente a mesma função que o estadiamento TNM em tumores sólidos. O estágio depende tanto do local onde o tecido maligno está localizado (como localizado com biópsia, tomografia computadorizada, cintilografia com gálio e cada vez mais com tomografia por emissão de pósitrons) quanto dos sintomas sistêmicos devidos ao linfoma ("sintomas B": sudorese noturna, peso perda > 10% ou febre). O estágio é definido por designações aplicáveis a qualquer estágio, de acordo com os sintomas (A - sem sintomas) ou (B - febre para temperatura > 38 °C, suores noturnos encharcados, perda inexplicável de > 10% de peso corporal nos últimos 6 meses), doença volumosa (E-envolvimento de um único local nodal extra que é contíguo ou proximal ao local nodal conhecido) ou (envolvimento S-esplênico). Após selecionar as opções de sintomas e doença volumosa, o estágio pode ser definido de acordo com: I - Envolvimento de um único sítio linfático (i.e., região nodal, anel de Waldeyer, timo ou baço) (I); ou envolvimento localizado de um único órgão ou sítio linfático extra na ausência de qualquer envolvimento linfonodal (II). II - Envolvimento de duas ou mais regiões linfonodais do mesmo lado do diafragma (II); ou envolvimento localizado de um único órgão ou sítio linfático extra em associação com envolvimento de linfonodo regional com ou sem envolvimento de outras regiões linfonodais do mesmo lado do diafragma (III). III - Envolvimento de regiões linfonodais em ambos os lados do diafragma (IV), que também pode estar acompanhado de extensão linfática extra em associação com acometimento linfonodal adjacente (IV) ou por acometimento do baço (IVS) ou ambos (IV, S). IV - Envolvimento difuso ou disseminado de um ou mais órgãos extralinfáticos, com ou sem envolvimento linfonodal associado; ou envolvimento isolado de órgão extra linfático na ausência de envolvimento de linfonodos regionais adjacentes, mas em conjunto com doença em locais distantes. O estágio IV inclui qualquer envolvimento do fígado ou medula óssea, pulmões (exceto por extensão direta de outro local) ou líquido cefalorraquidiano.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices**Fontes:**

- *Carbone PP, Kaplan HS, Musshoff K, et al: Report of the Committee on Hodgkins Disease Staging Classification. Cancer Res 31:1860-1861, 1971*
- *Lister TA, Crowther D, Sutcliffe SB, et al: Report of a committee convened to discuss the evaluation and staging of patients with Hodgkin's disease: Cotswolds Meeting. J Clin Oncol 7:1630-1636, 1989*

- *Bruce D. Cheson, Richard I. Fisher, Sally F. Barrington, et al: Recommendations for Initial Evaluation, Staging, and Response Assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: The Lugano Classification. J Clin Oncol 32:3059-3067, 2014*

2.1.3.13.13 APACHE II Score

Descrição: o Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II tem como objetivo classificar a gravidade das alterações do paciente crítico. O objetivo principal é quantificar o grau de disfunção orgânica utilizando um valor numérico das alterações clínicas e laboratoriais existentes ou o tipo/número de procedimentos utilizados. É aplicado nas primeiras 24 horas da admissão do paciente em uma UTI. O escore é calculado usando 12 medidas fisiológicas de rotina: pressão arterial, temperatura corporal, frequência cardíaca, frequência respiratória, pH arterial, sódio, potássio, creatinina, hematócrito, glóbulos brancos, gradiente A-aO₂ ou PaO₂ e Escala de Coma de Glasgow (GCS). O escore mínimo é 0, com máximo de 100 e ponto de corte de maior gravidade em 35 pontos. A taxa de mortalidade prevista de acordo com os escores APACHE II é: 4% para 0-4 pontos, 8% para 5-9 pontos, 15% para 10-14 pontos, 25% para 15-19 pontos, 40% para 20-24 pontos, 55% para 25-29 pontos, 75% para 30-34 pontos e 85% para > 34.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- *Willian AK, Elizabeth AD, Douglas PW, Zimmerman JE, Jack. APACHE II: A severity of disease classification system. October – 1985 – Volume 13.*
- *Headley J, Theriault R, Smith TL. Independent validation of APACHE II severity of illness score for predicting mortality in patients with breast cancer admitted to the intensive care unit. Cancer. 1992 Jul 15;70(2):497-503. DOI: 10.1002/1097-0142(19920715)70.*
- *Capuzzo M, Valpondi V, Sgarbi A, Bortolazzi S, Pavoni V, Gilli G, Candini G, Gritti G, Alvisi R. Validation of severity scoring systems SAPS II and APACHE II in a single-center population. Intensive Care Med. 2000, Dec;26(12):1779-85. Doi: 10.1007/s001340000715.*

2.1.3.13.14 APACHE IV Score

Descrição: a APACHE IV Score é uma ferramenta aprimorada baseada no APACHE III contendo novas variáveis e diferentes modelos estatísticos para avaliar a gravidade da doença e o prognóstico na UTI. Esta versão do APACHE IV é calculada com base em 129 variáveis clínicas derivadas nas primeiras 24 horas de admissão na UTI. Alguns estudos sugeriram a vantagem superior do APACHE IV em comparação com outros sistemas de pontuação de risco. O escore é calculado usando as seguintes medidas fisiológicas de rotina: idade, temperatura (°C), PAM (mmHg), FC (batimentos/min), FR (respirações/min), ventilação mecânica, FiO₂ (%), PO₂ (mmHg) , pCO₂ (mmHg), pH arterial, sódio (mEq/L), débito urinário (mL/24 h), creatinina (mg/dL), nível de açúcar no sangue (mg/dL), albumina (g/L), bilirrubina (mg/dL), hematócrito (%), WBC (x1000/mm³), GCS, condições crônicas de saúde, permanência pré-UTI (dias), origem, readmissão, cirurgia de emergência e diagnóstico de admissão (não cirúrgico ou pós-cirúrgico). O escore APACHE IV soma os pontos APS (Acute Physiology Score, com escores de 0, +1, +2, +3, +4) dependendo da faixa de cada sinal vital avaliado + idade (menos de 44 anos: 0; 45 a 54: 2; 55 a 64:3; 66 a 74: 5, 75 ou mais: 6 pontos) + saúde crônica (se o paciente tiver histórico de insuficiência grave do sistema orgânico ou estiver imunocomprometido). O escore APACHE IV varia de 0 a 286 pontos, sendo 0 o melhor prognóstico e menor mortalidade e 286 o pior prognóstico e a maior taxa de mortalidade.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Zimmerman JE, Kramerr AA, McNair ES, Malila FM. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) IV: hospital mortality assessment for today's critically ill patients. Crit Care Med. 2006 May;34(5):1297-310
- Mihye K, Miyoung S, Sang-Min L, Yujin K, Soyoung Y. Performance of APACHE IV in Medical Intensive Care Unit Patients: Comparisons with APACHE II, SAPS 3, and MPMO III. Acute Crit Care. 2018 Nov; 33(4): 216–221. Doi:10.4266/acc.2018.00178

2.1.3.13.15 Escore de Apfel para prever náuseas e vômitos pós-operatórios

Descrição: O escore de Apfel para prever náuseas e vômitos pós-operatórios é um escore para avaliar e monitorar a intensidade de náuseas e vômitos pós-operatórios. Quatro fatores de risco são avaliados: sexo feminino, não fumante, história de cinetose ou náuseas e vômitos pós-operatórios e plano de uso de opioides no pós-operatório. A probabilidade de náusea e vômito no pós-operatório corresponde a 10% sem fator de risco, 21% com um, 39% com dois, 61% com três e 78% com quatro.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology. 1999;91:693-700
- Weilbach C, et al. Náuseas e vômitos (NVPO): utilidade do Apfel-score para a identificação de pacientes de alto risco para NVPO. Acta Anaesthesiol Belg. 2006;57(4):361-3
- Lages N , Fonseca C, Neves A, Landeiro N , Abelha FJ. Náuseas e Vômitos no Pós-Operatório: Uma Revisão do “Pequeno-Grande” Problema. Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 55, Nº 5, Setembro – Outubro, 2005

2.1.3.13.16 Escala de Apgar

Descrição: a Escala de Apgar é uma forma rápida de avaliar a saúde de recém-nascidos. Consiste em cinco sinais do recém-nascido no primeiro, quinto e décimo minuto após o nascimento. Uma pontuação de 0 a 2 é usada para avaliar a condição do recém-nascido para cada um dos cinco componentes: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. A pontuação final pode variar de 0 a 10. Uma pontuação de Apgar de 0 a 2 indica asfixia grave, 3 a 4 asfixia moderada, 5 a 7 asfixia leve e 8 a 10 indica um recém-nascido sem asfixia.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Apgar V. The Newborn (Apgar) Scoring System. V Apgar – Pediatr Clin North Am, 1966 – 130.14.81.9
- Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Curr. Res. Anesth. Analg. 1953;32(4): 260-7. DOI:10.1213/00000539-195301000-00041. PMID 13083014

2.1.3.13.17 Assessment of Alcohol Abstinence Syndrome - revisado (CIWA-Ar)

Descrição: o Assessment of Alcohol Abstinence Syndrome - revisado (CIWA-Ar) avalia a gravidade da síndrome de abstinência alcoólica do paciente e a necessidade de administração de medicamentos. Foi criado a partir da CIWA-A (1981) e utiliza 10 de 15 itens, que são: náusea/vômito (0, 1, 4 e 7), tremor (0, 1, 4 e 7), sudorese paroxística (0, 4 e 7), ansiedade – pergunta "Você se sente nervoso?" (0, 1, 4 e 7), agitação

(0, 1, 4 e 7), distúrbios táticos (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7), distúrbios auditivos (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7), distúrbios visuais (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7), dor de cabeça/peso na cabeça (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7) e orientação/turvação do sensório (0, 1, 2, 3 e 4). Classificação: abstinência mínima a leve 0-20, abstinência moderada 20-24, abstinência grave > 24 pontos.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Sullivan J, Sykora M, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal for Alcohol Scale (CIWA-Ar). Br J Addict 1989; 84: 1353-7*
- *Laranjeira R, Nicastri S, Jeronimo C, Marques AC, et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(2):62-71*

2.1.3.13.18 Assistance Complexity Classification System

Descrição: o Assistance Complexity Classification System categoriza a complexidade assistencial dos pagamentos conforme a quantidade e a qualidade do atendimento.

A estimativa do número de funcionários é um processo que requer conhecimento da carga de trabalho existente nas unidades de internação. Esse trabalho depende, por sua vez, das necessidades de saúde dos pacientes e do padrão de atendimento esperado. O uso de sistemas objetivos de classificação de pacientes permite que o profissional de saúde distribua o trabalho de forma mais uniforme entre os profissionais subordinados. Esses totais de pontos classificam os pacientes em categorias distintas. A instituição pode utilizar uma ou mais fontes bibliográficas e até adaptá-las às suas próprias necessidades locais.

Os 13 indicadores críticos considerados para compor o instrumento são: estado mental e nível de consciência; oxigenação; sinais vitais; nutrição e hidratação; motilidade; locomoção; cuidados com o corpo; eliminações; terapia; educação em saúde; comportamento; comunicação e integridade cutâneo-mucosa. Cada um dos indicadores é pontuado de 1 a 5. O valor 1 corresponde ao nível mais baixo de assistência de enfermagem e o valor 5 ao nível máximo de complexidade assistencial. O paciente é classificado em todos os indicadores em um dos cinco níveis que melhor descreve sua situação em relação aos cuidados de enfermagem. Os valores individuais são então somados e o total é classificado em uma categoria de cuidados da seguinte forma: cuidados mínimos (13 a 26 pontos), cuidados intermediários (27 a 39 pontos), cuidados semi-intensivos (40 a 52 pontos) e cuidados intensivos (53 a 65 pontos).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fonte:

- *De Groot, H.A-J. Nurs.Adm. v.19, n.7, p.24-30, 1989*

2.1.3.13.19 Average Severity Index Score (ASIS)

Descrição: O Average Severity Index Score (ASIS) é um método utilizado para avaliar as condições clínicas do paciente e a ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde. Pode variar de A a E, proporcionalmente à gravidade observada. Para caracterizar a gravidade clínica dos pacientes, adotou-se o índice de gravidade clínica na admissão do paciente conforme critérios da ASIS, dividido em cinco categorias: A (pacientes em pós-operatório sem necessidade de cuidados médicos ou de enfermagem intensivos; alta da unidade em até 48 horas); B (pacientes fisiologicamente estáveis, necessitando de observação profilática, não necessitando de cuidados médicos ou de enfermagem intensivos); C (pacientes fisiologicamente estáveis que necessitam de cuidados intensivos de enfermagem e monitorização); D (pacientes fisiologicamente instáveis que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem intensivos com necessidade frequente de reavaliação e ajuste terapêutico); E (pacientes fisiologicamente instáveis, em

coma ou choque, ou que necessitem de ressuscitação cardiopulmonar ou cuidados médicos e de enfermagem intensivos e com necessidade frequente de reavaliação).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Starling, C.E.F., Pinheiro S.M.C. Couto, B.R.G.B. (1993) "Vigilância Epidemiológica das Infecções hospitalares na prática diária (ensaios)". Edições Cuatiara, 488
- CDC, 1994. *NNIS Manual National Nosocomial Infections Surveillance System*. Atlanta: U.S. Department of Health & Human Services

2.1.3.13.20 Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS)

Descrição: o Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) avalia a qualidade de vida de pacientes no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. O BAROS combina as respostas do questionário de qualidade de vida com autoestima (-1; -0,5; 0; +0,5; +1), vontade de se exercitar (-0,5; -0,25; 0; +0,25; +0,50), capacidade de se relacionar socialmente (-0,5; -0,25; 0; +0,25; +0,50), interesse por sexo (-0,5; -0,25; 0; +0,25; +0,50), vontade de trabalhar (-0,5; -0,25; 0; +0,25 ; +0,50), condições clínicas (-1; 0; +1; +2, +3), porcentagem de perda de peso (-1; 0; +1; +2, +3), complicações cirúrgicas (+0,2; +1), intervenção cirúrgica (+1). A pontuação final pode variar de -3 a 9, sendo -3 o pior resultado e 9 o melhor em qualidade de vida. Classificação: qualidade de vida muito diminuída (-3 a -2,1), diminuída (-2 a -1,1), inalterada (-1 a 1), melhorada (1,1 a 2) e aumentada significativamente (2,1 a 9).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Oriá HE, Moorehead MK. *Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS)*. 1998 Oct;8(5):487-99
- Barros LV, Moreira RAN, Frota NM, Caetano JA. *Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica*. Rev enferm UFPE online, Recife, 7(5):1365-75, maio, 2013

2.1.3.13.21 Barthel Index (BI)

Descrição: o Barthel Index (BI) avalia a independência do paciente para realizar atividades básicas de vida, como: 1 - alimentação (0, 1, 2 pontos); 2 - banheiro (0, 1 ponto); 3 - cuidados pessoais (0, 1 ponto); 4 - habilidade para se vestir (0, 1, 2 pontos); 5 - ritmo intestinal (0, 1, 2 pontos); 6 - ritmo urinário (0, 1, 2 pontos); 7 - uso do banheiro (0, 1, 2 pontos); 8 - transporte (0, 1, 2, 3 pontos); 9 - mobilidade (0, 1, 2, 3 pontos); 10 - subir escada (0, 1, 2 pontos). Cada item é avaliado conforme o paciente for capaz de realizar a tarefa de forma independente, com alguma ajuda, ou é dependente com base na observação (0 = incapaz, 1 = precisa de ajuda, 2 = independente). A pontuação final é multiplicada por 5 para obter um número em uma pontuação de 100 pontos. As diretrizes propostas para interpretar o Barthel Index são pontuações de 0-20: dependência total, 21-60: dependência grave, 61-90: dependência moderada e 91-99: dependência leve.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: The Barthel Index." *Maryland State Medical Journal* 1965; 14:56-61

- Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados.* Vol. 25, Nº 2, Julho/Dezembro, 2007

2.1.3.13.22 Baylor Rating Scale

Descrição: a Escala de Avaliação de Baylor permite que o clínico avalie a presença e o nível de espasmo muscular e movimento. A escala varia de 0 a 4, onde zero corresponde a normal, 1 a espasmo discreto sem déficit funcional, 2 a espasmo moderado com déficit funcional mínimo, 3 a espasmo moderado com déficit funcional moderado e 4 a espasmo intenso com comprometimento funcional grave.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Lucci LMD. *Blefaroespasmo essencial benigno.* Arq Bras Oftalmol. 2002;65(5):585-9
- Molho E, Jankovic J, Lew Mark. Role of botulinum toxin in the treatment of cervical dystonia. *Neurol Clin* 2008;26(Suppl 1):43-53
- Joseph Jankovic, Kenneth Schwartz, Donald T Donovan. Botulinum toxin treatment of cranial-cervical dystonia, spasmodic dysphonia, other focal dystonias and hemifacial spasm. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1990;53:633-639

2.1.3.13.23 Behavioral Pain Assessment Scale

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.24 Behavioral Pain Scale – BPS

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.25 Berg Balance Scale

Descrição: A Escala de Berg é um instrumento validado para avaliação funcional do equilíbrio composto por 14 tarefas com cinco itens cada e uma pontuação de zero a 4 para cada tarefa (zero para incapaz de realizar a tarefa e 4 para tarefa realizada de forma independente). Essa escala serve principalmente para determinar fatores de risco para perda de independência e para quedas em idosos, servindo a diversos propósitos: avaliação quantitativa da capacidade de equilíbrio funcional, monitoramento da evolução dos pacientes e avaliação da eficácia de intervenções na prática clínica e em pesquisas.

A pontuação total varia de zero 0 a 56 pontos. Quanto menor a pontuação, maior o risco de quedas; quanto maior a pontuação, melhor o desempenho. A escala foi adaptada para aplicação no Brasil por Miyamoto et al., apresentando pontuações de zero a 4 para cada item e um tempo determinado para cada tarefa. Escores abaixo de 45 pontos são considerados risco de queda.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fonte:

- Berg KO; Norman, KE. *Functional assessment of balance and gait.* *Clinics in Geriatrics Medicine*, v. 12, n. 4, p. 705-723, 1996
- Miyamoto ST, Lombardi Junior L, Berg KO, Ramos LR, Natourn J. Brazilian version of the Berg balance scale. *Braz. Med. Biol. Res., Ribeirão Preto*, v. 37, n. 9, p. 1411-1421, abr. 2004
- Lusardi MM,(2004). Functional Performance in Community Living Older Adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 26(3), p.14-22.

2.1.3.13.26 Bishop Score

Descrição: O Bishop Score foi originalmente desenvolvido para prever a probabilidade de uma mulher entrar em trabalho de parto naturalmente. Os itens avaliados como parte do escore são dilatação (cm), apagamento (%), estação, consistência e posição. A pontuação varia de 0 a 13. Se uma mulher tiver uma pontuação ≤ 1 , não é esperado que ela entre em trabalho de parto dentro de 3 semanas. Se a pontuação for ≤ 6 , as chances de parto vaginal são baixas e o colo do útero é considerado desfavorável ou “não maduro” para a indução. Se a pontuação for ≥ 8 , as chances de parto vaginal são boas e o colo do útero é considerado favorável ou “maduro” para a indução. Uma pontuação ≥ 10 indica que a paciente pode entrar em trabalho de parto naturalmente em poucos dias. Embora o escore de Bishop tenha sido originalmente usado para avaliar a probabilidade de parto vaginal em mulheres que já deram à luz (multíparas), agora também é usado para mulheres que nunca deram à luz (nulíparas) e estão sendo consideradas para indução do parto.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. Obstet Gynecol. 1964;24: 266-8. PMID 14199536*
- *Newman RB, Goldenberg RL, Iams JD et al. Preterm Prediction Study: Comparison of the Cervical Score and Bishop Score for Prediction of Spontaneous Preterm Delivery. Obstet Gynecol. 2008;112(3): 508-15. DOI:10.1097/AOG.0b013e3181842087. PMID 18757646*
- *Laughon SK, Zhang J, Troendle J, Sun L, Reddy UM. Using a Simplified Bishop Score to Predict Vaginal Delivery. Obstetrics and Gynecology 2011;117(4):805-11. DOI:10.1097*

2.1.3.13.27 Braden Q Scale

Descrição: the Braden Q scale is a tool for evaluation of the risk of pressure ulcers in pediatric patients. A escala é composta por sete subescalas, sendo elas: mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção/cisalhamento, nutrição e perfusão/oxigenação do tecido. Cada subescala é classificada de 1 a 4, onde quanto menor o número, maior o risco. A pontuação total da escala Braden Q varia de 7 (maior risco) a 28 (menor risco), com uma pontuação de 16 ou menos identificada como paciente em risco para úlceras por pressão.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Acarm, M, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. Rev Paul Pediatr 2011;29(3):406-14*
- *Curley, M.A.Q., Razmus, I.S., Roberts, K.E., Wypij, D. Predicting Pressure Ulcer Risk in Pediatric Patients: The Braden Q Scale. Nursing Research. 52(1):22-33, January/February 2003*

2.1.3.13.28 Escala Braden

Descrição: A Braden Scale é utilizada para determinar o risco de desenvolver úlceras por pressão em pacientes que passam muito tempo acamados. Consiste em seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade física, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. A pontuação total pode variar entre 6 e 23 pontos, sendo os pacientes classificados da seguinte forma, considerando o desenvolvimento de úlcera por pressão: risco muito alto (pontuação menor ou igual a 9), risco alto (pontuação de 10 a 12 pontos), risco moderado (escore de 13 a 14 pontos), baixo risco (escore de 15 a 18 pontos) e sem risco (escore de 19 a 23 pontos).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Ayello EA, Braden B. How and why to do pressure ulcer risk assessment. *Adv Skin & Wound Care.* 2002;15(3):125-33
- Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 1999; 33:191-206

2.1.3.13.29 Bristol Stool Form Scale (BSFS)

Descrição: The Bristol Stool Form Scale (BSFS) allows the assessment of changes in intestinal transit based on the identification of stool forms. Through observation, the user selects from 7 options: Type 1 - separate hard lumps such as walnuts (difficult to pass); Type 2 - sausage-shaped but irregular; Type 3 - like a sausage but with cracks on the surface; Type 4 - like a sausage or snake, smooth and smooth; Type 5 - soft blisters with sharp edges; Type 6 - fluffy chunks with jagged edges, a doughy stool; Type 7 - watery, in solid pieces, totally liquid. It is a useful diagnostic tool for physicians working with patients with gastrointestinal disorders, including an Irritable Bowel Syndrome (IBS).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Heaton, K. W.; Lewis, S. J. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scandinavian Journal of Gastroenterology,* 1997

2.1.3.13.30 Candida Score

Descrição: o Candida Score destina-se a ajudar os médicos a diferenciar os pacientes que poderiam se beneficiar do tratamento antifúngico precoce daqueles nos quais a candidíase invasiva é altamente improvável. As características avaliadas para a pontuação são: 1 - colonização multifocal por Candida sp (0, 1 ponto); 2 - cirurgia ou internação em UTI (0, 1 ponto); 3 - nutrição parenteral total (0, 1 ponto); 4 - sepse grave (0, 1, 2 pontos). A pontuação varia de 0 a 5 pontos. O escore de Candida é usado para diferenciar entre pacientes de UTI que têm sepse grave adquirida no hospital ou choque séptico e se beneficiariam de tratamento antifúngico precoce (escore > 3) daqueles para quem a candidíase invasiva é altamente improvável (escore <= 3).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- León C, Ruiz-Santana S, Saavedra P, Almirante B, Nolla-Salas J, Álvarez-Lerma, F, Garnacho-Montero J, Ángeles León M, EPCAN Study Group, *Crit Care Med* 2006 Vol. 34, No. 3 731
- Leroy G, et al. Evaluation of "Candida score" in critically ill patients: a prospective, multicenter, observational, cohort study. *Intensive Care.* 2011; 1:50

2.1.3.13.31 Caprini Risk Assessment

Descrição: a Caprini Risk Assessment para tromboembolismo venoso (TEV) foi desenvolvida pelo Dr. Joseph A. Caprini em 1991, seguida por versões recém-atualizadas e validadas. A versão publicada em 2010 possui 40 fatores de risco, sendo que o peso de cada fator de risco varia de 1, 2, 3 e 5 pontos cada. A soma total do escore é apresentada em quatro categorias (baixo, moderado, alto e alto risco), cada uma com um esquema profilático recomendado. O escore total varia de 1 a 40 pontos, onde quanto maior a pontuação, maior o risco.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *J Caprini JA, Arcelus JI, Hasty JH, Tamhane AC, Fabrega F. Clinical assessment of venous thromboembolic risk in surgical patients. Semin Thromb Hemost. 1991;17 Suppl 3:304-12 Joseph A. Caprini, M.D. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism 2010 –The American Journal of Surgery*
- *Caprini JA. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism. Am J Surg 2010; 199(1Suppl):3-10*

2.1.3.13.32 Capurro Somatic Method

Descrição: o Capurro Somatic Method é um método simplificado para o diagnóstico da idade gestacional no recém-nascido neurologicamente deprimido. Ele usa 5 critérios somáticos: formação do mamilo, textura da pele, formato da orelha, tamanho da glândula mamária e pregas plantares. O escore total varia de 0 a 94. A idade gestacional em semanas é obtida somando-se 204 ao escore total e dividindo-se por 7 e é classificada em pré-termo (menos de 37 semanas), termo (37 a 41 semanas) e pós-termo (acima de 42 semanas).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in newborn infant. Journal of Pediatrics. 1978. 93:120-122*

2.1.3.13.33 Capurro Somatic and Neurologic Method

Descrição: o Capurro Somatic and Neurologic Method é um método simplificado para o diagnóstico da idade gestacional do recém-nascido. Utiliza 5 critérios somáticos (formação do mamilo, textura da pele, formato da orelha, tamanho da glândula mamária e sulcos plantares) e 2 neurológicos (sinal do lenço e cabeça). O escore total varia de 0 a 94. A idade gestacional em semanas é obtida somando-se 204 ao escore total e dividindo-se por 7 e é classificada em pré-termo (menos de 37 semanas), termo (37 a 41 semanas) e pós-termo (acima de 42 semanas).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in newborn infant. Journal of Pediatrics. 1978. 93:120-122*

2.1.3.13.34 CHADS2 Score

Descrição: o CHADS2 Score é um método de avaliação de risco cardiovascular baseado na predição de eventos cerebrovasculares por meio de um conjunto de fatores de risco individualizados. O CHADS2 Score atribui um ponto para insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, idade ≥ 75 anos ou diabetes mellitus e dois pontos para acidente vascular cerebral prévio ou ataque isquêmico transitório. Quanto maior o número de pontos atribuídos a um paciente, maior a probabilidade de ter complicações tromboembólicas. Escore 0: baixo risco (1,9% ao ano); Escore 1: risco intermediário (2,8% ao ano); Escore ≥ 2 : alto risco (12,5% ao ano). O histórico de AVC tem seu próprio valor de 2 pontos, em consenso para mover esses pacientes diretamente para o grupo de alto risco ($> 8,5\%$ ao ano), pois o AVC previsto é um histórico de gravidade para novos AVCS.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Fang MC, Go AS, Halperin JL, Lip GY, Manning WJ. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). American College of Chest Physicians. Chest. 2008 Jun;133(6 Suppl):546S-592S*
- *Santos C, Pereira T, Conde J. O Escore de CHADS2 na Predição de Eventos Cerebrovasculares – Uma Metanálise. Arq Bras Cardiol. 2013;100(3):294-301*

2.1.3.13.35 CHA2DS2 – VASc Score

Descrição: CHA2DS2-VASc Score são regras de predição clínica para estimar o risco de AVC em pacientes com fibrilação atrial (FA) não reumática, uma arritmia cardíaca comum e grave associada ao AVC tromboembólico. O escore é usado para determinar se é necessário ou não tratamento com anticoagulação ou terapia antiplaquetária, uma vez que a FA é um conhecido fator de risco para AVC. O CHA2DS2-VASc Score é um refinamento do CHADS2 Score e estende este último incluindo fatores de risco de AVC comuns adicionais, ou seja, idade entre 65 e 74 anos, sexo feminino e doença vascular. No CHA2DS2-VASc Score, idade maior ou igual a 75 anos contribui com 2 pontos. As principais diretrizes usaram o risco anual fixo de AVC como diretriz para iniciar o tratamento anticoagulante; risco de acidente vascular cerebral isquêmico > 1% é considerado uma indicação para iniciar terapia anticoagulante.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Gregory YHL, Nieuwlaat R, Pisters R, Deirdre A L, Harry JG. Refining Clinical Risk Stratification for Predicting Stroke and Thromboembolism in Atrial Fibrillation Using a Novel Risk Factor-Based approach. The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. CHEST 2010; 137(2):263-272*
- *Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, Hansen PR, Tolstrup JS, Lindhardsen J, Selmer C, Ahlehoff O, Olsen AM, Gislason GH, Torp-Pedersen C. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. BMJ. 2011 Jan 31;342*
- *Coppens M, et al. The CHA2DS2-VASc score identifies those patients with atrial fibrillation and a CHADS2 score of 1 who are unlikely to benefit from oral anticoagulant therapy. European Heart Journal. Volume 34, Issue 3, Ap 170-6*

2.1.3.13.36 Charlson Comorbidity Index

Descrição: o escore de Charlson considera a gravidade de cada paciente no banco de dados de cada instituição, informação importante para ajustar os indicadores de desempenho por risco entre os prestadores de serviço. Indicadores de desempenho institucional podem utilizar esse escore para auxiliar na avaliação entre prestadores de serviço (por exemplo, enfermagem) utilizando o escore individual de cada paciente considerando suas comorbidades. Os critérios de avaliação são as seguintes doenças: infarto do miocárdio, doença vascular periférica, doença cerebrovascular, insanidade, doença pulmonar crônica, doença do tecido conjuntivo, úlcera, doença hepática crônica e cirrose, diabetes não complicada, hemiplegia ou paraplegia, doença renal grave ou moderada, diabetes complicada, tumor, leucemia, linfoma, doença hepática grave ou moderada, tumor maligno, metástase e AIDS. O índice atribui pesos de 1, 2, 3 e 6 doenças para obter um valor total que varia de 0 a 37 pontos, sendo 0 a melhor sobrevida e 37 a pior sobrevida. Escores superiores a 4 pontos são aqueles que apresentam maior indicação de comorbidades, de modo que quanto maior o índice apresentado no Índice de Comorbidade de Charlson na admissão, maiores as chances de ter óbito como desfecho.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fonte:

- *Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 1987; 40:373-83*
- *Charlson ME, et al. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. 2008 Dez;61(12):1234-40*
- *Martins M, Blais R, Miranda NN. Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):643-652, mar, 2008*

2.1.3.13.37 Child Pugh Score

Descrição: o Child Pugh Score é usado para avaliar o prognóstico de pacientes com doença hepática crônica, particularmente cirrose. Originalmente desenvolvido para prever a mortalidade durante a cirurgia, atualmente é usado para determinar o prognóstico, bem como a intensidade do tratamento e a necessidade de transplante de fígado. Há 5 critérios clínicos para pontuação da doença hepática: (1) bilirrubina total (mg/dl): pontos em +1, +2, +3; (2) albumina sérica (g/dl): pontos em +1, +2, +3; (3) tempo de protrombina (INR): pontos em +1, +2, +3; (4) ascite: pontos em +1, +2, +3; (5) encefalopatia hepática: pontos +1, +2, +3. Para a pontuação final, somam-se as pontuações de cada critério avaliado. A pontuação é dividida em 3 classes de gravidade: Child classe A para 100% de sobrevivência em 1 ano (5-6 pontos), Child classe B para 80% de sobrevivência em 1 ano (7-9 pontos) e Child classe C para 45% de sobrevivência em 1 ano (10-15 pontos).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO > Escalas SRA e Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica - APAE > Risco

Fontes:

- *Kollia Z, Patelarou E, Vivilaki V, Kefou F, Elefsoniotis I, Dourakis SP, Brokalaki H. Translation and validation of the Greek chronic liver disease questionnaire. 2010 Dec 14;16(46):5838-44*
- *Durand F, Valla D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child-Pugh versus MELD. J Hepatol. 2005;42(suppl 1):100-7.*

2.1.3.13.38 Chung Score

Descrição: o Chung Score é utilizado para avaliar a recuperação do paciente pós-cirúrgico na sala de recuperação anestésica, que será liberado para completar sua recuperação em casa. O objetivo desse escore é garantir a estabilidade clínica para sua liberação, conforme alta médica. O Score é composto pelos itens: sinais vitais, nível de atividade, náuseas e/ou vômitos; avaliação da dor, assim como o nível de sangramento pós-cirúrgico. Chung tem um escore total de 10 pontos, estando o paciente seguro para alta domiciliar somente se o escore for > 9 pontos.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO > Escalas SRA

Fontes:

- *Gignoux B, Gosgnach M, Lanz T, Vulliez A et.al. Short-term outcomes of Ambulatory Colectomy for 157 Consecutive Patients. Annals of Surgery, Volume 270, Number 02, 2019. PMID: 29727328 DOI: 10.1097/SLA.0000000000002800.*

2.1.3.13.39 Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)

Descrição: a Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) é usada para avaliação pré-hospitalar de possíveis AVCs onde três alterações físicas são observadas e aplicadas em um tempo inferior a um minuto. Os critérios são estabelecidos na inclinação facial, desvio do braço e fala anormal, onde a presença de um dos três achados indica probabilidade de 72% de AVC e a presença dos três achados indica probabilidade de 85% de AVC.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Kothari RU, Pancioli A, Liu T, Brott T, Broderick J. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. Ann Emerg Med 1999 Apr;33(4):373-8*
- *AHA American Heart Association/ ACLS Emergências em Cardiologia. Suporte avançado de vida em cardiologia. Barbara Aehlert. Tradução da 3ª edição. Edição/reimpressão: 2009*

2.1.3.13.40 Clavien Score

Descrição: o Clavien Score é usado para classificar as complicações cirúrgicas. Inclui 7 níveis de avaliação (I, II, IIIa, IIIb, IVa, IVb, V). Através da observação e descrição dos graus, o usuário seleciona o grau adequado, do grau I ao grau V. O grau I corresponde a qualquer desvio do curso pós-operatório normal sem a necessidade de tratamento farmacológico ou intervenções cirúrgicas, endoscópicas ou radiológicas. O grau II corresponde ao tratamento farmacológico com outras drogas permitidas para complicações grau I, transfusões de sangue e nutrição parenteral total. O grau III tem dois subgrupos correspondentes à presença ou ausência de anestesia geral (grau IIIa e grau IIIb) e o grau IV tem dois subgrupos correspondentes à disfunção de um único órgão ou disfunção de múltiplos órgãos (grau IVa e grau IVb). O sufixo "d" é adicionado ao respectivo grau de complicações quando o paciente apresenta uma complicação, indicando necessidade de acompanhamento para avaliação completa das complicações.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Dindo D, Demartines N, Clavien Pierre-Alain. Classificação das complicações cirúrgicas. Annals of Surgery, volume 240, Number 2, August 2004*
- *R. Kazan, D. Bracco and T. M. Hemmerling. A redução da saturação de oxigênio cerebral medida por oximetria cerebral absoluta durante a cirurgia torácica correlaciona-se com complicações pós-operatórias. British Journal of Anaesthesia 103 (6): 811-16 (2009)*

2.1.3.13.41 Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale Severity of Illness (CGI-SCH SI)

Descrição: o Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale Severity of Illness (CGI-SCH SI) é usado para avaliar a gravidade dos sintomas, a resposta ao tratamento e a eficácia das intervenções terapêuticas para a esquizofrenia. A gravidade da doença mede a situação clínica do paciente ao longo da semana anterior à avaliação e é subdividida em cinco categorias que refletem as dimensões da esquizofrenia: sintomas positivos, sintomas negativos, sintomas depressivos, sintomas cognitivos e sintomas gerais. As pontuações para cada um dos critérios avaliados são pontuadas de 1 a 7 pontos e quanto maior a pontuação, maior a gravidade da esquizofrenia. Essa escala não gera uma pontuação total ao final, apenas atribui gravidade a cada um dos sintomas avaliados.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Guy W. *Clinical global impression (CGI)*. In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research branch. Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976. P.218-22-1
- Haro JM, et al. *The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia*. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2003;(416):16-23

2.1.3.13.42 Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS)

Descrição: o Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS) foi desenvolvido para aumentar a precisão do diagnóstico clínico de pneumonia em relação à ventilação mecânica em pacientes com síndrome do desconforto respiratório e doença obstrutiva crônica. Os critérios avaliados utilizados neste escore são secreções traqueais, radiografia de tórax, temperatura em Celsius, leucocitose, PaO₂/FiO₂, critérios de progressão de infiltrados pulmonares e microbiologia. A pontuação final é a soma dos valores individuais e varia de 0 a 12 pontos, sendo 0 a 6 uma baixa probabilidade de pneumonia relacionada à ventilação mecânica e 7 a 12 uma alta probabilidade de pneumonia relacionada à ventilação mecânica.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Pugin J, Auckenthaler R, Mili N, Janssens JP, Lew PD, Suter PM. *Diagnóstico de pneumonia associada à ventilação mecânica por análise bacteriológica do lavado broncoalveolar "cego" broncoscópico e não brocosscópico*. Am Rev Respir Dis 1991;143(5 Pt 1):1121-9

2.1.3.13.43 Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS) Modified

Descrição: o Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS) Modified foi desenvolvido para aumentar a precisão do diagnóstico clínico de pneumonia em relação à ventilação mecânica em pacientes com síndrome do desconforto respiratório e doença obstrutiva crônica. Os critérios avaliados utilizados neste escore são temperatura em graus Celsius, leucocitose, tipo e qualidade das secreções traqueais, PaO₂/FiO₂ e radiografia de tórax. A diferença para o CPSI é a cultura da secreção traqueal, no CPSI Modificado não é necessário aguardar o resultado laboratorial para saber o tipo de germe e quantidade para realizar a avaliação. A pontuação final é a soma de todos os valores dos resultados que vão de 0 a 10. Se a pontuação final for de 0 a 5 pontos, o paciente tem menor probabilidade de ter pneumonia; se for de 6 a 10, é mais provável que o paciente tenha pneumonia.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Luna CM, Aruj P, Niederman MS, Garzon J, Violi D, Prignoni A, Rios F, Baquero S, Gando S. *Appropriateness and delay to initiate therapy in ventilator-associated pneumonia. For the Grupo Argentino de Estudio de la Neumonia Asociada al Respirador (GANAR) group*. Eur Respir J 2006; 27: 158-164

2.1.3.13.44 Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20)

Descrição: o Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20) é um índice multidimensional que avalia oito dimensões consideradas preditivas de declínio funcional e/ou morte em idosos: 1 - idade; 2 - autopercepção de saúde; 3 - deficiências funcionais; 4 - cognição; 5 - humor/comportamento; 6 - mobilidade (agarrar, segurar e pinçar; capacidade aeróbica/músculo; marcha e função esfínteriana); 7 - comunicação (visão e audição); 8 - presença de múltiplas comorbidades, representadas por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. A pontuação varia entre 0 e 40 pontos. Escore de 0 a 6: idosos com

baixo risco de vulnerabilidade clínica funcional. Escore de 7 a 14: idosos com risco moderado de vulnerabilidade clínica funcional. Escore ≥ 15 : idosos com alto risco de vulnerabilidade clínica funcional.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Carmo AS. *Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para Atenção Básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso*. Belo Horizonte; 2014. Orientador: Edgar Nunes de Moraes. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina
- [Https://www.ivcf-20.com.br](https://www.ivcf-20.com.br)

2.1.3.13.45 Comfort-Behavior Scale

Descrição: a Comfort-Behavior Scale (Comfort-B) é derivada da escala Comfort. Em 2005 essa escala foi validada em pacientes pediátricos graves sem ventilação mecânica, com o objetivo de avaliar o sofrimento de crianças na UTI. Contendo apenas variáveis comportamentais, a escala possui sete itens de avaliação que são: prontidão, calma/agitação, resposta respiratória, choro, movimentação física, tônus muscular e tensão facial. Cada item recebe um valor entre 1 e 5 pontos. A escala varia de 7 a 35 pontos, onde um valor ≤ 10 corresponde a supersedação e ≥ 23 a pouca sedação. Valores intermediários (11-22) podem não predizer o grau de sedação, exigindo observação mais cuidadosa.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices e sinais vitais e monitorização geral.

Fontes:

- Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM, Blumer JL. *Assessing distress in pediatric intensive care environments: The COMFORT scale*. Journal of Pediatric Psychology, 1992; 17(1), 95-109
- Amoretti CF, Rodrigues GO, Carvalho PRA, Trotta EA. *Validação de escalas de sedação em crianças submetidas à ventilação mecânica internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária*. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(4):325-330

2.1.3.13.46 Confusion Assessment Method (CAM)

Descrição: o Confusion Assessment Method (CAM) é uma avaliação padronizada baseada em evidências que permite que médicos não treinados em psiquiatria identifiquem e reconheçam o delírio de forma rápida e precisa em ambientes clínicos e de pesquisa. Portanto, os pacientes devem ser avaliados com frequência usando o CAM para facilitar a identificação e o manejo do delírio e da etiologia subjacente. É composto por quatro itens: (1) início agudo ou curso flutuante; (2) falta de atenção; (3) pensamentos desorganizados, (4) alteração do nível de consciência. Cada pergunta tem uma resposta sim/não. O paciente é considerado em estado de delírio (CAM positivo) quando as características 1 e 2 mais as características 3 ou 4 estão presentes.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Mori S, Kashiba KI, Silva DV, Zanei SSV, Whitaker IY. *Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva*. Revisão de literatura. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2009; 21(1): 58-6

2.1.3.13.47 Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)

Descrição: o Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) foi adaptado em 2001 para a avaliação de pacientes críticos intubados sob ventilação mecânica (VM) em ambientes de terapia intensiva. Este é composto por quatro itens presentes na CAM: 1 - início agudo, 2 - transtorno de atenção, 3 - pensamento desorganizado e 4 - alteração do nível de consciência. A avaliação proposta comprehende a observação do padrão de resposta não verbal do paciente por meio da resposta a comandos simples, o reconhecimento de figuras pela aplicação do Exame de Triagem de Atenção e vigilância e respostas lógicas com sim ou não para perguntas simples. O paciente é considerado em estado de delírio (CAM positivo) quando as características 1 e 2 mais as características 3 ou 4 estão presentes. Por exemplo: se as características 1, 2 e 3 estiverem presentes, não há necessidade de avaliar a característica 4. Se as características 1 ou 2 estiverem ausentes, não há necessidade de continuar porque o paciente não pode ser CAM-ICU positivo sem elas. Não aplicar o CAM-ICU em pacientes comatosos/inconscientes (RASS -4/-5).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fonte:

- *Ely EW. Vanderbilt University. Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU). Revised Edition: October 2010*
- *Faria RSB, Moreno RP. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade sub diagnosticada. Rev Bras Ter Intensiva, 2013*

2.1.3.13.48 Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit modified (CAM – ICU)

Descrição: o Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit modificado (CAM – ICU) foi desenvolvido em 2001 para avaliar pacientes intubados em ventilação mecânica em UTIs. Essa avaliação permite uma mensuração rápida e precisa em pacientes críticos, apenas avaliando o nível de consciência. A diferença entre o CAM-ICU e o CAM-ICU Modificado é que no segundo existem expressões validadas para o Brasil. Possui quatro itens para avaliação do nível de consciência: 1 - Início agudo ou curso flutuante; 2 - Falta de atenção; 3 - Pensamentos desorganizados; 4 - Nível alterado de consciência. A avaliação corresponde à resposta não verbal do paciente via resposta a comandos simples, reconhecimento de figuras, vigilância e respostas lógicas. O resultado é simplesmente critérios para delírio conforme as respostas e a observação do paciente. O critério para diagnóstico de delírio é considerado presente quando a resposta for sim para os itens 1 e 2 e quando for sim para as características 3 ou 4.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Ely EW, Margolin R, Francis J, et al – Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care med, 2001;29:1370-1379*
- *Mori S, Khachiba KI, Silva DV, Zanei SSV, Whitaker IY. Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva. Revisão de literatura. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(1):58-64*
- *Ely EW and Vanderbilt University. Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU). Revised Edition: October 2010*

2.1.3.13.49 Contrast Induced Nephropathy (CIN) Risk Score

Descrição: O Contrast Induced Nephropathy (CIN) Risk Score é usado para pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea e prevê o risco de nefropatia induzida por contraste. A pontuação inclui características relacionadas ao paciente (idade > 75 anos - 4 pontos, diabetes mellitus - 3 pontos, insuficiência cardíaca congestiva crônica ou admissão com edema agudo de pulmão - 5 pontos, hipotensão - 5 pontos, anemia - 3 pontos e doença renal crônica) e características relacionadas ao procedimento (uso de bomba de balão intra-aórtico - 5 pontos, volumes crescentes de contraste - 1 ponto para cada 100 mL de contraste). A pontuação final prevê o risco do CIN e o risco de diálise. Para pontuar a doença renal crônica, o profissional de saúde pode considerar a creatinina sérica (4 pontos se > 1,5 mg/dL) ou a taxa de filtração glomerular estimada (eGFR) em mL/min/1,73 m² (0 pontos para eGFR >= 60, 2 pontos para 40 <= eGFR < 60, 4 pontos para 20 <= eGFR < 40 e 6 pontos para eGFR < 20).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente -> Escalas e Índices

Fontes:

- Mehran R, et al. A simple risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention: Development and initial validation. Journal of the American College of Cardiology. V. 44, Issue 7, 6 October 2004, pg. 1393-1399

2.1.3.13.50 COPD Assessment Test (CAT)

Descrição: O COPD Assessment Test (CAT) é um questionário preenchido pelo paciente que pode avaliar o impacto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) no estado de saúde do paciente. O conteúdo do questionário CAT é composto por perguntas simples que a maioria dos pacientes deve ser capaz de compreender e responder com facilidade. O CAT é usado para avaliar o estado atual e para acompanhamento a longo prazo do estado de saúde relacionado à DPOC. Não é uma ferramenta de diagnóstico, ela complementa as informações obtidas da medição da função pulmonar e da avaliação do risco de exacerbação. O questionário é composto por oito itens com pontuação total variando de 0 a 40. Pontuações mais altas denotam um impacto mais grave da DPOC na vida do paciente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen W-H, Kline N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J, 2009

2.1.3.13.51 Classificação Cormack-Lehane (CL)

Descrição: A Cormack-Lehane (CL) é uma ferramenta usada para descrever a visão laríngea durante a laringoscopia direta e se correlaciona com as medidas de dificuldade de intubação. Esta ferramenta visa classificar os pacientes conforme uma das quatro categorias descritas e exemplificadas por imagens, que são grau 1 (a maior parte da glote é visível), grau 2 (na melhor das hipóteses quase metade da glote é vista, na pior ponta posterior das aritenoides é vista), grau 3 (apenas a epiglote é visível) e grau 4 (nenhuma estrutura laríngea é visível). Quanto maior a classificação, mais difícil pode ser a intubação.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Cormack RS, Lehane J. Difficult tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia 1984; 39: 1105-11
- Khol LK, Kong CE, IP-Yam PC. The modified Cormack-Lehane score for the grading of direct laryngoscopy: evaluation in the Asian population. 2002 Feb;30(1):48-51

- R. Krage, et al. Cormack-Lehane classification revisited. British Journal of Anaesthesia 105 (2): 220-7 (2010)

2.1.3.13.52 CRB-65 Score

Descrição: o CRB-65 Score é uma ferramenta utilizada para estratificar pacientes com pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em três grupos de risco. Baseia-se apenas em observações clínicas quando não há exames laboratoriais disponíveis (consulte CURB-65 quando houver disponibilidade de ureia sérica). Cada um dos seguintes fatores de risco pontua um ponto: confusão de início recente, RR >= 30/min, pressão arterial baixa (PAS < 90 mmHg ou PAD <= 60 mmHg) e idade >= 65 anos. A pontuação máxima é 4. Pacientes com pontuação 0 apresentam baixo risco de mortalidade (1,2%) e podem ser adequados para tratamento domiciliar. Pacientes com pontuação de 1 ou 2 apresentam risco intermediário de mortalidade (8,15%), provavelmente precisam de encaminhamento e avaliação hospitalar e devem ser considerados para tratamento supervisionado hospitalar. Pacientes com pontuação de 3 ou 4 apresentam alto risco de mortalidade (31%) e necessitam de internação hospitalar urgente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Lim WS, Van der Eerden MM, Laing R, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax 2003; 58:377-382
- Dwyer R, Hedlund J, Henriques-Normark B, et al. Improvement of CRB-65 as a prognostic tool in adult patients with community acquired pneumonia. BMJ Open Resp Res 2014;1: e000038. DOI:10.1136/bmjresp-2014-000038
- Lim W S, Baudouin S V, George R C, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax 2009; 64(Suppl III) -55. DOI:10.1136/thx.2009.121434

2.1.3.13.53 Creatinine Clearance Rate Equations

Descrição: a Creatinine Clearance Rate Equation é usada para estimar a filtração glomerular (FG) com base no valor da creatinina sérica (mg/dl) e outros atributos do paciente, como peso (kg), altura (cm), idade (anos), descendência africana e recém-nascido prematuro. As fórmulas disponíveis no sistema estão descritas a seguir.

Para pacientes adultos:

Equação Cockcroft-Gault

$$GF \text{ (ml/min)} = (140 - \text{idade}) \times \text{peso} \times (0,85 \text{ se mulher}) / (72 \times \text{creatinina sérica})$$

Equação de Modificação Simplificada da Dieta na Doença Renal (MDRD)

$$GF \text{ (ml/min/1,73 m}^2\text{)} = 186 \times \text{creatinina sérica}^{-1154} \times \text{idade}^{-0,203} \times (0,742 \text{ se mulher}) \times (1,210 \text{ se descendência africana})$$

Jelliffe Modificado

$$GF \text{ (ml/min)} = \{98 - [0,8 \times (\text{idade} - 20)]\} / \text{creatinina sérica} \times [0,007184 \times (\text{altura})] 0,725 \times (\text{peso}) 0,425) / 1,73 \text{ m}^2 \times (0,9 \text{ se mulher})$$

Para pacientes pediátricos até 18 anos:

Equação de Counahan-Barratt

GF (ml/min/1,73 m²) = 0,43 x altura/creatinina sérica

Fórmula de Schwartz

GF (ml/min) = k x altura x creatinina sérica

25. k = 0,33 prematuro

ii. k = 0,45 prazo a 2 anos

iii. k = 0,55 feminino 2-16 anos

iv. k = 0,70 masculino 2-16 anos

Funções do sistema: Portfólio Eletrônico Paciente > Escalas e Índices e Tratamento oncológico, Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica - APAE > Riscos

Fontes:

- Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron. 1976; 16:31-41
- Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D: A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Ann Intern Med 130:461-470, 1999
- Jelliffe R. Estimation of creatinine clearance in patients with unstable renal function, without a urine specimen. Am J Nephrol. 2002; 22(4):320-4
- Counahan R, Chantler C, Ghazali S, Kirkwood B, Rose F, Barratt TM: Estimation of glomerular filtration rate from plasma creatinine concentration in children. Arch Dis Child 51:875-878, 1976
- Schwartz GJ, Feld LG, Langford DJ: A simple estimate of glomerular filtration rate in full-term infants during the first year of life. J Pediatr 104:849-854, 1984

2.1.3.13.54 Clinical Risk Index for Babies (CRIB)

Descrição: o Clinical Risk Index for Babies (CRIB) foi desenvolvido pela International Neonatal Network no Reino Unido em 1993 e é usado para prever a mortalidade de bebês nascidos com menos de 32 semanas de gestação. A gravidade clínica em prematuros foi baseada em seis variáveis, como peso ao nascer, idade gestacional (semanas), fração inspirada e mínima de oxigênio, excesso máximo de base nas primeiras 12 horas e presença de malformações congênitas. A pontuação final é baseada na soma ponderada desses seis fatores, sendo a pontuação máxima obtida na avaliação de 23 pontos. Uma pontuação mais alta indica um risco aumentado de mortalidade.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- The CRIB (clinical risk index for babies) score: a tool for assessing initial neonatal risk and comparing performance of neonatal intensive care units. Lancet 1993; 342:193-8

2.1.3.13.55 Clinical Risk Index for Babies (CRIB II)

Descrição: O Clinical Risk Index for Babies (CRIB II) é uma atualização da primeira versão do CRIB. É uma ferramenta desenvolvida para predizer o risco inicial de mortalidade entre bebês de baixo peso (recém-nascidos com 32 semanas de gestação) após 1 h da admissão na UTI. O índice contém 5 variáveis, como

sexo, idade gestacional, peso ao nascer (g), temperatura na admissão e excesso de base (mmol/L). O escore CRIB II varia de 0 a 27. Escores mais baixos indicam melhor prognóstico.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Parry G, et al. CRIB II: an update of the clinical risk index for babies score. 2003 May 24;361(9371):1789-91*
- *Mohkam M, et al. A comparison of CRIB, CRIB II, SNAP, SNAPII and SNAP-PE scores for prediction of mortality in critically ill neonates. Vol. 24, No.4, February 2011, pp. 193-9*
- *Zahraa Mohamed Ezz-Eldin, Tamer A. Abdel Hamid, Meray Rene Labib Youssef, and Hossam El-Din Nabil. Clinical Risk Index for Babies (CRIB II) Scoring System in Prediction of Mortality in Premature Babies. 2015 Jun; 9(6): SC08–SC11.*

2.1.3.13.56 Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.57 Score CRUSADE

Descrição: O escore CRUSADE é usado para estimar o risco basal do paciente de sangramento maior durante a fase hospitalar de um tratamento de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST-T. Os bundles observados são: hematócrito basal (%), clearance de creatinina (ml/min), FC (bpm), PAS (mmHg), doença vascular grave, diabetes mellitus e sinais de IC na admissão. A pontuação foi criada atribuindo-se inteiros ponderados correspondentes ao coeficiente de cada variável. Varia de 1 a 100 pontos. A taxa de sangramento maior aumentou pelos quintis do escore de risco de sangramento: 3,1% para aqueles com risco muito baixo (escore <= 20), 5,5% para aqueles com baixo risco (escore 21-30), 8,6% para aqueles com risco moderado (escore 31- 40), 11,9% para os de alto risco (escore 41-50) e 19,5% para os de risco muito alto (escore > 50).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Abu-Assi E, et al. Evaluating the Performance of the Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes with Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines (CRUSADE) bleeding score in a contemporary Spanish cohort of patients with non-ST-segment elevation acute myocardial infarction. 2010 Jun 8;121(22):2419-26*
- *Subherwal S, et al. The CRUSADE (Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients Suppress Adverse outcomes with Early implementation of the ACC/AHA guidelines) Bleeding Score. Circulation, 2009; 119:1873-82*

2.1.3.13.58 CURB-65 Score

Descrição: o CURB-65 Score é uma ferramenta utilizada no departamento de emergência para estratificar pacientes com pneumonia adquirida na comunidade (PAC) em três grupos de gerenciamento. Cada um dos seguintes fatores de risco pontua um ponto: confusão de início recente, uréia sérica > 7 mmol/l, RR >= 30 respirações/min, pressão arterial baixa (PAS < 90 mmHg ou PAD <= 60 mmHg) e idade >= 65 anos. A pontuação máxima é 5. Pacientes com pontuação 0 e 1 apresentam baixo risco de mortalidade (< 2%) e podem ser adequados para tratamento ambulatorial ou por seu clínico geral. Pacientes com pontuação 2 apresentam risco intermediário de mortalidade (9%), e devem ser considerados para tratamento supervisionado hospitalar. Pacientes com pontuação > 2 apresentam alto risco de mortalidade (> 19%),

correspondendo àqueles pacientes que preenchem os critérios para PAC grave e devem ser tratados no hospital.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Lim WS, Van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax, 2003*

2.1.3.13.59 Delirium Risk Assessment in Post-Operative Period of Non-Cardiac Elective Surgery

Descrição: A Delirium Risk Assessment in Post-Operative Period of Non-Cardiac Elective Surgery utiliza dados disponíveis no período pré-operatório para estratificar os pacientes em grupos de risco para desenvolver delírio. Vários achados clínicos são avaliados, como idade superior a 70 anos, abuso de álcool, disfunção cognitiva prévia, doença grave, distúrbio metabólico pré-operatório, cirurgia de aneurisma de aorta e cirurgia torácica. O risco de delírio é evidenciado pela pontuação: 0 representa um risco de delírio de 2%, entre 1-2 representa um risco de 11% e 3 ou mais representa 50% de risco de delírio pós-operatório.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO > Escalas SRA e Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica - APAE > Risco

Fontes:

- *Marcantonio ER, Goldman L, Mangione CM et al. A Clinical Prediction Rule for Delirium After Elective Noncardiac Surgery. JAMA. 1994;271(2):134-9*

2.1.3.13.60 Detsky Modified Preoperative Cardiac Risk Index

Descrição: O Detsky Modified Preoperative Cardiac Risk Index é bem divulgado na prática clínica pelo American College of Physicians (ACP) baseado no Modified Detsky Index. Este método consiste em pontuar a idade e as variáveis clínicas cardíacas e laboratoriais presentes para o paciente. Os resultados dos índices apresentados são classificados como: Classe I para 0-15 pontos (5% de risco cardíaco). Classe II para 20-30 pontos (27% de risco cardíaco) e Classe III para > 30 pontos (60% de risco cardíaco).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Palda AV, Detsky AS. Guidelines for Assessing and Managing the Perioperative Risk from Coronary Artery Disease Associates with Major Noncardiac Surgery. Report of the American College of Physicians. Ann Intern Med 1997; 127: 309-12*

2.1.3.13.61 Dialysis Malnutrition Score (DMS)

Descrição: A escala de desnutrição para pacientes em diálises (Dialysis Malnutrition Score- DMS) tem como objetivo avaliar o nível de desnutrição para pacientes em tratamento de diálise. Este instrumento foi desenvolvido por Kalantar-Zadeh et al, é um teste acumulativo com 7 variáveis divididas entre dois grupos: História Clínica, contendo 5 variáveis (perda de peso, alteração da ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional e comorbidade associada) e Exame Clínico contendo 2 variáveis (perda de gordura subcutânea e perda de massa muscular). Cada variável tem o valor de 1 (normal) a 5 (muito severo) pontos. A soma de todas as pontuações determina o grau de nutrição do paciente, que pode variar entre 7 pontos (normal) até 35 pontos (severamente desnutrido).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Kalantar-Zadeh K, et al. A modified quantitative subjective global assessment of nutrition for dialysis patients.* Nephrol Dialysis Transplant. 1999; 14:1732-8
- *Huarte-Loza E, et al. Grupo de Concenso de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante- SEDYT. Nutrición en pacientes en diálisis. Consenso SEDYT. Revista Diálisis y Trasplantes.* 2006;27(4):138-61
- *Yaffé M, Barozzi C. Desnutrición en la enfermedad renal crónica. Tendencias en Medicina. Junio; Año XXVI Nº 50: 163-170*

2.1.3.13.62 Dimensions of Anger Reactions (DAR-5)

Descrição: a Dimensions of Anger Reactions (DAR-5) é uma medida breve e psicométricamente sólida da raiva. É uma escala Likert de cinco pontos, variando de 1 a 5, que avalia a frequência, intensidade, duração, agressão e impacto da raiva no funcionamento social de uma pessoa durante o período anterior de 4 semanas. Os itens são somados para fornecer uma pontuação total de gravidade (intervalo de 5 a 25). Escores mais altos indicam pior sintomatologia, e um escore ≥ 12 indica um problema de raiva.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Goulart AC et al. Dimensions of Anger Reactions (DAR-5) and its validity associated with anxiety and depression in Brazilian adults.* 2016 - "The Spanish Journal of Psychology"
- *Forbes D, Alkemade N, Mitchell D, Lewis V. Utility of the Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5) scale as a brief anger measure.* Depress Anxiety. 2014 Feb;31(2):166-73. Epub 2013 Jun 25

2.1.3.13.63 Escala DINI

Descrição: a escala DINI permite classificar os pacientes pediátricos em graus de dependência da enfermagem. Possibilita melhorar o processo decisório do enfermeiro na prática gerencial e assistencial. Obtido após quatro fases da técnica Delphi, é composto por 11 indicadores: atividade, intervalo de medida de controle, terapia medicamentosa, oxigenação, integridade da mucosa cutânea, mobilidade e deambulação, higiene corporal, nutrição e hidratação, eliminação, participação do acompanhante e apoio. Os resultados da escala que variam de 13 a 26 pontos indicam cuidados mínimos, 27 a 39 pontos cuidados intermediários, 40 a 52 pontos cuidados semi-intensivos e > 53 indicam cuidados intensivos.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Akins RB, Tolson H, Cole BR. Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion.* 2005 Dec 1; 5:37
- *Dini, AP, Fugulin FMT, Veríssimo MDLOR et al. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados.* Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3): p. 575-80

2.1.3.13.64 Distress Thermometer

Descrição: o Distress Thermometer é usado para identificar níveis de angústia e possíveis causas para pacientes oncológicos. Leva em consideração problemas pessoais, familiares, emocionais e físicos. Varia de 0 (sem sofrimento) a 10 (extremo sofrimento), para os quais os pacientes indicam seu nível de sofrimento ao longo da semana anterior à avaliação.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Bergerot CD, et al. *Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos*. Universidade de Brasília, Brasília. Brasil. Psico-USF, v. 14, n. 3, p. 253-260, Set/Dez 2009

2.1.3.13.65 Douleur Neuropathique 4 (DN4) Questionnaire

Descrição: o questionário Douleur Neuropathique 4 (DN4) foi desenvolvido pelo French Neuropathic Pain Group e é uma ferramenta simples e objetiva com a capacidade de distinguir a dor nociceptiva da dor neuropática. Foi derivado de uma lista de sinais e sintomas associados à dor neuropática e inclui uma série de 4 grupos de questões compostas por 7 descritores sensoriais e 3 sinais relacionados a um exame sensorial. Se a pontuação for 4 ou superior, a dor provavelmente será neuropática; se a pontuação for inferior a 4, é improvável que a dor seja neuropática.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H, Lante'ri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E: Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 114:29-36, 2005
- Jamile G. Santos, Jacilene O. Brito, Daniel C. de Andrade, Viviane M. Kaziyama, Karine A. Ferreira, Israel Souza, Manoel J. Teixeira, Didier Bouhassira and Abrahao F. Baptista: Translation to Portuguese and Validation of the Douleur Neuropathique 4 Questionnaire. *The Journal of Pain*, Vol 11, No 5 (May), 2010: 484-490

2.1.3.13.66 Downton Index

Descrição: o Downton Index foi criado em 1993 e tem como objetivo avaliar o risco de quedas em pacientes. É usado para pacientes internados de todas as idades com risco de queda. As variáveis avaliadas são quedas anteriores (escore de 0 e 1); administração de medicamentos (escores entre 0, 1, 2, 3, 4 e 5); caminhada (escore de 0 e 1) e estado mental (escore de 0 e 1). O Índice varia de 0 a 9. Os resultados do Índice Downton são: sem risco (pontuação 0); baixo risco (escore 1); risco médio (escore 2) e alto risco (escore 3 ou mais).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Downton JH. *Falls in the elderly*. London: Editor British Library Cataloguing in Publication Data, 1993. 158 p
- Rosendahl E, Lundin-Olsson L, Kallin K, Jensen J, Gustafson Y, Nyberg L. Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Downton index. *Aging* 15: 142-147, 2003

2.1.3.13.67 Downton Modified Index

Descrição: O Downton Modified Index tem como objetivo avaliar o risco de quedas em pacientes. É usado para pacientes internados de todas as idades com risco de queda. O Downton Modified Index usa um método diferente de pontuação para o uso de vários medicamentos: 1 ponto se estiver usando 1 ou mais medicamentos (a pontuação do Downton Index pode ser de 0 a 4 pontos, dependendo do número e finalidade dos medicamentos usados). A classificação do índice corresponde à avaliação de quedas anteriores (pontuação 0 ou 1), administração de medicamentos (pontuação 0 ou 1), déficit visual

(pontuação 0 ou 1), déficit auditivo (pontuação 0 ou 1), déficit de extremidades (escore de 0 ou 1), caminhada (escore de 0 ou 1) e estado mental (escore de 0 ou 1). O índice varia de 0 a 7. Os resultados para o Downton Modified Index são: sem risco (escore 0), baixo risco (escore 1), médio risco (escore 2) e alto risco (escore ≥ 3).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Downton JH. Falls in the elderly. London: Editor British Library Cataloguing in Publication Data, 1993.*
158 p
- *Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos.*
As. Eletr. Enf. Internet. 2009;11(1):32-8
- <Http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>
- *Pinho T, et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde.* As Esc Enferm USP 2012; 46(2):320-7

2.1.3.13.68 Escala Durie e Salmon

Descrição: A Escala Durie e Salmon é baseada em uma combinação de fatores, como hemoglobina (níveis baixos de hemoglobina significam que a pessoa está anêmica e pode indicar que as células do mieloma ocupam grande parte da medula óssea), cálcio sérico (o osso normalmente contém uma grande quantidade de cálcio e a destruição do osso desencadeia o envio de cálcio para o sangue), concentração do componente monoclonal (uma grande quantidade de imunoglobulina monoclonal indica que muitas células plasmáticas malignas estão presentes e que estão produzindo proteína anormal) e envolvimento do osso (o estágio avançado do mieloma múltiplo na área óssea é visto nas radiografias). Há três fases estabelecidas de acordo com a massa tumoral: estágio I, que equivale a baixa massa celular; estágio II, que equivale a massa celular intermediária; e estágio III, que equivale a alta massa celular.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Durie BG, Salmon SE. A clinical staging system for multiple myeloma. Correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment, and survival.* Cancer 1975; 36:842-54
- *Martinez GA. Fatores prognósticos no Mieloma Múltiplo.* Rev. bras. hematol. hemoter. 2007;29(1):27-30

2.1.3.13.69 Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status

Descrição: O Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status é uma ferramenta para o clínico avaliar pacientes com câncer quanto ao autocuidado, atividades diárias e capacidade física. A escala varia de 0 (sem restrições) a 5 (morto).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Machado L, Saad IAB, Honma HN, Morcillo AM, Zambon L. *Evolução do status de performance, índice de massa corpórea e distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos em pacientes com câncer de pulmão avançado submetidos à quimioterapia.* J Bras Pneumol. 2010;36(5):588-594
- Shvarts O, Lam JS, Han KR, Figlin R, Belldegrun A. *Eastern Cooperative Oncology Group performance status predicts bone metastasis in patients presenting with renal cell carcinoma: implication for preoperative bone scans.* 2004 Sep;172(3):867-70

2.1.3.13.70 Eating Assessment Tool (EAT-10)

Descrição: O Eating Assessment Tool (EAT-10) é um instrumento de resultado específico para sintomas de disfagia. Consiste em dez afirmações que um paciente classifica em uma escala de 0 (nenhum problema) a 4 (problema grave). Se a pontuação for ≥ 3 , o paciente pode ter problemas de deglutição e segurança.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. *The validity and reliability of EAT-10 has been determined. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10).* Annals of Otology, Rhinology & Laryngology 2008;117(12): 919-924
- <https://www.nestlenutrition-institute.org/resources/nutrition-tools/details/swallowing-assessment-tool>

2.1.3.13.71 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) - Versão Brasileira (ESAS-Br)

Descrição: O Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-Br) é um método simples para avaliação de sintomas em pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos. Trata-se da tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro de uma versão revisada do instrumento Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r) para uso em cuidados paliativos. O ESAS-Br é uma combinação de sintomas físicos e psicológicos e aborda dez sintomas frequentemente encontrados em pacientes com câncer, como dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar, falta de ar e sono. A gravidade no momento da avaliação de cada sintoma é classificada de 0 a 10 em uma escala numérica, sendo 0 a ausência do sintoma e 10 a pior gravidade possível. A avaliação pode ser realizada pelo paciente, pela família ou pela equipe de saúde. Permite conhecer a frequência e intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes, permitindo que as equipes de saúde tomem decisões adequadas para oferecer os cuidados necessários.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F. *A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients.* J Pain Symptom Manage. 2011; 41:456–468.
- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. *J Palliat Care. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients.* 1991 Summer; 7 (2):6-9
- Paiva CE, Manfredini LL, Paiva BSR, Hui D, Bruera E. *The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients.* PLoS ONE. 2015;10(7):e0132073. Doi: 10.1371/journal.pone.0132073

2.1.3.13.72 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Descrição: O Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) é um método simples para a avaliação de sintomas em pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos. É uma combinação de sintomas físicos e psicológicos e aborda nove sintomas frequentemente encontrados em pacientes com câncer, como dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar. A gravidade no momento da avaliação de cada sintoma é classificada de 0 a 10 em uma escala numérica, sendo 0 a ausência do sintoma e 10 a pior gravidade possível. A avaliação pode ser realizada pelo paciente, pela família ou pela equipe de saúde. Permite conhecer a frequência e intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes, permitindo que as equipes de saúde tomem decisões adequadas para oferecer os cuidados necessários.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. J Palliat Care. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. 1991 Summer; 7 (2):6-9*

2.1.3.13.73 Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Descrição: a Epworth Sleepiness Scale (ESS) é um método utilizado para medir o nível de sonolência diurna. Os pacientes são solicitados a avaliar a probabilidade (0-3) de adormecer durante oito atividades diárias. Quanto maior a pontuação que o paciente atribui a uma atividade, maior a probabilidade de adormecer. A pontuação final é uma soma de todos os valores das respostas e varia de 0 a 24. Quanto maior a pontuação da ESS, maior a propensão média ao sono da pessoa na vida diária e maior a probabilidade de um distúrbio do sono estar presente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. Sleep. 1991; 14:540-5*
- *Johns MW. Sleepiness in different situations measured by the Epworth Sleepiness Scale. Sleep. 1994; 17:703-10*
- *Bertolazi AS. Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil. J. bras. Pneumol. Vol.35 no.9 São Paulo Sept. 2009*

2.1.3.13.74 Estimated Body Fat Percentage (BFP) Assessment

Descrição: o Estimated Body Fat Percentage (BFP) Assessment é uma ferramenta genérica que permite à instituição configurar diferentes protocolos para estimar o percentual de gordura corporal do paciente com base em dobras cutâneas, medidas antropométricas adicionais, sexo e idade. A instituição pode configurar um protocolo interno ou publicado (como a equação de Faulkner) no item "Protocolo de gordura corporal" na função "Cadastros Gerais". As referências abaixo estão relacionadas à aplicabilidade desta avaliação e uma comparação entre diferentes fórmulas e métodos.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Rezende FAC, Lima Rosado LEFP, Priore SE, Franceschini SCC. Aplicabilidade de equações na avaliação da composição corporal da população brasileira. As. Nutr., Campinas, 19(3):357-367, maio/jun., 2006
- Buscariolo FF, Catalani MC, Domingues Dias LCG, Navarro AM. Comparação entre os métodos de bioimpedância e antropometria para a avaliação da gordura corporal em atletas do time de futebol feminino de Botucatu/SP. Rev. Simbio-Logias. V.1, n.1, mai/2008

2.1.3.13.75 European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30)

Descrição: o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 foi desenvolvido para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer. Possui 30 questões relacionadas a cinco escalas funcionais (física, funcional, emocional, social e cognitiva), uma escala sobre o estado geral de saúde, três escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea/vômito) e seis itens adicionais de sintomas (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarréia, dificuldades financeiras). Cada questão tem 4 respostas possíveis, de 0 (não) a 4 (muito). Todas as pontuações da escala EORTC QLQ-C30 variam de 0 a 100. Uma pontuação alta para uma escala funcional representa um alto nível de funcionamento.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Arraras J, Arias F, Tejedor M, Pruja E, Marcos M, Martínez E, Valerdi J. The EORTC QLQ-C30 (version 3.0) QoL questionnaire: Validation study for Spain with head and neck cancer patients. Psycho-Oncology, 11, 249-256
- Franceschini J, et al. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. J. bras. Pneumol. Vol.36 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2010

2.1.3.13.76 European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE)

Descrição: O European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE) foi projetado para prever a mortalidade em 30 dias em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Também é usado para prever outros parâmetros úteis, incluindo mortalidade a longo prazo, tempo de permanência na UTI e complicações. Os critérios de avaliação são idade (1 ponto para pacientes acima de 60 anos e adicionar mais 1 ponto a cada 5 anos adicionais), sexo (1 ponto para o sexo feminino), doença pulmonar crônica (1 ponto), arteriopatia extracardíaca (2 pontos), disfunção neurológica (2 pontos), cirurgia cardíaca prévia (3 pontos), creatinina pré-operatória $> 2,3 \text{ mg/dL}$ (2 pontos), endocardite ativa (3 pontos) e estado pré-operatório crítico (3 pontos); fatores relacionados ao estado cardiovascular, como instabilidade angina (2 pontos), infarto agudo do miocárdio prévio (2 pontos), fração de ejeção do ventrículo esquerdo (1 ou 3 pontos) e pressão sistólica da artéria pulmonar $> 60 \text{ mmHg}$ (2 pontos); fatores relacionados à cirurgia, como cirurgia de emergência (2 pontos), cirurgia aórtica (3 pontos), ruptura do septo pós-infarto (4 pontos) e operação diferente de CRM isolada (2 pontos). Os resultados do EuroSCORE são: baixo risco (0-2); risco médio (3-5); alto risco (> 6).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Samer AMN, Francois R, Bradley GH, et al. Validation of European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE) in North American cardiac surgery. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 22 (2002) 101-105

2.1.3.13.77 Extended Barthel Index (EBI)

Descrição: o Extended Barthel Index (EBI), composto pelo Barthel Index original mais itens cognitivos, fornece uma ferramenta para monitorar os resultados dos pacientes em reabilitação quanto à necessidade de ajuda nas atividades da vida diária. O IB original avalia 10 atividades motoras de itens de vida diária. A extensão BI consiste em 6 itens cognitivos adicionais. Embora originalmente destinado a pacientes com esclerose múltipla, o EBI foi validado e é frequentemente aplicado a outros pacientes neurológicos, incluindo acidente vascular cerebral, traumatismo craniano ou doença de Parkinson. Semelhante ao Barthel Index, nem todos os itens representam todas as categorias de 0 a 4, como o item 1-Alimentação que pode ser pontuado 0, 2, 3 ou 4 (falta a categoria 1) ou o item 13-Interação social com as categorias 0, 2, 4 (faltam as categorias 1 e 3). A pontuação total dos itens cognitivos é 24 e a pontuação total do EBI varia de 0 a 64.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Maritz R, Tennant A, Fellinghauer CS, Stucki G, Prodinger B (2019). The Extended Barthel Index (EBI) can Be Reported as a Unidimensional Interval-Scaled Metric – A Psychometric Study. Phys Med Rehab Kuror 2019; 29: 224–232*
- *Janša J, Pogačnik T, Gompertz P. An Evaluation of the Extended Barthel Index with Acute Ischemic Stroke Patients. Neurorehabilitation and Neural Repair. 2004;18(1):37-41*

2.1.3.13.78 Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale (FLACC)

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.79 Rostos (Claro)

Consulte o recurso “Sinais vitais e parâmetros clínicos” no documento de Instruções de Uso do HIS.

2.1.3.13.80 Fagerström Score

Descrição: o Fagerström Score estima o nível de dependência da nicotina no tabagismo e auxilia nas decisões de tratamento para a dependência do tabaco. O escore é composto por seis questões de escolha simples referentes ao perfil de consumo de cigarros. Duas questões variam de 0 a 3 pontos e quatro questões de 0 a 1 ponto, a pontuação total varia de 0 a 10. As pontuações 1 e 2 significam baixa dependência de nicotina, pontuações 3 e 4 significam dependência baixa a moderada, pontuações 5 a 7 média de dependência moderada e mais de 8 significa alta dependência. O tratamento é recomendado pelo autor com base no nível de dependência.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav. 1978;3(3-4):235-41*
- *Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med. 1989;12(2):159-82*

2.1.3.13.81 Estimativa do percentual de gordura a partir da densidade corporal

Descrição: a estimativa do percentual de gordura com base na densidade corporal permite que a instituição defina os parâmetros a serem adicionados para gerar o percentual de gordura corporal estimado, de acordo com o quadro referencial adotado.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Petroski EL, Pires-Neto CS. *Validação de equações antropométricas para a estimativa da densidade corporal em mulheres.* Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. V.1, Nº2, pág. 65-73, 1995
- Petroski EL. *Antropometris: Técnicas e Padronizações.* Porto Alegre: Palotti, pág. 144, 1999

2.1.3.13.82 Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

Descrição: o Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) é uma avaliação projetada para medir o estado, a evolução e os resultados de pacientes com fibromialgia. É concebido para medir os componentes do estado de saúde que se acredita serem os mais afetados pela fibromialgia. Possui 19 questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos. Cada resposta tem um valor e a pontuação final é a soma de todos os valores do questionário. A pontuação varia de 0 a 100, e quanto maior a pontuação, maior o impacto da fibromialgia na qualidade de vida do paciente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and Validation. J Rheumatol 18:728-33, 1991
- Marques AP, et al. *Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).* Rev Bras Reumatol, v. 46, n. 1, p. 24-31, jan/fev, 2006

2.1.3.13.83 Forrest classification**Descrição:**

A classificação de Forrest é uma classificação de hemorragia digestiva alta para fins de comparação e na seleção de pacientes para tratamento endoscópico. Ele fornece informações prognósticas sobre a necessidade de intervenção terapêutica endoscópica. Essa escala classificou as úlceras pépticas de acordo com as características associadas ao risco de ressangramento, que são 1 a 3 grupos, com lesões em grupos superiores mostrando uma diminuição no risco de recorrência, como grupo 1 (úlceras com sangramento ativo): (1a) vasos que estão esguichando ou (1b) (escorrimento); grupo 2 (úlceras com sangramento não ativo): (2a) vasos não sangrantes, mas visíveis, (2b) úlcera com coágulo na superfície ou (2c) úlcera com manchas pigmentadas e grupo 3 inclui úlceras com base limpa.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Block, Berthold; Schachschal, Guido; Schmidt, Hartmut H. (2004-01-01). Endoscopy of the Upper GI Tract: A Training Manual. Thieme. ISBN 9783131367310
- T. Deist, A. Freytag. "Stomach: Forrest classification in Atlas of Gastroenterological Endoscopy by A. Freytag, T. Deist". www.endoskopischer-atlas.de
- Hadzibulic, Edvin; Svjetlana Govedarica. "Significance of Forrest Classification, Rockall's and Blatchford's Risk Scoring System in Prediction of Rebleeding in Peptic Ulcer Disease". Archived from the original (PDF) on June 3, 2013. Retrieved 2008-08-11
- Heldwein W; Schreiner J; Pedrazzoli J; Lehnert P (Nov 21, 1989). "Is the Forrest classification a useful tool for planning endoscopic therapy of bleeding peptic ulcers?". Endoscopy. 21 (6): 258-62. PMID 2693077. DOI:10.1055/s-2007-1010729

- *Forrest, JA, Finlayson, ND, Shearman, DJ (Aug 1974). "Endoscopy in gastrointestinal bleeding." Lancet 2 (7877): 3947. PMID 4136718*

2.1.3.13.84 Framingham Risk Score (FRS)

Descrição: o Framingham Risk Score (FRS) foi derivado do Framingham Heart Study como modelo de previsão para estimar os riscos de 10 anos e ao longo da vida para doença cardiovascular aterosclerótica. As informações necessárias para calcular o risco incluem idade, sexo, raça, colesterol total, colesterol HDL, pressão arterial sistólica, medicação para hipertensão, diabetes e tabagismo. O resultado final representa o risco de 10 anos para doença cardiovascular, definida como morte coronariana ou infarto do miocárdio não fatal, ou acidente vascular cerebral fatal ou não fatal.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. Circulation. 1998; 97: 1837-47*
- <https://framinghamheartstudy.org/fhs-risk-functions/cardiovascular-disease-10-year-risk/>

2.1.3.13.85 Framingham - ATP III Score

Descrição: o escore Framingham - ATP III é usado para estimar o risco de 10 anos para infarto do miocárdio e morte por doença cardiovascular aterosclerótica em adultos sem cardiopatia e sem diabetes. Esta versão do Framingham Risk Score foi publicada pelo Adult Treatment Panel III (ATP III), um painel de especialistas do National Heart, Lung, and Blood Institute, que faz parte do USA National Institutes of Health (NIH). O primeiro Framingham Risk Score incluía idade, sexo, colesterol LDL, colesterol HDL, pressão arterial (e também se o paciente é tratado ou não para hipertensão), diabetes e tabagismo. A versão atualizada foi modificada para incluir dislipidemia, faixa etária, tratamento da hipertensão, tabagismo e colesterol total, e excluiu o diabetes, pois o diabetes tipo 2 foi considerado um equivalente de risco de doença coronariana, tendo o mesmo risco de 10 anos de indivíduos com doença coronariana prévia. Pacientes com diabetes tipo 1 foram considerados separadamente, com objetivos um pouco menos agressivos. Embora com risco aumentado, nenhum estudo mostrou que eles correm risco equivalente de doença coronariana como aqueles com doença coronariana previamente diagnosticada ou diabetes tipo 2. As informações necessárias para calcular o risco incluem idade, sexo, raça, colesterol total, colesterol HDL, pressão arterial sistólica, uso de medicamentos para hipertensão e tabagismo. O resultado final representa o risco de 10 anos para doença cardiovascular, definida como morte coronariana ou infarto do miocárdio não fatal, ou acidente vascular cerebral fatal ou não fatal.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001; 285 (19): 2486-2497*
- *Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC, Souza, Aguinaldo D, Chacra AP, Faludi AA, IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2007). Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. 2007; 88 (Supl. I):1-19*

2.1.3.13.86 Framingham AF Risk Score

Descrição: o escore de risco Framingham AF prevê o risco de 5 anos de acidente vascular cerebral ou morte em indivíduos com fibrilação atrial (FA) de início recente na comunidade. As informações necessárias para

calcular o risco incluem idade, pressão arterial sistólica, diabetes, tabagismo, infarto do miocárdio prévio ou insuficiência cardíaca congestiva, sopro significativo e hipertrofia ventricular esquerda eletrocardiográfica. O resultado final representa o risco de acidente vascular cerebral ou morte em 5 anos (quanto maior a pontuação, maior o risco de fibrilação atrial).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Wang TJ, Massaro JM, Levy D, et al. A risk score for predicting stroke or death in individuals with new-onset atrial fibrillation in the community. JAMA. 2003; 290:1049-1056
- <Https://framinghamheartstudy.org/fhs-risk-functions/stroke-or-death-after-atrial-fibrillation/>
- Schnabel, Renate & Sullivan, Lisa & Levy, Daniel & Pencina, Michael & Massaro, Joseph & D'Agostino, Ralph & Newton-Cheh, Christopher & Yamamoto, Jennifer & Magnani, Jared & Tadros, Thomas & Kannel, William & Wang, Thomas & Ellinor, Patrick & Wolf, Prof & Vasan, Ramachandran & Benjamin, Emelia. (2009). Development of a risk score for atrial fibrillation (Framingham Heart Study): A community-based cohort study. Lancet. 373. 739-45. 10.1016/S0140-6736(09)60443-8.

2.1.3.13.87 Fujinaga Scale

Descrição: a Escala de Fujinaga, também chamada de Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale, auxilia os profissionais de saúde a iniciar a alimentação pré-termo visando promover a amamentação segura e objetiva. É composto por cinco categorias com um total de 18 itens: idade gestacional corrigida (<= 32 semanas; 32-34 semanas e >= 34 semanas), estado de organização comportamental (estado de consciência, postura e tônus global), postura oral (postura de lábios e língua), reflexos orais (reflexo de busca, sucção, mordida e vômito) e sucção não nutritiva (movimento da língua, copa da língua, movimento da mandíbula, força de sucção, sucção pausada, manutenção do ritmo de sucção pausado, manutenção do estado de alerta e dos sinais de estresse). O desempenho dos prematuros em cada item varia de 0 a 2. A pontuação final máxima é de 36 pontos, sendo que uma pontuação maior indica a prontidão do prematuro para iniciar a alimentação por via oral.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Fujunaga Cl, et al. Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de um instrumento da avaliação. Universidade de São Paulo: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. 2002
- Fujinaga et al. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, v. 19, n. 2, abr.-jun. 2007

2.1.3.13.88 Medida de Independência Funcional (MIF)

Descrição: a Medida de Independência Funcional (MIF) é uma ferramenta para avaliar a incapacidade de pacientes com uma variedade de restrições funcionais. Seu principal objetivo é avaliar quantitativamente a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas diárias. O instrumento é composto por 18 itens agrupados em 2 subescalas - motora e cognição. A subescala motora inclui itens como comer, arrumar-se, tomar banho, vestir-se (parte superior do corpo), vestir-se (parte inferior do corpo), ir ao banheiro, controle da bexiga, controle do intestino, transferências (cama/cadeira/cadeira de rodas), transferências (banheiro), transferências (banho/chuveiro, andar/cadeira de rodas e escadas). A subescala de cognição inclui compreensão, expressão, interação social, resolução de problemas e memória. Cada item é pontuado em uma escala ordinal de 7 pontos, variando de 1 a 7.

Quanto maior a pontuação, mais independente é o paciente na realização da tarefa associada a esse item. A MIF total (soma dos escores das subescalas motora e cognição) varia de 18 a 126.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Linacre JM, Heinemann AW, Wright BF, Granger CV, Hamilton BB. The structure and stability of the Functional Independence Measure. Arch Phys Med Rehabil 1994;75: 127-32*
- *Granger CV, Hamilton BB, Keith RA, Zielezny M, Sherwin FS. Advances in functional assessment for rehabilitation. In Topics in geriatric rehabilitation. Rockville, MD: Aspen; 1986*

2.1.3.13.89 Escala de Glasgow

Descrição: a Glasgow Coma Scale (GCS) é usada para avaliar o nível de consciência em paciente com trauma agudo e sem trauma e auxilia nas previsões de desfechos neurológicos e mortalidade. Três critérios são avaliados: melhor resposta ocular (escore varia de 1 a 4), melhor resposta verbal (1 a 5) e melhor resposta motora (1 a 6). A pontuação total varia de 3 pontos (lesão encefálica grave) a 15 pontos (normalidade). Lesões leves na cabeça são geralmente definidas como aquelas associadas a uma pontuação GCS de 13-15, e lesões moderadas na cabeça são aquelas associadas a uma pontuação GCS de 9-12. Uma pontuação GCS de 8 ou menos define um traumatismo craniano grave.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Jennett B. Assessment of the Severity of Head Injury. Lancet, V.13, n7, p.81-3, 1974*

2.1.3.13.90 Glasgow Coma Scale (GCS) 2018

Descrição: a Escala de Coma de Glasgow (GCS) 2018 é uma escala usada para avaliar o nível de consciência no paciente com trauma agudo e não traumatizado e auxilia nas previsões de desfechos neurológicos e mortalidade. Os critérios avaliados são melhor resposta ocular (escore varia de 1 a 4), melhor resposta verbal (escore varia de 1 a 5) e melhor resposta motora (escore varia de 1 a 6). Na versão 2018, se algum critério não puder ser testado, então "NT - Não testável" deve ser marcado. Além disso, existe a possibilidade de avaliação da reação pupilar, denominada GCS Pupils Score ou GCS-P. Ele resume as informações sobre a perda de reatividade da pupila à luz e diminui da pontuação total: 0 (zero) pontos se ambas as pupilas forem normais (reativas à luz), -1 ponto se uma pupila não for reativa à luz e -2 pontos se ambas as pupilas não forem reativas à luz. O escore total varia de 1 a 15 pontos e, quanto menor o escore, maior a mortalidade e o desfecho desfavorável.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- <Https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Brazilian.pdf>
- <Http://www.glasgowcomascale.org>
- *American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support; ATLS. 10 ed., 2018*
- *Brennan PM, Murray GD, Teasdale GM: Simplificando o uso de informações prognósticas em lesão cerebral traumática. Parte 1: A pontuação GCS-Pupils: um índice estendido de gravidade clínica. J Neurosurg : 2018*

2.1.3.13.91 Escala de avaliação global do funcionamento (AGF)

Descrição: A escala Global Assessment of Functioning (GAF) é usada para avaliar a gravidade de uma doença mental. Ela foi projetada para ajudar os profissionais de saúde mental a entender o quanto bem a pessoa pode realizar as atividades cotidianas. A pontuação pode ajudar a descobrir de que nível de cuidados alguém pode precisar e quanto bem certos tratamentos podem funcionar. Ela mede o quanto os sintomas de uma pessoa afetam sua vida cotidiana em uma escala de 0 a 100. Está dividida em 10 seções. Estas são conhecidas como pontos de ancoragem. Quanto maior a pontuação, melhor o paciente é capaz de lidar com as atividades diárias.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Sá Junior, AR, Souza MC. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. Rev. Psiquiatr. Clín. Vol.34 suppl.2 São Paulo 2007*
- *American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994*

2.1.3.13.92 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Group Classification

Descrição: o Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) é um programa que produz recomendações para o manejo da Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) com base nas informações científicas disponíveis. A avaliação inclui quatro variáveis: 1) classificação GOLD quanto à limitação do fluxo aéreo na espirometria com base no FEV₁ pós-broncodilatador, 2) histórico de exacerbações, 3) estado de dispneia e 4) teste de avaliação da COPD (CAT). O resultado classifica o paciente em um dos quatro grupos (A, B, C, D) com diferentes terapias específicas baseadas no relatório GOLD.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (2017 Report) from www.goldcopd.org. The tables and figures in this Pocket Guide follow the numbering of the 2017 Global Strategy Report for reference consistency*

2.1.3.13.93 Global Risk Classification (GRC)

Descrição: a Global Risk Classification (GRC) é uma combinação das pontuações EuroSCORE e SYNTAX. Ele pode ser usado para prever a mortalidade cardíaca em dois anos em pacientes com doença de tronco de coronária esquerda (TCE) de novo submetidos à intervenção coronária percutânea (ICP).

A GRC combina os resultados dos escores EuroSCORE e SYNTAX para classificar os pacientes em três grupos de risco. O grupo de baixo risco é composto por pacientes com EuroSCORE baixo/intermediário e escore SYNTAX baixo/intermediário. O grupo de risco intermediário é composto por pacientes com EuroSCORE intermediário/alto ou SYNTAX intermediário/alto. O grupo de alto risco é composto por pacientes com alto EuroSCORE e alto escore SYNTAX.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Global Risk Score and Clinical SYNTAX Score as Predictors of Clinical Outcomes of Patients Undergoing Unprotected Left Main Percutaneous Catheter Intervention, Cardiol. Res.2017;8(6): 312-318*

- *Global risk classification and clinical SYNTAX (synergy between percutaneous coronary intervention with TAXUS and cardiac surgery) score in patients undergoing percutaneous or surgical left main revascularization, JACC. Cardiovasc. Interv. 2011 Mar; 4(3): 287-297. DOI: 10.1016/j.jcin.2010.10.013*

2.1.3.13.94 Goldman Index

Descrição: o Goldman Index foi desenvolvido em 1977 por Goldman e associados. É usado para estabelecer o risco de morbidade e mortalidade cardiovascular em pacientes que seriam submetidos a cirurgias não cardíacas. Idade elevada, história de doenças cardíacas ou valvares, alterações nos parâmetros ventilatórios ou marcadores bioquímicos, bem como histórico cirúrgico, contribuem para o aumento do risco de complicações. Os pontos de risco permitem a estimativa perioperatória do risco cardíaco e determinam a probabilidade de complicações como infarto agudo do miocárdio, edema agudo de pulmão, taquicardia ventricular e morte cardíaca. O risco estimado de morte é classificado de acordo com os seguintes valores: classe I para 0,2% (0-5 pontos), classe II para 2,0% (6-12 pontos), classe III para 2,0% (13-25 pontos) e classe IV para 56%. (> 25 pontos).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Goldman L, Calderal DL, Nussbaum SR et al – Multifactorial index risk in noncardiac surgical procedures. N Engl J Med, 1977;20;297:845-850*
- *Ramos G, Assis CH, et al. Avaliação Pré-Operatória do Pneumopata. As Bras Anestesiol, 2003; 53: 1: 114 – 126*

2.1.3.13.95 GRACE Score

Descrição: o escore GRACE é um sistema de pontuação estudado prospectivamente para estratificar pacientes com Síndrome Coronariana Aguda (SCA) de risco. O escore foi derivado do estudo Global Registry of Acute Coronary Events, um enorme banco de dados internacional de SCA de 94 hospitais em 14 países e tem como objetivo estimar a mortalidade intra-hospitalar de 6 meses a 3 anos. É composto por oito variáveis, cinco das quais são computadas semiquantitativamente, ou seja, peso diferente para cada estrato etário, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, creatinina plasmática e classe de Killip (Killip I - sem dispneia, terceiro som ou estertores pulmonares; Killip II - dispneia e estertores pulmonares em terços inferiores do tórax; Killip III - edema agudo de pulmão; Killip IV - choque cardiogênico). Além disso, três variáveis são computadas dicotomicamente relacionadas à infradesnívelamento do segmento ST, marcador de necrose miocárdica e parada cardíaca na admissão. O escore final varia de 0 a 372 pontos e determina o percentual de risco de mortalidade. Quanto maior a pontuação, maior o risco de mortalidade.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Fox KAA, Goodman SG, Klein W, Briege D, Steg PhG, Dabbous O, Avezum A, for the GRACE Investigators. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome. Findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). Eur Heart J 2002; 23:1177-89*
- *Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, et al; Global Registry of Acute Coronary Events Investigators. Predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events. Arch Intern Med. 2003;163(19):2345-53. doi: 10.1001/archinte.163.19.2345.*

2.1.3.13.96 GRACE 2.0 Score

Descrição: como a versão anterior do GRACE Score, o GRACE 2.0 Score é usado para ajudar os médicos a avaliar o risco de morte ou infarto do miocárdio (IM) e serve como guia para opções de tratamento para

pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA). Apesar de preciso, uma grande limitação do uso generalizado do GRACE Risk Score é a inclusão de diversas variáveis, incluindo a classe Killip e os valores de creatinina no momento da apresentação hospitalar do paciente. O GRACE Risk Score 2.0 foi desenvolvido para abordar essas limitações e avaliar o risco a curto e longo prazo de morrer após uma SCA, incluindo até 3 anos após a alta. O GRACE 2.0 é uma lista aprimorada e refinada de resultados do GRACE e, em vez de usar intervalos de pontuação para calcular resultados como mortalidade hospitalar, é possível calcular uma mortalidade para cada pontuação. Quanto maior a pontuação, maior a probabilidade de óbito desde a admissão até 6 meses.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Fox KA, Dabbous OH, Goldberg RJ, Pieper KS, Eagle KA, Van de Werf F, Avezum A, Goodman SG, Flather MD, Anderson FA, Jr., Granger CB. *Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE)*. BMJ. 2006;333:1091
- Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, Van De Werf F, Avezum A, Goodman SG, Flather MD, Fox KA. Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. Arch Intern Med. 2003;163:2345–2353
- Eagle KA, Lim MJ, Dabbous OH, Pieper KS, Goldberg RJ, Van de Werf F, Goodman SG, Granger CB, Steg PG, Gore JM, Budaj A, Avezum A, Flather MD, Fox KA. A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome: estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry. JAMA. 2004;291:2727–2733
- Fox KA, Fitzgerald G, Puymirat E, Huang W, Carruthers K, Simon T, Coste P, Monsegu J, Gabriel Steg P, Danchin N, Anderson F. Should patients with acute coronary disease be stratified for management according to their risk? Derivation, external validation and outcomes using the updated GRACE risk score. BMJ Open. 2014;4:e004425

2.1.3.13.97 Gross Motor Function Measurement (GMFM)

Descrição: o Gross Motor Function Measurement (GMFM) é um instrumento que avalia quantitativamente as habilidades motoras amplas, voltado para crianças com paralisia cerebral, e auxilia no plano de tratamento visando a melhora da função e qualidade de vida. O GMFM foi modificado Em 1990, incluindo 3 novos itens dos 85 itens originais, totalizando 88. Esses 88 itens são medidos pela observação das crianças e avaliados em uma escala original de 0 a 4 pontos para cada item avaliado. Eles são agrupados em 5 dimensões classificadas como "A" para deitar e rolar, "B" para sentar, "C" para engatinhar e ajoelhar e "D" para levantar, andar, correr e pular. O objetivo da avaliação é gerar um percentual de habilidades motoras funcionais em um paciente com doença neuromuscular.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Lane, M. *Apostila do curso de Medição da Função Motora Grossa – GMFM*. Reabilitação Especializada. São Paulo: GMFM; 2000
- Pina LV, Loureiro APC. *O GMFM e sua aplicação na avaliação motora de crianças com paralisia cerebral*. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.19, n.2, p. 91-100, abr./jun., 2006

2.1.3.13.98 Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Descrição: a Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), também conhecida como Ham-D, é uma escala de avaliação de depressão amplamente utilizada que visa mensurar a frequência e a intensidade dos sintomas depressivos em indivíduos com transtorno depressivo maior. A escala contém 17 variáveis: humor deprimido, sentimento de culpa, suicídio, insônia noturna, insônia no meio da noite, insônia matinal, trabalho e atividades, lentidão de pensamento e fala, capacidade de concentração prejudicada, atividade motora diminuída, agitação, ansiedade psíquica, ansiedade somática (concomitantes fisiológicos da ansiedade, tais como: gastrointestinal – boca seca, sintomas somáticos gastrointestinais, sintomas somáticos gerais), sintomas genitais (sintomas como perda de libido, distúrbios menstruais), hipocondria, perda de peso e discernimento. As variáveis são medidas em escalas de cinco ou três pontos, sendo esta última utilizada quando a quantificação da variável é difícil ou impossível. Nenhuma distinção é feita entre intensidade e freqüência dos sintomas, o avaliador deve dar o devido peso a ambos ao fazer seu julgamento. O resultado da escala é a soma simples de todas as respostas obtidas: normal (0 a 7), depressão leve (8 a 13), depressão moderada (14 a 18), depressão grave (19 a 22) e depressão muito grave (> 23).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960*

2.1.3.13.99 HAS-BLED Score

Descrição: recomenda-se que o HAS-BLED Score seja usado em associação com CHA2DS2-VASc para apoiar a indicação de anticoagulação para um paciente específico. O escore leva em consideração 9 itens, que são hipertensão, doença renal, doença hepática, história de acidente vascular cerebral, sangramento maior prévio ou predisposição, INR lábil, idade acima de 65 anos, uso de medicamentos que predispõem a sangramento e uso de álcool. Cada item atendido é pontuado com 1 e a pontuação final é a soma de todos os itens, com um total de 9. Resultados ≥ 3 sugerem ao clínico que considere alternativas à anticoagulação em uso.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. Chest. 2010 Nov;138(5):1093-100. Epub 2010 Mar 18*
- *Lip GY, Frison L, Halperin JL, Lane DA. Comparative validation of a novel risk score for predicting bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: the HAS-BLED (Hypertension, Abnormal Renal/Liver Function, Stroke, Bleeding History or Predisposition, Labile INR, Elderly, Drugs/Alcohol Concomitantly) score. J Am Coll Cardiol. 2011 Jan 11;57(2):173-80. Epub 2010 Nov 24*
- [Http://www.mdcalc.com/has-bled-score-for-major-bleeding-risk](http://www.mdcalc.com/has-bled-score-for-major-bleeding-risk)

2.1.3.13.100 Helios Kliniken Preoperative Assessment of Cardiopulmonary Risk

Descrição: o Helios Kliniken Preoperative Assessment of Cardiopulmonary Risk é um formulário de avaliação pré-operatória para estratificar o risco cirúrgico cardiovascular. Foi desenvolvido pela equipe médica da Helios Kliniken e consiste em duas classificações, uma pelo anestesiologista e outra pelo cirurgião. A avaliação do anestesiista consiste em quatro escores diferentes (0 (zero) – sem aumento de risco, 1 – baixo risco, 3 – médio risco ou 5 – alto risco) dependendo das condições de saúde prévias do

paciente, e a avaliação do cirurgião consiste em 3 escores (2 – baixo risco, 3 – médio risco ou 5 – alto risco) dependendo do tipo de cirurgia. As duas avaliações são somadas para obter o resultado: de 2 a 5 pontos, o paciente é considerado aprovado para a cirurgia, 6 pontos o paciente é aprovado para a cirurgia somente se a capacidade de exercício for superior a subir dois ou mais lances de escada, de 7 a 10 pontos o paciente é considerado de risco para o procedimento em questão.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Sebastian K, Arkadiusz K, Paweł R, Maciej Ż. Preoperative evaluation; new attempt, Polski Przegląd Chirurgiczny 2015, 87, 12, 644–654
- [Https://issuu.com/mwv-berlin/docs/20_jahr_helios_burgard/5](https://issuu.com/mwv-berlin/docs/20_jahr_helios_burgard/5)

2.1.3.13.101 Hospital Anxiety and Depression Scale

Descrição: a Hospital Anxiety and Depression Scale é uma escala de autoavaliação desenvolvida e considerada um instrumento confiável para detectar estados de depressão e ansiedade no cenário de um ambulatório médico hospitalar. As subescalas de ansiedade e depressão também são medidas válidas de gravidade do transtorno emocional. O questionário é composto por 14 itens (7 questões de depressão e 7 questões de ansiedade). Para cada pergunta há 4 opções de resposta com pontuação de 0 (zero), 1, 2 ou 3. Para ambas as subescalas de ansiedade e depressão, os resultados representam: normal de 0 a 7 pontos, casos limítrofes (duvidosos) de 8 a 10 pontos e casos definidos (anormais) de 11 a 21.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Zigmond, AS; Snaith, RP. "The hospital anxiety and depression scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1963. 67 (6): 361-370

2.1.3.13.102 Escala de House - Brackmann

Descrição: A escala de House-Brackmann é uma ferramenta para classificar o grau de dano do nervo em uma paralisia do nervo facial. A medida é determinada medindo o movimento para cima da porção média do topo da sobrancelha e o movimento para fora do ângulo da boca. O resultado é o nível de avaliação simples a partir de seis possibilidades, desde função facial normal em todas as áreas (grau I) até paralisia facial total, ou seja, ausência de movimento (grau VI).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1985.15:146-147
- Tessitore A, Magna LA, Paschoal JR. Medida angular para aferição do tônus muscular na paralisia facial. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* vol.22 no.2 Barueri Apr/June 2010
- Ferreira MAA. Paralisia facial periférica e gestação: abordagem e tratamento. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(8):368-72

2.1.3.13.103 Humpty Dumpty Scale

Descrição: a Escala Humpty Dumpty é usada para avaliação de risco e prevenção de quedas em pacientes infantis. Possui 7 parâmetros com critérios específicos de pontuação relacionados à idade, sexo, diagnóstico, deficiências cognitivas, fatores ambientais, resposta à cirurgia/sedação/anestesia e uso de medicamentos. A pontuação mínima é 7 e a máxima é 23. Um resultado da escala ≥ 12 indica risco de queda.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- [Pauley BJ, L Houston S, Cheng D, Johnston DM.](#) Clinical relevance of the Humpty Dumpty Falls Scale in a pediatric specialty hospital. Pediatr Nurs, May-Jun 2014;40(3):137-42
- [The Humpty Dumpty Falls Prevention Program™](#)

2.1.3.13.104 Escala de Hunt e Hess

Descrição: a escala de Hunt e Hess é uma escala graduada usada para classificar e estabelecer a gravidade da hemorragia subaracnóidea não traumática, prever a taxa de mortalidade com base nas características clínicas observadas em um paciente, e também é usada para determinar o risco cirúrgico dos pacientes submetidos à cirurgia para hemorragia subaracnóidea. A escala consiste em cinco graus que variam de minimamente sintomático a coma. Cada grau corresponde a um conjunto específico de achados do exame clínico de 3 áreas (nível de excitação, reflexos e irritação meníngea), como grau I (cefaléia assintomática ou mínima e leve rigidez de nuca), com sobrevida de 70%; grau II (cefaleia moderada a intensa, sem rigidez de nuca além da paralisia de nervos cranianos), com sobrevida de 60%; grau III (sonolência, confusão ou déficit focal leve), com 50% de sobrevida; grau IV (estupor, hemiparesia moderada a grave, possível rigidez de descerebração precoce e distúrbios vegetativos), com sobrevida de 20%; e grau V (coma profundo, rigidez descerebrada, aparência moribunda), com sobrevida de

10%.<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/nerve-paralysis>
<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/stupor>
<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/hemiparesis>

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- [Hunt WE, Hess RM. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms.](#) Journal of Neurosurgery 1968 Jan;28(1):14-20
- [Hunt WE, Meagher JN, Hess RM. *Intracranial aneurysm. A nine-year study.* Ohio State Medical Journal 1966 Nov;62\(11\):1168-71](#)
- [Lantigua H, Ortega-Gutierrez S, Schmidt JM, Lee K, Badjatia N, Agarwal S, Claassen J, Connolly ES, Mayer SA.](#) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556224/> Crit Care. 2015 Aug 31;19(1):309.

2.1.3.13.105 Insomnia Severity Index (ISI)

Descrição: o Insomnia Severity Index (ISI) é um questionário de auto-relato de 7 itens que avalia a natureza, gravidade e impacto da insônia. O período recordatório usual é o "último mês" e as dimensões avaliadas são gravidade do início do sono, manutenção do sono, problemas no despertar matinal, insatisfação com o sono, interferência das dificuldades do sono no funcionamento diurno, percepção de problemas do sono por outras pessoas e sofrimento causado por as dificuldades do sono. Uma escala Likert de 5 pontos é usada para classificar cada item (por exemplo, 0 = nenhum problema; 4 = problema muito grave),

resultando em uma pontuação total variando de 0 a 28. A pontuação total é interpretada da seguinte forma: sem insônia clinicamente significativa (0-7); insônia subliminar (8-14); insônia moderada (15-21); e insônia severa (22-28).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H.* The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep*. 2011 May 1; 34(5): 601–608
- *Bastien CH, Vallières A, Morin CM.* Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. 2001 Jul;2(4):297-307. doi: 10.1016/s1389-9457(00)00065-4. PMID: 11438246.

2.1.3.13.106 Intensive Care Delirium Triage Checklist (ICDSC)

Descrição: o Intensive Care Delirium Triage Checklist (ICDSC) foi criado em 2001 e pode ser aplicado por um clínico ou enfermeiro em um ambiente de cuidados intensivos movimentado para triar todos os pacientes, mesmo quando a comunicação estiver comprometida. A ferramenta pode ser utilizada rapidamente e ajuda a identificar pacientes delirantes. Inclui a avaliação de oito itens, como alteração do nível de consciência, desatenção, desorientação, alucinação ou delírio, agitação ou retardo psicomotor, humor ou fala inadequados, distúrbios do ciclo sono/vigília e flutuação dos sintomas. Para cada item, manifestação óbvia de um item = 1 ponto, nenhuma manifestação de um item ou nenhuma avaliação possível = 0 ponto. A pontuação varia de 0 a 8 e a maior pontuação final indica maior gravidade.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fonte:

- *Bergero N, et al.* Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Me*. 2001 May;27(5):859-64
- *Gusmao-Flores D, Salluh JI, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomasi CD, Lima MA, et al.* The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics (As Paulo)*. 2011;66(11):1917-22
- *Carvalho JPLM, Almeida ARP, Flores DG.* Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013 ;25(2) :148-154

2.1.3.13.107 International Prostate Symptom Score (IPSS)

Descrição: o International Prostate Symptom Score (IPSS) auxilia no diagnóstico e avaliação dos sintomas da hiperplasia prostática benigna (HPB). O escore é composto por 4 questões relacionadas a sintomas obstrutivos e 3 relacionadas a sintomas irritativos. Os valores do IPPS variam de 0 a 7, 8 a 19 e 20 a 35, representando sintomas leves, moderados e graves, respectivamente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Junior PNL, et al.* Correlation between urinary flow rate, quality of life and international prostate symptom score (I-PSS) in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH). *Braz J Urol*, 27: 353-357, 2001

2.1.3.13.108 International Staging System (ISS)

Descrição: O International Staging System (ISS) é uma ferramenta utilizada para avaliar o prognóstico do paciente com mieloma múltiplo. Baseado exclusivamente nos níveis de microglobulina β2 e albumina no momento do diagnóstico, o ISS baseia-se em parâmetros laboratoriais simples e disponíveis e, portanto, pode ser mais objetivo do que os sistemas de estadiamento anteriores, incluindo o sistema Salmon-Durie baseado em variáveis clínicas. Interpretação ISS de mieloma múltiplo: estágio I (microglobulina β2 sérica < 3,5 mg/L e albumina sérica >= 3,5 g/dL), estágio II (microglobulina β2 sérica < 3,5 mg/L, mas albumina sérica < 3,5 g/dL ou soro microglobulina β2 3,5 – 5,4 mg/L independentemente da albumina sérica) e estágio III (microglobulina β2 sérica >= 5,5 mg/L). Este modelo classifica os pacientes em 3 grupos de risco: estágio I (sobrevida global mediana de 62 meses), estágio II (45 meses) e estágio III (29 meses).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- Greipp PR, San MJ, Durie BG et al. International staging system for multiple myeloma. J Clin Oncol. 2005;23(15):3412-20
- Maiolino A et al. Avaliação de risco em mieloma múltiplo: resultados preliminares do grupo brasileiro de estudos de mieloma. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. Vol.30 suppl.2 São Paulo June 2008

2.1.3.13.109 International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI)

Descrição: os padrões internacionais para classificação neurológica de lesão medular (ISNCSCI - International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury) foram desenvolvidos e são mantidos pela ASIA - American Spinal Injury Association (associação americana de lesões espinhais). ISNCSCI é a avaliação melhor estabelecida para caracterizar o comprometimento neurológico após uma lesão medular. Descreve o comprometimento funcional de uma pessoa como resultado de uma lesão medular (LM). ISNCSCI consiste em duas partes principais: avaliação neurológica e classificação subsequente. A classificação é realizada com base no exame sensorial de apreciação de toque leve e discriminação de picada de alfinete ao longo de 28 dermatomos por lado do corpo, assim como no teste muscular manual em 10 músculos-chave por lado do corpo e em um exame anorrectal para sensação de pressão anal profunda e contração anal voluntária. Para o grupo sensorial, a pontuação total é 112 e, para o grupo motor, a pontuação é 100.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- American Spinal Injury Association. Worksheet International standards for neurological classification of spinal cord injury (ISNCSCI); versão revisada em novembro de 2015.

2.1.3.13.110 Interstroke Stress Scale

Description: A Interstroke Stress Scale é usada para avaliação do estresse psicológico. A autopercepção de estresse psicológico como fator de risco para doença arterial coronariana (DAC) foi avaliada em homens sem infarto do miocárdio prévio. Para esta escala, o estresse foi definido como um sentimento de tensão, irritabilidade ou ansiedade, ou dificuldade para dormir como resultado das condições no trabalho ou em casa. A escala apresenta as seguintes opções a serem selecionadas: (1) nunca experimentou estresse, (2) >= 1 período de estresse, (3) algum período de estresse durante os últimos 5 anos, (4) vários períodos de estresse durante os últimos 5 anos, (5) estresse permanente durante o último ano ou (6) estresse permanente durante os últimos 5 anos.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- *Rosengren, Annika. et al. Self-Perceived Psychological Stress and Incidence of Coronary Artery Disease in Middle-Aged Men. Am J. Cardio 1991; 98: 1171-1175*

2.1.3.13.111 Japan Coma Scale (JCS)

Descrição: The Japan Coma Scale (JCS) is a grading system to evaluate disturbed consciousness. Foi publicada pela primeira vez em 1974 e é certificada como uma ferramenta de campo padrão que avalia o nível de consciência pela Agência Japonesa de Gerenciamento de Incêndios e Desastres. A escala é composta por quatro categorias principais: 0 e um-, dois -, e códigos de três dígitos correspondentes a alerta, acordado sem estímulos, despertável com alguns estímulos (mas reverte ao estado anterior se o estímulo parar) e não despertável por qualquer estímulo forte, respectivamente. Each code is further divided into three subcategories: 1, 2 and 3 in the one-digit code, 10, 20, and 30 in the two-digit code, and 100, 200, and 300 in the three-digit code. Hence, there are 10 grades in total. As note, the user can select also if there is restlessness (R), incontinence (I) and apallic state or akinetic mutism (A). The result is shown as 30R or 20I, for example.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Yumoto, T., Naito, H., Yorifuji, T. et al. Association of Japan Coma Scale score on hospital arrival with in-hospital mortality among trauma patients. BMC Emerg Med 19, 65 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0282-x>*

2.1.3.13.112 Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT)

Descrição: a Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT) foi desenvolvida pela Universidade Johns Hopkins em 2005 e revisada em 2007. As áreas de avaliação de risco consistem em: categoria do fator de risco de queda (alto ou baixo) e, se uma opção for preenchida, habilita o resto da escala; idade (1 ou 2 ou 3 pontos); história de queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos); eliminações intestinais e vesicais (2 ou 4 pontos); medicamentos, incluindo bomba de PCA/opióides, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos, diuréticos, hipnóticos, laxantes, sedativos e psicotrópicos (3 ou 5 ou 7 pontos); equipamento de assistência ao paciente: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente como infusão IV, dreno torácico, cateteres, compressores pneumáticos (1 ou 2 ou 3 pontos); mobilidade (2 pontos para cada opção, permite múltiplas escolhas) e cognição (1 – 2 – 4 pontos para cada opção, permite múltiplas escolhas). A pontuação final define risco: baixo risco (0-5 pontos), risco moderado (6 – 13 pontos) e alto risco (> 13 pontos). Os critérios para aplicação da escala são durante as primeiras oito horas após a admissão do paciente, uma vez ao dia a partir de então e conforme alteração do quadro clínico ou de risco do paciente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Poe SS, et al. An Evidence-based Approach to Fall Risk Assessment, Prevention, and Management. Journal of Nursing Care Quality/April-June 2005*
- *Poe SS, et al. The Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool. Journal of Nursing Care Quality/October-December 2007*

2.1.3.13.113 Karnofsky Performance Scale Index

Descrição: O Karnofsky Performance Scale Index é utilizado em oncologia, hematologia e áreas afins para tentar qualificar o bem estar geral dos pacientes e determinar a possibilidade de receber quimioterapia e a necessidade de ajuste das doses desses medicamentos. O instrumento classifica os pacientes em uma

escala de 0 a 100, onde quanto menor o escore de Karnofsky, pior a sobrevida para doenças mais graves, o paciente não consegue cuidar de si mesmo; requer equivalente de atendimento institucional ou hospitalar; doença pode estar progredindo rapidamente. A classificação 100% corresponde à saúde perfeita, o paciente pode realizar atividades normais e trabalhar sem necessidade de cuidados especiais.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- *Karnofsky DA, Burchenal JH. (1949). "The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer." In: MacLeod CM (Ed), Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ Press. Page 196*
- *Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: Reliability, validity, and guidelines. J Clin Oncology. 1984; 2:187-193*
- *O'Toole DM, Golden AM. Evaluating cancer patients for rehabilitation potential. West J Med. 1991; 155:384-387*

2.1.3.13.114 Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

Descrição: o Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, comumente referido como Katz ADL, é um instrumento usado para avaliar o estado funcional como medida da capacidade do paciente de realizar as atividades da vida diária de forma independente. Utiliza literatura gerontológica para avaliar a funcionalidade de idosos nas atividades básicas de vida diária. A apresentação do resultado neste índice foi modificada pelo Hartford Institute for Geriatric Nursing em 1998. O índice classifica a adequação do desempenho nas seis funções de banho, vestir-se, ir ao banheiro, mover-se, continência e alimentação. Os pacientes são pontuados sim/não para independência em cada uma das seis funções. Uma pontuação de 6 indica função completa (independente do paciente), 4 indica comprometimento moderado e <= 2 indica comprometimento funcional grave.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963; 185 (12):914-9*
- *The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) [1998]. [texto na internet]. New York; 2005*

2.1.3.13.115 Kendall Scale

Descrição: A Kendall Scale é utilizada para avaliar a força muscular. É uma escala numérica graduada em: 0 – nulo (ausência de contração), 1 – traço (há uma leve contração, mas incapaz de produzir movimento), 2 – fraco (há movimento apenas na ausência de gravidade), 3 – regular (pode se mover superando a gravidade), 4 – bom (pode se mover superando a gravidade e também uma resistência externa) e 5 – normal (pode realizar o movimento superando uma resistência maior que o músculo bom).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- *Kendall FP, McCreary EK, Provance PG. Músculos: prova e funções com postura e dor. 4. Ed. São Paulo: Manole, 1995*

- Silva MB, et al. Análise dos instrumentos de avaliação na miopatia. Revista de neurociências. V14 N2 – ABR/JUN, 2006 (029-043)

2.1.3.13.116 Kidney Failure Classification (RIFLE)

Descrição: A Acute Kidney Injury (AKI) é uma condição médica comum em pacientes críticos e é bem reconhecida por seu impacto no ambiente da unidade de terapia intensiva. Para estabelecer uma definição e pontuação uniformes da AKI, a Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) formulou a classificação RLFDPD (Risco, Lesão, Falha, Perda e Doença Renal Terminal). A classificação RIFLE é baseada nos valores de creatinina ou taxa de filtração glomerular e determinantes do débito urinário, e considera três classes de gravidade da LRA (Risco, Lesão e Falha), de acordo com as variações dos determinantes, e dois desfechos classes (perda da função renal e doença renal terminal). O paciente deve ser classificado de acordo com a pior classificação (RIFLE máximo).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- Santos ER. Associação do RIFLE com letalidade e tempo de internação em pacientes críticos com lesão renal aguda. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(4):359-368
- Uchino, S, Bellomo, R, Goldsmith, D, et al. An assessment of the RIFLE-criteria for acute renal failure in hospitalized patients. Crit Care Med 2006; 34:1913

2.1.3.13.117 Killip Classification

Description: A classificação Killip é um sistema utilizado em indivíduos com infarto agudo do miocárdio (ataque cardíaco), levando em consideração o exame físico e o desenvolvimento de insuficiência cardíaca para prever e estratificar seu risco de mortalidade. A Killip classe I inclui indivíduos sem sinais clínicos de insuficiência cardíaca; a Killip classe II inclui indivíduos com estertores ou crepitações nos pulmões, galope S3 e pressão venosa jugular elevada; a Killip classe III descreve indivíduos com edema pulmonar agudo franco; a Killip classe IV descreve indivíduos em choque cardiogênico ou hipotensão (medida como pressão arterial sistólica < 90 mmHg) e evidência de baixo débito cardíaco (oligúria, cianose ou estado mental prejudicado). A taxa de mortalidade esperada da classe I é de 6%, classe II de 17%, classe III de 38% e classe IV de 81%.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- Killip T, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: a two year experience of 20 patients. Am J Cardiol. 1967
- Pesaro AEP, et al. Infarto Agudo do Miocárdio – Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível do Segmento ST. Rev Assoc Med Bras 2004; 50(2): 214-20
- Torres MA. Estratificação de Risco Pós-Infarto Agudo do Miocárdio. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Ano XVI nº 13 Jan/Fev/Mar/Abr 2008

2.1.3.13.118 LATCH Score

Descrição: o escore LATCH é uma ferramenta para avaliar a eficácia da amamentação precoce. Um valor numérico de 0, 1 ou 2 é atribuído aos cinco itens avaliados: pegada do lactente no peito, quantidade de

deglutição audível, tipo de bico, conforto da mãe, ajuda necessária da mãe para segurar o bebê no peito. O escore final é a soma dos cinco itens avaliados, variando de 0 a 10. Escores entre 9-10 significa que a amamentação é bem-sucedida, indicando mínimo ou nenhum apoio, escores entre 6-8 significa que a amamentação pode apresentar problemas e requer assistência, e os escores <= 5 significa que o aleitamento materno apresenta problemas e necessita fortemente de assistência.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Jensen D, Wallace S, Kelsay P. Latch: a breastfeeding charting system and documentation tool. J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs., 1994*
- *Riordan J, Bibb DD, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. J Hum Lact 2001; 17:20-3*

2.1.3.13.119 LEE Cardiac Risk Index

Descrição: o LEE Cardiac Risk Index é usado para estimar o risco de complicações cardíacas perioperatórias em pacientes. O índice avalia seis variáveis (operação de alto risco intrínseco, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, doença cerebrovascular, diabetes e creatinina pré-operatória > 2,0mg/dl), que são identificadas como aumento de risco de complicações cardíacas. Com base no índice final, informa ao clínico a classificação da classe de risco e o percentual de complicações. O risco de complicações cardíacas perioperatórias é dado de acordo com o escore: o escore 0 (zero) corresponde à classificação I – 0,5%; o escore 1 corresponde à classificação II – 1,3%; o escore 3 corresponde à classificação III com 4% e ≥ o escore 3 corresponde à classificação IV – 9%. A classificação final (apresentada em %) é de risco do paciente ter complicações cardíacas perioperatórias.

Funções do sistema: Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica > Risco; Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- *Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, Thomas EJ, Polanczyk CA, Cook EF, Sugarbaker DJ, Donaldson MC, Poss R, Hoo KK, Ludwig LE, Pedan A, Goldman L. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. 1999 Sep 7;100(10):1043-9*
- *Goldman L, Caldera DL, Nussbaum SR, et al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. N Engl J Med.1977; 297(16):845-50*
- *Buitrago FJ, Santana AS, Guimarães LF, Henriques MD, Júnior WMA. Avaliação cardiovascular perioperatória para cirurgia não cardíaca. As Med Minas Gerais 2011; 21(2 Supl 3): S9-S27*

2.1.3.13.120 Maddrey's Discriminant Function (MDF) Score

Descrição: o Maddrey's Discriminant Function (MDF) Score é um modelo para avaliação da gravidade e prognóstico em pacientes com hepatite alcoólica. Leva em consideração o tempo de protrombina (TP), controle de PT e bilirrubina sérica para gerar o escore final. O escore é calculado pela fórmula: $[4,6 \times (\text{PT} - \text{PT controle})] + \text{bilirrubina sérica em mg/dL}$, e um escore ≥ 32 significa que o paciente provavelmente tem hepatite alcoólica grave.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- <https://www.mdcalc.com/maddreys-discriminant-function-alcoholic-hepatitis>

- [Https://en.wikipedia.org/wiki/Modified_Maddrey%27s_discriminant_function](https://en.wikipedia.org/wiki/Modified_Maddrey%27s_discriminant_function)
- [Https://www.oneta.ch/images/pdf/Child_und_andere_Scores.pdf](https://www.oneta.ch/images/pdf/Child_und_andere_Scores.pdf)
- <Http://gihep.com/calculators/hepatology/maddrey-discriminant-score/>

2.1.3.13.121 Malnutrition Screening Tool (MST)

Descrição: o Malnutrition Screening Tool (MST) foi desenvolvido para permitir a realização rápida e fácil de triagens nutricionais em pacientes adultos na admissão hospitalar. O MST é um questionário composto por duas questões principais consideradas de alta especificidade e sensibilidade para detectar precocemente o risco nutricional quando comparado ao padrão ouro da Subjective Global Assessment. Esses dois problemas incluem a redução da ingestão de alimentos devido à perda de apetite e perda de peso indesejada. A ferramenta é composta por 3 perguntas, cada uma com uma pontuação diferente, por exemplo: "Você teve alguma perda de peso não intencional recente?" (Se sim = 2 pontos); "Quantos quilos?" (1-5 kg = 1 ponto; 6-10 kg = 2 pontos; 11-15 kg = 3 pontos; > 15 kg = 4 pontos); "Você está comendo menos devido à perda de apetite?" (Se sim = 1 ponto). Após a aplicação do questionário MST, resultados com pontuação > 2 significam que o paciente está em risco nutricional.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Henderson S, Moore N, Lee E, Witham MD. Do the malnutrition universal screening tool (MUST) and Birmingham nutrition risk (BNR) score predict mortality in older hospitalised patients. BMC Geriatrics 2008, 8:26*
- *Stratton RJ. 'Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. British Journal of Nutrition (2006), 95, 325-330*

2.1.3.13.122 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Descrição: a Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) é uma ferramenta de triagem com cinco etapas para identificar adultos com risco de desnutrição ou obesidade. A ferramenta avalia o IMC, o percentual de perda de peso involuntária nos últimos 6 meses e o efeito de uma doença aguda.

O instrumento consiste na avaliação de 3 critérios: IMC, perda de peso e redução da ingestão alimentar. Se IMC > 20 (0 pontos); 18,5-20 (1 ponto); < 18,5 (2 pontos). Se o percentual de perda de peso nos últimos 3 a 6 meses for < 5% (0 pontos), 5-10 (1 ponto) e > 10 (2 pontos). Se o paciente teve redução drástica na ingestão de alimentos, 2 pontos. A soma total indica o risco de desnutrição ou obesidade: baixo risco = 0, médio risco = 1, alto risco >= 2.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Kondrup J, Allison SP, Elia M, et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002; Clinical Nutrition 2003, 23 (4) p.415-421*

2.1.3.13.123 Manchester Risk Classification System

Descrição: o Manchester Risk Classification System foi desenvolvido por enfermeiros e médicos do Reino Unido como estratégia para estabelecer, com base em critérios clínicos, a prioridade de atendimento entre pacientes em serviços de emergência. A metodologia parte da queixa principal do paciente, o que direciona o enfermeiro para diferentes fluxogramas. Cada fluxograma contém discriminadores que apoiam o processo de triagem e, por fim, uma classificação de gravidade ou risco clínico é apresentada.

Estes são os fluxogramas disponíveis de classificação de pacientes: agressão, alergia, mudança de comportamento, asma, autoagressão, choro de bebê, dor de cabeça, convulsões, doenças sexualmente transmissíveis, dor abdominal adulta, dor abdominal infantil, dor no pescoço, dor de garganta, dor nas costas, dor no testículo, dor no peito, embriaguez aparente, erupção cutânea, exposição a agentes químicos, feridas, gravidez, hemorragia digestiva, infecções e abscessos locais, mal-estar adulto, mal-estar em recém-nascidos (até 28 dias), mal-estar em bebês (de 29 dias a 12 meses), mal-estar em crianças (dos 12 meses aos 14 anos), mordidas e picadas, overdose e envenenamento, pais preocupados, palpitações, problemas nas extremidades, problemas na face, problemas nos olhos, problemas nos ouvidos, problemas dentários, problemas urinários, queimaduras, quedas, sangramento vaginal, traumatismo cranioencefálico, trauma maior, trauma toracoabdominal, situação de múltiplas vítimas – avaliação primária e situação de múltiplas vítimas – avaliação secundária.

A classificação é descrita por cores, que indicam o tempo máximo até o primeiro exame médico. Vermelho indica uma condição de emergência, sugerindo atendimento imediato. Laranja indica condições muito urgentes com tempo sugerido \leq 10 minutos. Amarelo é para condição de urgência com tempo \leq 60 minutos. As condições classificadas como verde são de baixa urgência com tempo sugerido \leq 120 minutos. O azul é considerado não urgente e o tempo sugerido é \leq 240 minutos.

Funções do sistema: Classificação de Risco Manchester (disponível para localização alemã e brasileira)

Fontes:

- *Risk Classification in Urgency and Emergency, 2nd Brazilian edition (2017), being the translation of the book: Emergency Triage/Manchester Triage Group; edited by Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Jill Windle, 3rd edition (2014) and validated by the technical team of GBCR – Brazilian Risk Rating Group (<http://qbcr.org.br>)*
- *Emergency Triage: Manchester Triage Group 3.7 ed, Wiley Verlag, 2013 and for the German edition First assessment in the emergency room: the Manchester Triage System 5th edition, Hogrefe Verlag 2020*

2.1.3.13.124 Maximum Response to Botulinum Toxin Rating Scale (Jankovic)

Description: A Escala de Avaliação da Resposta Máxima à Toxina Botulínica (Jankovic) foi criada por Jankovic avaliando o grau de resposta clínica (no momento de ação máxima após a aplicação - efeito pico) da toxina botulínica em um estudo de tratamento da distonia crânio-cervical, disfonia espasmódica, outras distonias focais e espasmo hemifacial. O "pico de efeito" foi classificado em uma escala de 0 a 4 (0 = nenhum efeito; 1 = melhora leve; 2 = melhora moderada, mas sem alteração nas funções; 3 = melhora moderada na gravidade e funções; 4 = melhora acentuada em gravidade e função).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Botulinum toxin treatment of cranial-cervical dystonia, spasmodic dysphonia, other focal dystonias and hemifacial spasm. Joseph Jankovic, Kenneth Schwartz, Donald T Donovan. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1990;53:633-639*
- *Jankovic J, Brin MF. Therapeutic uses of botulinum toxin. New Engl J Med 1991, 324:1186-1194*

2.1.3.13.125 Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)

Descrição: o Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) foi construído para pesquisar o estado de saúde na prática clínica e na pesquisa. Inclui uma escala de múltiplos itens que avalia oito conceitos de saúde com 36 itens, como limitações nas atividades físicas por problemas de saúde,

limitações nas atividades sociais devido a problemas físicos ou emocionais, limitações nas atividades habituais devido a problemas de saúde física, dores corporais, saúde mental geral (sofrimento psicológico e bem-estar), limitações nas atividades habituais devido a problemas emocionais, vitalidade (energia e fadiga) e percepções gerais de saúde. A pontuação estabelecida é de 0 a 100, onde zero corresponde ao pior estado de saúde geral e 100 ao melhor estado de saúde.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- WARE, J. E. Sherbourne CD: *The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, n. 30, p. 473-483, 1992.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. *Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)*. *Rev Bras Reumatol – Vol.39 – Nº3 – Mai/Jun, 1999*.
- VILAGUT Gemma et al. *El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos*. Gac Sanit vol.19 no.2 Barcelona Mar./abr. 2005.

2.1.3.13.126 Mini Mental Health Exam Score

Descrição: o Mini Mental Health Exam Score avalia a presença de comprometimento cognitivo e é comumente usado para triagem de demência, estimando a gravidade do comprometimento cognitivo em um determinado momento e para monitorar o curso das alterações cognitivas de um indivíduo ao longo do tempo. O exame mede a orientação em termos de tempo e lugar (saber onde você está e a estação ou dia da semana), memória de curto prazo (lembrar), atenção e resolução de problemas (como soletrar uma palavra simples de trás para frente), linguagem (identificar objetos comuns pelo nome) e compreensão e habilidades motoras (desenhe uma forma um tanto complicada como dois pentágonos se cruzando). A pontuação tem um máximo de 30 pontos e classifica cognição normal ou sem demência se a pontuação ≥ 24 pontos, demência leve entre 19-23 pontos, demência moderada entre 10-18 pontos e demência grave com resultado $<= 9$.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12 (3): 189-1998
- <https://www.dementiacarecentral.com/minimal-mental-state-exam>

2.1.3.13.127 Mini Nutritional Assessment (MNA®) Long form

Descrição: o Mini Nutritional Assessment (MNA®) Long form é uma ferramenta de avaliação nutricional que pode identificar pacientes com idade ≥ 65 anos que estão desnutridos ou em risco de desnutrição. Esta avaliação inclui triagem (formato MNA® Short) e avaliação global. É necessário responder à triagem antes da avaliação global. Está dividido em quatro partes: avaliação antropométrica (IMC, circunferência do braço, circunferência da panturrilha e perda de peso); avaliação global (questões relacionadas ao estilo de vida, medicação, mobilidade e problemas psicológicos); avaliação dietética (questões relacionadas ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia na alimentação); e autoavaliação (a autopercepção de saúde e estado nutricional).

Se o resultado da triagem estiver entre 8-11, sugere-se realizar a avaliação global (MNA® Long form). A avaliação final é a soma da triagem e avaliação global e é interpretada como: desnutrido (< 17), em risco de desnutrição (17-23,5) e estado nutricional normal (24-30).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients.* Facts and Research in Gerontology, 1997, pp 15-60
- *Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA.* In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme 1999; 1:101-15; 115-6. DOI: 10.1159/000062958

2.1.3.13.128 Mini Nutritional Assessment (MNA®) Short form

Descrição: o formulário Mini Nutritional Assessment MNA® Short pode identificar pacientes com idade >= 65 anos que estão desnutridos ou em risco de desnutrição. Trata-se de um instrumento de triagem nutricional composto por perguntas referentes a alterações na ingestão alimentar (por perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade de mastigação ou deglutição), perda de peso, mobilidade, ocorrência de estresse psicológico ou doença aguda, problemas neuropsicológicos e IMC. Se o IMC não puder ser registrado, é necessário registrar a circunferência da panturrilha. A avaliação final é interpretada como desnutrido (0-7), em risco de desnutrição (8-11) e estado nutricional normal (12-14).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients.* Facts and Research in Gerontology. Supplement 2:15-59
- *Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA.* In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme 1999; 1:101-15; 115-6. DOI: 10.1159/000062958

2.1.3.13.129 Mirels Score

Descrição: o escore de Mirels é útil no manejo de tumores ósseos, identificando pacientes que podem se beneficiar da fixação profilática se tiverem risco suficientemente alto de fratura patológica. Analisa e combina quatro fatores de risco clínicos e radiográficos em um único escore conforme a localização (membros superiores, membros inferiores e peritrocantérico), grau de dor causado pela lesão (leve, moderada e intensa) tipo de lesão (lítica, blástico, misto) e a extensão da lesão – tamanho (< 1/3, 1/3-2/3, > 2/3). A pontuação final é uma soma dos valores. Se a pontuação for maior que 8, sugere que a fixação interna profilática antes da irradiação é benéfica.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Mirels H. Metastatic Disease in long bones. A proposed Scoring System for diagnosing impending pathologic fracture.* Clin Orthop Rel Res 1989; 249; 256-264

2.1.3.13.130 Model for End-Stage Liver Disease (MELD)

Descrição: a Model for End-stage Liver Disease (MELD) é uma ferramenta usada para avaliar as condições hepáticas do paciente (a gravidade da doença hepática) e, consequentemente, a urgência do transplante de fígado. O cálculo é feito usando uma fórmula baseada em resultados laboratoriais para bilirrubina, creatinina e International Normalized Ratio (INR), e diálise pelo menos duas vezes na última semana. A pontuação final varia de 6 a 40. Quanto maior a pontuação, mais grave é a doença e mais urgente se torna a necessidade do paciente de um transplante de fígado.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *SH, Christein J, Donohue J, Que F, Kendrick M, Farnell M, et al. Hepatic resection of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: Model of end-stage liver disease (MELD) score predicts perioperative mortality. J Gastrointest Surg. 2005; 9: 1207-1215*
- *Biggins SW, Bambha K. MELD-based liver allocation: Who is underserved? Semin Liver Dis. 2006; 26: 211-220*
- *Cholongitas E, Senzolo M, Patch D, Kwong K, Nikolopoulou V, Leandro G, et al. Risk factors, sequential organ failure assessment and model for end-stage liver disease scores for predicting short-term mortality in cirrhotic patients admitted to intensive care unit. Aliment Pharmacol Ther. 2006; 23: 883-893*
- *Kamath, Patrick S. MELD Score (Model for End-Stage Liver Disease) (12 and older). MD+CALC. 2021. Available at: <https://www.mdcalc.com/meld-score-model-end-stage-liver-disease-12-older#pearls-pitfalls>*

2.1.3.13.131 Modified Ashworth Scale

Descrição: A Modified Ashworth Scale tem como objetivo avaliar o grau de espasticidade muscular (alteração do tônus) em pacientes com afecções neurológicas, aplicável tanto a membros superiores quanto a inferiores. O avaliador deve estender o membro do paciente de uma posição de flexão máxima para extensão máxima até que a primeira resistência suave seja sentida. A Modified Ashworth Scale é utilizada na condição pré e pós-tratamento. A pontuação varia de 0 a 4 para cada músculo analisado, onde a pontuação mais baixa representa o tônus muscular normal e a pontuação mais alta representa a parte rígida afetada em flexão ou extensão. Consulte o recurso "Gerenciamento de espasticidade" neste documento para obter mais detalhes relacionados ao fluxo de trabalho, que inclui o uso desta balança (bloqueio neuromuscular).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Ashworth B. Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis. Practitioner 1964; 192: 540-2*
- *Bohannon RW, Smith MB. Inter rater reliability on modified Ashworth scale of muscle spasticity. Phys Ther; 1967: 659-61*
- *Espasticidade. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Portaria SAS/MS no 377, de 10 de novembro de 2009*

2.1.3.13.132 Modified Behavioral Pain

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.133 Modified Early Warning Score (MEWS)

Descrição: o Modified Early Warning Score (MEWS) é uma ferramenta versátil baseada em parâmetros fisiológicos como frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal, pressão arterial sistólica e nível de consciência. Todas essas variáveis são capazes de alertar médicos e demais membros da equipe de saúde sobre pacientes em risco de deterioração clínica. Esse escore pode ser utilizado nas enfermarias para orientar o acompanhamento continuado dos pacientes, identificando aqueles com escores alterados e aumento progressivo que necessitam de maior atenção da equipe responsável. Valores acima de 3 significam necessidade de intervenção da equipe e acima de 5 são considerados críticos.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Morgan RJM; Williams F, Wright MM. *An early warning scoring system for detecting developing critical illness. Clinical Intensive Care*, 1997
- Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, et al. *Validation of a modified early warning score in medical admissions. QJM*, 2001;94:521-526
- Burch VC, Tarr G, Morroni C. *Modified early warning score predicts the need for hospital admission and in hospital mortality. Emerg Med J* 2008; 25:674-678

2.1.3.13.134 Modified Objective Pain Score (MOPS)

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.135 Modified Rankin Scale (MRS)

Descrição: A Escala de Rankin Modificada (MRS) é usada para categorizar o nível de incapacidade ou independência funcional nas atividades diárias de pessoas que sofrem um acidente vascular cerebral ou outras causas de incapacidade neurológica e é comparada ao longo do tempo para verificar recuperação e grau de incapacidade continuada. A escala consiste em 6 categorias de 0 a 6: 0, sem sintomas; 1, sem deficiência significativa; 2, deficiência leve; 3, deficiência moderada; 4, deficiência moderadamente grave; 5, deficiência grave; 6, morto. As categorias são intuitivas e de fácil compreensão pelo clínico e pelo paciente, tem validade concorrente e é demonstrada por forte correlação com medidas de patologia do AVC (por exemplo, volumes do infarto) e concordância com outras escalas de AVC.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Rankin J. “Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60.” *Scott Med J* 1957;2:200-15
- Bonita R, Beaglehole R. “Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke.” *Stroke* 1988 Dec;19(12):1497-1500
- Saver JL, Filip B, Hamilton S, et al. “Improving the reliability of stroke disability grading in clinical trials and clinical practice: the Rankin Focused Assessment (RFA).” *Stroke* 2010; 41 (5): 992-95

2.1.3.13.136 Morse Fall Scale (MFS)

Descrição: a Morse Fall Scale (MFS) é um método rápido e simples de avaliar a probabilidade de queda de um paciente e ajuda a prevenir quedas e suas consequências. O MFS é amplamente utilizado em ambientes de cuidados agudos, tanto no hospital quanto em ambientes de internação de longo prazo. O instrumento é composto por 6 itens de risco de queda, como histórico de queda (imediato ou prévio), se o paciente tem diagnóstico secundário (significando 2 ou mais diagnósticos no prontuário), auxílio ambulatorial, terapia intravenosa/bloqueio de heparina, marcha e estado mental. A soma dos itens dá uma pontuação que varia

de 0 a 125 pontos. São apresentados três tipos de risco de queda, como baixo (< 25 pontos), moderado (25 – 45 pontos) e alto (> 45 pontos) e cada um deles tem uma recomendação diferente de intervenção.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Morse, JM. *Predicting Patient Falls*. CA: Sage Publications, 1997
- Morse, JM. *Morse Fall Scale*. University Park, PA: The Pennsylvania State University School of Nursing, 1985
- Urbanetto JS, et al. *Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa*. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(3):569-75

2.1.3.13.137 Mucositis Scale

Descrição: A Mucositis Scale foi proposta pela OMS e é um sistema de classificação simples para quimioterapia relacionada à toxicidade oral do paciente. A avaliação considera sinais objetivos (vermelhidão ou eritema e desenvolvimento de úlceras) e os sinais subjetivos (capacidade de engolir e sensibilidade da mucosa). Após a avaliação, o usuário seleciona entre quatro classes: nível 0 (nenhum) - sem sinais e sintomas, nível 1 (leve) - dor oral e eritema, nível 2 (moderado) - eritema oral, úlceras, dieta sólida tolerada, nível 3 (grave) - úlceras orais, apenas dieta líquida e nível 4 (com risco de vida) - alimentação oral impossível.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Kowanko, I.H., Brent; Long, Lesley; Evans, David, *Prevention And Treatment Of Oral Mucositis In Cancer Patients*. Best Practice, 1998. 2(3)
- Miller, A. B ; Hoogstraten, B ; Staquet, M. et al. *Reporting results of cancer*. Cancer. N. 47, 207 – 214, 1981
- Peterson, D., *New Strategies for Management of Oral Mucositis in Cancer Patients*. Supportive Oncology, 2006. 4: pg 9, 14
- Hajisalem, Telka & Ghaffary, Saba & Nejati, Babak & Mashayekhi, Simin & Fathiazad, Fatemeh & Shokri, Javad & Bateni, Amin. (2019). *Effect of Achillea millefolium Mouthwash on Oral Mucositis Induced by Chemotherapy in AML Patients*. Jundishapur Journal of Natural Pharmaceutical Products. In Press. 10.5812/jjnpp.14077.

2.1.3.13.138 Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) Risk Index

Descrição: o índice de risco Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) é usado para avaliar o risco de complicações graves da neutropenia febril em pacientes com câncer. As variáveis são gravidade dos sintomas, idade, hipotensão (pressão arterial sistólica < 90 mmHg), doença pulmonar obstrutiva crônica, tumor sólido (ou malignidade hematológica sem infecções fúngicas prévias), reidratação que requer fluidos parenterais e o estado de início da febre neutropênica. A pontuação máxima é 26. Uma pontuação maior ou igual a 21 indica pacientes de baixo risco; menor de 21, pacientes de alto risco para desfechos ruins.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Klastersky J, et al. The Multinational Association for Supportive Care in Cancer Risk Index: A Multinational Scoring System for Identifying Low-Risk Febrile Neutropenic Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology, Vol 18, No 16 (August), 2000: pp 3038-3051*
- *Klastersky J, Paesmans M. The Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) risk index score: 10 years of use for identifying low-risk febrile neutropenic cancer patients. 2013 May;21(5):1487-95. Doi: 10.1007/s00520-013-1758-y. Epub 2013 Feb 27*
- *Almarie Uys, Bernardo L. Rapoport & Ronald Anderson. Febrile neutropenia: a prospective study to validate the Multinational Association of Supportive Care of Cancer (MASCC) risk-index score. Supportive Care in Cancer. Vol 12, 2004: pp 555–560*
- *Klastersky, Jean. MASCC Risk Index for Febrile Neutropenia. 2021. Available at: [Https://www.mdcalc.com/mascc-risk-index-febrile-neutropenia](https://www.mdcalc.com/mascc-risk-index-febrile-neutropenia)*

2.1.3.13.139 Multiple Organ Dysfunction Score (MODS)

Descrição: o Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) utiliza medidas fisiológicas de disfunção em seis sistemas orgânicos e está relacionado ao risco de mortalidade hospitalar. Usado em pacientes na unidade de terapia intensiva (UTI) durante a admissão e calculado a cada 48 h até a alta. É composto pelas seguintes variáveis: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, contagem de plaquetas, bilirrubina sérica, pressão arterial (min/max/média), frequência cardíaca, pressão venosa central, escala de coma de Glasgow e creatinina sérica. Cada valor gera uma pontuação (0 a 4) para cada sistema (respiratório, cardiovascular, renal, hepático, hematológico e sistema nervoso central), portanto a pontuação máxima é de 24 pontos. Escores mais altos estão associados a maiores taxas de mortalidade hospitalar e de UTI e maior tempo de permanência na UTI.

- *Marschall JC et coll. Multiple Organ Dysfunction Score: A reliable descriptor of a complex clinical outcome. Crit Care med.1995; 23:1638-1652*
- *Peres Bota D, Melot C, Lopes Ferreira F, Nguyen Ba V, Vincent JL. The Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) versus the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score in outcome prediction. 2002 Nov;28(11):1619-24. Epub 2002 Sep 6*

2.1.3.13.140 National Early Warning Score (NEWS)

Descrição: o National Early Warning Score (NEWS) é usado em pacientes hospitalizados para permitir a detecção precoce da deterioração clínica e a potencial necessidade de um nível mais alto de atendimento. O NEWS é baseado em um sistema de pontuação agregado simples no qual uma pontuação é atribuída a medidas fisiológicas que são rotineiramente registradas na prática clínica. Seis parâmetros fisiológicos simples formam a base do sistema de pontuação, como frequência respiratória, saturação de oxigênio, oxigênio suplementar, frequência de pulso, temperatura e nível de consciência. A pontuação varia de 0 a 20. Uma pontuação de 0-4 indica baixo risco clínico, 5-6 indica risco clínico médio e ≥ 7 indica alto risco clínico. Uma pontuação vermelha é atribuída quando há variação extrema em um único parâmetro fisiológico (uma pontuação de 3 em qualquer parâmetro fisiológico).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Royal College of Physicians. National early warning score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP, 2012*

2.1.3.13.141 National Early Warning Score 2 (NEWS 2)

Descrição: o National Early Warning Score 2 (NEWS 2) é usado em pacientes hospitalizados para permitir a detecção precoce da deterioração clínica e a potencial necessidade de um nível mais alto de atendimento.

O NEWS 2 é a versão mais recente do National Early Warning Score (NEWS), produzido pela primeira vez em 2012 e atualizado em dezembro de 2017, que defende um sistema para padronizar a avaliação e a resposta a doenças agudas. O NEWS é baseado em um sistema de pontuação agregado simples no qual uma pontuação é atribuída a medidas fisiológicas que são rotineiramente registradas na prática clínica. Seis parâmetros fisiológicos simples formam a base do sistema de pontuação, como frequência respiratória, saturação de oxigênio, oxigênio suplementar, frequência de pulso, nível de consciência ou nova confusão e temperatura. Diferentemente do NEWS, as pontuações do NEWS 2 possuem parâmetros diferentes e fornecem recomendações clínicas para cada resultado. A pontuação varia de 0 a 24. Uma pontuação de 0 a 4 indica baixo risco; 5-6: risco médio e, > ou igual a 7, risco alto. A pontuação vermelha continua sendo atribuída quando há variação extrema em um único parâmetro fisiológico (por exemplo, uma pontuação de 3 em qualquer parâmetro fisiológico).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Royal College of Physicians. *National Early Warning Score (NEWS 2): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Updated report of a working party.* London: RCP; 2017
- Echavarría PAE, Bush OAP, Ambriz JB. *Implementación de las escala de gravedad para la activación del equipo de respuesta rápida: NEWS 2.* Med Crit 2019;33(2):98-103

2.1.3.13.142 National Health Service Falls Risk Assessment Scale

Descrição: a National Health Service Falls Risk Assessment Scale tem como objetivo identificar o risco relacionado à queda para pacientes idosos. Avalia a idade do paciente, sexo, estilo de marcha, mobilidade, histórico de quedas, déficits sensoriais, medicamentos em uso, histórico de saúde e memória. Quanto maior a pontuação, maior o risco de queda do paciente, com pontuação máxima total de 40.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Falls prevention and management program guidelines for elderly people within the community – Redditch and Bromsgrove Primary Care Trust – NHS*

2.1.3.13.143 National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

Descrição: a National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) é uma ferramenta de uso sistemático que permite uma avaliação quantitativa dos déficits neurológicos relacionados ao AVC. Esta escala mede o estado neurológico inicial na fase aguda do AVC. A escala é composta por 15 itens de exame neurológico que avaliam o nível de consciência (perguntas e comandos), movimentos extraoculares, campos visuais, parálisia facial, força motora (direita, perna esquerda e braço), ataxia de membros, sensorial, linguagem/afasia, disartria e negligência. A pontuação total varia de 0 a 42, onde zero significa ausência de sintomas de AVC, 1 a 4 AVC leve, 5 a 15 AVC moderado, 16 a 20 AVC moderado a grave e 21 a 42 AVC grave.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fonte:

- Goldstein LB, Bertels C, Davis JN. Interrater reliability of the NIH stroke scale. Arch Neurol. 1989, 46 :660-662
- Lyden P, Brott T, Tilley B, et al. Improved reliability of the NIH Stroke Scale using video training. Stroke 1994; 25:2220-26

- *Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, Spilker J, Holleran R, Eberle R, Hertzberg V, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. AVC 1989 Jul; 20(7) :864-70*

2.1.3.13.144 Neonatal Facial Coding System for pain evaluation (NFCS)

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.145 Neonatal infant pain score (NIPS)

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.146 Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System (NTISS)

Descrição: o Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System (NTISS) mede a gravidade da doença quantificando a intensidade e complexidade dos cuidados recebidos e provou ser valioso na avaliação de resultados clínicos e consumo de recursos em cuidados intensivos neonatais. O NTISS foi criado através da modificação do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), onde 42 itens foram excluídos dos 76 itens originais do TISS e 28 novos itens foram adicionados. Cada item atribui pontuações de 0 a 4 para várias terapias de terapia intensiva (algumas das quais são agrupadas). Os escores do NTISS computam o nível mais intenso para cada terapia (respiratória, monitoração, cardiovascular, medicamentosa, metabólica/nutricional, procedimentos, transfusões e acesso vascular) durante um período de 24 horas. O primeiro período de pontuação geralmente começa na admissão. Também é importante delinear durante as administrações subsequentes da pontuação se as pontuações são baseadas no início da terapia ou na continuação. O NTISS é uma medida válida de intensidade terapêutica que independe do peso ao nascer e pode ser usada como um indicador de gravidade da doença neonatal e utilização de recursos (quanto maior a pontuação, maior a gravidade da doença e utilização de recursos).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Gray JE, Richardson DK et al. Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System: a therapy-based severity-of-illness index. Pediatrics. 1992; 90:561-7*

2.1.3.13.147 New Ballard Score (NBS)

Descrição: o New Ballard Score (NBS) é utilizado para determinar a idade gestacional (IG) por meio de uma avaliação neuromuscular e física do recém-nascido, onde são considerados 6 parâmetros neurológicos (postura, janela quadrada/punho, recuo do braço, ângulo poplíteo, sinal do lenço, calcanhar ao ouvido) e 6 parâmetros físicos (pele, lanugem, superfície plantar, mama, olho/orelha, genital masculino, genital feminino). A cada parâmetro é atribuído um escore que na soma determina a idade gestacional estimada (-10 é o escore mínimo e o máximo é 50). O escore total permite estimar idades entre 26 e 44 semanas de gestação e pode ser aplicado em até 96 h de vida do recém-nascido.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Ballard, J. L., Novak, K. K., & Driver, M. (1979). A simplified score for assessment of fetal maturation of newly born infants. The Journal of Pediatrics, 95(5), 769–774.*
- *Ballard, J. L., Khoury, J. C., Wedig, K., Wang, L., Eilers-Walsman, B. L., & Lipp, R. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. The Journal of Pediatrics, 119(3), 417–423.*

- *Donovan, E. F., Tyson, J. E., Ehrenkranz, R. A., Verter, J., Wright, L. L., Korones, S. B., ... Papile, L.-A. (1999). Inaccuracy of Ballard scores before 28 weeks' gestation. The Journal of Pediatrics, 135(2), 147–152.*

2.1.3.13.148 New York Heart Association (NYHA) Functional Classification

Descrição: The NYHA functional classification is a tool that provide a simple way of classifying the extent of heart failure. It classifies patients in one of four categories based on their limitations during physical activity. The limitations and symptoms evaluated are related to normal breathing and varying degrees in shortness of breath and or angina pain, which are (Class 1) no limitation of physical activity. Ordinary physical activity does not cause undue fatigue, palpitation, dyspnea (shortness of breath); (Class 2) Slight limitation of physical activity. Comfortable at rest. Ordinary physical activity results in fatigue, palpitation, dyspnea (shortness of breath); (Class 3) Marked limitation of physical activity. Comfortable at rest. Less than ordinary activity causes fatigue, palpitation, or dyspnea and (Class 4) Unable to carry on any physical activity without discomfort. Symptoms of heart failure at rest. If any physical activity is undertaken, discomfort increases.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- *The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994:253-256*

2.1.3.13.149 Nitrogen Balance (NB) Equation

Descrição: a Equação Nitrogen Balance (NB) é o cálculo da diferença entre o nitrogênio ingerido (NI) e o nitrogênio excretado (NE) das proteínas, permitindo a identificação do estado catabólico ou anabólico de um paciente. Um balanço nitrogenado negativo indica uma condição clínica desfavorável.

Fórmula: NB = NI - NE

NI = (proteína ingerida + proteína infundida)/6,25

NE = nitrogênio ureico urinário (NUU) 24 h + nitrogênio não ureico urinário (NNU) + nitrogênio fecal (NF) + nitrogênio da pele + nitrogênio da sonda nasogástrica + nitrogênio da fístula

NNU = nitrogênio ureico urinário (NUU) x 0,2

NUU = uréia urinária 24 h x 0,47

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Maicá AO Schweigert ID. Avaliação nutricional em pacientes graves. As Bras Ter Intensiva. 2008; 20(3):286-295*
- *Acosta Escribano J, Gomez-Tello V, Ruiz Santana S. Nutritional assessment of the severely ill patient. Nutr Hosp. 2005;20 Suppl 2:5-8. Spanish*

2.1.3.13.150 Numeric Categorical Pain Scale

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.151 Numeric Pain Rating Scale (categorical)

Consulte o recurso “Sinais vitais e parâmetros clínicos”.

2.1.3.13.152 Nursing Activities Score (NAS)

Descrição: o Nursing Activities Score (NAS) é um instrumento desenvolvido por Miranda e colaboradores e teve como objetivo mensurar a carga de trabalho de enfermagem com base no consumo de tempo de enfermagem no nível do paciente na UTI. A ferramenta é composta por 7 categorias e 23 itens. A pontuação total resulta da soma de cada item pontuado que corresponde às necessidades de cuidados diretos e indiretos dos pacientes. Esse escore representa quanto tempo um paciente necessitou de um profissional de enfermagem nas últimas 24 h. Se o escore for 100, interpreta-se que o paciente necessitou de 100% do tempo de um profissional de enfermagem em seus cuidados nas últimas 24 h.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Miranda DR, Nap R, Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing activities score. Crit Care Med. 2003;31(2):374-82*
- *Padilha KG, Sousaa RMC, Queijoaf AF, Mendesa AM, Mirandab DR. Nursing Activities Score in the intensive care unit: Analysis of the related factors. Intensive and Critical Care Nursing (2008) 24, 197-204*
- *Padilha KG, Sousa RMC, Garciaf PC, Bento ST, Finardi EM Hatarashi RHK. Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: A pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). Intensive and Critical Care Nursing (2010) 26, 108-113*

2.1.3.13.153 Nutrition Care Level Classification

Descrição: A Nutrition Care Level Classification é usada para definir o nível de cuidado nutricional do paciente. É realizado após a avaliação da situação do paciente quanto a doença principal, necessidade de terapia dietética e potencial presença de fatores de risco nutricionais associados. A classificação é feita selecionando a presença de duas condições, a necessidade de terapia dietética e os fatores de risco, definindo o nível de atenção da nutrição (primária, secundária e terciária).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Cardoso, Isosaki, Nazima et al. Manual de Dietoterapia e Avaliação Nutricional. Ed Atheneu capítulo 1: 4-8, 1997*
- *Cardoso E, Isosaki M, Nazima M.K.N, Nakasato M. Anamnese e diagnóstico na assistência nutricional ao cardiopata. As Soc Cardiol Estado de São Paulo. V. 7, n.5. p. 63-8, 1997*
- <https://www.asbran.org.br/storage/arquivos/PRONUTRI-SICNUT-VD.pdf>

2.1.3.13.154 Nutrition Risk Screening (NRS-2002)

Descrição: a Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) é usada para realizar a triagem de risco nutricional de pacientes hospitalizados. É considerado pela European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) o método padrão ouro para identificar a desnutrição ou o risco de desenvolvê-la e classifica os pacientes de acordo com a deterioração do estado nutricional e gravidade da doença.

O instrumento de triagem considera cinco critérios: IMC, perda de peso não intencional em um período de um a três meses, redução do apetite e da ingestão alimentar, alterações metabólicas, gravidade da doença e idade < 70 anos. Sendo os dois últimos critérios considerados os que mais influenciam na piora do estado nutricional e no aumento do risco de desnutrição.

O NRS-2002 é dividido em três partes. A primeira parte ou triagem inicial é composta por quatro questões que podem indicar a possibilidade de risco nutricional, sem indicar se o paciente está em risco ou não. Se a resposta for “não” a alguma pergunta, o paciente é classificado como “Sem risco” e deve ser reavaliado em 7 dias; no entanto, se a resposta for “sim” a alguma das perguntas, a triagem deve passar para a segunda parte.

Na segunda etapa da triagem ou triagem final, são avaliados o estado nutricional do paciente e a gravidade da doença, sendo pontuado de 0 a 3 para cada categoria e um ponto adicional para a idade. O estado nutricional é avaliado por meio de três variáveis: IMC, percentual de perda de peso e alteração da ingestão alimentar, sendo a variável de maior comprometimento utilizada para categorizar o paciente. Para classificar a gravidade da doença, o instrumento considera a patologia de base, as complicações desenvolvidas, a capacidade funcional e a demanda por terapia nutricional, além do APACHE II > 10.

Ao final da triagem, soma-se um ponto à pontuação obtida se a idade do paciente for ≥ 70 anos.

Se a pontuação for ≥ 3 , o paciente está em risco nutricional e é iniciado um plano de cuidados nutricionais. Para uma pontuação < 3 , é necessária uma nova triagem semanal do paciente. Se o paciente estiver programado para uma cirurgia de grande porte, um plano de cuidados nutricionais preventivos é considerado para evitar o estado de risco associado.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Kondrup J, Alisson SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. *ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clinical Nutrition* (2003) 22(4): 415-421

2.1.3.13.155 Ontario Modified Stratify Falls Risk Screen (Sydney Scoring)

Descrição: o Ontario Modified Stratify Falls Risk Screen (Sydney Scoring) é usado para prever quedas em pacientes idosos hospitalizados. Avalia histórico de quedas, estado mental, visão, urgência e frequência de micção, movimento da cama para a cadeira e mobilidade. A pontuação total varia de 0 a 30, com valores ≥ 9 indicando alto risco de queda.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Papaioannou A, et al. *Previsão de quedas usando uma ferramenta de avaliação de riscos no ambiente de cuidados intensivos.* BMC Med. 2004; 2:1
- [Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc333435](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc333435)

2.1.3.13.156 Oswestry Disability Index (ODI)

Descrição: o Oswestry Disability Index (ODI) é uma ferramenta utilizada para avaliar distúrbios da coluna vertebral, comuns em pacientes com lombalgia. É um questionário autoaplicável dividido em dez seções destinadas a avaliar as limitações de várias atividades da vida diária. Cada seção é pontuada em uma escala de 0 a 5, 5 representando a maior deficiência. O índice é calculado dividindo a pontuação somada pela pontuação total possível, que é então multiplicada por 100 e expressa em percentual. Escores mais altos representam maior perturbação das atividades de vida diária devido à dor crônica nas costas.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Cook C, et al. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Neck Disability Index and Neck Pain and Disability Scale. SPINE Volume 31, Number 14, 2006, pp 1621-7
- Mehra A, et al. Oswestry Disability Index Scoring Made Easy. 2008 September; 90(6): 497-9
- Vigatto R, Alexandre NMC, Filho HRC. Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index. SPINE Volume 32, Number 4, 2007, pp 481-6

2.1.3.13.157 Pain assessment scale in advanced dementia (PAINAD)

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.158 Palliative Performance Scale (PPS)

Descrição: a Palliative Performance Scale é uma modificação da Karnofsky Performance Scale. É usada para medir o status de desempenho em cuidados paliativos. A escala é avaliada por observadores e inclui cinco domínios: deambulação, autocuidado, nível de atividade e evidência de doença, ingestão e nível de consciência. É possível selecionar o estado geral do paciente em uma escala de 0% (óbito) a 100% (normal), em incrementos de 10%.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- Anderson F, Downing GM, Hill J. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. 1996; 12(1) : 5-11
- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al. *Validity of the Palliative Performance Scale from a survival perspective*. *J Pain Symp Manage*. 1999; 18(1):2-3
- Ho F, Lau F, Downing MG, Lesperance M. *A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale*. *BMC Palliat Care*. 2008; 7: 10

2.1.3.13.159 Palliative Prognostic Index Modified (PPI)

Descrição: o Palliative Prognostic Index (PPI) é uma extensão do Karnofsky Index e foi validado como uma ferramenta de prognóstico para indivíduos com doença oncológica avançada. É definida pela ingestão oral e pela presença ou ausência de dispneia, edema e delírio. A pontuação varia entre 0 e 14, onde os doentes são divididos em três grupos preditivos: um IBP > 6 estima uma sobrevida inferior a 3 semanas, um IBP > 4 indica menos de 6 semanas de vida e um IBP ≤ 4 sugere uma sobrevida de mais de 6 semanas.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The palliative prognostic index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 1999; 7: 128-33
- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. *Survival prediction of terminally ill cancer patients by clinical symptoms: development of a simple indicator*. *Jap J Clin Oncol* 1999; 29:156-59
- Chow E, et al. *How Accurate are Physicians' Clinical Predictions of Survival and the Available Prognostic Tools in Estimating Survival Times in Terminally Ill Cancer Patients? A Systematic Review*. *Clinical Oncology* 2001; 13: 209-18

2.1.3.13.160 Pasero Opioid-Induced Sedation Scale (POSS)

Descrição: consulte o recurso “Sinais vitais e parâmetros clínicos”, grupo “Analgesia”.

2.1.3.13.161 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Descrição: o Patient Health Questionnaire (PHQ-9) é usado para avaliar sinais de depressão. É composto por 9 questões com 4 opções cada. A pontuação final varia de 0 a 27, sendo 27 o maior risco de depressão.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices.

Fontes:

- *Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001 Sep;16(9):606-13*
- *Santos IS (1), Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, Patella AM, Matijasevich A.(Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population, Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1533-1543, ago, 2013*

2.1.3.13.162 Pediatric Early Warning Score (PEWS)

Descrição: o Pediatric Early Warning Score (PEWS) foi desenvolvido em 2001 para identificar pacientes pediátricos em risco de deterioração clínica. O sistema de pontuação abrange três componentes de avaliação da criança, que estão relacionados ao comportamento, estado cardiovascular e estado respiratório, acrescentando duas perguntas sobre nebulizadores quinzenais (a cada 15 minutos) e vômitos persistentes após a cirurgia. O valor do escore indica o intervalo de reavaliação do paciente: ≥ 7 indica necessidade de reavaliação a cada 30 min, 6 a cada 1 h, 5 a cada 1-2 h, 0-4 a cada 4 h.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Monaghan A. Detecting and managing deterioration in children. Paediatr Nurs. 2005;17(1): 32:35*
- *Quist-Therson E and the Hertfordshire Partnership NHS Trust. Acute Children's Services: Guidelines Services: Guidelines for using paediatric early warning scoring tool. National Health System, Hertfordshire Partnership, England. August 2006*
- *Tucker KM, et al. Prospective evaluation of a pediatric inpatient early warning scoring system. J Spec Pediatr Nurs. 2009 Apr;14(2):79-85*
- *Sensitivity of the Pediatric Early Warning Score to Identify Patient Deterioration (Mari Akre, Marsha Finkelstein, Mary Erickson, Meixia Liu, Laurel Vanderbilt and Glenn Billman) Pediatrics 2010;125; e763; originally published online March 22, 2010*

2.1.3.13.163 Pediatric Index of Mortality (PIM 2)

Descrição: o Pediatric Index of Mortality (PIM 2) estima o risco de mortalidade de um paciente pediátrico, coletando dados desde a admissão do paciente na UTI. Avalia se a internação foi eletiva, por cirurgia ou recuperação do procedimento, cirurgia cardíaca (bypass), seleção do diagnóstico de alto ou baixo risco, ventilação mecânica, PaO₂, FiO₂, pressão arterial sistólica e excesso de base. Com base nos resultados e avaliações, é gerado um percentual de mortalidade para o paciente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Slater et al. PIM 2: a revised version of the Paediatric Index of Mortality. Intensive Care Med 2003; 29:278-85*

2.1.3.13.164 Pediatric Index of Mortality (PIM 3)

Descrição: o Pediatric Index of Mortality (PIM 3) foi desenvolvido utilizando o PIM 2 por meio de registros de internações pediátricas em UTI, que estima o risco de mortalidade de um paciente pediátrico. Avalia se a internação foi eletiva, recuperação de cirurgia ou procedimento, excesso de base, seleção de diagnóstico de alto ou baixo risco, ventilação mecânica, PaO₂, FiO₂, pressão arterial sistólica e cirurgia cardíaca (bypass). A consideração de cirurgia cardíaca com ou sem bypass e a entrada de diagnósticos de altíssimo risco são variáveis avaliadas diferentemente do PIM 2. Com base nos resultados e avaliações é gerado um percentual de mortalidade para o paciente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Straney L, Clements A, Parslow RC, Pearson G, Shann F, Alexander J, Slater A, for the ANZICS Pediatric Study Group and the pediatric intensive care audit network. Pediatric Index of Mortality 3: an updated model for predicting mortality in pediatric intensive care. September 2013, volume 14, number 7*

2.1.3.13.165 Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD) Score

Descrição: o Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD) Score é usado para avaliar a gravidade da síndrome de disfunção de múltiplos órgãos em UTIs pediátricas. A pontuação inclui seis disfunções orgânicas principais: cardiovascular, respiratória, hematológica, neurológica, renal e hepática. Para o cálculo do escore, cada disfunção orgânica recebe pontos (0, 1, 10 ou 20) para a variável associada à maior pontuação. A pontuação PELOD é a soma dos pontos para cada sistema de órgãos. O número máximo de pontos para um órgão é 20 e o escore PELOD máximo é 71. Escores mais altos indicam maior probabilidade de disfunção de múltiplos órgãos e aumento da taxa de mortalidade hospitalar.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Leteurtre S. et al. Development of a pediatric multiple organ dysfunction score: use of two strategies. Med Decis Making 1999; 19:399-410*
- *Leteurtre S. et al. Validation of the paediatric logistic organ dysfunction (PELOD) score: prospective, observational, multicentre study. Lancet. 2003 Jul 19;362 (9379):192-7*

2.1.3.13.166 Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD 2) Score

Descrição: o escore Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD 2) foi adaptado do PELOD e é uma ferramenta para avaliar a gravidade da síndrome de disfunção de múltiplos órgãos em UTIs pediátricas por meio de uma escala contínua. O escore PELOD 2 inclui pressão arterial média e lactatemia na disfunção cardiovascular e não inclui disfunção hepática. Para o cálculo do escore são avaliadas 10 variáveis envolvendo cinco disfunções orgânicas (cardiovasculares, respiratórias, hematológicas, neurológicas e renais). Para cada variável o nível de gravidade varia de 0 (normal) a 6 e, diferente do escore PELOD, todas as variáveis de cada sistema somam o escore final, com um máximo de 33 pontos. Escores mais altos indicam maior probabilidade de disfunção de múltiplos órgãos e aumento da taxa de mortalidade hospitalar.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Leteurtre S, et al. PELOD-2: An Update of the Pediatric Logistic Organ Dysfunction Score. *Pediatric Critical Care*. July 2013, Volume 41, Number 7
- Hendra, Runtunuwu AL, Manoppo JIC. Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD) Score as prognosis of multiple organ failure in sepsis. Vol. 50, Nº 4, July 2010

2.1.3.13.167 Pediatric Patient Classification Tool (ICPP)

Descrição: o Pediatric Patient Classification Tool (ICPP) é um instrumento que permite classificar os pacientes pediátricos em graus de dependência da enfermagem. Favorece a melhor alocação de recursos humanos para melhoria da qualidade da assistência. É composto por 11 indicadores, cada um com quatro situações de dependência de cuidados, graduados de um a quatro pontos, aumentando a demanda de atendimento e possibilitando a classificação dos pacientes em cinco categorias de cuidados. Os resultados são categorizados da seguinte maneira: 11-17 pontos - mínimo; 18-23 pontos - intermediário; 24-30 pontos - alta dependência; 31-36 pontos - semi-intensivo; 37-44 pontos - intensivo.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Dini AP, Guirardello EB. *Pediatric Patient Classification System: Improvement of an instrument*. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(5):787-93
- Dini, AP, Fugulin FMT, Veríssimo MDLOR, et al. *Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de instrumento*. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3):575-80
- Dini AP, Guirardello EB. Construction and validation of an instrument for classification of pediatric patients. Acta Paul Enferm. 2013;26 (2):144-9

2.1.3.13.168 Pediatric Risk of Mortality Score (PRISM)

Descrição: o Pediatric Risk of Mortality Score (PRISM) é uma ferramenta utilizada nas primeiras 24 horas de internação do paciente em terapia intensiva pediátrica, desenvolvida para reduzir o número de variáveis fisiológicas necessárias para a avaliação do risco de mortalidade na UTI pediátrica. Ele avalia 14 variáveis, como sinais vitais que incluem frequência cardíaca e respiratória, resultados laboratoriais como potássio e glicemia, amamentação, reações pupilares e Glasgow Coma Score. Cada um dos itens avaliados gera uma pontuação parcial, somada à pontuação final. O risco de morte é calculado por uma equação de regressão logística utilizando o valor do PRISM, idade do paciente e necessidade de cirurgia na admissão na UTIP. Escores mais altos representam maior taxa de mortalidade. O PRISM pontua 5-10 (risco de mortalidade 11-23%), 15-20 (risco de mortalidade 40-61%) e 25-30 (risco de mortalidade 78-89%).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Pollack MM, Ruttmann UE, Getson PR. *Pediatric risk of mortality (PRISM) score*. 1988 Nov;16(11):1110-6
- Khajeh, Ali & Noori, MD & Reisi, Mohsen & Fayyazi, Afshin & Mohammadi, PhD & Miri-Aliabad, Ghasem. (2013). Mortality Risk Prediction by Application of Pediatric Risk of Mortality Scoring System in Pediatric Intensive Care Unit. Iran J Pediatr. 23.

2.1.3.13.169 Pediatric Sepsis Early Detection Tool

Descrição: a Pediatric Sepsis Early Detection Tool auxilia os médicos na identificação precoce de pacientes pediátricos internados com sinais e sintomas de sepse, o que pode influenciar os resultados clínicos.

É necessária uma configuração prévia no item "Sepse" da função "Cadastros PEP" para ativar a ferramenta. Na aba "Sepse variáveis deflagradoras", o usuário precisa filtrar por "Sepse Pediátrica" para ver todas as variáveis e a configuração padrão fornecida pela Philips, cinco alertas para sepse e cinco sinais de disfunção orgânica. As variáveis são frequência cardíaca, frequência respiratória, febre nas últimas 4 h, temperatura e contagem de leucócitos. Os tipos de disfunção orgânica são hipotensão, dessaturação, oligúria, perfusão prejudicada e alteração aguda do estado neurológico. Para cada variável, a instituição deve configurar as regras, o sinal vital específico, o evento, o exame laboratorial, a ingestão, a saída e o número de horas retroativas que são válidas. Caso a instituição não queira utilizar todas as dez variáveis padrão, é possível configurar na aba "Cliente Sepse" as variáveis desejadas, o limiar e a idade do paciente.

É obrigatório configurar regras utilizando a função "Suporte à Decisão Clínica (SDC) - Mentor" para ativar os alertas e notificações do sistema sobre sepse pediátrica. Na função, na aba "Eventos acionadores", o usuário seleciona a opção "Escalas e índices" para definir as regras e ações, incluindo funções profissionais e envio. Então, quando um evento é registrado na função "Prontuário Eletrônico Paciente - PEP" e atende a todas as condições definidas na função "Suporte à Decisão Clínica (SDC) - Mentor", uma notificação é acionada para informar o evento, que então será validado pelo clínico.

Todos os dados referentes à Sepsis Early Detection Tool são registrados na aba "Sepse pediátrica", no item "Escalas e índices" da função "Prontuário Eletrônico Paciente - PEP". Um novo registro pode ser criado manualmente ou acionado automaticamente de acordo com as regras, seguido da confirmação do usuário. Por fim, o usuário pode acompanhar uma investigação em andamento, registrar uma avaliação médica que gera automaticamente uma nova nota clínica e definir o tempo em que o paciente precisa ser reavaliado.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Dellinger R, et al. *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock*: 2012. CritCareMed 2013 Vol 41, No. 2 2
- Brierley J, et al. *Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock: 2007 update from the American College of Critical Care Medicine*. Crit Care Med 2009 Vol. 37, No. 2 3
- Goldstein B, et al. International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatric. PediatrCrit Care Med 2005 Vol. 6, No. 1
- Instituto Latino-Americano de Sepse; ILAS. *Campanha de sobrevivência a Sepse Protocolo clínico pediátrico*; 2016 (www.ilas.org.br)

2.1.3.13.170 Phlebitis Rating Scale (Maddox)

Descrição: a Phlebitis Rating Scale (Maddox) é indicada para a avaliação do acesso venoso periférico para monitorar a punção venosa periférica e prevenir a flebite. O grau de gravidade da flebite permite classificá-la como sem reação (0), sensibilidade ao toque no acesso (1+), dor contínua sem eritema (2+), dor contínua com eritema e edema, veia dura palpável menor que 8 cm acima do local de acesso (3+), dor contínua, com eritema e edema, veia dura palatável mais de 8 cm acima do local de acesso (4+) e trombose venosa aparente (5+). O resultado da escala é a única opção selecionada, pelo usuário, de 0 a 5.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Ray R. Maddox, David R. Rush, Robert P. Rapp, Thomas S. Foster, Vincent Mazella, Harlley E. McKean, Double-blind study to investigate methods to prevent cephalothin-induced phlebitis, American Journal of Hospital Pharmacy, Volume 34, Issue 1, 1 January 1977, Pages 29-34*
- *PHILLIPS, L. D. Complicações da Terapia Intravenosa. In: PHILLIPS, L. D. Manual de Terapia Intravenosa. Porto Alegre: Artmed, 2001. P. 236-268*

2.1.3.13.171 Phlebitis Scale

Descrição: a Phlebitis Scale tem como objetivo indicar ao clínico os primeiros estágios da flebite em pacientes com dispositivos de acesso intravenoso. Essa escala categoriza essa complicaçāo clínica em cinco níveis de evolução: nível zero (sem sintomas), nível 1 (eritema com ou sem dor local), nível 2 (dor com eritema e/ou edema), nível 3 (dor com eritema e ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável), nível 4 (dor com eritema e ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável maior que 1 cm e drenagem purulenta). O resultado da escala é a única opção selecionada pelo usuário.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fonte:

- *Intravenous Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. J Intraven Nurs. 2011. 34(1S): 47-S65*
- *Lucilene Reno Ferreira, Mavilde da Luz GonÁlves Pedreira, Solange Diccini. Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. Acta Paul Enferm 2007;20(1):30-6*

2.1.3.13.172 Pneumonia Severity Index (PSI)

Descrição: o Pneumonia Severity Index (PSI) é uma regra de predição que estratifica os pacientes com pneumonia adquirida em comunidade em cinco classes com relação ao risco de morte dentro de 30 dias após o início dos sintomas. A regra de previsão atribui pontos com base na idade, se o paciente for residente de uma casa de repouso, presença de doenças coexistentes (malignidade, doença hepática, insuficiência cardíaca congestiva, doença cerebrovascular e doença renal), achados físicos anormais (estado mental, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, pressão arterial) e achados laboratoriais/imagens anormais (pH arterial, nível de uréia, sódio sérico, nível de glicose, hematocrito, pressão parcial de oxigênio e derrame pleural na radiografia) na apresentação. Cada resposta pode somar 10, 15, 20 ou 30 pontos ao escore total, que são somados e adicionados à idade do paciente (menos 10 se for mulher). O risco de mortalidade aumenta à medida que a pontuação aumenta.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med. 1997;336 (4):243-50*

2.1.3.13.173 Portsmouth Physiological and Operative Severity Score (P-POSSUM)

Descrição: o Physiological and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity (POSSUM) usa uma pontuação fisiológica e uma pontuação de gravidade operatória para calcular os riscos de mortalidade e morbidade quando há necessidade de comparação precisa dos resultados cirúrgicos, independentemente da combinação de casos. É baseado em 12 variáveis fisiológicas medidas antes da cirurgia e em seis variáveis operatórias e pós-operatórias, com cada variável sendo pontuada por uma escala exponencial de quatro graus como 1, 2, 4 e 8. Embora o sistema de pontuação cirúrgica POSSUM seja baseado em evidências, descobriu-se que pode superestimar a mortalidade por um fator de dois em pacientes de alto risco, um fator de seis em pacientes de baixo risco (aqueles com risco de morte <= 10%) e

um fator de sete em pacientes de muito baixo risco (aqueles com risco de morte <= 5%). Para corrigir a superestimativa da mortalidade, Whiteley e colaboradores (1996) usaram regressão logística e modificaram a equação de acordo. O sistema de pontuação revisado, denominado Portsmouth Physiological and Operative Severity Score (P-POSSUM), quando implementado prospectivamente, forneceu uma mortalidade esperada muito próxima da mortalidade intra-hospitalar observada ou real. Os valores padrão são a pontuação mais baixa para a categoria de um paciente jovem apto com uma pequena operação. Quanto maior o resultado do escore, maior o percentual de risco de morbidade e mortalidade. Quanto mais "arriscado" for o procedimento, mais precisa será a previsão de risco.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO > Escalas SRA e Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica - APAE > Risco

Fontes:

- Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: A scoring system for surgical audit. *Br J Surg.* 1991;78:355–60. [PubMed] [Google Scholar]
- Whiteley MS, Prytherch DR, Higgins B, Weaver PC, Prout WG. An evaluation of the POSSUM surgical scoring system. *Br J Surg.* 1996;83:812–5. [PubMed] [Google Scholar]
- Prytherch DR, Whiteley MS, Higgins B, Weaver PC, Prout WG, Powell SJ. POSSUM and Portsmouth POSSUM for predicting mortality. Physiological and operative severity score for the enumeration of Mortality and morbidity. *Br J Surg.* 1998;85:1217–20. [PubMed] [Google Scholar] Neary WD, Heather BP, Earnshaw JJ. The Physiological and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and morbidity (POSSUM). 2003 Feb;90(2):157-65
- Fassoulaki A, Chondrogiannis K, Staikou C. Physiological and operative severity score for the enumeration of mortality and morbidity scoring systems for assessment of patient outcome and impact of surgeons' and anesthesiologists' performance in hepatopancreatic biliary surgery. *Saudi J Anaesth.* 2017;11(2):190-195. Doi:10.4103/1658-354X.203025
- Smith, Jason. P-Possum Scoring. Risk Prediction in Surgery. 2021. Available at: [Http://www.riskprediction.org.uk/index-pp.php](http://www.riskprediction.org.uk/index-pp.php)

2.1.3.13.174 Post-Anesthetic Discharge Scoring System (PADSS)

Descrição: o Post-Anesthetic Discharge Scoring System (PADSS) foi desenvolvido para avaliar pacientes após anestesia em uma unidade de cirurgia ambulatorial. Ao receber alta do ambulatório de cirurgia, o paciente deve estar pronto para voltar para casa, clinicamente estável e apto a descansar em casa sob os cuidados de um adulto responsável. O PADSS é baseado em cinco critérios principais: sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura), atividade e estado mental, dor ou náusea e/ou vômito, sangramento cirúrgico e ganhos/perdas. O escore PADS é composto por 5 itens, cada um pontuado de 0 a 2, onde quanto maior a pontuação, maior o grau de recuperação e prontidão do paciente para receber alta.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO > Escalas SRA

Fontes:

- Frances Chung, FRCPC, Vincent W.S. Ghan, FRCPC, Dennis O. (1995), A Post-Anesthetic Discharge Scoring System for Home Readiness after Ambulatory Surgery, *Journal of Clinical Anesthesia*, 1995, 7:500-506

2.1.3.13.175 Postoperative Kidney Failure Risk

Descrição: a ferramenta Postoperative Kidney Failure Risk foi desenvolvida para avaliar o risco de insuficiência renal aguda na fase pré-operatória. A previsão de risco pode ser quantificada com precisão com base em dados pré-operatórios prontamente disponíveis. A presença de creatinina sérica > 2 mg/dl ou depuração de creatinina estimada < 30 ml/min define um paciente de alto risco. Há risco moderado quando dois ou mais preditores menores estão presentes. Preditores menores são depuração estimada entre 30 e 50 mL/min, insuficiência cardíaca, diabetes, icterícia, desidratação e relação ureia/creatinina sérica > 40. A presença de um preditor menor define um paciente de baixo risco.

Funções do sistema: Prontoário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices e Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica - APAE

Fontes:

- Chertow GM, Lazarus JM, Christiansen CL, Cook EF, Hammermeister KE, Grover F, et al. Preoperative renal risk stratification. *Circulation*. 1997;95(4):878-84
- Sachin Kheterpal, Kevin K. Tremper, Michael J. Englesbe, Michael O'Reilly, Amy M. Shanks, Douglas M. Fettermann, Andrew L. Rosenberg, Richard D. Swartz; Predictors of Postoperative Acute Renal Failure after Noncardiac Surgery in Patients with Previously Normal Renal Function. *Anesthesiology* 2007; 107:892–902
- Aronson S, Fontes ML, Miao Y, Mangano DT; Investigators of the Multicenter Study of Perioperative Ischemia Research Group; Ischemia Research and Education Foundation. Risk index for perioperative renal dysfunction/failure: critical dependence on pulse pressure hypertension. *Circulation*. 2007 Feb 13;115(6):733-42

2.1.3.13.176 Post-Operative Neonatal Pain Scale (CRIES)

Descrição: O a escala CRIES (Crying Requires increased oxygen administration Increased vital signs Expression Sleeplessness) foi desenvolvida para avaliação da dor em lactentes com idade igual ou inferior a seis meses e é amplamente utilizada no contexto de cuidados intensivos neonatais para dor neonatal pós-operatória. Essa escala é composta por cinco categorias (choro, oxigenação, sinais vitais, expressão facial e sono) com variação individual de 0 a 2 pontos por categoria, totalizando 0 a 10 pontos. Quanto maior o valor, mais intensa é a dor.

Fontes:

- Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Paediatric Anaesthesia*, Oxford, vol. 5, p. 53-61, 1995

2.1.3.13.177 Post-Ureteroscopic Lesion Scale (PULS)

Descrição: A Escala de Lesão Pós-Ureteroscópica (PULS) visa oferecer um sistema de classificação simples para a descrição de lesões ureterais após a ureteroscopia. In this scale, lesions are graded independently on their location and extent. Em casos de lesões múltiplas, a lesão mais grave define a classificação PULS. O médico pode classificar o paciente de acordo com seis graus, que são grau 0 (Sem lesão), grau 1 (Lesão superficial da mucosa e/ou edema/hematoma significativo da mucosa), grau 2 (Lesão submucosa), grau 3 (Perfuração com menos de 50% de transecção parcial), grau 4 (Mais de 50% mas menos de 100% de transecção parcial) e grau 5 (Transecção completa, reconstrução aberta ou laparoscópica é obrigatória).

Funções do sistema: Prontoário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Schoenthaler, M., Buchholz, N., Farin, E. et al. *The Post-Ureteroscopic Lesion Scale (PULS): a multicenter video-based evaluation of inter-rater reliability*. World J Urol 32, 1033–1040 (2014).

2.1.3.13.178 Pulmonary Embolism Rule-out Criteria (PERC)

Descrição: Pulmonary Embolism Rule-out Criteria (PERC) é um instrumento para identificar pacientes que podem receber alta com segurança do departamento de emergência sem investigação adicional para embolia pulmonar (EP). É composto de oito perguntas "sim ou não" que avaliam idade, freqüência cardíaca, SaO₂, inchaço unilateral da perna, hemoptise, cirurgia ou trauma recente, EP prévia ou trombose venosa profunda (TVP), e uso de hormônio. A embolia pulmonar pode ser evitada se (1) nenhuma das oito variáveis acima for positiva e (2) houver menos de 15% (muito baixa) de probabilidade fingir que o paciente tem uma embolia pulmonar. Uma avaliação PERC é considerada positiva se qualquer um dos oito critérios for atendido.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- KLINE, J. A.; MITCHELL, A. M.; KABRHEL, C.; RICHMAN, P. B.; COURTNEY, D. M. Clinical criteria to prevent unnecessary diagnostic testing in emergency department patients with suspected pulmonary embolism. *J Thromb Haemost* 2004
- Kline, J. A.; Courtney, D. M.; Kabrhel, C.; Moore, C. L.; Smithline, H. A.; Plewa, M. C.; Richman, P. B.; O'Neil, B. J.; Nordenholz, K. Prospective multicenter evaluation of the pulmonary embolism rule-out criteria. *J Thromb Haemost*. 2008

2.1.3.13.179 Pulmonary Risk

Descrição: o Pulmonary Risk identifica o risco de pneumonia em pacientes cirúrgicos não cardíacos, auxiliando na orientação dos cuidados respiratórios perioperatórios. Considera a idade e o tipo de cirurgia realizada, como correção de aneurisma de aorta abdominal, cirurgia torácica, cirurgia abdominal superior, cirurgia cervical, cirurgia vascular e neurocirurgia. Avalia também se o paciente foi submetido à anestesia geral, se o procedimento foi de emergência, se houve transfusão de mais de 4 unidades de sangue, se o estado funcional estava entre totalmente dependente e parcialmente dependente, se houve redução de 10% do peso no últimos 6 meses, histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), histórico de acidente vascular cerebral, diminuição do nível de consciência, valor de ureia (mg/dL), uso crônico de corticosteróides (uso regular por 1 mês), tabagismo e uso de álcool (2 drinques/dia nas últimas 2 semanas). Cada variável atribuída tem um valor e a pontuação final é gerada pela soma de todos os valores, indicando a classificação entre: classe I (0-15 pontos) e II (16-25 pontos) = baixo risco pulmonar; classe III (26-40 pontos) = risco pulmonar moderado; classe IV (41-55 pontos) e V (> 55 pontos) = risco pulmonar alto.

Funções do sistema: Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica > Risco; Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Escalas e Índices

Fontes:

- Ahsan M. Arozullah, et al. Development and Validation of a Multifactorial Risk Index for Predicting Postoperative Pneumonia after Major Noncardiac Surgery. *Intern Med*. 20 November 2001;135(10):847-857

2.1.3.13.180 Ramsay Sedation Scale

Descrição: A Escala de Sedação de Ramsay é usada para medir o nível de sedação e é a mais simplista e é uma escala muito intuitiva e, portanto, se presta ao uso universal, não apenas na UTI, mas em qualquer lugar onde medicamentos sedativos ou narcóticos são administrados. Ela divide o nível de sedação de um

paciente em seis categorias: 1) paciente está ansioso e agitado ou inquieto, ou ambos, 2) paciente é cooperativo, orientado e tranquilo, 3) paciente responde apenas a comandos, 4) paciente exibe vivacidade na resposta ao toque glabellar leve ou estímulo auditivo alto, 5) paciente apresenta resposta lenta ao toque glabellar leve ou estímulo auditivo alto, e 6) paciente não apresenta resposta.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Mondello E, et al. Bispectral index in ICU: correlation with Ramsay score on assessment of sedation level. Journal of Clinical Monitoring and Computing. 2002. Vol 17, No 5*
- *Nascimento JS. Clonidina na cineangiocoronariografia: efeitos sedativos sobre a pressão arterial e freqüência cardíaca. Arq Bras Cardiol 2006; 87 : 603-608*
- *Ramsay MA, Savage TM, Simpson BR, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxone-alphadone. BrMed J 1974; 2: 656-659*

2.1.3.13.181 Ranson Criteria

Descrição: os critérios do Ranson Criteria são usados para prever a gravidade e mortalidade de pacientes com pancreatite aguda e são classificados em 11 parâmetros. Cinco parâmetros são avaliados na admissão e os outros seis são avaliados 48 h após a admissão. Um ponto é dado para cada parâmetro positivo para uma pontuação máxima de 11, como idade (anos), glicemias, contagem de leucócitos, LDH sérica e AST sérica. Às 48 h da admissão, os 6 parâmetros restantes são: queda do hematócrito, cálcio sérico, déficit de base, aumento do BUN, sequestro de fluidos e PaO₂. A mortalidade é avaliada pelo percentual de 0 a 2 critérios para 2%; 3 a 4 critérios para 15%; 5 a 6 critérios para 40% e > 6 critérios para 100%.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Ranson JH, Rifkind KM, Roses DF, Fink SD, Eng K, Spencer FC (1974). "Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis". Surgery, Gynecology & Obstetrics 139 (1): 69-81*
- *Abu-Ehy AS, Abolfotouh MA, Nawar E, Sabib AHA. Ranson's Criteria for Acute Pancreatitis in High Altitude: Do they Need to be Modified? Saudi J Gastroenterol. 2008 January; 14(1): 20-23*

2.1.3.13.182 Revised Piper Fatigue Scale (PFS-R)

Descrição: a escala Revised Piper Fatigue Scale (PFS-R) é usada para avaliar a fadiga percebida de pacientes com doenças crônicas, como câncer. É uma escala de 22 itens que mede quatro subescalas: comportamento (6 itens), afeto (5 itens), sensorial (5 itens) e cognição/humor (6 itens). Cada item possui 11 categorias de resposta com valores de 0 a 10, com descriptores verbais ancorando os desfechos. Cada subescala é pontuada individualmente e depois agregada como uma média para a pontuação geral, que varia de 0 a 10. Quanto maior a pontuação, maior a fadiga do paciente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM. The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. Oncol Nurs Forum 1998; 25 (4): 677-84*

- Mota DDCF, Pimenta CAM, Piper BF. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. *Support Care Cancer* 2009; 17(6): 645-5
- Mota DD, Pimenta CA, Piper BF. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. *Support CareCancer*. 2009 Jun;17(6):645-52

2.1.3.13.183 Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Descrição: o Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) é um método validado e confiável para avaliar o nível de sedação de pacientes na unidade de terapia intensiva. Desenvolvida por uma equipe multidisciplinar da Universidade de Richmond, Virgínia, essa escala é usada principalmente em pacientes ventilados mecanicamente para evitar sedação excessiva e insuficiente. A RASS é uma escala de 10 pontos que varia de -5 a +4. Os níveis -1 a -5 denotam 5 níveis de sedação, começando com Authorisawakens para voiceAuthoris e terminando com Authorisunrousable. Os níveis de Authoris +1 a +4 descrevem níveis crescentes de agitação. O nível mais baixo de agitação começa com apreensão e ansiedade e atinge o pico combativo e violento. RASS nível 0 é Authorisaler e calmo. RASS nível 0 é Authorisaler e calmo. A pontuação e interpretação do Authoris RASS devem ser baseadas no protocolo de sedação que está sendo usado.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Antonio Paulo Nassar Junior; Ruy Camargo Pires Neto; Walquiria Barcelos de Figueiredo; Marcelo Park Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients:
- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802008000400003
<https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000400003>
- Sessler CN, Gosnell M, Grap MJ, Brophy GT, O'Neal PV, Keane KA et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:1338-1344
- Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). *JAMA* 2003; 289:2983-2991

2.1.3.13.184 Risk Assessment Scale for the Development of Injuries Resulting from Surgical Positioning (ELPO)

Descrição: a Risk Assessment Scale for the Development of Injuries Resulting from Surgical Positioning (ELPO) foi desenvolvida e validada de acordo com as implicações anatômicas e fisiológicas das posições cirúrgicas. O objetivo da utilização da ELPO associada à habilidade do profissional é fornecer subsídios para a tomada de decisão sobre o melhor cuidado a ser implementado para cada paciente, com implicações na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade da assistência prestada. A ELPO avalia sete itens: tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de apoio, posição dos membros, comorbidades e idade do paciente. A escala varia de 7 a 35 pontos e, quanto maior a pontuação, maior o risco de desenvolver lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico do paciente. Classificação dos resultados: 7 a 19 (menor risco de desenvolvimento de lesões); 20 a 35 (maior risco de desenvolvimento de lesões).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Lopes CMM, Hass VJ, Dantas Ras, Oliveira CG, Galvão CM. Scale for assessment of risk for development of lesions caused by surgical positioning. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Em 2016.

2.1.3.13.185 Robson Classification

Descrição: a classificação de Robson, também conhecida como classificação de 10 grupos ou sistema de classificação de dez grupos ("ten groups classification system", ou TGCS, em inglês), é um sistema de classificação de gestantes que dão à luz. Ele foi desenvolvido para permitir uma comparação mais precisa das taxas de cesariana entre diferentes configurações, sejam hospitais individuais ou regiões ou países inteiros. Aprovado pela Organização Mundial da Saúde em 2015, difere de outros sistemas de classificação por abranger todas as mulheres que realizam parto e não apenas aquelas que realizam cesariana. Os dez grupos mutuamente excludentes foram descritos pela primeira vez pelo obstetra Michael Robson em 2001 e são definidos com base na categoria da gravidez, no histórico obstétrico anterior da mulher, na evolução do trabalho de parto e parto e na idade gestacional no parto: 1 - Nulípara, gravidez cefálica única, com pelo menos 37 semanas de gestação, trabalho de parto espontâneo; 2 - Gravidez nulípara, cefálica única, com pelo menos 37 semanas de gestação, com trabalho de parto induzido ou cesariana anterior ao início do trabalho de parto espontâneo; 3 - Multipara, sem cesariana prévia, gestação cefálica única, gestação de pelo menos 37 semanas, trabalho de parto espontâneo; 4 - multíparas, sem cesariana prévia, gestação cefálica única, com pelo menos 37 semanas de gestação, com trabalho de parto induzido ou cesariana anterior ao início do trabalho de parto espontâneo; 5 - Cesárea prévia, gestação cefálica única, com pelo menos 37 semanas de gestação; 6 - Nulípara, gravidez pélvica única; 7 - Gravidez multípara, pélvica única; 8 - Gravidez múltipla; 9 - Gravidez única com deitada transversal ou oblíqua; 10 - Gestação cefálica única, 36 semanas de gestação ou menos. A classificação é cada vez mais usada para monitorar e comparar as taxas de cesariana em muitos países e algumas outras subdivisões dos dez grupos foram propostas.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Robson, Michael (2001). *Classification of Caesarean Sections. Fetal and Maternal Medicine Review* February 2001, pp 23 – 39
- Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, Tunçalp Ö, Mori R, Morisaki N, Ortiz-Panozo E, Hernandez B, Pérez-Cuevas R, Qureshi Z, Gülmезoglu AM, Temmerman M; WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health.* 2015 May;3(5):e260-70. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70094-X. Epub 2015 Apr 9. PMID: 25866355.

2.1.3.13.186 Rockall Risk Scoring System

Descrição: o Rockall Risk Scoring System tenta identificar pacientes em risco de desfecho adverso após hemorragia digestiva alta aguda. Rockall et al. identificaram fatores de risco independentes em 1996, que mais tarde foram mostrados para prever a mortalidade com precisão. O sistema de pontuação utiliza critérios clínicos (aumento da idade, comorbidade, choque) e achados endoscópicos (diagnóstico, estigmas de sangramento agudo). Um mnemônico conveniente é o ABCDE, do inglês "Age, Blood pressure fall (shock), Co-morbidity, Diagnosis and Evidence of bleeding", ou seja, idade, queda da pressão arterial (choque), comorbidade, diagnóstico e evidência de sangramento. A pontuação total é calculada por adição simples. Uma pontuação menor que 3 traz um bom prognóstico, mas uma pontuação total maior que 8 traz alto risco de mortalidade.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Lancet. 1996; 347(9009):1138-40*
- *British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee (2002). "Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines". Gut. 51 Suppl 4: iv1–6*
- *Vreeburg EM, Terwee CB, Snel P, et al. (1999). "Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding". Gut. 44 (3): 331–5*

2.1.3.13.187 Roland-Morris Disability Questionnaire

Descrição: o Roland Morris Questionnaire foi desenvolvido para avaliar a autoavaliação da incapacidade física causada pela dor lombar. Possui 24 questões de sim/não, relacionadas ao impacto da lombalgia na vida do paciente, como uso de corrimão nas escadas, tempo de permanência deitado, dificuldade para se virar na cama. O escore é calculado pela soma do número de itens verificados e varia de 0 (sem deficiência) a 24 (incapacidade máxima).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Roland MO, Morris RW. A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. Spine 1983; 8: 141-144*
- *Roland Morris, L. Nusbaum, J. Natour, M.B. Ferraz and J. Goldenberg. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire, Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 2001*

2.1.3.13.188 Screening Tool for Risk of Nutritional Status and Growth (STRONG)

Descrição: o Screening Tool for Risk of Nutritional Status and Growth (STRONG) é um instrumento de triagem nutricional utilizado em crianças de 1 mês a 18 anos e é composto por quatro perguntas: duas perguntas a serem respondidas pelo profissional de saúde e duas pelo cuidador da criança. As perguntas a serem respondidas pelo profissional de saúde são: 1) Existe doença subjacente com risco de desnutrição ou cirurgia de grande porte prevista? 2) O paciente está em mau estado conforme julgado pela avaliação clínica subjetiva? As questões a serem respondidas pelo cuidador são: 1) Está presente um dos seguintes itens: diarreia excessiva > 5 vezes/dia e/ou vômito > 3 vezes/dia; redução da ingestão alimentar nos últimos dias; intervenção nutricional pré-existente; ingestão nutricional inadequada devido à dor? 2) Há perda de peso ou nenhum ganho de peso (crianças < 1 ano) durante as últimas semanas/meses?

Cada resposta positiva atribui um ponto; a soma desses pontos identifica o risco de desnutrição e fornece orientação ao profissional de saúde sobre a intervenção necessária e o acompanhamento necessário. A atribuição de risco é a seguinte: alto risco (4-5 pontos); risco médio (1-3 pontos); baixo risco (0 pontos).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Rebecca E. Ling; Victoria Hedges, Peter B. Sullivan. Nutritional risk in hospitalised children: An assessment of two instruments. ESPEN (European Society for Clinical Nutritional and Metabolism) 6 (2011) e153-e157*

2.1.3.13.189 Sepsis Early Detection Tool

Descrição: a Sepsis Early Detection Tool auxilia os médicos na identificação precoce de pacientes internados com sinais e sintomas de sepse, o que pode influenciar os resultados clínicos.

É necessária uma configuração prévia no item "Sepse" da função "Cadastros PEP" para ativar a ferramenta. Na guia "Sepse variáveis deflagradoras", o usuário precisa filtrar por "Sepse adulta" para ver todas as variáveis e a configuração padrão fornecida pela Philips, oito critérios de Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) e 15 sinais de disfunção orgânica. As variáveis da SRIS são bradicardia, hipertermia, hipotermia, desvio à esquerda na contagem de leucócitos, leucopenia, leucocitose, baixa PaCO₂ e bradipneia. Os tipos de disfunção orgânica são acidose metabólica inexplicável, alteração do nível de consciência, oligúria aguda, dispneia ou necessidade de suplementação de O₂, anormalidades na relação PaO₂/FiO₂, nível de creatinina sérica, MAP, SAP, TTPa, razão normalizada internacional (RNI), saturação de O₂, contagem de glóbulos brancos, nível sérico de bilirrubina e níveis de plaquetas. Caso a instituição decida não utilizar todas as 28 variáveis padrão, pode definir as desejadas, os limiares e a idade do paciente na aba "Cliente sepse".

É obrigatório configurar regras utilizando a função "Suporte à Decisão Clínica (SDC) - Mentor" para ativar os alertas e notificações do sistema sobre sepse. Na função, na aba "Eventos acionadores", o usuário seleciona a opção "Escalas e índices" para definir as regras e ações, incluindo funções profissionais e envio. Então, quando um evento é registrado na função "Prontuário Eletrônico Paciente - PEP" e atende a todas as condições definidas na função "Suporte à Decisão Clínica (SDC) - Mentor", uma notificação é acionada para informar o evento, que é validado pelo clínico.

Todos os dados referentes à Sepsis Early Detection Tool são registrados na aba "Sepse", no item "Escalas e índices" da função "PEP". Um novo registro pode ser criado manualmente ou acionado automaticamente conforme as regras de confirmação do usuário. Por fim, o usuário pode acompanhar uma investigação em andamento e registrar uma avaliação médica que gera automaticamente uma nova nota clínica.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Surviving Sepsis Campaign. Educational Videos. Surviving Sepsis Campaign Responds to Sepsis-3*
- *Roteiro de implementação de protocolo assistencial gerenciado, ILAS. 4º edição.* Nova edição: 2018 revisada e atualizada
- *Instituto Latino-Americano de Sepse ILAS; Implementação de protocolo gerenciado de sepse: protocolo clínico. Atendimento ao paciente adulto com sepse/choque séptico;* 2018

2.1.3.13.190 Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score

Descrição: o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score é usado para determinar o nível de disfunção orgânica e risco de mortalidade em pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI). É baseado em seis sistemas de órgãos: respiratório, hepático, cardiovascular, coagulação, renal e neurológico. Cada critério de avaliação varia entre 0 e 4 pontos e são somados para obter a pontuação final. Quanto maior a pontuação, maior a gravidade da disfunção do paciente e a taxa de mortalidade esperada.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–810. doi:10.1001/jama.2016.0287*

- *Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med. 1996 Jul;22(7):707-10*
- *Vincent JL, de Mendonca A, Cantraine F, et al. Use of SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Critical Care Medicine 1998;26:1793-1800.*

2.1.3.13.191 Sexual Health Inventory for Men (SHIM)

Descrição: o Sexual Health Inventory for Men (SHIM) é uma ferramenta amplamente utilizada que auxilia no rastreamento e diagnóstico da Disfunção Erétil (DE). É um questionário com cinco questões que avaliam os sintomas de DE e cada questão tem 5 respostas possíveis que variam de 1 a 5 pontos. O resultado é a soma de todas as questões e varia de 5 a 25, representando DE grave de 1 a 7, DE moderada de 8 a 11, DE leve a moderada de 12 a 16, DE leve de 17 a 21 e sem sinais de DE de 22 a 25.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. International Journal of Impotence Research (1999) 11, 319-326*

2.1.3.13.192 Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)

Descrição: o Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) é usado para avaliar o nível de dependência de álcool. É composto por 15 questões relacionadas ao consumo de álcool. Cada item recebe uma pontuação de 0 (nunca), 1 (algumas vezes), 2 (muitas vezes) ou 3 (sempre). Os 15 itens são somados para uma pontuação total que pode variar de 0 a 45. A pontuação total é interpretada da seguinte forma: faixa de 1 a 9 (dependência leve), 10 a 19 (dependência moderada) e 20 ou superior (dependência grave).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. British Journal of the Addiction, 78, 89-95*
- *Edwards, G., Marshal, E. J. & Cook, C. H. O tratamento do alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde. P.49, Porto Alegre, RS, Artes Médicas,1999*

2.1.3.13.193 Silverman Scoring System

Descrição: o Silverman Scoring System é usado para avaliar o desempenho respiratório de bebês prematuros e prever a necessidade de escalonamento de suporte respiratório. Ele usa representações visuais para avaliar cinco parâmetros do trabalho respiratório: (1) retração torácica em comparação com retração abdominal durante a inspiração; (2) retração dos músculos intercostais inferiores; (3) retração xifóide; (4) alargamento das narinas com inalação; (5) grunhido na expiração. Cada categoria tem três opções. A pontuação geral determina o nível de desconforto respiratório: uma pontuação de 0 indica ausência de desconforto respiratório; pontuações ≥ 7 indicam insuficiência respiratória iminente e uma pontuação de 10 indica desconforto respiratório grave.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Silverman, W. A, Andersen D. H. A controlled clinical trial of effects of water mist on obstructive respiratory signs, death rate and necropsy findings among premature infants. *Pediatrics*, [S.I.], v. 17, p. 1-10, 1956
- Atenção à Saúde do Recém-Nascido. *Guia dos Profissionais de Saúde: problemas respiratórios, cardíocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos*. Ministério da Saúde. Volume 3, Brasília – DF, 2011

2.1.3.13.194 Simplified Acute Physiology Score (SAPS II)

Descrição: o Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) determina a gravidade clínica do paciente na admissão na UTI e prediz as taxas de mortalidade. A pontuação é calculada a partir de 12 variáveis fisiológicas e 3 variáveis relacionadas à doença durante as primeiras 24 horas, informações sobre o estado de saúde anterior e outras informações obtidas na admissão. Os parâmetros são idade, tipo de admissão, FC (bpm), PAS (mmHg), temperatura ($^{\circ}\text{C}$ ou $^{\circ}\text{F}$), GCS, PaO_2 (mmHg)/ FiO_2 (%) se em ventilação mecânica ou CPAP, diurese (L/24h), ureia sérica (g/L) ou BUN (mg/dL), sódio (mEq/L), potássio (mEq/L), bicarbonato (mEq/L), bilirrubina (mg/dL), leucócitos (contagem/mm³), doenças crônicas, diagnóstico de HIV. A pontuação final é calculada pela soma de todos os pesos dos resultados e varia de 0 a 163. A probabilidade percentual de morte é então calculada com base nas pontuações finais.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *Jama*, December 22/29, 1993 – Vol 270, Nº 24

2.1.3.13.195 Simplified Acute Physiology Score (SAPS III-28 days)

Descrição: o SAPS III-28 dias tem como objetivo estimar a sobrevida do paciente durante os primeiros 28 dias após a admissão na UTI. As variáveis abrangem características do paciente antes da admissão na UTI (idade, estado de saúde anterior, comorbidades, localização do paciente antes da admissão na UTI e uso de opções terapêuticas antes da admissão na UTI), as circunstâncias da admissão na UTI (motivos da admissão, local da cirurgia, planejamento da admissão, estado cirúrgico e infecção na UTI) e a presença e nível de perturbação fisiológica na admissão na UTI (dentro de 1 hora antes ou após a admissão). O usuário responde a 29 perguntas agrupadas em três caixas e, ao final, de acordo com o peso das respostas, o sistema calcula a probabilidade de óbito em porcentagem durante os primeiros 28 dias após a admissão na UTI.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Moreno RP, et al. Modeling in-hospital patient survival during the first 28 days after intensive care unit admission: a prognostic model for clinical trials in general critically ill patients. 2008 Sep;23(3):339-48

2.1.3.13.196 Simplified Acute Physiology Score 3 PIRO Score (SAPS 3 PIRO)

Descrição: o escore SAPS 3 PIRO é uma das várias modificações do escore PIRO com o objetivo de predizer a mortalidade de pacientes com sepse. Em 2008, Moreno criou o SAPS 3 PIRO, abrangendo "P", "I" e "R" do conceito PIRO (do inglês "Predisposition, Infection, Response, and Organ dysfunction", ou Predisposição, Infecção, Resposta e Disfunção de Órgão). Embora o SAPS 3 PIRO compartilhe algumas variáveis prognósticas com o modelo PIRO, é mais uma mistura de variáveis fisiológicas e terapêuticas, em vez de se basear na presença e grau de disfunção/falência orgânica, como é o caso do PIRO. O usuário responde a 18

perguntas agrupadas em três caixas (predisposição, infecção e resposta) e ao final, de acordo com o peso das respostas, o sistema calcula a probabilidade de morte em porcentagem.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Rubulotta F, Marshall JC, Ramsay G, Nelson D, Levy M, Williams M. *Predisposition, insult/infection, response, and organ dysfunction: A new model for staging severe sepsis*. Crit Care Med. 2009;37(4):1329-35
- Moreno RP, Metnitz B, Adler L, Hoechtl A, Bauer P, Metnitz and SAPS 3 Investigators. Sepsis mortality prediction based on predisposition, infection and response. Intensive Care Med 2008;34:496-504.

2.1.3.13.197 Simplified Acute Physiology Score (SAPS III)

Descrição: o sistema prognóstico SAPS III (Simplified Acute Physiology Score III) permite a predição da mortalidade de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI). São utilizadas 20 variáveis: idade, comorbidades, dias de internação anterior, procedência, drogas vasoativas, internação programada e/ou não programada, emergências, tipo de cirurgia, motivo da internação, internação na UTI, Glasgow Coma Score, frequência sistólica, pressão arterial, oxigenação, temperatura, leucócitos, plaquetas, pH, creatinina e bilirrubina. O escore final é calculado pela soma de todas as variáveis de resultado e varia de 0 a 194. À medida que o escore aumenta, a taxa de mortalidade passa de 0 a 100%.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Aplicabilidade dos Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS 3) em Hospitais Brasileiros. Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 60, nº1, janeiro a fevereiro, 2010
- Moreno RP, et al. SAPS 3-From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. Intensive Care Med. 2005 October; 31(10): 1345-1355
- Soares M., Salluh JI. Validation of the SAPS 3 admission prognostic model in patients with cancer in need of intensive care. 2006 Nov;32(11):1839-44. Epub 2006 Sep 15

2.1.3.13.198 SNAP-II and SNAPPE-II scores

Descrição: o SNAP-II e o SNAPP-E-II (Score for Neonatal Acute Physiology e SNAP - Perinatal Extension - II) são escores de gravidade da doença e risco de mortalidade validados empíricamente para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Eles foram desenvolvidos para avaliar a gravidade dos recém-nascidos nas primeiras 12 horas de admissão na UTIN. Os escores SNAP II mostram as variáveis para resultados de pressão arterial média, temperatura mais baixa, PO₂ (mmHg)/FIO₂ (%), pH sérico mais baixo, convulsões múltiplas, débito urinário (mL/kg.h), índice de Apgar, peso ao nascer (g) e se pequeno para a idade gestacional. A pontuação varia de 0 a 162, fornecendo a probabilidade prevista de mortalidade do paciente. Quanto maior o resultado do escore, maior a mortalidade estimada.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Richardson DK, et al. SNAP-II and SNAPP-E-II. Simplified newborn illness severity and mortality risk scores. J Pediatr 2001; 138:92-100

- Richardson DK, Phibbs CS, Gray JE, McCormick MC, Workman-Daniels K, Goldmann DA. Birth weight and illness severity: independent predictors of neonatal mortality. *Pediatrics* 1993; 91:969-75.
- Silveira RC, Schlabendorff M, Procianoy RS. Predictive value of SNAP and SNAP-PE for neonatal mortality. *J Pediat (Rio J)*. 2001; 77 (6): 455-60.
- Muktan D, Singh RR, Bhatta NK & Shah D. Neonatal mortality risk assessment using SNAPPE- II score in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatrics Vol 19, Article number: 279 (2019)19*

2.1.3.13.199 Steward Score

Descrição: o Steward é um sistema de pontuação que permite registrar os estágios de recuperação da anestesia geral, indicando o retorno significativo de funções protetoras, como consciência, vias aéreas e movimento corporal. Os valores são atribuídos conforme o nível de consciência, via aérea e movimento, cada variável variando de 0 a 2. A pontuação total varia de 0 (paciente não responsivo, imóvel) a 6 (totalmente recuperado).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO > Escalas SRA

Fontes:

- Steward DJ. A simplified scoring system for the postoperative recovery room. *Can Anaesth Soc J*. 1975; 22(1):111-3

2.1.3.13.200 Stroke Data Bank (SDB)

Descrição: a Stroke Data Bank (SDB) é uma ferramenta para avaliar a probabilidade de hemorragia cerebral em pacientes com AVC agudo com base em informações clínicas. Ele usa algumas características demográficas e fatores de risco, bem como informações clínicas. O diagnóstico diferencial entre acidente vascular cerebral isquêmico e acidente vascular cerebral hemorrágico é uma etapa fundamental para o tratamento na fase aguda. A avaliação é realizada selecionando os sintomas apresentados pelo paciente, considerando idade e sexo. Com a soma de todos os critérios de escala, varia de -10 a +10. Resultados entre -10 a +2 indicam hemorragia cerebral e de +2 a +10 indicam infarto cerebral.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Massaro AR, Sacco RL, Scaff M, et al. Clinical discriminators between acute brain hemorrhage and infarction: a practical score for early patient identification. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002; 60:185-91
- Caneda MAG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq Neuropsiquiatr* 2006;64(3-A):690-697

2.1.3.13.201 Subjective Global Nutritional Assessment (Detsky)

Descrição: a Avaliação Subjetiva Global (Detsky) foi desenvolvida em 1987 por Detsky e colegas de trabalho. É um método de avaliação de rotina baseado no julgamento clínico. É utilizado em hospitais como um questionário, considerado simples, de baixo custo e amplamente aceito na prática clínica. Consiste em dados que descrevem a perda de peso nos últimos seis meses e alterações nas últimas duas semanas, alterações na ingestão alimentar, presença de sintomas gastrointestinais significativos, avaliação da capacidade funcional do paciente, demanda metabólica segundo diagnóstico e exame físico. A avaliação é composta por três categorias: histórico, exame físico e resultado.

No histórico, o prestador de cuidados médicos avalia a perda de peso do paciente nos últimos 6 meses e alterações nas últimas duas semanas, ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional, principais diagnósticos e doenças associadas e demanda metabólica. No exame físico avalia-se perda de

gordura subcutânea, perda muscular, edema de tornozelo e sacro e ascite. Para cada item avaliado deve-se somar 0 = normal, +1 = leve, +2 = moderado ou +3 = grave.

Com base nas características de histórico e exame físico é possível identificar o grau da avaliação subjetiva global e classificar em uma categoria: (A) bem nutrido, (B) moderadamente (ou suspeito) desnutrido e (C) gravemente desnutrido.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective Global Assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr 1987;11(1):8-13*
- *Barbosa-Silva MCG, Barros AJD. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 1 – Revisão de sua validade após duas décadas de uso. Arq. Gastroenterol., São Paulo, v. 39, n. 3, p. 181-187, July 2002*

2.1.3.13.202 Subjective Global Nutritional Assessment (Ottery)

Descrição: a Subjective Global Nutritional Assessment (Ottery) é um método clínico de avaliação nutricional que considera não apenas a composição corporal, mas também as alterações na função fisiológica. É utilizado para identificar a desnutrição em pacientes oncológicos atendidos em ambulatórios e radioterapia. Diferencia-se de outros métodos de avaliação nutricional utilizados na prática clínica, pois engloba não apenas alterações na composição corporal, mas também alterações funcionais do paciente. A Patient-Produced Subjective Global Assessment (PP-SGA) permite uma rápida avaliação do estado nutricional, identificação de sintomas de impacto nutricional, facilitando a implementação de terapia nutricional adequada.

A avaliação é dividida em duas partes: uma parte produzida pelo paciente e outra preenchida pelo nutricionista, médico ou enfermeiro. A parte inicial do formulário, produzida pelo paciente, contém perguntas sobre alterações recentes no peso corporal, realização de atividades diárias, alterações na ingestão alimentar e sintomas que a influenciam. A segunda parte da avaliação é respondida pelo pesquisador (nutricionista, médico ou enfermeiro) com informações sobre o diagnóstico do paciente, estresse metabólico e exame físico.

Cada questão é pontuada de 0 a 4, conforme a categoria. Ao final da avaliação, o pesquisador soma os escores e define a categoria A (bem nutrido), B (moderadamente desnutrido ou suspeita de desnutrição) ou C (gravemente desnutrido).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Baure J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. 2002 Aug;56(8):779-85.*
- *Iserning E, Bauer J, Capra S. The scored Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and its association with quality of life in ambulatory patients receiving radiotherapy. Eur J Clin Nutr. 2003 Feb;57(2):305-9.*

2.1.3.13.203 Subjective Global Nutritional Assessment Modified (Detsky Modified)

Descrição: a Subjective Global Nutritional Assessment Modified (Detsky Modified) é um método de avaliação de rotina baseado no julgamento clínico. É utilizado em hospitais como questionário e é considerado simples, de baixo custo e amplamente aceito na prática clínica. Consiste em dados que descrevem a perda de peso nos últimos seis meses e alterações nas últimas duas semanas, alterações na

ingestão alimentar, presença de sintomas gastrointestinais significativos, avaliação da capacidade funcional do paciente, demanda metabólica segundo diagnóstico e exame físico. Essa avaliação é uma versão modificada, pois há diferentes itens avaliados, como jejum superior a 5 dias, alteração persistente na dieta superior a 30 dias, disfagia e/ou odinofagia, anorexia, distensão ou dor abdominal. A avaliação é composta por três categorias: história, exame físico e resultados. Na anamnese, o profissional de saúde avalia a perda de peso do paciente nos últimos seis meses e alterações em duas semanas, ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional, principais diagnósticos e doenças associadas e demanda metabólica. No exame físico, avalia-se perda de gordura subcutânea, perda muscular, edema de tornozelo e sacro e ascite. A seguinte pontuação é usada por item: 0 = normal; +1 = leve; +2 = moderado. Os resultados da interpretação da avaliação são: bem nutridos (< 17 pontos), moderadamente desnutridos (17-22 pontos); gravemente desnutrido (> 22 pontos).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Detsky AS, et al. What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status, Journal of Parenteral and Enteral Nutr. 11:8-13, 1987*
- *Yamauti AK, et al. Avaliação nutricional subjetiva global em Pacientes Cardiopatas. Arq Bras Cardiol 2006; 87(6): 772-777*

2.1.3.13.204 SYNTAX Score

Descrição: o escore SYNTAX é um escore que avalia a complexidade e o prognóstico dos pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea (ICP). O escore SYNTAX é a soma dos pontos atribuídos a cada lesão individual identificada na árvore coronária com estreitamento > 50% de diâmetro em vasos > 1,5 mm de diâmetro. A árvore coronária é dividida em 16 segmentos de acordo com a classificação da Associação Americana do Coração (AHA). Cada segmento recebe uma pontuação de 1 ou 2 com base na presença de doença e essa pontuação é então ponderada com base em um gráfico, com valores que variam de 3,5 para a artéria descendente anterior (ADA) proximal a 5,0 para tronco esquerdo e 0,5 para ramos menores. Vasos colaterais antes de 3 meses, coto rombudo, imagem lateral de ponte na artéria, primeiro segmento visível além da oclusão total e ramo lateral > 1,5 de diâmetro, todos recebem um ponto. Para trifurcações, um segmento doente recebe três pontos, dois segmentos doentes recebem quatro pontos, três segmentos doentes recebem cinco pontos e quatro segmentos doentes recebem seis pontos. Para lesões de bifurcação, um ponto é dado para os tipos A, B e C; dois pontos são dados para os tipos D, E, F e G; e um ponto é dado para uma angulação > 70 graus. Além disso, uma lesão aorto-ostial vale um ponto, tortuosidade grave do vaso vale dois pontos, comprimento da lesão maior que 20 mm vale um ponto, calcificação pesada vale 2 pontos, trombo vale 1 ponto e doença difusa ou vaso pequeno tem 1 ponto por envolvimento de segmento. Para lesões múltiplas com menos de três diâmetros de vaso de referência, estas são classificadas como uma única lesão. No entanto, em distâncias superiores a três diâmetros de vasos, estas são consideradas lesões separadas. Os segmentos em que as bifurcações são avaliadas são aquelas envolvendo a ADA proximal e tronco esquerdo, a ADA média, a circunflexa proximal, a circunflexa média e a crux da artéria coronária direita. No que diz respeito às lesões de trifurcação, estas também são cumulativas em número de segmentos envolvidos. O algoritmo de pontuação SYNTAX soma então cada um desses recursos para uma pontuação total de SYNTAX. Um algoritmo de computador é então consultado e um valor somado é produzido. Um escore SYNTAX mais alto indica uma condição mais complexa, bem como prognóstico pior em pacientes submetidos à revascularização contemporânea, especialmente com ICP. Entre os pacientes com doença arterial coronariana (DAC) complexa, a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) continua sendo o padrão de atendimento para pacientes com escores SYNTAX altos (>=

33) ou intermediários (23-32), enquanto a ICP é uma alternativa aceitável em pacientes com doença menos complexa (escore SYNTAX <= 22).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Sianos G, Morel MA, Kappetein AR, et al. The SYNTAX score: an angiographic tool grading the complexity of coronary artery disease.* EuroInterv. 2005;1:219-227
- *Mohr FW, Morice MC, Kappetein AP, et al. Coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention in patients with three-vessel disease and left main coronary disease: 5-year follow-up of the randomised, clinical SYNTAX trial.* Lancet 2013;381:629–38

2.1.3.13.205 Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-10)

Descrição: o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-10) é um escore que avalia a carga de trabalho da enfermagem de pacientes internados em UTI, parcialmente alocado no sistema alemão de Diagnosis Related Groups (DRG). Dez itens são avaliados: ventilação mecânica, medicação vasoativa, ingestão de líquidos, cateter periférico, cateter atrial esquerdo/pulmonar, diálise/filtração, medida da pressão intracraniana, tratamento de acidose/alkalose, intervenções na UTI e intervenções fora da UTI. A pontuação total é a soma do peso de todos os itens, de 0 a 47. Quanto maior o resultado do escore, maior a demanda de carga de trabalho de enfermagem do paciente.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Guenther, U., Koegl, F., Theuerkauf, N. et al. Pflegeaufwandsindizes TISS-10, TISS-28 und NEMS.* Med Klin Intensivmed Notfmed 111, 57–64 (2016)

2.1.3.13.206 Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28)

Descrição: o Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) é um escore que permite mensurar a carga de trabalho de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e estimar a gravidade da doença. O escore é composto por 7 categorias: atividades básicas, suporte cardiovascular, suporte ventilatório, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. Cada categoria possui pontuações específicas de acordo com suas variáveis (1, 2, 3, 4, 5 ou 8 pontos) e todas são somadas para se obter a pontuação final. Um escore < 20 representa pacientes fisiologicamente estáveis que requerem observação profilática; escores de 20 a 35 representam pacientes fisiologicamente estáveis, mas que necessitam de cuidados intensivos de enfermagem e monitoramento contínuo; escores de 35 a 60 representam pacientes hemodinamicamente graves e instáveis; escores > 60 representam pacientes com indicação compulsória, como internação em UTI com assistência médica e de enfermagem contínua e especializada.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Miranda DR et coll. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The TISS-28 items. Results from a multicenter study.* Crit Care Med. 1996; 24: 64-73
- *Moreno R, Moraes P. Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database.* Intensive Care Med. 1997; 23: 640-644

2.1.3.13.207 Timed Up and Go (TUG)

Descrição: o teste Timed Up and Go (TUG) foi proposto por Podsiadlo e Richardson em 1991 e tem como objetivo avaliar mobilidade, equilíbrio, capacidade de locomoção e risco de queda em idosos. O teste cronometra um paciente à medida que ele progride de sentado para em pé e andando, virando e voltando a sentar novamente. A avaliação é determinada pelo tempo avaliado em segundos, onde 10 segundos ou menos indicam mobilidade normal, 11 a 20 segundos estão dentro dos limites normais para idosos frágeis e pacientes com deficiência, e acima de 20 segundos significa que a pessoa precisa de assistência e indica necessidade de exames adicionais e eventual intervenção.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Podsiadlo D, Richardson S. The Timde Up and Go: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of American Geriatrics Society, v. 39, p. 142 – 148, 1991
- Cabral CLL. Tradução e validação do teste Time Up and Go e sua correlação com diferentes alturas da cadeira. Pró-Retirota de Pós Graduação e pesquisa Scritosensu em gerontologia. Brasília – DF, 2011

2.1.3.13.208 TIMI Risk Score

Descrição: o escore de risco TIMI para infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST é um esquema de prognóstico que categoriza o risco de morte e eventos isquêmicos de um paciente e fornece uma base para a tomada de decisão terapêutica. Sete variáveis são avaliadas: idade, fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC), uso de aspirina nos últimos 7 dias, estenose coronariana prévia de 50% ou mais, desvio do segmento ST no eletrocardiograma na apresentação, pelo menos 2 eventos anginosos em 24 horas e marcadores cardíacos séricos elevados. O resultado é obtido pela atribuição do valor 1 quando um fator estava presente e 0 quando ausente, somando o número de fatores presentes para categorizar os pacientes em estratos de risco. A pontuação varia de 0 a 7, pontuações mais altas representam maiores taxas de mortalidade por todas as causas, infarto do miocárdio e revascularização de urgência.

A escala TIMI Risk para infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (STEMI) é uma ferramenta de avaliação para triagem e manejo de pacientes elegíveis para fibrinolíticos com STEMI e para prever a mortalidade em 30 dias nesses pacientes. Oito variáveis são avaliadas: idade (2 pontos se idade 65-74 anos, 3 pontos se ≥ 75 anos), história de diabetes ou hipertensão ou angina (1 ponto), pressão arterial sistólica < 100 mmHg (3 pontos), frequência cardíaca > 100 bpm (2 pontos), escore de Killip entre II-IV (2 pontos), peso < 67 kg (1 ponto), elevação do segmento ST anterior ou bloqueio de ramo esquerdo na apresentação (1 ponto) e tempo para início do tratamento > 4 horas (1 ponto). O resultado é a soma de todos os pontos, pontuações mais altas representam maiores taxas de mortalidade em 30 dias.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- The TIMI Risk Score for Unstable Angina/Non-ST Elevation MI. A Method for Prognostication and Therapeutic Decision Making. Elliott M. Antman, MD; Marc Cohen, MD; Peter J. L. M. Bernink, MD; Carolyn H. McCabe, BS; Thomas Horacek, MD; Gary Papuchis, MD; Branco Mautner, MD; Ramon Corbalan, MD; David Radley, MS; Eugene Braunwald, MD. JAMA. 2000;284(7):835-842
- TIMI Risk Score for ST-Elevation Myocardial Infarction: A Convenient, Bedside, Clinical Score for Risk Assessment at Presentation. An Intravenous nPA for Treatment of Infarcting Myocardium Early II Trial Substudy. David A. Morrow, MD; Elliott M. Antman, MD; Andrew Charlesworth, BSc; Richard Cairns,

BSc; Sabina A. Murphy, MPH; James A. de Lemos, MD; Robert P. Giugliano, MD; Carolyn H. McCabe, BS; Eugene Braunwald, MD. Circulation 2000; 102: 2031-2037

2.1.3.13.209 Tinetti-test

Descrição: o teste de Tinetti avalia marcha e equilíbrio em idosos e a percepção de equilíbrio e estabilidade durante as atividades de vida diária, bem como o medo de cair. Também é chamado de Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA). É um indicador muito bom do risco de queda de um indivíduo. Ele tem melhores validações teste-reteste, discriminativas e preditivas em relação ao risco de queda do que outros testes, incluindo o teste Timed Up and Go (TUG), o apoio unipodal e o teste de alcance funcional. É usado em várias configurações, por exemplo, os diagnosticados com esclerose múltipla, doença de Parkinson, lesão cerebral adquirida, lesão medular, acidente vascular cerebral e população idosa. O teste de Tinetti tem um escore de marcha e um escore de equilíbrio. Utiliza uma escala ordinal de 3 pontos de 0, 1 e 2. A marcha é pontuada acima de 12 e o equilíbrio acima de 16, totalizando 28. Quanto menor a pontuação no teste de Tinetti, maior o risco de queda: <= 18 alto risco de queda, 19-23 moderada e >= 24 baixa.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities. Am J Med 1986;80:429-434*
- *Berg KO, Wood-Dauphiné SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Can J Public Health.1992;83(suppl 2) :S7– S11.*
- *Shumway-Cook A, Woollacott MH. Motor control: translating research into clinical practice. Philadelphia : Wolters Kluwer, 2016.*

2.1.3.13.210 Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS)

Descrição: A Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS), desenvolvida no início da década de 1990, é uma escala composta usada para medir três aspectos da distonia cervical: gravidade, incapacidade e dor. O subescore de gravidade é no máximo 35 e consiste em 11 itens pontuados em escalas que variam de 0 a 1, 0 a 3, 0 a 4 ou 0 a 5, enfatizando também a duração dos sintomas ponderando-os com um fator de 2. A subpontuação de incapacidade tem um máximo de 30 e consiste em seis itens pontuados em escalas de 0 a 5. Finalmente, a subpontuação de dor tem um máximo de 20 e consiste em três itens avaliados pelo paciente, dois dos quais são pontuados em um intervalo de 0 a 5, enquanto o terceiro depende da pontuação do paciente de sua dor habitual (fatorada por 2), pior dor e melhor dor, em um intervalo de 0 a 10, todos divididos por 4 para atingir um total variando de 0 a 10. A pontuação total do TWSTRS está no intervalo de 0 a 85, onde uma pontuação mais alta indica uma condição mais grave.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- *Consky ES, Lang AE. Clinical assessments of patients with cervical dystonia. In: Jankovic J, Hallett M, eds. Therapy with Botulinum Toxin. New York, NY: Marcel Dekker, Inc.: 1994;211-237*
- *Tarsy D. Comparison of clinical rating scales in treatment of cervical dystonia with botulinum toxin. Mov Disord. 1997 Jan;12(1):100-2*

- Sekeff-Salem FA, Caramelli P, Barbosa ER. Cross-cultural adaptation of the Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS) to Brazilian Portuguese. Arq Neuropsiquiatr 2011;69(2-B):316-319

2.1.3.13.211 Toxicity Scale

Descrição: a Escala de Toxicidade é utilizada para avaliar a toxicidade do tratamento com tratamento antineoplásico. O monitoramento é realizado no início do tratamento e visa garantir que o organismo resista aos efeitos tóxicos. O nível de toxicidade varia entre 0 e 4, com nível 0 para nenhuma alteração e nível 4 para alteração máxima de acordo com o sinal, sintoma e resultado laboratorial. Alguns efeitos adversos de acordo com os sistemas comprometidos podem estar relacionados à toxicidade, como hematológicos, cardíacos, neurológicos, vesicais e renais, gastrointestinais, dermatológicos, hepáticos, além de disfunções reprodutivas e metabólicas.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- INCA – Instituto Nacional de Câncer, Brazilian Ministry of Health, 2021 (<https://www.inca.gov.br>)
- Saad EV, et al. Critérios comuns de toxicidade do instituto nacional do câncer dos Estados Unidos. Revista Brasileira de Cancerologia, 2002. 48(1): 63-96

Escala visual analógica

Consulte o recurso “Sinais vitais e parâmetros clínicos” no documento de Instruções de Uso do HIS.

2.1.3.13.212 Venous Thromboembolism (VTE) Risk Assessment Tool

Descrição: a Venous Thromboembolism (VTE) Risk Assessment Tool visa estratificar pacientes clínicos e cirúrgicos com risco de tromboembolismo venoso (TEV) e adequação da profilaxia. A avaliação inclui idade, peso, altura, mobilidade reduzida e depuração de creatinina. Em seguida, após avaliar e selecionar as condições de risco, o usuário identifica as contraindicações de quimioterapia e profilaxia mecânica. De acordo com as condições selecionadas, o sistema sugere a classificação de risco como alto, intermediário, baixo ou não aplicável e sugere a profilaxia adequada. Especificamente para pacientes cirúrgicos, o usuário deve selecionar a complexidade da cirurgia como alta, menor ou outra. O usuário pode aceitar ou não a classificação de risco e a profilaxia sugerida, acrescentando justificativa e notas. A instituição também pode personalizar respostas alternativas para cada sugestão terapêutica disponível no sistema.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Gutierrez DD, Schünemann HJ, for the American College of Chest Physicians. Executive Summary Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis Panel Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST/141/2/FEBRUARY, 2012 SUPPLEMENT
- Kahn SR, Lim W, Dunn AS, Cushman M, Dentali F, Akl EA, Cook DJ, Balekian AA, Klein RC, Le H, Schulman S, Murad MH. Prevention of VTE in Nonsurgical Patients Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST/141/2/FEBRUARY, 2012 SUPPLEMENT
- Gould MK, Garcia DA, Wren SM, Karanicolas PJ, Arcelus JI, Heit JA, Samama CM. Prevention of VTE in Nonorthopedic Surgical Patients Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed:

American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines.
CHEST/141/2/FEBRUARY, 2012 SUPPLEMENT

- Falck-Ytter Y, Francis CW, Johanson NA, Curley C, Dahl OE, Schulman S, Ortel TL, Pauker SG, Colwell Jr CW. Prevention of VTE in Orthopedic Surgery Patients Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Prevention of VTE in Orthopedic Surgery Patients
- Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, et al. Prevention of venous thromboembolism. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008;133:381S-453S.

2.1.3.13.213 Ventilatory Weaning Index (Ferrari-Tadini)

Descrição: o Ventilatory Weaning (Ferrari-Tadini) Index tem como objetivo analisar e orientar o desmame ventilatório de pacientes críticos internados em UTI com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) que necessitam de intubação traqueal. O desmame ventilatório é o processo de transição da ventilação artificial para ventilação espontânea em pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por mais de 24 horas. O Índice de Desmame Ventilatório consiste em 10 parâmetros: escala de Glasgow, volume corrente (mL/kg), FiO₂ (%), PaO₂ (mmHg), PaCO₂ (mmHg), frequência respiratória (ciclos/min), saturação de O₂ (%), pressão inspiratória (cmH₂O), pressão de suporte (cmH₂O) e idade. Esses parâmetros variam de 1 a 3 e a soma pode atingir uma pontuação que varia de 0 a 30, classificando o índice de desmame ventilatório nas categorias I (indicado - 27-30), II (favorável - 23-26), III (desfavorável - 20 -22) e IV (contraindicado < 19).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Nemer SN, Barbas CSV. Índices de desmame: o que devemos saber? Pulmão RJ 2011;20(3):24-28
- Ferrari D, Tadine R. Índice de desmame ventilatório: IDV Ferrari-Tadini [online]. [Http://www.sobrati.com.br/trabalho3-jan-2004.htm](http://www.sobrati.com.br/trabalho3-jan-2004.htm).
- Miranda JEO, et al. Eficácia do Índice de Desmame Ventilatório Ferrari-Tadini em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de Fortaleza/CE. Fisioterapia Brasil - volume 12 - número 3 - maio/junho 2011

2.1.3.13.214 Verbal category Pain Scale

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.215 Visual Numeric Pain Scale

Descrição: consulte o recurso “Cálculo de sinais vitais e parâmetros clínicos” deste documento.

2.1.3.13.216 Wagner-Meggitt classification

Descrição: desenvolvida em 1970, a classificação de Wagner-Meggitt (também referida como Meggitt-Wagner ou apenas Wagner) é utilizada para avaliar a gravidade de lesões relacionadas ao pé diabético com seis graus de lesão. Os primeiros quatro graus (graus 0, 1, 2 e 3) são baseados na profundidade física da lesão e através dos tecidos moles do pé. Os dois últimos graus (graus 4 e 5) são completamente distintos porque são baseados na extensão da gangrena e perfusão perdida no pé (grau 4 refere-se a gangrena parcial do pé e grau 5 refere-se a um pé completamente gangrenoso).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Armstrong DG, Lavery LA, Harkless LB. *Validation of a diabetic wound classification system. The contribution of depth, infection, and ischemia to risk of amputation.* Diabetes Care. 1998 May;21(5):855-9
- Levin ME. *Classification of diabetic foot wounds.* Diabetes Care 1998; 21:681-2
- Oyibo SO, Jude EB, Tarawneh I, Nguyen HC, Harkless LB, Boulton AJ. *A comparison of two diabetic foot ulcer classification systems: the Wagner and the University of Texas wound classification systems.* Diabetes Care. 2001 Jan; 24(1):84-8

2.1.3.13.217 Waterlow Score

Descrição: desenvolvido em 1985 e revisado em 2005, o Waterlow Score prevê o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão ou feridas com base nas características do paciente, medicação ou riscos especiais. A pontuação inclui categorias clínicas (índice de massa corporal, condição da pele, sexo, idade, estado nutricional, condição de continência e mobilidade) e fatores de risco especiais (desnutrição tecidual, medicação, cirurgias de grande porte ou trauma e déficit neurológico). Cada categoria tem um valor definido de pontos, e a pontuação total é representada pela soma de todas as categorias. Uma pontuação < 10 representa pouco ou nenhum risco, pontuações 10-14 representam pacientes com risco de desenvolver úlcera por pressão, pontuações 15-19 representam alto risco e pontuações > 19 representam pacientes com risco muito alto.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Waterlow, J. *Pressure sores: a risk assessment card.* Nursing Times, 1985. 81(48): p. 49-55. Revised 2005.

2.1.3.13.218 Wells Score for Pulmonary Thromboembolism

Descrição: o Wells Score for Pulmonary Thromboembolism compreende um modelo de predição clínica que estratifica os pacientes quanto ao risco de embolia pulmonar (EP) e fornece estimativa de probabilidade pré-teste. As variáveis clínicas são histórico e probabilidade de tromboembolismo, frequência cardíaca, imobilização, presença de hemoptise e doença maligna ativa. O resultado final corresponde a três grupos de risco: baixo risco (0-1 pontos), risco moderado (2-6 pontos) e alto risco (> 6 pontos).

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Wells PS, ET AL. *Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer.* Source Division of Hematology, The Ottawa Hospital, Civic Campus, Suite 452, 737 Parkdale Avenue, Ottawa, Ontario K1Y 1J8, Canada. Ann Intern Med. 2001 Jul 17;135(2):98-107
- Volschan A. *Diretriz de Embolia Pulmonar.* Arquivos Brasileiros de Cardiologia – Volume 83, Suplemento I, agosto 2004

2.1.3.13.219 Withdrawal Assessment Tool – Version 1 (WAT-1)

Descrição: A Withdrawal Assessment Tool - Version 1 (WAT-1) é uma ferramenta usada para avaliar e monitorar os sintomas de abstinência de opioides e benzodiazepínicos em pacientes pediátricos devido à exposição prolongada. O principal objetivo desta ferramenta é melhorar a detecção e o tratamento dos

sintomas de abstinência antes que comprometam o quadro clínico do paciente. O WAT-1 aconselha o profissional de saúde a continuar a avaliação duas vezes ao dia por até 72 h após a última dose do opioide e/ou benzodiazepílico. A avaliação inclui quatro etapas: informação do paciente nas últimas 12 h (aspecto das fezes, vômito/ânsia/engasgos e temperatura), 2 min de observação pré-estímulo (estado, tremor, sudorese, movimentos, bocejo/espirro), 1 min de observação do estímulo (sobressalto ao toque e tônus muscular) e recuperação pós-estímulo (tempo para ganhar estado de calma). As três primeiras etapas pontuam de 0 a 1 ponto e a última etapa pontua de 0 a 2 pontos. O escore total varia de 0 a 12. Escores mais altos representam maior intensidade dos sintomas de abstinência.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Franck L S, Harris S K, Soetenga D J, et al. The Withdrawal Assessment Tool – Version 1 (WAT-1): an assessment instrument for monitoring opioid and benzodiazepine withdrawal symptoms in pediatric patients. *Pediatr Crit Care Med.* 2008 November; 9(6): 573-80. DOI:10.1097/PCC.0b013e31818c8328

2.1.3.13.220 Yesavage Geriatric Depression Scale – Short Version (GDS-15)

Descrição: a Yesavage Geriatric Depression Scale – Short Version (GDS-15) é utilizada para o diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É composto por 15 perguntas "Sim" ou "Não" sobre sintomas de depressão, e cada resposta "Sim" contribui com um ponto para a escala total. Uma escala final de 5 ou mais pontos indica depressão e uma escala igual ou superior a 11 caracteriza depressão grave.

Funções do sistema: Prontuário Eletrônico Paciente > Escalas e Índices

Fontes:

- Almeida OP, Almeida AS. *Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida.* Arq Neuro-Psiquiatr. 1999; 57:421-6
- Ferrari JF, Dalacorte RR. *Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados.* Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007
- Souza MCMR, Paulucc TD. *Análise da sintomatologia depressiva entre idosas institucionalizadas.* R. Enferm. Cent. O. Min. 2011 jan/mar; 1(1):40-46

2.1.3.14 Visualização detalhada das prescrições

Este recurso fornece ao usuário informações mais detalhadas sobre os medicamentos prescritos.

O usuário pode acessar o recurso clicando com o botão direito do mouse em um medicamento específico, seja nas funções “CPOE”, “ADEP” ou “Gestão dos Planos Terapêuticos”. Esse recurso então exibe informações adicionais sobre o item, como doses solicitadas, doses administradas, doses pendentes e suspensas e a dose cumulativa (a quantidade do medicamento que já foi administrada ao paciente).

O usuário pode seguir as verificações eletrônicas feitas na função "ADEP" em uma única tela, consultar as datas de início e fim do uso do medicamento, bem como a data da última dose administrada. Também é possível consultar as prescrições, o médico que as prescreveu e os parâmetros do medicamento, tais como reconstituição e diluição.

Todas estas informações podem ser exibidas por princípio ativo, de modo que, se dois medicamentos diferentes, mas com o mesmo princípio ativo em sua composição, são prescritos, o usuário pode optar por ver as informações separadamente para cada item ou agrupadas por princípio ativo.

2.1.3.15 Construtor de frases

Este recurso oferece suporte à entrada de dados clínicos, promovendo o uso de texto padronizado em campos destinados a texto livre escrito pelos usuários.

Selecione a aba "Utilitários" na tela inicial e, em seguida, "Construtor de frases". O usuário pode visualizar, adicionar, editar e excluir segmentos de texto ou frases reutilizáveis, permitindo que sejam reaproveitados durante a composição de textos maiores que seguem um formato padrão.

Os segmentos de texto podem ser organizados em uma hierarquia onde os textos disponíveis em cada nível dependam do texto selecionado no nível anterior. A estruturação de segmentos de texto em uma hierarquia permite maior controle sobre como podem ser combinados, limitando o conjunto de todas as combinações possíveis a uma série de combinações pré-definidas. Os segmentos de texto e frases ficam então disponíveis para uso em itens da função PEP como "Notas clínicas" e "Histórico de saúde".

2.1.3.16 Carta médica

Este recurso auxilia na padronização e consolidação das informações do paciente, visando seu compartilhamento entre os profissionais de saúde.

Na aba de configurações da função "Carta Médica", a instituição pode compor templates para diferentes especialidades e departamentos, definir participantes e seções com regras para entrada automática, como diagnósticos, cirurgias, comorbidades, alergias, medicação e exames que o médico revisa antes da inclusão no documento. É possível definir diferentes layouts e logotipos para fins de impressão.

A função auxilia o usuário a criar um resumo do caso ou episódio, trazendo informações relevantes das funções PEP e CPOE, como os principais sintomas, achados, problemas e diagnósticos, exames, terapia e recomendações.

Além do conteúdo, a função auxilia no processo de composição desse documento médico, gerenciando suas etapas de preenchimento, participantes, aprovações e assinaturas. Quando cada usuário conclui as atividades, o usuário seguinte é automaticamente designado para continuar o processo de composição da carta médica. Os modelos de carta são classificados como preliminares ou finais e podem conter elementos adicionais e anexos. Quando o usuário abre a função, é apresentada uma lista de pacientes com cartas médicas em diferentes estágios de preenchimento, com opções de filtro para busca adicional.

2.1.3.17 Sumários relevantes

Esse recurso oferece suporte à configuração e visualização de informações relevantes do paciente de forma resumida para serem consumidas pelos profissionais de saúde nos processos de diagnóstico e tratamento. Os resumos apresentam descrições concisas e atualizadas sobre a saúde do paciente, considerando diferentes contextos clínicos, tudo de forma resumida em uma única tela.

A função "Sumário Eletrônico do Paciente - SUEP" pode ser acessada através das funções PEP ou "Panorama Clínico".

Os modelos podem ser configurados para diferentes especialidades, como oncologia, cardiologia, pronto-socorro, ou mesmo para doenças específicas como pneumonia, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. Diferentes interessados na área clínica podem utilizá-lo, principalmente enfermeiros e médicos, em diferentes momentos do fluxo de trabalho, incluindo passagem de plantão, avaliação por vídeo (telessaúde), transferência de paciente ou alta.

Desempenha um papel importante, permitindo a continuidade do atendimento ao paciente, fornecendo acesso rápido a informações relevantes do paciente e comunicação entre as partes interessadas. Através da função "Cadastros PEP" é possível configurar diferentes modelos a serem utilizados pelo profissional de

saúde conforme privilégios de acesso do usuário definidos. Para cada modelo é possível configurar seu conteúdo, como lista de problemas, notas clínicas, exames laboratoriais e resultados de imagens, medicamentos, tratamentos, cirurgias, recomendações e outras informações adequadas. Para cada conteúdo é possível definir valores fora dos limites, quando aplicável, e apresentá-los em formato numérico, gráfico e de texto em uma única visualização.

Se previamente configurado pelo usuário, o “Sumário Eletrônico do Paciente - SUEP” também apresenta uma funcionalidade específica de apoio à decisão relacionada à detecção precoce de sepse (suspeita de sepse). Um paciente cujos dados disparam um alerta para a possível presença de sepse tem um ícone de suspeita de sepse no cabeçalho do painel “Doenças Infecciosas” na tela. Para acessar as informações atuais de sepse, clique nas reticências no canto superior direito do bloco do menu de opções e selecione a opção “Sepse”.

2.1.4 Geração e visualização de registros clínicos anestésicos e cirúrgicos

Subgrupo de recursos relacionados ao paciente antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos e anestésicos.

2.1.4.1 Prontuário cirúrgico geral

Esse recurso oferece suporte a configuração, registro e visualização das informações gerenciadas por profissionais de saúde como cirurgiões, anestesistas e enfermeiros relacionados a procedimentos cirúrgicos e anestésicos.

Diversas informações relacionadas ao prontuário cirúrgico geral devem ser pré-configuradas na função “Cadastro dos Itens Perioperatórios”, como posições do paciente, demarcações, tempo e movimentos e sinais vitais. A classificação e a disponibilidade dos itens na árvore de pacientes são definidas na função “Administração do Sistema”.

O PEPO é uma função que auxilia os profissionais de saúde no gerenciamento de informações durante as fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. Essa função traz todas as informações relacionadas a cirurgia como equipe cirúrgica, horários e movimentos, atrasos cirúrgicos, parâmetros clínicos e medicamentos. Além disso, informações provenientes de outras funções como agendamento, avaliação pré-anestésica e histórico de saúde do paciente.

Primeiramente, o usuário pode acessar a agenda cirúrgica, o censo diário da sala de operação e as cirurgias concluídas. Em seguida, após selecionar um paciente, o usuário pode registrar informações estruturadas relacionadas à cirurgia, como demarcação do local, assepsia, incisão, curativos, posições, sinais vitais e parâmetros clínicos, materiais, equipamentos, medicamentos, agentes anestésicos, fluidoterapia, hemocomponentes e controle de cavidades. Para maior precisão e agilidade, materiais e medicamentos podem ser inseridos por meio de leitores de código de barras. Por fim, o item “Resumo dos gastos” consolida todos os materiais e medicamentos utilizados no procedimento para fins de revisão de faturamento.

Para agilizar o processo de cadastro, reduzir tempo e esforço para documentação e melhorar a qualidade, também estão disponíveis interfaces com monitores, equipamentos e sistemas de imagem.

Após a conclusão do processo de cirurgia, um relatório completo pode ser gerado conforme a configuração anterior na função “Gerenciador de Relatórios”.

Para gráficos de anestesia, relatório de anestesia, relatório cirúrgico, tempo e movimentos, materiais cirúrgicos e de anestesia, instrumentos e equipamentos, consulte as instruções de uso adicionais dedicadas.

2.1.4.2 Avaliação pré-anestésica

Este recurso auxilia o processo pré-anestésico em relação à documentação de risco do paciente, como medicamentos em uso, doenças e alergias.

Usando a função “Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica - APAE” o anestesiologista documenta as informações coletadas durante a entrevista e o exame físico do paciente antes do procedimento.

Os principais elementos da avaliação pré-anestésica incluem histórico de saúde do paciente, anestesia e procedimentos anteriores, medicamentos e alergias, avaliação das vias aéreas e odontológica, escalas e índices, e advertências de anestesia, principalmente aquelas que podem sugerir potenciais complicações ou contraindicações para o procedimento planejado (por exemplo, via aérea difícil ou coagulopatia). É possível configurar um modelo personalizado de avaliação pré-anestésica e atribuí-lo a uma cirurgia, ao invés de usar o processo padrão.

As informações geradas na função “Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica - APAE” podem ser visualizadas na função “PEPO”.

2.1.4.3 Gráficos de anestesia

Este recurso permite ao usuário configurar, registrar, mapear e visualizar as informações relacionadas ao processo de anestesia em uma única tela gráfica.

A função PEPO permite que o usuário registre informações anestésicas específicas, como sinais vitais, parâmetros de anestesia, entradas e saídas, gases e fluidos anestésicos, medicamentos e taxas de gotejamento para que possam ser visualizadas em uma tela consolidada.

Vários modelos de cirurgia podem ser configurados na função “Cadastro dos Itens Perioperatórios” para serem visualizados na função PEPO. Cada modelo tem um conjunto e classificação diferente de variáveis, por exemplo, sinais vitais e parâmetros clínicos. Além disso, o usuário pode alterar os modelos de cirurgia a qualquer momento durante o procedimento, registrar informações necessárias e visualizar os dados clínicos exibidos em cada seção.

Para acessar o gráfico de anestesia, abra a função “PEPO”, selecione o paciente e use a opção de botão direito “Gráfico”. Ative o modo escuro usando os parâmetros da função. É possível selecionar um modelo pré-configurado ordenado por filtro e visualizar as informações anestésicas na tela gráfica. Os dados e parâmetros clínicos dos sinais vitais podem ser obtidos de uma fonte externa por meio de uma interface, ou o usuário pode inseri-los manualmente no sistema. Usando o gráfico de anestesia, o clínico pode adicionar ou editar a escala de intervalo de sinais vitais, justificar a administração de um medicamento com inconsistência detectada pelo sistema, atribuir bomba de infusão para um medicamento e analisar os dados do paciente em uma única visualização tabular e gráfica. Outras informações relacionadas a equipamento, estado da bomba de infusão, alteração da velocidade de infusão, técnica anestésica e dispositivos do paciente podem ser acessadas na mesma tela “Gráfico”. Os itens mencionados são registrados e apresentados no respectivo item da função “PEPO”.

Para manter a continuidade do atendimento, o clínico pode carregar os itens atualmente solicitados no CPOE para o gráfico de anestesia, infusões e hemocomponentes, bem como enviar para a CPOE as medicações administradas durante a cirurgia. Além disso, também é possível importar os dispositivos do paciente da UTI para serem disponibilizados no gráfico de anestesia. O médico pode acessar o recurso “Revisão de cirurgia” para revisar, registrar ou atualizar informações relacionadas ao procedimento anestésico, como técnica anestésica, dispositivos do paciente, sinais vitais, agentes anestésicos, soluções, medicamentos, hemoderivados, eventos cirúrgicos, ganhos e perdas. O usuário pode acessar esta função através do PEPO ou diretamente da tabela de anestesia.

Para habilitar a administração e documentação de cuidados anestésicos fora do centro cirúrgico para fins de procedimentos de curta duração e outros, como cardioversão, colonoscopia e endoscopia, recomenda-se o uso de uma função alternativa denominada “Ficha Anestésica Eletrônica do Paciente - FANEP”. O médico pode registrar as informações relacionadas ao procedimento anestésico da mesma forma, utilizando as mesmas configurações do PEPO, como materiais, equipamentos, instrumentos, agentes anestésicos, tempo e movimentos.

2.1.4.4 Relatório de anestesia

Este recurso suporta os processos de configuração, gravação e visualização de relatórios anestésicos.

Diferentes tipos de informações usadas durante o processo de anestesia podem ser pré-configuradas nas configurações do PEPO. Além disso, o usuário pode configurar textos padrão para eles ou para a instituição.

A função PEPO permite ao usuário registrar informações anestésicas, como técnica anestésica, descrição e complicações. O usuário seleciona o(s) tipo(s) de anestesia com a(s) descrição(ões) adequada(s), define como principal, insere descrição adicional e pode fazer o uso dos textos padrão pré-configurados. Além disso, o anestesista pode documentar as complicações anestésicas do paciente relacionadas ao procedimento. Conforme as informações selecionadas no filtro, é possível selecionar uma ou mais complicações com os devidos comentários.

2.1.4.5 Relatório da cirurgia

Este recurso suporta os processos de configuração, gravação e visualização de relatórios cirúrgicos. O relatório cirúrgico descreve o procedimento cirúrgico, incluindo a técnica, achados cirúrgicos, observações, ocorrências e complicações.

Através do item “Relatório de cirurgia” na função “PEPO”, o médico define os códigos de diagnóstico e procedimento cirúrgico. Conforme a configuração anterior, o usuário pode selecionar e inserir texto padrão para cada procedimento.

Também é possível registrar informações estruturadas relacionadas em campos separados, como nível de complexidade, topografia, controle de perda sanguínea, achados operatórios, complicações cirúrgicas, duração e participantes.

Existe a opção de registrar procedimentos adicionais no mesmo relatório da cirurgia.

2.1.4.6 Materiais, instrumentos e equipamentos cirúrgicos e de anestesia

Esse recurso auxilia o usuário na configuração e utilização de materiais, instrumentos e equipamentos cirúrgicos e de anestesia, como bisturi elétrico, hemostático, bombas de sucção, cateteres, tubos, drenos e agulhas.

Para configurar os itens mencionados, o usuário deve selecionar a função “Cadastro dos Itens Perioperatórios”. O usuário pode definir protocolos, prescrever conjuntos de acordo com os procedimentos e as preferências do médico como equipamentos e materiais vinculados ao procedimento. Além disso, para fins de faturamento no item “Taxa equipmento”, o usuário pode definir regras de equipamentos por área, grupo e especialidade.

Na aba “Materiais”, o usuário também pode configurar as informações relacionadas aos materiais cirúrgicos e de anestesia, por exemplo, o nome da descrição, sequência de exibição, definir sua cor no gráfico de anestesia e o profissional para quem o material pode ser fornecido

Na função PEPO o usuário pode selecionar os equipamentos e materiais pré-configurados durante o procedimento, inserindo informações adicionais como quantidade, topografia, lado, início e fim de uso.

Além disso, algumas informações sobre os materiais e equipamentos podem ser inseridas usando leitores de código de barras.

Além do uso na função PEPO, os dados de configuração desse recurso também são utilizados nas funções “Ficha Anestésica Eletrônica do Paciente - FANEP”, PEP, “Agenda do Cirurgião” e “Gestão da Agenda Cirúrgica”.

2.1.4.7 Tempos e movimento cirúrgico

Esse recurso oferece suporte a configuração, registro e hierarquia das etapas do fluxo de trabalho cirúrgico e anestésico em uma perspectiva baseada em regras e tempo.

Um exemplo típico da sequência de passos envolvendo um procedimento cirúrgico inclui a entrada do paciente na sala de operação, o início do procedimento anestésico, o início do procedimento cirúrgico, o término do procedimento cirúrgico, o término do procedimento anestésico, a saída do paciente da sala de operação e chegada na sala de recuperação.

Através da função “Cadastro dos Itens Perioperatórios” o usuário pode definir o título da etiqueta do evento, a sequência cronológica, ações e etapas envolvidas, evento de dependência, número de repetições, status da cirurgia disparado pelos eventos e as regras de envio e liberação por perfil. Além disso, outras informações podem ser configuradas na mesma função, como eventos cirúrgicos relacionados à administração de agentes anestésicos, movimentação do setor do paciente, mudança de sala, interface com equipamentos e protocolos cirúrgicos.

Os tempos e movimentos são exibidos na função “Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO”, onde podem ser registrados manual ou automaticamente. Além disso, o usuário pode editar ou mesmo inserir retrospectivamente os dados antes do envio final. Essas informações sobre tempos e movimentos também estão disponíveis na função “Ficha Anestésica Eletrônica do Paciente - FANEP”, baseada nas mesmas configurações. Para obter mais detalhes sobre “Ficha Anestésica Eletrônica do Paciente - FANEP” consulte o recurso “Tabela de anestesia”.

2.1.5 Processos específicos de enfermagem

Subconjunto de funcionalidades relacionadas a processos realizados pela equipe de enfermagem.

2.1.5.1 Sistema de avaliação, diagnóstico e intervenção de enfermagem

Este recurso apresenta informações estruturadas e padronizadas para profissionais de saúde (por exemplo, médicos) ao compor um registro de plano de cuidado para um paciente.

Um fluxo de trabalho de plano de cuidados consiste das seguintes etapas de fluxo de trabalho: realizar a avaliação clínica e definir diagnósticos/problemas, metas e intervenções.

O profissional de saúde acessa a função “Prontuário Eletrônico Paciente - PEP”, seleciona o item relacionado aos processos do plano de cuidado, insere um novo registro e segue as etapas do fluxo de trabalho das ferramentas de suporte.

As funções principais do sistema associadas a esse recurso para fins de configuração são “Cadastros de Enfermagem” e “Cadastros PEP”. Elas auxiliam o usuário a configurar o conteúdo clínico ou importá-lo de bibliotecas externas.

As intervenções são enviadas à função ADEP para serem devidamente gerenciadas e verificadas. O profissional pode revisar e gerenciar o plano de cuidados do paciente sempre que necessário, reavaliando cada uma das etapas.

2.1.5.2 Feridas, curativos e processo de cicatrização

Esse recurso permite que a equipe de enfermagem configure, registre e gerencie os processos de registro de feridas e curativos do paciente.

A instituição precisa configurar os processos de registro de feridas na função “Cadastros Gerais”. De acordo com cada um, são necessárias informações adicionais como tipo de ferida, classificação, formato, localização e desenho do corpo humano. Além disso, cada avaliação de curativo contém itens com resultados possíveis, como comprimento, profundidade, largura, exsudato e tecido com suas características.

O usuário pode registrar informações sobre feridas e curativos ocorridos a qualquer momento durante o processo de atendimento. As principais funções associadas ao registro de feridas são o PEP, “Prontuário Eletrônico de Paciente Ambulatorial - PEPA”, PEPO, “Plano de Cuidado” e “Ficha Anestésica Eletrônica do Paciente - FANEP”. Após selecionar o paciente, o usuário pode acessar o item “Feridas e curativos” para registrar e gerenciar os cuidados com a ferida. O clínico tem várias opções para registrar as informações da ferida, como selecionar características, realizar avaliação ou formulário estruturado, registrar materiais utilizados, definir intervenções de enfermagem conforme condição e evolução da ferida, sugerir tipos de curativos para cada ferida e fazer upload de fotos ou desenho de imagens. Na aba “Feridas e curativos”, o usuário pode adicionar um novo registro informando a data de início, localização da ferida, tipo, formato de classificação, presença e localização da dor, se foi internado com ferida, histórico anterior e social, comorbidades, tipo de tecido, tipo de secreção e informações de alta.

Para cada ferida registrada, o usuário pode adicionar novos registros de curativos a qualquer momento, selecionando características pré-configuradas para cada item e informando o estado atual ou estágio da lesão. Além disso, para cada registro de curativo é possível informar os materiais utilizados. A aba “Avaliação” é utilizada quando a instituição configura formulários específicos para avaliação de feridas. Diretrizes podem ser criadas para fornecer algumas instruções a respeito do curativo. O usuário pode adicionar fotos, capturar uma imagem ou selecionar um arquivo para cada ferida registrada. Imagens do corpo humano podem ser gravadas através da aba “Imagens”, onde o usuário pode adicionar um novo registro selecionando uma imagem pré-configurada e definindo áreas com lesões.

Na função “Plano de Cuidado”, durante os processos de anamnese e exame físico, o enfermeiro pode selecionar o tipo de ferida e proceder com o registro da ferida, utilizar o desenho do corpo humano e selecionar a área do corpo para registrar as características da ferida principal. Após o envio do registro, as informações podem ser visualizadas e gerenciadas no item “Feridas e curativos” da função PEP.

2.1.5.3 Gestão de dispositivos

Esse recurso suporta o gerenciamento de dispositivos médicos, tubos e catéteres do paciente. Seu uso pode ser temporário ou permanente e precisa ser acompanhado criteriosamente pela equipe assistencial.

A função “Cadastro de Dispositivos Utilizados no Paciente” auxilia o usuário na configuração de informações relacionadas a inserção, colocação, substituição ou remoção de dispositivos. Nesta função, o usuário pode configurar para cada dispositivo detalhes como calibre, topografia anatômica, duração, instruções específicas e o motivo da remoção. Além disso, o usuário pode vincular dispositivos a curativos, eventos, procedimentos, avaliações, protocolos clínicos, alertas e evoluções.

Durante os fluxos de trabalho clínico, a função “Dispositivos Utilizados no Paciente” interage como uma chamada externa com várias outras funções clínicas como PEP, PEPO, “Ficha Anestésica Eletrônica do Paciente - FANEP”, “Panorama Clínico” e ADEP.

Por exemplo, nas funções PEP e PEPO, o usuário pode atualizar e verificar os detalhes de todos os dispositivos do paciente e imprimir relatórios. Além disso, com base na configuração anterior, a equipe de

atendimento pode receber atualizações na função ADEP sobre o status dos dispositivos instalados e definir intervenções programadas relacionadas a eles.

2.1.5.4 Metas de cuidado

Esse recurso permite ao usuário registrar e gerenciar as principais metas relacionadas a atendimento ao paciente.

Na função “Cadastros PEP”, o usuário pode configurar metas e definir regras para cada uma, como se são recorrentes e se seu cumprimento é verificado manual ou automaticamente com base em condições específicas.

O item “Metas de cuidado” da função PEP é usado para registrar e gerenciar as metas de atendimento ao paciente. O usuário pode selecionar uma meta de uma lista pré-configurada, registrar medida e status como atingidos, parcialmente atingidos, não atingidos ou pendentes. Na aba “Acompanhamento”, é possível acompanhar os registros dos últimos sete dias relacionados às metas de atendimento.

2.1.5.5 Gestão da dor

Este recurso permite ao usuário selecionar e visualizar pacientes com dor com base nas principais características presentes no filtro, como nível de dor, duração, local, modalidade analgésica e descrição da dor.

Ao acessar a função “Gestão da Dor” é possível verificar informações sobre a condição de dor e o tratamento do paciente, as quais permitem acompanhamento da evolução da dor do paciente e consulta de prescrições de medicamentos e infusões.

As informações exibidas são resultado da avaliação “Monitorização de analgesia” encontrada na função “Prontuário Eletrônico Paciente - PEP”, item “Sinais vitais e monitorização”, aba “Analgesia”, e inclui o profissional que realizou a avaliação.

Na função “Gestão da Dor”, o usuário pode registrar os resultados de uma avaliação de dor a qualquer momento durante a permanência do paciente na instituição de saúde, quantificar a dor, visualizar a analgesia utilizada pelo paciente, verificar a evolução clínica, prescrever e monitorar a dor do paciente para gerenciar o controle da analgesia.

2.1.5.6 Definição de equipe e passagem de plantão

Este recurso suporta os processos relacionados à alocação do profissional de saúde responsável pelo paciente durante os turnos de trabalho e o registro das informações trocadas durante a passagem de plantão.

Acessando o item “Setores de internação” e selecionando o nome do setor na função PEP, o usuário pode visualizar a lista de pacientes do setor. O usuário pode visualizar as principais informações do paciente, identificando os profissionais responsáveis por cada paciente no setor.

Antes de definir o profissional responsável por cada paciente, o profissional utiliza avaliações e escalas para identificar dados precisos sobre a complexidade do atendimento ao paciente, conforme avaliações e escalas pré-configuradas feitas pela instituição.

Considerando a complexidade assistencial de cada paciente, o profissional pode definir o nome do profissional de saúde que ficará responsável por cada paciente. Utilizando a função “PEP”, selecionando o item “Especificar funcionário responsável pelo paciente” e utilizando a opção do botão direito que abre a função “Gestão de Escalação de Profissionais”, pode-se gerenciar os profissionais responsáveis pelo paciente.

Após selecionar o setor e visualizar os pacientes, o usuário pode selecionar e definir o profissional responsável por cada paciente. As opções de profissional incluem técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos, farmacêuticos e fisioterapeutas.

Acessando o item “Pendências de enfermagem” na função “PEP”, o usuário pode registrar e gerenciar as pendências para a equipe de enfermagem durante o turno de trabalho.

Além de selecionar o turno pendente, este pode ser eliminado a qualquer momento para melhor gerenciamento. A visualização de pendências pela equipe de enfermagem é realizada na função ADEP por meio de uma lista de pacientes do setor.

Durante a troca de plantão, informações do paciente podem ser trocadas entre a equipe e devem ser registradas. Para facilitar este processo utilizando o item “Passagem de turno” na função PEP, o usuário pode adicionar um novo registro selecionando o tipo de incidente/pendente e o texto padrão, conforme configuração anterior.

2.1.5.7 Solicitações de materiais

Este recurso auxilia no processo de solicitação de materiais que a equipe de enfermagem necessita para executar as atividades assistenciais ao paciente, como álcool, luvas, compressas de gaze, ou para informar e solicitar a substituição de medicamentos ou materiais danificados ou vencidos.

Na função “CPOE”, selecione o grupo “Materiais”, busque o material no campo de autocompletamento e informe sua quantidade e periodicidade. Essa opção é utilizada quando o material solicitado é específico do paciente e esse material está incluso na conta hospitalar do paciente.

Outra possibilidade de solicitar materiais para pacientes ou departamentos é através da função “Requisição de Materiais e Medicamentos”. O usuário precisa selecionar o campo “Operação de estoque” e informar se é para consumo de determinado paciente ou departamento, ou por outros motivos, como perdas, quebras acidentais, materiais danificados, desatualizados.

Nos processos de banco de sangue, o usuário tem permissão para consultar materiais e medicamentos associados à coleta de sangue, transfusão e flebotomia terapêutica. O sistema também permite ao usuário se referir aos materiais reduzidos do estoque associado à doação.

2.1.6 Geração e visualização de registros clínicos especializados

Subgrupo de recursos relacionados ao histórico do paciente conforme documentado por profissionais de saúde. Esta seção inclui registros especializados relacionados ao atendimento ao paciente suportado pelo sistema para domínios clínicos específicos.

2.1.6.1 Registros de oncologia

Esse recurso auxilia os médicos a registrar informações específicas relacionadas à doença e ao tratamento oncológico, por exemplo, anamnese oncológica, diagnóstico do tumor, estadiamento do tumor e tratamento oncológico. Utilizando a função PEP, o usuário seleciona um paciente e escolhe as informações no filtro para visualizar o paciente. Em seguida, selecionar o item “Anamnese oncológica” na árvore do paciente para inserir as informações referentes à avaliação física do paciente. Em “Anamnese oncologia”, o usuário pode inserir os seguintes dados do paciente: queixa principal, histórico de doenças atuais e passadas, histórico familiar de câncer, exame físico e conduta médica. É possível utilizar uma anamnese estruturada e pré-configurada.

Na mesma função, no item “Diagnóstico do tumor”, o usuário pode registrar o diagnóstico específico para tumores utilizando a CID-O (CID-10, topografia e morfologia). Informações adicionais também podem ser registradas aqui, por exemplo, diagnóstico histológico, TNM (T - tumor primário, N - linfonodos, M -

metástase) - clínico e patológico, estágio do tumor, exame imuno-histoquímico e progressão do tumor. É possível visualizar o formulário de admissão e acompanhamento registrado na função “Registro Hospitalar de Câncer”.

Para estadiamento do tumor, o médico pode selecionar ainda o item "Loco regional" na mesma função. É um processo para definir a localização e a extensão do câncer no corpo do paciente. As informações de estadiamento podem ser documentadas usando o sistema TNM para definir o TNM clínico e patológico, o fator prognóstico e o estágio do tumor. Em “Loco regional” o usuário pode registrar informações sobre o estado de desempenho do paciente, exame físico, histopatologia e a terapia proposta. As regras de fluxo de trabalho são pré-configuradas na função "Registro Hospitalar de Câncer". São informações essenciais para definir o tratamento e o prognóstico do paciente.

Após definir o estágio do tumor, o usuário pode especificar o protocolo de tratamento no item "Tratamento oncológico" da função PEP. O protocolo é pré-configurado na função "Cadastro de Protocolos". Se o hospital tiver um sistema de terceiros, como o ISPM™ (Philips IntelliSpace Precision Medicine), o usuário pode selecionar o melhor caminho clínico relacionado ao tratamento oncológico do paciente.

Em seguida, no item "Tratamento oncológico", o usuário pode adicionar dados específicos do paciente ao protocolo selecionado, como peso, altura, creatinina, AUC, finalidade do tratamento e resultado loco regional. A mesma função pode ser utilizada para editar as informações, se necessário, por exemplo, medicamento ou dose, via de administração, dia ou ciclo de aplicação, anotações, intervalo e/ou local de administração. O usuário pode adicionar e/ou editar soluções, procedimentos e recomendações. É possível adicionar e enviar um ciclo, adicionar e enviar um registro de prescrição médica, enviar dias ou ciclos para agendamento e verificar as inconsistências.

Ainda, no item “Tratamento oncológico” da função PEP, caso o paciente tenha prescrição de medicamento na função CPOE ou esteja tomando algum medicamento em casa, quando o usuário selecionar o protocolo, é possível visualizar a interação medicamentosa entre esses medicamentos se o sistema usar a interface do banco de dados Micromedex™.

2.1.6.2 Cadastros de oftalmologia

Este recurso apoia diversos profissionais que prestam serviços oftalmológicos e cuidam de pacientes, além de facilitar o registro e visualização das informações coletadas durante a consulta médica e informações de exames.

Utilizada para dar suporte ao consultório médico, podendo ser utilizada em conjunto com as funções “Agenda de Consultas”, “Agenda de Exames”, “Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO” e “Gestão da Agenda Cirúrgica”. Fornece dados para o registro de diversas informações no prontuário e o acompanhamento dessas mesmas informações nos atendimentos subsequentes.

As principais funções usadas para configuração são as "Cadastros Gerais" e "Administração do Sistema". Utilizando a função "Cadastros Gerais", é possível configurar "Tipos de processos oftalmológicos" e "Tipos de formulários oftalmológicos", vinculando os relatórios desejados. Utilizando a função "Administração do Sistema", o usuário pode selecionar os principais itens de oftalmologia para cada perfil, definindo a ordem de apresentação dos itens e selecionando os itens para a aba de visualização.

Durante o processo oftalmológico, o usuário pode realizar ações como gerar oftalmologia com base no agendamento via “Agenda de Consultas”; gerar oftalmologia com base em agendamento em “Agenda de Exames”, gerar oftalmologia com base em agendamento em “Gestão de Cirurgias”, registros acessíveis em formato de prontuário; registros completos referentes à avaliação e definição do tratamento; registrar os

exames realizados durante os atendimentos, bem como informações relacionadas a anamnese, diagnóstico, solicitações, atestados médicos, prescrições e busca personalizada de informações por meio do recurso de visão.

No processo oftalmológico, os profissionais clínicos atuam registrando exames, anexando documentos, liberando e finalizando a consulta oftalmológica e gerando relatórios para o prontuário oftalmológico.

2.1.6.3 Registros de maternidade e recém-nascidos

Esse recurso auxilia o profissional de saúde a documentar e gerenciar o processo de gravidez até o nascimento do bebê.

Através da função PEP ou PEPA, acesse o item “Obstetrícia/Nascimentos” no painel de navegação em árvore para encontrar as seguintes abas e telas de cadastro correspondentes: “Triagem enfermagem”, “Triagem médica”, “Gravidez”, “Pré-natal”, “Pré-parto”, “Trabalho de parto”, “Partograma”, “Parto” e “Obstetrícia pós-natal”.

Nesse processo é possível registrar as principais informações, como início da gravidez, primeira avaliação com exame físico, intercorrências na gravidez, exames sorológicos (HIV, hepatite, sífilis, rubéola, toxoplasmose), informações relacionadas à evolução do trabalho de parto, partograma e o parto.

2.1.6.4 Cadastros de check-up

Esse recurso permite registrar e visualizar informações clínicas relacionadas ao fluxo do serviço de check-up, desde o agendamento até a alta do paciente.

O processo de check-up permite a manutenção de registros organizados e a rastreabilidade de observações e achados clínicos, resultados e relatórios de exames laboratoriais e diretrizes de diagnóstico. Permite imprimir o histórico de dados clínicos e registrar comentários adicionais. O “Cadastro de check-up” é a principal função aplicada para adicionar uma lista de orientações e procedimentos do paciente, assim como confirmar a data do check-up ao paciente. O clínico também pode enviar os dados por e-mail. O solicitante pode identificar o status da agenda e confirmar o paciente e/ou o profissional de acordo com o atendimento por meio do sistema de agendamento.

O profissional de saúde também pode visualizar esses dados clínicos em outras funções, como PEP, “Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO” e “Agenda de Quimioterapia”.

2.1.6.5 Cadastros da nutrição

Esse recurso visa auxiliar os profissionais de saúde na configuração de elementos nutricionais (como carboidratos, lipídios, proteínas, água, minerais, vitaminas, calorias), vinculando-os aos produtos da instituição e informando o número de elementos fornecidos para cada um. Ele também oferece suporte aos profissionais de saúde no registro de exames físicos, medidas antropométricas e requisitos nutricionais.

Em relação à configuração de elementos nutricionais, por exemplo, cada 20 ml do produto final “Glicose 5% com 500 ml” fornece 1 grama do elemento glicose. Também é possível configurar quantidade e limites regulares se um medicamento possui elementos nutricionais em sua composição, assim como a quantidade desse elemento. Esta configuração é essencial para a prescrição de nutrição parenteral e terapia de reidratação endovenosa na função CPOE.

O usuário pode configurar as tabelas principais de rotinas de prescrições de leite infantil e fórmula e configurar a solubilidade da fórmula. Em “Cadastros de Nutrição” estão configurados o leite infantil e fórmulas prescritos na função “CPOE”. O usuário precisa configurar o leite e as fórmulas, solubilidade, diluição (pó) e quantidade de água.

Para registrar a avaliação nutricional, o especialista clínico precisa abrir a função PEP, selecionar o paciente e o item "Avaliação nutricional". A avaliação nutricional objetiva é adequada para pacientes adultos e a avaliação nutricional pediátrica é para bebês, crianças ou adolescentes.

Na avaliação nutricional objetiva é possível registrar a antropometria (peso, altura, circunferências e dobras cutâneas). Em seguida, o usuário pode visualizar a classificação do estado nutricional de acordo com o percentil 50. Por fim, o usuário define as necessidades nutricionais (calorias e proteínas) e conclui o diagnóstico nutricional.

Para o registro da avaliação nutricional pediátrica, após o preenchimento dos dados antropométricos (peso, altura, circunferências e dobras cutâneas), o usuário pode conferir as curvas antropométricas e de crescimento, como estatura/idade, peso/idade, peso/altura e IMC/idade, baseado em percentis de referência e z-score.

Descrição das fórmulas utilizadas no processo descrito abaixo (não necessariamente na sequência de apresentação):

- Índice de Massa Corporal (kg/m^2): IMC: peso (kg) / altura (m)²
: em relação ao IMC, é possível haver diferentes classificações e descrições de resultados (Associação Mundial da Saúde 2000, Organização Pan-Americana da Saúde 2002, SISVAN do Brasil 2004, Ministério da Saúde do Brasil 2004). O usuário precisa definir as opções padrão na função "Cadastros Gerais" > "Gestão do paciente" > "Prontuário Eletrônico Paciente - PEP" > "Regra padrão IMC".
- Peso ideal = IMC (percentil 50) x altura (cm)²
O percentil 50 baseia-se na tabela de IMC por idade de acordo com a OMS.
- Peso estimado:
 - Chumlea (1988):
 - Mulheres = $[1,27 \times \text{circunferência da panturrilha (cm)}] + [0,87 \times \text{altura do joelho (cm)}] + [0,98 \times \text{circunferência do braço (cm)}] + [0,4 \times \text{dobra cutânea subescapular (cm)}] - 62,35$
 - Homens = $[0,98 \times \text{circunferência da panturrilha (cm)}] + [1,16 \times \text{altura do joelho (cm)}] + [1,73 \times \text{circunferência do braço (cm)}] + [0,37 \times \text{dobra cutânea subescapular (mm)}] - 81,69$
 - Rabito (2006) = $[0,5759 \times \text{circunferência do braço (cm)}] + [0,5263 \times \text{circunferência abdominal (cm)}] + [1,2452 \times \text{circunferência da panturrilha (cm)}] - [4,8689 \times (\text{gênero})^*] - 32,9241 * \text{Sexo} = \text{mulheres (2) homens (1)}$
- Altura ideal (cm): a altura ideal é apresentada de acordo com a tabela de altura para idade de acordo com a OMS
- Altura estimada – Chumlea (1985):
 - Mulheres = $84,88 + [1,83 \times \text{altura do joelho (cm)}] - [0,24 \times \text{idade (anos)}]$
 - Homens = $60,65 + [2,04 \times \text{altura do joelho (cm)}]$
- Perda de peso (%) = $(\text{peso usual} - \text{peso atual}) \times 100 / \text{peso usual}$
- Perda de peso (kg) = $(\text{peso usual} - \text{peso atual})$
- Peso ajustado (kg) = $(\text{peso atual} - \text{peso ideal}) \times 0,25 + \text{peso ideal}$
- Adequação do peso (%) = $(\text{peso atual} \times 100) / \text{peso usual}$
- Peso ajustado dos amputados (kg) = $(\text{peso usual} \times 100) / (100 - \% \text{ de amputação})$
- Peso corrigido (kg) = $\text{peso antes da amputação} \times (100 - \% \text{ amputado}) / 100$
- Peso corrigido da ascite (kg) = $(\text{peso atual} - \text{peso a ser descontado})$
- Peso ajustado (kg) = $\text{peso referente à amputação, ascite, edema e informações sobre paraplegia ou quadriplegia}$

- Relação cintura-quadril: $RCQ = \text{cintura (cm)} / \text{quadril (cm)}$
- Estimativa óssea = altura (cm) / circunferência do pulso (cm)
- Circunferência do braço (%) = $(\text{circunferência do braço obtida} \times 100) / \text{percentil 50 da circunferência do braço}$
- Espessura da dobra cutânea do tríceps (%) = $(\text{dobra cutânea do tríceps obtida} \times 100) / \text{percentil 50 da dobra cutânea do tríceps}$
- Circunferência muscular do braço (%) = $\text{circunferência do braço (cm)} - (3,14 \times \text{espessura da dobra cutânea do tríceps (mm)}) / 10$
Percentil 50 é usado conforme a referência definida pelo usuário na função "Cadastros Gerais".
- Classificação do estado nutricional: A classificação do estado nutricional é conforme o percentil 50 baseado na referência Blackburn (1979), abrangendo circunferência do braço (cm), dobra cutânea tricipital (mm), circunferência muscular do braço (cm) e área muscular do braço (cm^2)e
- Percentil 50: em relação ao percentil 50, resultados diferentes são possíveis de acordo com Philips (1984), Frisancho (1981), Frisancho (1990), Frisancho (2008), e SABE brasileiro (2001). O usuário precisa definir as opções padrão na função "Cadastros Gerais" (Aplicação Principal > Médico – Prontuário Eletrônico Paciente - PEP > Regra de classificação percentil 50). Abrange a circunferência do braço (cm), espessura da dobra cutânea do tríceps (mm), circunferência muscular do braço (cm) e área muscular do braço (cm^2)
- Área muscular do braço (cm^2) = $[\text{circunferência do braço (cm)} - (3,14 \times \text{prega cutânea do tríceps (cm)})]^2 / (4 \times 3,14)$
- Área muscular do braço corrigida (cm^2):
 - Homens = $[(\text{circunferência do braço (cm)} - (3,14 \times \text{prega cutânea do tríceps (mm)}) / 10)^2 - 10] / (4 \times 3,14)$
 - Mulheres = $[(\text{circunferência do braço (cm)} - (3,14 \times \text{dobra cutânea do tríceps (mm)}) / 10)^2 - 6,5] / (4 \times 3,14)$
- Gordura (%) – Faulkner (1968) = $(\text{prega cutânea do tríceps} + \text{dobra cutânea suprailíaca} + \text{dobra cutânea subescapular} + \text{dobra cutânea abdominal}) \times 0,153 + 5,783$
- Taxa metabólica basal (Kcal/dia):
 - Harris-Benedict (1919):
 - TMB Homens = $66,473 + [13,751 \times \text{peso (kg)}] + [5,003 \times \text{altura (cm)}] - (6,755 \times \text{idade})$
 - TMB Mulheres = $655,095 + [9,563 \times \text{peso (Kg)}] + [(1,849 \times \text{altura (cm)}) - (4,675 \times \text{idade})]$
 - Gasto energético total (Kcal/dia): GET = TMB x fator de atividade x fator de estresse
 - Gasto energético estimado – Ireton-Jones (1997):
 - Com ventilação mecânica: GEE = $1784 + [5 \times \text{peso (kg)}] - (11 \times \text{idade}) + (244 \times \text{sexo}) + (239 \times \text{trauma}) + (840 \times \text{queimadura})$
 - Com respiração espontânea: GET = $629 + [25 \times \text{peso (kg)}] - (11 \times \text{idade}) - (609 \times \text{obesidade})$. *Multiplique o resultado da fórmula por 4,168 para obter o valor da energia em kJ/dia*
 - Mifflin – St Jeor (2005):
 - Homens = $(10 \times \text{peso}) + [6,25 \times \text{altura (cm)}] - (5 \times \text{idade}) + 5$
 - Mulheres: $(10 \times \text{peso}) + [6,25 \times \text{altura (cm)}] - (5 \times \text{idade}) - 161$
- Regra de bolso:
 - 11 a 24 Kcal/kg = redução de peso
 - 25 a 29 Kcal/kg = manutenção do peso

- 30 a 35 Kcal/kg = ganho de peso
 - 40 Kcal/kg = politraumatismo
 - 30 a 35 Kcal/kg = sepse
- Ingestão dietética de referência para pediatria (2006):
 - Bebês e crianças pequenas
 - 0-3 meses: DRI = $(89 \times \text{peso (kg)} - 100) + 175$
 - 4-6 meses: DRI = $(89 \times \text{peso (kg)} - 100) + 56$
 - 7-12 meses: DRI = $(89 \times \text{peso (kg)} - 100) + 22$
 - 13-35 meses: DRI = $(89 \times \text{peso (kg)} - 100) + 20$
 - Crianças e adolescentes de 3 a 18 anos
 - (Meninos) 3-8 anos = $88,5 - (61,9 \times \text{idade (anos)}) + \text{Coeficiente de Atividade Física} \times [(26,7 \times \text{peso (kg)}) + (903 \times \text{altura (m)})] + 20$
 - (Meninos) 9-18 anos = $88,5 - (61,9 \times \text{idade (anos)}) + \text{Coeficiente de Atividade Física} \times [(26,7 \times \text{peso (kg)}) + (903 \times \text{altura (m)})] + 25$
 - (Meninas) 3-8 anos = $135,3 - (30,8 \times \text{idade (anos)}) + \text{Coeficiente de Atividade Física} \times [(10,0 \times \text{peso (kg)}) + (934 \times \text{altura (m)})] + 20$
 - (Meninas) 9-18 anos = $135,3 - (30,8 \times \text{idade (anos)}) + \text{Coeficiente de Atividade Física} \times [(10,0 \times \text{peso (kg)}) + (934 \times \text{altura (m)})] + 25$
 - Adultos a partir de 19 anos
 - Homens = $662 - (9,53 \times \text{idade (anos)}) + \text{Coeficiente de Atividade Física} \times [(15,91 \times \text{peso (kg)}) + (539,6 \times \text{altura (m)})]$
 - Homens = $662 - (9,53 \times \text{idade (anos)}) + \text{Coeficiente de Atividade Física} \times [(15,91 \times \text{peso (kg)}) + (539,6 \times \text{altura (m)})]$
- Instituto de Medicina (2002) para pediatria:
 - Meninos:
 - 0 – 3 anos: IoM = $(0,249 \times \text{peso atual}) - 0,127$
 - 3 a 10 anos: IoM = $(0,095 \times \text{peso atual}) + 2,110$
 - 10 – 18 anos: IoM = $(0,074 \times \text{peso atual}) + 2,754$
 - Meninas:
 - 0 – 3 anos = $(0,244 \times \text{peso atual}) - 0,130$
 - 3 a 10 anos = $(0,085 \times \text{peso atual}) + 2,033$
 - 10 – 18 anos = $(0,056 \times \text{peso atual}) + 2,898$
- Necessidade de proteína (g/dia) = proteína (g) x peso (kg)
- Necessidades calóricas por dia (Kcal/dia) = calorias (Kcal/kg/dia) x peso (kg)
- Classificação de porcentagem para pediatria: os intervalos de resultados são baseados na OMS conforme as tabelas altura/idade, peso/idade, peso/altura e IMC/idade
- Classificação Z-score para pediatria: os intervalos de resultados são baseados na OMS conforme as tabelas altura/idade, peso/idade, peso/altura e IMC/idade

2.1.6.6 Registros de avaliação corporal

Este recurso apoia os profissionais de saúde no registro de informação antropométrica e de estrutura física.

A avaliação física é um instrumento que auxilia o usuário a planejar e ordenar o exercício físico. Na função PEP, o usuário precisa abrir o item "Avaliação física" para registrar a avaliação do corpo do paciente. Em seguida, o usuário insere informações antropométricas como peso, altura, altura do joelho, circunferências

e dobras cutâneas. Além disso, o usuário insere dados relacionados aos testes de flexibilidade, força de preensão manual, equilíbrio estático e força de membros inferiores.

Após registrar a avaliação do corpo físico, o usuário pode definir o esquema de exercícios que o paciente precisa seguir.

2.1.6.7 Gestão da espasticidade

Este recurso suporta os processos de avaliação e documentação de pacientes com condições espásticas submetidos a bloqueios musculares e nervosos. O processo tem duas partes principais, a avaliação do grau de espasticidade e o registro do tratamento (aplicação de toxina botulínica).

A Escala Modificada de Ashworth é usada para avaliar o nível de espasticidade, selecionando as áreas do corpo, esquerda e direita. Após selecionar as opções, o usuário envia a avaliação. Consulte a seção “Escalas, índices e pontuações” deste IFU para obter mais detalhes sobre a Escala de Ashworth Modificada.

O usuário pode registrar as aplicações de toxina botulínica utilizando o formulário estruturado da instituição, previamente configurado na função “Cadastros Gerais”. As informações incluem as áreas do corpo humano, músculo, toxina botulínica, motivo da alteração da dose, regras para avaliação da espasticidade e escala.

Após selecionar o paciente na função PEP, o usuário pode acessar o item “Bloqueio muscular e nervoso” para definir e registrar o tratamento. Ao adicionar um novo registro de aplicação de toxina na aba “Aplicações”, abre-se a tela “Toxina botulínica” para dar suporte ao processo. O usuário pode selecionar as áreas do corpo humano, definir os locais de aplicação da toxina botulínica com suas respectivas dosagens e, por fim, confirmar a aplicação. Na aba “Bloqueio do nervo” o usuário pode registrar as aplicações de bloqueio do nervo selecionando o produto e definindo as doses de cada nervo selecionado. Por fim, na aba “Histórico”, o usuário pode visualizar informações sobre aplicações anteriores, como movimentação, músculos, dias e doses aplicadas.

2.1.6.8 Registros de odontologia

Este recurso apoia o profissional de saúde no registro, visualização e gestão das informações específicas da odontologia do paciente.

Após configurar as imagens odontológicas na função “Administração do Sistema”, o usuário pode acessar o item “Odontologia” na função PEP para registrar e visualizar a avaliação odontológica e demais informações como procedimentos odontológicos, evolução e planos de tratamento.

2.1.6.9 Gestão de prescrições e planos de cuidado

Esse recurso auxilia a equipe de enfermagem na revisão do plano terapêutico do paciente, principalmente quanto ao agendamento e material adicional necessário para administração de medicamentos e realização de procedimentos.

Na função “Gestão dos Planos Terapêuticos” o usuário pode rever as prescrições médicas (itens prescritos, horários de agendamento, materiais) antes de as enviar à farmácia. O usuário também pode revisar nutrição, infusões e medicamentos, exames, procedimentos, gasoterapia, diálise, hemocomponentes, recomendações e materiais.

Registros da equipe assistencial antes do início dos processos de farmácia permite a identificação e correção de informações incompletas ou conflitantes para que a dispensação ocorra nos horários agendados pela equipe de enfermagem, visando à melhoria do processo.

2.1.6.10 Gestão da ingestão nutricional

Este recurso oferece suporte aos profissionais de saúde com a análise de dados nutricionais do plano de tratamento do paciente.

Na função “Gestão de Ingestão Nutricional” o usuário tem acesso à quantidade total de volume e macro/micronutrientes fornecidos ao paciente conforme o plano terapêutico proposto. O usuário pode estabelecer metas e acompanhar se determinado plano terapêutico atinge as expectativas mínimas e máximas estipuladas para o paciente.

Os possíveis macronutrientes a serem analisados são gorduras, carboidratos e proteínas. Os micronutrientes são o sódio, potássio, cloreto, cálcio, magnésio e fósforo. Assim como análise das calorias e volumes fornecidos por cada item solicitado no plano terapêutico.

O usuário pode acompanhar a evolução do peso do paciente através de um gráfico e fazer edições na função CPOE, mantendo os registros editados em modo rascunho por meio da função “Gestão de Ingestão Nutricional” para analisar nutricionalmente o plano terapêutico antes de liberá-lo.

O usuário pode acessar diretamente a função “Gestão de Ingestão Nutricional” e escolher um paciente com um plano de tratamento atual para analisar ou acessar por meio de chamada externa para a função CPOE.

2.1.6.11 Gráfico corporal

Este recurso permite que o usuário faça gráficos usando o gráfico ou esquema do corpo humano para registrar e exibir condições clínicas ou informações relacionadas, descrevendo e visualizando condições clínicas relacionadas a locais do corpo humano, como dispositivos e feridas.

Usando a função “Gerenciamento do Local do Corpo” o usuário pode configurar arquivos de imagem separados para uso em pacientes de diferentes faixas etárias. A imagem para uma representação corporal masculina ou feminina é atribuída automaticamente de acordo com o sexo biológico do paciente, conforme registrado na função “Cadastro Completo de Pessoas”. Se necessário, o usuário pode editar e salvar manualmente a representação corporal que deve ser exibida para um paciente específico diretamente da função “Gerenciamento do Local do Corpo”. O usuário pode então vincular dispositivos, feridas e curativos a um local específico do corpo localizado no gráfico corporal. Para cada local é possível acessar o histórico das intervenções em ordem cronológica.

Após as devidas configurações, o usuário pode usar o corpo humano (função "Gerenciamento do Local do Corpo") para associar dispositivos, feridas e curativos, por chamada externa para funções como PEP e "Flowsheet".

2.1.6.12 Registros de atenção primária

Este recurso permite que o profissional de saúde registre e gerencie registros de pacientes em ambulatórios, principalmente consultórios particulares e ambientes de atenção primária. Eles incluem vários processos e registros específicos, incluindo documentação estruturada, como códigos SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano) e CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária). Esse recurso contribui para manter a jornada única do paciente, pois é possível acessar informações de hospitais, ambulatórios, consultórios particulares e unidades básicas de saúde.

Na função “Administração do Sistema”, a instituição precisa configurar o perfil do profissional de saúde conforme o tipo de atendimento (atendimento hospitalar, consultório particular e atenção primária). Para garantir a confidencialidade e privacidade dos dados clínicos, a instituição precisa definir os privilégios de acesso. Diferentes itens de cuidado podem ser definidos para cada perfil clínico, respeitando o processo de tipo de cuidado pré-definido, como selecionar os itens CIAP e SOAP para o perfil do processo de atenção primária.

O profissional de saúde deve abrir a função PEPA para acessar e registrar a atenção primária, selecionando o paciente e, seguindo os itens disponíveis, registrar as principais informações da consulta ambulatorial.

O usuário trata diagnóstico, lista de problemas, reclamações e motivos usando códigos CIAP, notas clínicas, tratamento e encaminhamentos relacionados às atividades de registro da atenção primária. Enfermeiros e médicos interagemativamente e colaboram no processo. Através dos itens “Atendimentos” e “Agendamento”, o usuário pode identificar a lista de pacientes aguardando atendimento. Apoiado em status atualizados, o usuário pode selecionar o paciente, iniciar a triagem e avaliação clínica, dar alta ao paciente ou registrar sua evasão. Por meio do item “Triagem”, o enfermeiro registra a queixa principal ou motivo por meio dos códigos CIAP, dos sinais vitais e das informações de saúde da mulher para acolher a paciente. Seguindo o processo, o usuário visualiza a classificação de risco com a sequência de prioridade, marca uma consulta ou encaminha o paciente para um programa de saúde. Por fim, os pedidos de encaminhamento são transferidos para a função “Gestão da Regulação”, onde o usuário responsável os pode gerir.

2.1.7 Facilitadores de fluxo de trabalho

Subgrupo de recursos para orquestrar e gerenciar fluxos de trabalho relacionados à prática clínica.

2.1.7.1 Configuração e implementação de linha de cuidado

Esse recurso oferece suporte ao profissional de saúde com informações suplementares durante o processo de tomada de decisão clínica.

As principais funções do sistema associadas a esse recurso são “Suporte à decisão clínica – Mentor” para configuração e funções Mentor e PEP para execução. Na prática, é necessária a combinação das três funções: Mentor, PEP e CPOE.

De acordo com regras configuradas e registros clínicos do paciente que pertencem ao input na função PEP, como sinais vitais, diagnósticos, escalas, eventos e resultados de laboratório, o profissional pode receber notificações e recomendações por meio da função Mentor. Exemplos das ações sugeridas incluem a atribuição de um novo protocolo clínico, linha de cuidado ou uma prescrição médica a um paciente. Se a recomendação for, por exemplo, incluir um protocolo de prescrição para medicamentos, o profissional de saúde o faz na função CPOE, por meio da opção de aceitar ou rejeitar.

As instituições podem configurar e usar essa ferramenta de fluxo de trabalho em diferentes cenários, por exemplo, relacionados à detecção e tratamento precoce da sepse, prevenção de trombose venosa profunda, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e pneumonia associada à ventilação mecânica.

2.1.7.2 Gestão de alertas, avisos e notificações relacionados a processos clínicos

Esse recurso auxilia na configuração e acionamento de notificações, alertas e avisos relacionados a processos clínicos. Podem ser exibidos na barra do paciente e nas diferentes telas do sistema ou enviados por e-mail, SMS e comunicação interna.

OBSERVAÇÃO No contexto deste recurso, a palavra “alerta” não se destina ao auxílio de qualquer decisão clínica. Os alertas e avisos visam melhorar a colaboração e a comunicação do profissional de saúde, aprimorando a prestação de cuidados e atendendo às necessidades operacionais e administrativas.



ADVERTÊNCIA

Os alertas dependem de diferentes condições e de adequada configuração prévia. Alertas de alergias dependem da configuração correta do banco de dados de medicamentos e da entrada correta da alergia ao medicamento no histórico de saúde do paciente. Alertas relacionados a valores fora da faixa esperada dependem da configuração adequada dos limites para que possam ser exibidos em funções como CPOE, PEP, PEPO e ADEP. Os alertas podem estar relacionados a condições específicas do paciente ou ser endereçados aos profissionais de saúde.

Há muitas opções de ferramentas do sistema para configurar diferentes alertas, eventos, avisos e notificações, descritos a seguir.

A função “Gestão de Alertas e Eventos” é um recurso do sistema utilizado para configurar alertas e avisos. O usuário pode definir os principais eventos e regras, modos de acionamento, descrição do evento, mensagens via sugestões de entrada de texto (macros), horário de início e término, modo de apresentação (na tela, comunicação interna e e-mail) e os destinatários específicos (usuário, e-mail, setor, grupo e perfil). A função também é utilizada para gerenciar e visualizar o histórico de alertas e eventos, como os relacionados a medicamentos e insumos.

Nas funções PEP ou PEPA, após selecionar um paciente, o usuário pode registrar alertas (no item “Alertas” da árvore de pacientes), definindo se o evento é para o paciente ou um atendimento específico, selecionando o tipo de alerta com mensagens que a instituição configura na função “Cadastros Gerais”. Após a liberação do registro, o alerta é exibido ao usuário ao acessar o prontuário do paciente. O alerta pode ser desativado usando a opção “Definir fim alerta”.

O recurso “Alertas aos profissionais” visa melhorar a comunicação entre os profissionais envolvidos no processo de atendimento ao paciente. Pode ser acessado através das opções de botão direito “Consultar alertas” e “Consultar alertas usuário” na função PEP. Ao adicionar um novo alerta na aba “Cadastro”, o usuário pode selecionar o tipo de notificação, o destinatário, o setor e a mensagem de alerta. O alerta é exibido ao destinatário através do recurso “Alertas aos profissionais” ao acessar o paciente específico através da função PEP, onde o usuário pode visualizá-los e reconhecê-los.

Através da função “Cadastros Gerais”, a instituição pode configurar alertas relacionados à solicitação de informação adicional. Na opção “Requisição de informações”, podem ser definidas regras para pacientes com ou sem número de consulta, cirurgia, tipo de consulta, pessoa específica, setor e estabelecimento. Além disso, é necessário selecionar o “Momento apresentação”, definindo os momentos do fluxo de trabalho ou quando o usuário adiciona ou envia um prontuário clínico, como nota clínica, atestado médico e evento. Por fim, para concluir a configuração, é necessário desenvolver uma consulta ao sistema, o conteúdo da mensagem apropriada e as alternativas do usuário (somente notificações, justificativa ou ação imediata). O alerta e a mensagem são exibidos durante os fluxos de trabalho clínicos através das funções PEP ou PEPO, podendo o profissional aceitá-lo e seguir as instruções possíveis.

O profissional de saúde também pode visualizar alertas relacionados a tarefas clínicas e de documentação do atendimento do paciente no lado esquerdo da barra do paciente (ícone de sino) acima do nome do paciente. Ao clicar na opção “Ver mais” de cada tipo de pendência, o usuário pode marcá-las como lidas e visualizar mais detalhes e possíveis ações executadas em diferentes funções do sistema. A configuração dos alertas é realizada em diversas funções do sistema, como “Cadastros Gerais” e “Lista de Tarefas”.

Na função “Cadastros Gerais”, o usuário pode configurar a regra de múltiplas aprovações, selecionando a função do sistema, o item e o profissional responsável. Para acionar o processo, os usuários precisam registrar e liberar documentação clínica específica nas funções “Electronic Pre-Anesthetic Assessment”,

PEPO ou PEP. Em seguida, por meio das legendas, o usuário pode visualizar o status de aprovação de cada documento e, ao mesmo tempo, um ícone de alerta é exibido na barra do paciente. Com relação à aprovação de documentos, clicando em “Ver mais”, o usuário pode visualizar a tela com detalhes sobre os itens pendentes de aprovação, como status, data, usuário, tipo de documento e os aprovadores, e rapidamente aprovar ou não.

No mesmo local, também é possível visualizar alertas relacionados à interrupção da comunicação de integração com monitores beira-leito sem entrada de dados de sinais vitais. Para configurar esta notificação, além da presença de uma integração ativa com monitores, a instituição precisa configurar as regras na função “Cadastros Gerais”, seguida de uma ativação de um trabalho de procedimentos armazenados de banco de dados na função “Administração do Sistema”.

Os alertas relacionados a tarefas profissionais, como liberação de novo exame, prescrição ou nota clínica, também são exibidos no mesmo ícone de sino ao lado esquerdo da barra do paciente. A instituição configura e gerencia as tarefas na função “Lista de Tarefas”. As regras de visualização das tarefas são configuradas na aba “Cadastros”, selecionando o item clínico, sua prioridade e o perfil do usuário. Usando a função “Prontuário Eletrônico Paciente - PEP”, após selecionar um atendimento com o paciente, o usuário pode visualizar o ícone de alerta na barra do paciente. O usuário pode clicar no ícone para ver o número de tarefas pendentes, e clicando em “Ver mais”, o usuário pode acessar a função “Lista de Tarefas”. Na aba “Tarefa” o usuário pode filtrar e conferir as tarefas conforme o período, status, setor, paciente, profissional e prioridade. Conforme a tarefa selecionada, o usuário pode acessá-la diretamente no prontuário do paciente, alterar o status e visualizar o histórico de status.

2.1.7.3 Checklists de processos clínicos

Este recurso auxilia o profissional de saúde a realizar checklists relacionados aos processos de atendimento ao paciente, usando ferramentas específicas que facilitam o registro e a gestão desses processos e de suas etapas. Os checklists são definidos conforme os objetivos de qualidade da instituição. O exemplo mais conhecido é a avaliação do tempo limite da cirurgia.

Esse recurso pode ser vinculado a diferentes funções de fluxo de trabalho, como PEPO, “Gestão de Radioterapia” e “Gestão de Home Care”.

A função “Controle Eletrônico dos Processos Assistenciais - CLEPA” é utilizada para configurar as regras do checklist e gerenciar o processo. O usuário pode definir processo(s) de checklist, definir o papel do profissional, vincular a(s) avaliação(ões), dependências do processo e acionar regras como, início da cirurgia ou seus eventos, radioterapia e processo de atendimento domiciliar. O “Cadastro Avaliações” é usado para criar formulários estruturados, incluindo os campos obrigatórios do processo da instituição. Consulte o recurso “Modelos configuráveis não codificados” neste documento para obter informações adicionais sobre a configuração de formulários estruturados.

No contexto cirúrgico, após selecionar um paciente na função PEPO e registrar um evento desencadeador do processo, como o início da cirurgia, o usuário é solicitado a concluir, por exemplo, a avaliação do checklist de time-out através da função “Electronic Control of Assistance Processes”. Em seguida, na aba “Checklist”, o usuário registra as informações previamente configuradas do checklist.

Para gerenciar os checklists existentes, o usuário precisa abrir a aba “Painel” da função “Controle Eletrônico dos Processos Assistenciais - CLEPA”, onde o usuário possui filtros para pesquisar checklists pendentes, parciais e concluídos.

2.1.7.4 Modelos configuráveis codificados

Este recurso permite a criação de templates estruturados ou formulários com campos que podem ser conectados com as tabelas e estruturas nativas do sistema, permitindo o uso da mesma informação clínica em diferentes fluxos de trabalho.

O usuário pode criar templates estruturados na função “Cadastros PEP”, na aba “Templates”. Para cada template, elementos (arquétipos) e tabelas de sistemas nativos estão disponíveis no sistema. Os elementos e tabelas de sistemas disponíveis são conceitos clínicos criados pela Philips conforme solicitação do cliente. Essa metodologia é essencial para evitar duplicidades e garantir a correta conexão com os campos de dados do sistema nativo.

O usuário tem a opção de importar templates pré-configurados criados pela Philips. Usando os templates, customizações podem ser feitas conforme o objetivo do template. Encontra-se na função “Cadastros PEP” na aba “Templates Philips”.

O usuário pode selecionar o template adequado durante a consulta clínica e registrar as informações do paciente, principalmente utilizando a função “PEP”. Depois de preencher as informações necessárias, o usuário libera o registro. Os dados inseridos por meio desse recurso também podem ser visualizados em telas de outros sistemas, dedicadas a sinais vitais, scores, notas clínicas, diagnósticos e sumário do paciente, por exemplo.

Esse recurso é uma alternativa para criar formulários e preservar a integridade dos dados, permitindo a pesquisa adequada dos dados e o desencadeamento de processos clínicos e linhas de cuidado.

2.1.7.5 Modelos configuráveis não codificados

Este recurso permite a criação de formulários estruturados com campos que não têm relação com as tabelas e estruturas nativas do sistema.

O usuário pode configurar esses formulários na função "Cadastro Avaliações". Por exemplo, é possível definir o nome do formulário e a função do sistema para aplicá-lo, criar campos diferentes (por exemplo, editar, caixa de seleção, look-up) e visualizá-los previamente.

O profissional de saúde pode usar os formulários principalmente na função PEP. Após selecionar o paciente, o usuário pode escolher o formulário e preencher as informações nele contidas.

A função "Cadastro Avaliações" é usada para gerenciar os formulários e suas informações já registradas no sistema para fins de pesquisa e qualidade.

2.1.7.6 Jornada do paciente

Este recurso fornece informações relevantes em uma perspectiva de linha do tempo a partir dos dados do paciente por meio de uma interface gráfica que é ativada em algumas funções do sistema, como “SUEP”, “PEP”, “CPOE” e “PEPO”.

O usuário pode configurar esse recurso na função “Cadastros PEP” para definir o modelo de visualização da linha do tempo e os protocolos das linhas de cuidado. As funções “PEP”, “SUEP”, “CPOE” e “PEPO” são utilizadas para o acompanhamento de eventos relevantes na vida do paciente.

De acordo com os protocolos das linhas de cuidado e outros registros clínicos registrados para o paciente na função “PEP”, o usuário pode visualizar os principais eventos relevantes em uma linha do tempo, as etapas e eventos do protocolo das vias clínicas, e informações sobre a fase do tratamento.

Jornada do paciente é um termo padrão para a sequência de eventos de atendimento que um paciente segue desde o ponto de entrada no sistema, geralmente desencadeado por doença, até que o paciente receba alta do hospital para sua casa, casa de repouso, hospício ou por motivo de óbito.

Essa representação fornece aos profissionais de saúde informações para verificar a fase do tratamento do paciente para identificar atrasos ou fases perdidas.

2.1.7.7 Sistemas de cálculo

Este recurso permite ao usuário criar fórmulas para serem utilizadas em diversas funções do sistema, como PEP e APAP.

Na função “Mecanismos de Cálculo”, o usuário pode criar suas próprias fórmulas para serem aplicadas nas funções do sistema. As variáveis descritas na fórmula são definidas na aba “Parâmetros”. Um parâmetro pode ser definido como um atributo de uma tabela ou um elemento de um modelo. O sistema exibe o resultado da fórmula no local definido na aba “Conta dest”, seguindo o mesmo conceito aplicado na aba “Parâmetros”.

Além disso, cada cálculo pode ter regras de execução determinadas para definir se será executado. Essas regras são aplicadas conforme o valor e condição do parâmetro configurado e podem ser configuradas com um ou mais critérios. Por exemplo, pode ser desejável executar um cálculo clínico específico apenas quando o paciente for do sexo feminino, numa determinada faixa etária ou ambos.

Os resultados são apresentados no campo de dados de destino, que foi definido na função “Mecanismos de Cálculo”. Por exemplo, suponha que o usuário tenha escolhido o atributo “Pressão Arterial Média” na tabela “Sinais vitais e monitorização geral” da função “PEP” como um destino quando todas as variáveis necessárias são mapeadas. Nesse caso, o resultado será apresentado no campo de dados específico da tela. O mesmo conceito é aplicado para modelos na função PEP e modelos da aba “APAP (registrável)” da função APAP. Na função PEP, quando um resultado é gerado por um cálculo da função “Mecanismos de Cálculo”, é exibido um ícone laranja com um ponto de exclamação. Ao passar o usuário sobre este ícone, será apresentada a fórmula utilizada para obter o resultado. Suponha que um cálculo criado pela função “Mecanismos de Cálculo” tenha um atributo de destino que já tenha um cálculo codificado do sistema. Nesse caso, o cálculo personalizado dos “Mecanismos de Cálculo” substitui o cálculo codificado.

2.1.7.8 Panorama clínico, painel de leitos e censo do paciente

Este recurso fornece ao profissional de saúde uma visão de um grupo específico de pacientes para uso em diferentes cenários, por exemplo, novos pacientes admitidos em uma ou mais unidades clínicas ou departamentos, uma lista de pacientes por médico, fornecer o status de ocupação de uma unidade ou departamento, notificações e ícones sobre status de processos clínicos, processo de alta, lista de espera, solicitação e disponibilidade de leito e priorização de suporte entre um grupo de pacientes.

A função "Panorama Clínico" permite ao profissional de saúde visualizar a população geral de pacientes ou subgrupos com base em critérios de filtro. O usuário pode utilizar uma visualização padrão com subgrupos de pacientes, incluindo “novos”, “pioras”, “ambos” ou personalizar uma lista de pacientes para supervisão mais próxima.

Panorama Clínico

Apoia o profissional de saúde na visualização de um grupo de pacientes. A visualização ocorre por meio de um conjunto de componentes visuais descritos como “cards” ou “blocos”, em uma lista ou layout gráfico da unidade, que pode ser organizado de acordo com diferentes filtros e recursos de classificação. Cada bloco

contém um resumo das informações relevantes sobre o paciente, como identificação do paciente, idade, localização, bem como outros componentes visuais, como ícones, resultado da pontuação em escalas e/ou índices delta e a foto do paciente. Quando o profissional efetua duplo clique em um bloco, abre uma visão detalhada expandida, que pode conter mais dados e informações relevantes sobre o paciente selecionado.

O conteúdo dos blocos, o conteúdo da visualização detalhada e os ícones devem ser configurados na função “Cadastros Gerais”. Essas configurações podem considerar critérios como localidade do sistema, perfil do usuário, unidade e departamento, função do usuário e usuário individual. Para os blocos, o usuário pode configurar por unidade quais resultados de escalas/índices serão apresentados no bloco do paciente, como, por exemplo, APACHE II, SAPS II, SOFA, Score Flex II e MEWS. Na exibição de lista, o nome de escala/índice, a pontuação total, a tendência da pontuação e a pontuação delta são combinados em uma única coluna; os dados referentes a escala/índice, nas colunas podem ser filtrados por pontuação e também classificados em ordem crescente ou decrescente por pontuação total ou pontuação delta. Para visualização detalhada, o usuário pode definir quais dados serão exibidos, por exemplo, tipo sanguíneo, data estimada de alta, número de dias na UTI, dieta liberada, protocolos clínicos, pontuações, índices e escalas. Em relação a ícones, o usuário pode definir alguns ícones padrão para situações como itens não verificados, disponibilidade de vídeo (para telessaúde), alertas, medicamentos suspensos, protocolos, isolamento e precauções.

2.1.7.9 Tarefas e listas de trabalho

Esse recurso permite que os profissionais de saúde visualizem e gerenciem tarefas pendentes relacionadas ao atendimento ao paciente conforme sua função profissional. Permite organizar, em um visão consolidada, tarefas relacionadas a um ou vários pacientes.

Por meio da função “Lista de Tarefas”, o usuário pode avaliar tarefas e ir direto para a execução da ação, como realizar a liberação de um registro clínico, revisar exames laboratoriais ou de imagem, justificar a necessidade de um procedimento ou responder a uma solicitação de parecer médico na função PEP.

Com esse recurso, o usuário pode avaliar melhor as tarefas que devem ser executadas durante o dia ou turno, otimizando o tempo, definindo prioridades e rastreando as tarefas executadas.

2.2

Recursos operacionais

Grupo de recursos relacionados ao gerenciamento de dados disponível para profissionais de saúde para o cuidado do paciente.

2.2.1 Gestão da farmácia

Subgrupo de recursos relacionados à gestão dos processos necessários para o funcionamento da farmácia.

2.2.1.1 Gestão de estoque de medicamentos e materiais relacionados

Este recurso apoia a gestão dos materiais e medicamentos em estoque, evitando o excesso ou a falta de materiais e medicamentos.

Assim que os itens estiverem adquiridos e a nota fiscal estiver registrada no sistema, o estoque é atualizado na função "Administração de Estoques". Esta função permite verificar a quantidade de estoque, definir a quantidade mínima e máxima que cada item deve ter em cada local de estoque, verificar a movimentação dos itens, contabilizar o estoque, gerar etiquetas e manter a rastreabilidade dos itens.

Para transferir itens entre locais de estoque ou consumo e remoção de medicamentos vencidos, use a função "Requisição de Materiais e Medicamentos". O usuário pode usar duas opções de requisição: "automático", baseado em regras pré-registradas no sistema, e "manual", onde o usuário adiciona os itens conforme necessário, informando o local solicitante e o local de estoque que fornecerá os itens.

Uma vez gerada a requisição, os usuários responsáveis pelos itens no local de estoque podem visualizar as requisições pendentes na função “Atendimento da Requisição”. Os itens são então processados manualmente ou usando o código de barras, e a solicitação é liberada. Após a liberação, a solicitação é enviada ao local de atendimento e o usuário responsável pode informar que a solicitação foi recebida com sucesso.

Para transferência de materiais e medicamentos entre estabelecimentos, utilize a função “Controle Transferências de Estoque”. Nessa função, o usuário de um estabelecimento pode solicitar itens estocados em outro estabelecimento, sendo que essas solicitações podem ser geradas automaticamente com base em regras pré-cadastradas no sistema, ou manualmente. Na geração manual, o usuário adiciona informações relacionadas a esta solicitação, como os itens e a quantidade necessária, o estabelecimento que deve atender a solicitação e o departamento de entrega.

Essas solicitações ficam com o status “pendentes” no estabelecimento que processa essa solicitação. Os itens podem ser adicionados usando código de barras para rastreabilidade e, ao final, é gerada uma nota fiscal para transportar os itens de um estabelecimento para outro. Uma vez transferidos os itens, a nota fiscal é adicionada ao sistema e o estoque do local solicitante é atualizado.

2.2.1.2 Preparo de medicação

Este recurso suporta o processo de preparação sistemática de medicamentos para administrar ao paciente. O fluxo de preparo ocorre em várias etapas: separação, higienização, preparo, checagem e dispensação.

Use a função “Gestão de Dispensação dos Processos ADEP - GEDIPA” para acompanhar o andamento de cada etapa do processo. O profissional de saúde pode visualizar todos os itens de medicação pendentes e usar as opções de filtro para encontrar itens específicos. O profissional de saúde pode visualizar os itens agrupados por medicamento e a quantidade total de cada medicamento, assim todos os itens que requerem os mesmos componentes podem ser processados juntos. Como alternativa, o profissional de saúde pode visualizar cada item individualmente e a divisão dos subitens para itens programados para serem administrados em vários momentos.

A função “Processo Hermético de Administração de Medicamentos - PHARM” é acessível apenas por chamada externa e é aberta automaticamente a partir da função “Gestão de Dispensação dos Processos ADEP - GEDIPA” quando o processo requer a confirmação de cada componente utilizado pelo profissional de saúde durante o preparo .

Depois de concluir o processo de preparação, use a função ADEP para documentar a administração do medicamento ao paciente. Consulte a seção sobre gestão e checagem de prescrições deste documento IFU para mais informações.

2.2.1.3 Dispensação e distribuição de medicamentos e materiais

Este recurso auxilia no processo de dispensação e distribuição de medicamentos e materiais para ter os suprimentos necessários onde e quando forem necessários.

Para pacientes de emergência e inconscientes que não conseguem se identificar, pode ser utilizada a função “Execução do Cartão Emergencial”. Todos os materiais e medicamentos necessários para estabilizar o paciente podem ser registrados em cartões de emergência pré-cadastrados. Uma vez concluído o cadastro do paciente, esses materiais e medicamentos são transferidos para a conta do paciente.

Após o registro, o usuário solicita o material e medicamentos para o paciente através da função “CPOE”, informando, por exemplo, a dose do medicamento, o intervalo e a via de administração.

Os itens prescritos são exibidos e preparados na função “Gestão dos Lotes da Dispensação”. O usuário seleciona o paciente ao qual os itens são prescritos e os dispensa usando código de barras. Esta função

também oferece opções como cancelar itens, desdobrar o lote de itens caso não haja a quantidade necessária e substituir o medicamento por outra opção que possua um pré-cadastro para servir como reposição do item solicitado.

Após a dispensação do lote, os itens podem atualizar a conta do paciente e a quantidade em estoque, dependendo do processo do hospital.

Para gerenciar o tempo de dispensação de itens utilize a função “Gestão dos Lotes da Dispensação”, que vai desde o preparo e dispensação até a entrega dos itens. O tempo para cada ação é configurável pela instituição.

Use a função “Devolução Material Paciente” para devolver itens ao estoque. Por exemplo, quando o paciente se recusa a tomar um medicamento ou morre durante o tratamento, os itens devem retornar ao estoque. Nesta função, o usuário pode utilizar o leitor de código de barras ou adicionar os itens manualmente, consultar as solicitações de devolução pendentes e dar baixa nos itens devolvendo-os ao estoque.

2.2.1.4 Farmácia clínica

Este recurso suporta as atividades relacionadas ao plano terapêutico para garantir doses adequadas, diluição, via, conciliação de manejo, interações e medicamentos de alta vigilância.

O farmacêutico clínico, por meio da função “Gestão dos Planos Terapêuticos”, pode revisar as prescrições médicas antes da dispensação inicial pela farmácia, para identificar ajustes no plano terapêutico do paciente, como interações medicamentosas, duplicações terapêuticas, limites de dose, via de administração incorreta, entre outras verificações essenciais que esse profissional pode revisar.

Em relação à reconciliação de medicamentos, a mesma função permite ao farmacêutico verificar se os medicamentos contínuos do paciente (medicamentos que o paciente já fazia uso antes da internação) foram incluídos no plano terapêutico.

2.2.1.5 Configurações para fármacos

Esse recurso auxilia o usuário a configurar um conjunto de dados de medicações utilizadas na instituição.



ADVERTÊNCIA

A organização é responsável pela correta configuração e manutenção das informações do catálogo de medicamentos e materiais, pois isso influencia nos fluxos de trabalho clínicos, trazendo informações como dose padrão, alertas em caso de dose fora dos limites, diluição e reconstituição.



ADVERTÊNCIA

Alguns medicamentos podem ter grafias semelhantes, em relação ao seu nome comercial ou ao princípio ativo/fórmula. Isso pode gerar uma incorreção ao prescrever o medicamento para um paciente específico. Assim, configure os catálogos de medicamentos e materiais para prevenir ou reduzir a possibilidade de erros na seleção de um medicamento. Recomenda-se o uso de letras maiúsculas para ajudar a distinguir medicamentos com nome semelhante. Por motivos semelhantes, materiais, procedimentos e exames também podem exigir a mesma atenção durante a configuração.

Se necessário, na função “Medicamento” o usuário pode vincular um conjunto de materiais para fazer a dispensação do medicamento, vincular reconstituição, diluição e rediluição do medicamento e adaptá-lo ao

perfil ou condições do paciente. Além disso, o usuário pode definir limites de dose das medicações, interações medicamentosas e vias de administração adequadas para a medicação.

OBSERVAÇÃO Este recurso é específico para medicações. O recurso "General Material Settings" auxilia na configuração de outros materiais, como suprimentos hospitalares, material de escritório, material de limpeza, dietas enterais, fórmulas infantis, etc.

A função “Medicamento” também permite ao usuário configurar diversos aspectos relacionados aos medicamentos, como a vinculação do medicamento ao princípio ativo, a descrição do medicamento genérico e as conversões das unidades de medida (por exemplo, um comprimido equivale a 500 mg).

2.2.1.6 Análise de medicamentos não padronizados

Esse recurso auxilia o profissional de saúde, geralmente um farmacêutico, a analisar prescrições médicas contendo medicamentos não padronizados para uso na instituição.

Na função “Cadastro de Materiais”, o usuário pode sinalizar um medicamento como não padronizado na instituição e configurar uma lista de medicamentos disponíveis para substituí-lo.

Na função CPOE, se o médico prescrever um medicamento não padronizado, dependendo de um conjunto de parâmetros e regras definidas pela instituição, a lista de substitutos é exibida para permitir a escolha de outro medicamento da mesma classe terapêutica. Também é possível configurar o sistema para não permitir a prescrição de medicamentos não padronizados, ou permitir, mas exigir informações adicionais, como justificativa, doses diárias e quantos dias de tratamento serão necessários.

Através da função “Liberação de Medicamentos Não Padronizados”, o usuário analisa a prescrição e a libera total ou parcialmente ou cancela após ciência do médico solicitante. O sistema também pode ser configurado para gerar uma ordem de compra sempre que um medicamento não padronizado for liberado pelo usuário.

2.2.1.7 Material cirúrgico

Este recurso fornece suporte na organização de insumos necessários para cirurgias.

Use a função “Administração de Estoques” para criar e gerenciar kits de materiais. Use as funções “Gestão da Agenda Cirúrgica” ou “Gestão de Cirurgias” para selecionar e reservar os kits de materiais para a cirurgia. Use a função “Gestão de Cirurgias” para dispensar os kits de materiais para uso em cirurgia, encaminhando-os do estoque até o destino final.

A gestão dos materiais cirúrgicos ajuda os profissionais de saúde a se prepararem para realizar cirurgias. O processo de preparação envolve a vinculação de todos os insumos necessários ao evento cirúrgico e pode ser vinculado a outros processos como agendamento cirúrgico e faturamento.

2.2.1.8 Farmácia ambulatorial

Esse recurso apoia o profissional de saúde na gestão da entrega de medicamentos para que o paciente continue seu tratamento em casa, respeitando os processos das Unidades do Programa de Saúde da Família ou terapias medicamentosas de longa duração, como nos casos de Oncologia.

Faz parte desse recurso a função “Farmácia Ambulatorial”, onde é possível acessar a aba “Cadastros” para inserir informações sobre os medicamentos que podem ser entregues, motivos para cancelamento, regra por tipo de convênio e programas existentes em instituições de saúde. Também é possível registrar protocolos com seus respectivos medicamentos e restrições na aba “Protocolos”. O usuário pode visualizar e cadastrar prescrições por data, tipo de prescrição e validade da prescrição.

Na função "Farmácia Ambulatorial" o usuário seleciona um paciente conforme as opções de filtro, tais como pacientes de um dia, tipo de programa, entrega pendente ou entrega realizada. Os pacientes são incluídos na lista de pacientes com itens pendentes após as prescrições ambulatoriais serem liberadas na função PEP. Se uma prescrição ambulatorial ainda não foi gerada por outro processo, o usuário também pode registrar manualmente uma prescrição.

O usuário pode controlar o cronograma de retorno do paciente para as próximas entregas e a entrega dos medicamentos entregues ao paciente. A prescrição ambulatorial pode ser dividida em mais de uma entrega. Por exemplo, se o médico encomendar medicamentos por 30 dias, a farmácia pode dividi-los em duas entregas de 15 dias ou três entregas de 10 dias. Os detalhes da prescrição precisam ser verificados duas vezes em cada entrega, como medicamento, via de administração, intervalo, número de dias, data de início e término.

Se a farmácia não tiver em estoque o medicamento prescrito, é possível substituí-lo por um equivalente, usando a mesma função. Além disso, é possível registrar se o paciente está afiliado a programas de medicamentos, tais como medicação em casa ou nutrição em casa. Nesse caso, o hospital pode providenciar regularmente a entrega do medicamento ou nutrição na casa do paciente.

É possível cancelar o atendimento em casos de interrupção do tratamento por mudança de abordagem terapêutica ou óbito do paciente e em casos de abandono do tratamento pelo paciente.

2.2.1.9 Processo de transcrição

Esse recurso apoia o processo de conversão de documentos clínicos em papel em formato digital (prescrições e notas clínicas). O documento original é anexado e vinculado ao paciente para consultas posteriores.

O usuário acessa a função "Gestão de Transcrição" e, na aba "Anexos paciente", seleciona o paciente, anexa o documento e libera a transcrição, usando uma opção de botão direito.

O paciente é listado na aba "Transcrição", onde o usuário inicia a transcrição usando as opções de "Iniciar/Desfazer análise transcrição" e "Gerar prescrição" com o botão direito do mouse. Em seguida, o usuário é direcionado para a função "CPOE" para realizar a transcrição no sistema.

A função também pode ser utilizada para transcrever as solicitações do setor, como materiais para a equipe de enfermagem e esse tipo de transcrição não gera prescrição.

A função "Gestão de Transcrição" gerencia esse processo de transcrição de ponta a ponta, executado por múltiplos usuários.

2.2.2 Gestão de materiais cirúrgicos e especiais

Subgrupo de recursos relacionados ao processo de gestão de materiais cirúrgicos, incluindo processamento, esterilização e montagem de kits cirúrgicos.

2.2.2.1 Gestão de órteses, próteses e materiais especiais

Este recurso suporta a gestão de processos ligados a órteses, próteses e materiais especiais, que podem ser adquiridos ou consignados. Inclui o cronograma de procedimentos, detalhes sobre o tipo de esterilização e data de validade, o faturamento e a necessidade de reabastecimento.

Use as funções "Gestão da Agenda Cirúrgica" e "Gestão de Cirurgias" para registrar e gerenciar as órteses, próteses e materiais especiais, que podem ser previamente vinculados a procedimentos.

O manejo de órteses, próteses e materiais especiais durante os procedimentos cirúrgicos é importante para que o material prescrito esteja disponível no momento certo para o paciente.

2.2.2.2 Gestão e checagem de processamento e esterilização de materiais

Este recurso apoia a gestão e o rastreamento do processamento e da esterilização do material para o tipo de esterilização, sua data de validade, local de uso e detalhes dos pacientes em que será usado. Todo o processo precisa ser rastreado para fins de controle de infecção.

Use a função "Gestão de CME" para registrar os recursos, ciclos e passos para a esterilização de materiais, realizar o controle de materiais esterilizados e contaminados, assim como recibos e remessas para esterilizações externas, e também consultar os materiais esterilizados que estão ligados aos procedimentos cirúrgicos.

2.2.2.3 Configuração e preparação de kits e conjuntos cirúrgicos

Esta funcionalidade permite ao profissional da saúde gerir os kits cirúrgicos e conjuntos com materiais e medicamentos.

Primeiro, use a função “Administração de Estoques” para criar kits cirúrgicos e conjuntos de materiais. Uma vez definidos os kits e conjuntos, estes podem ser utilizados em substituição dos artigos individuais que os compõem. Use a função “Exames e Procedimentos Internos” para vincular kits e conjuntos com seus respectivos procedimentos. Vincular um kit ou conjunto a um procedimento reflete em outros fluxos de trabalho da mesma forma como se cada item fosse vinculado individualmente.

Na função “Gestão da Agenda Cirúrgica”, após selecionar um procedimento, é possível visualizar os kits e conjuntos padrão vinculados ao procedimento agendado. Kits e conjuntos adicionais podem ser adicionados manualmente ao procedimento agendado, se necessário. Após a geração dos registros da próxima cirurgia e solicitação de material cirúrgico, os kits vinculados ao procedimento via evento de agendamento podem ser gerenciados pelo profissional da saúde responsável pelo processo de dispensação do material cirúrgico.

Na função “Gestão da cirurgia”, selecione o separador “Dados da cirurgia” e depois o sub separador “Farmácia” para gerir os materiais esperados e os medicamentos necessários para o procedimento.

Na função “Prontuário Eletrônico Perioperatório - PEPO” o profissional de saúde pode gerenciar os kits e o material dispensado através da funcionalidade “Gráficos da Cirurgia”, registrando os materiais e medicamentos utilizados durante a cirurgia.

Na função “Ficha Anestésica Eletrônica do Paciente - FANEP” o profissional de saúde pode registrar e gerenciar os kits com materiais e medicamentos utilizados durante o procedimento.

Os kits e pacotes são configurados e utilizados para facilitar o processo em diversas funções do sistema, como “Gestão de Estoque”, “Exames e Procedimentos Internos”, “Gerenciamento da Agenda Cirúrgica”, “Gestão da Cirurgia” e “Ficha Anestésica Eletrônica do Paciente - FANEP”.

2.2.3 Gestão de sangue, hemocomponentes e outras terapias hematológicas

Subgrupo de recursos relacionados a coleta, produção, armazenamento e transfusão de hemocomponentes e terapias hematológicas relacionadas fornecidos por uma instituição de saúde.

2.2.3.1 Coleta, produção, armazenamento e distribuição de sangue

O recurso apoia o usuário na gestão de produtos sanguíneos, incluindo doação de sangue, produção de componentes sanguíneos e armazenamento de bolsas de sangue.

Acesse a função "Hemoterapia" para acompanhar o processo de gestão de doações . Depois de abrir a função, é necessário filtrar as informações para ver o doador. Caso o doador ainda não esteja cadastrado no sistema, é necessário cadastrá-lo e acompanhar o processamento para registro da triagem física e

clínica, bem como do início e término da coleta. Durante a fase de coleta, o usuário registra os dados clínicos, eventos, interrupção do processo, auto-exclusão e atualizações de dados das bolsas.

De acordo com as condições do doador, o usuário define o tipo de doação e o tipo de coleta a ser realizada na doação. O usuário vincula a doação a campanhas específicas, registra a entrega de presentes, registra também as bolsas e os resultados dos exames do receptor, e exibe impedimentos de receptor.

Quando a coleta é concluída, o usuário define as etapas de produção, registra os exames do doador, realiza as verificações e validações relacionadas aos exames de sorologia e registra o fenótipo.

Ao manusear as bolsas doadas, o usuário executa etapas específicas para cada componente sanguíneo segundo a validade e as condições específicas. Quando os resultados da sorologia estão disponíveis, as bolsas doadas recebem um espaço atribuído no armazém, e o usuário registra a entrada em estoque dos componentes sanguíneos via código de barras.

2.2.3.2 Aférese, flebotomia e outras terapias

Este recurso apoia o profissional de saúde em processos relacionados a tratamentos de hemoterapia, tais como a aférese terapêutica e flebotomia.

O usuário abre o item "Tratamentos hemoterápicos" na função "Hemoterapia". Para visualizar as informações da aférese, a prescrição deve ser criada e submetida na função "CPOE". No item "Tratamentos hemoterápicos", o usuário pode selecionar o item "Aferése terapêutica" para iniciar a aferése. Nesse momento o status é alterado, e os dados hemodinâmicos são registrados na mesma função. É possível registrar a avaliação se for configurado um template de avaliação.

Para registrar uma flebotomia terapêutica, o usuário acessa o item "Sangria terapêutica" na função "Hemoterapia". É necessário acrescentar um registro de tratamento e documentar o início e o fim da retirada do sangue. Nesse processo, o usuário também pode desativar o registro de retirada de sangue.

2.2.3.3 Informação de transfusão do paciente

Esta funcionalidade auxilia na gestão do processo de transfusão de hemocomponentes prescritos e reservados para o paciente.

Na aba "Transfusão" da função "Hemoterapia", o usuário pode verificar as solicitações de transfusão para os pacientes. Ao clicar duas vezes na solicitação selecionada, o usuário pode verificar informações como fenotipagem, testes de compatibilidade, presença de anticorpos e histórico de transfusões e reações. Além disso, ao selecionar o hemocomponente vinculado à solicitação, o usuário pode verificar novamente suas informações (também está disponível a capacidade de usar leitores de código de barras), como número de identificação do hemocomponente, datas de produção e validade e fenótipo da bolsa. Se necessário, o usuário também pode excluir ou desconsiderar um hemocomponente da solicitação de transfusão.

Durante o processo de infusão de hemocomponente, na função "Hemoterapia", o usuário pode selecionar a solicitação de transfusão para registrar o início, pausa, término ou cancelamento da infusão e acompanhar o processo através de diferentes status exibidos na tela. Também é possível realizar as mesmas ações na função ADEP. Se o usuário clínico tiver um dispositivo móvel aprovado pela Philips, é possível verificar os hemocomponentes programados para o número do atendimento de transfusão.

Suponhamos que o paciente receptor tenha uma cirurgia agendada ou que esteja em andamento. Nesse caso, o usuário pode vincular o hemocomponente ao número de identificação da cirurgia, assim, o componente é exibido automaticamente na função PEPO.

Em caso de suspeita de reação transfusional, através da função "Hemoterapia" o usuário clínico pode registrar os sinais vitais do paciente, selecionar o tipo de reação e descrever observações e sintomas,

permitindo investigação e confirmação adicionais. Além disso, ao verificar o processo através da função ADEP, o usuário pode chamar a função “Hemoterapia” através da opção de botão direito “Reação”.

2.2.4 Nutrição e gestão de processos lácteos

Subgrupo de recursos para gerenciar os processos de nutrição, incluindo pedidos de produtos, produção, porcionamento e distribuição de dieta oral, suplemento e fórmula láctea.

2.2.4.1 Gestão de dietas e nutrição

Esse recurso auxilia nutricionistas e equipes de nutrição no processo de nutrição clínica e gestão da produção.

Na função “Gestão da Nutrição” o profissional de saúde pode visualizar a lista de trabalho do paciente conforme informações selecionadas no filtro para ter acesso à gestão da nutrição clínica. Após selecionar um paciente específico, o usuário precisa escolher o item “Avaliação do paciente” para preencher um modelo de avaliação e evolução, que também pode ser visualizado através da função PEP. Na aba “Gestão da nutrição” também é possível definir a dietoterapia selecionada, enviar o serviço, definir o cardápio, cadastrar itens extras (para pacientes e acompanhantes) e registrar inconsistências e orientações dietéticas.

Os nutricionistas de produção precisam definir as configurações nos cadastros gerais, contendo os registros de alimentos e as receitas antes de configurar as opções de menu. O processo de configuração é feito na função “Gestão da Nutrição”, nos itens “Gênero alimentício” e “Receita”, respectivamente. Após essas configurações, o nutricionista pode cadastrar o cardápio no item “Cardápio” da função. Então o nutricionista pode gerar o planejamento e a solicitação de compra dos alimentos de acordo.

Quando o nutricionista seleciona o menu do paciente no item “Cardápio”, é possível visualizar todas as opções de menu pré-configuradas e selecionar uma para a dieta do paciente. No item “Produção” da mesma função, o profissional de saúde responsável pela produção pode verificar o menu do paciente definido.

Para visualizar a lista de pacientes de acordo com o atendimento gerado na função “Gestão da Nutrição”, o nutricionista pode acessar a função “Painel de Serviços da Nutrição”. Nesta função é possível consultar as informações geradas na função e realizar outras ações, como enviar o atendimento, definir o cardápio, entregar o atendimento e visualizar a dieta específica do paciente ou dieta em jejum parcial/completo.

2.2.4.2 Produção e gestão de fórmulas lácteas

Esse recurso auxilia o profissional médico no preparo das fórmulas lácteas artificiais conforme a prescrição clínica.

A equipe de nutrição pode visualizar as informações da prescrição clínica no item “Produção lactário” da função “Gestão da Nutrição”.

Para visualizar a quantidade de pó e água necessária para preparar o leite artificial, a equipe de nutrição precisa gerar a ordem de produção no item “Produção lactário” da função “Gestão da Nutrição” e o usuário deve verificar duas vezes os produtos usando o leitor de código de barras na mesma função antes de iniciar o preparo do leite artificial.

Após o preparo do leite, a equipe de nutrição pode etiquetar o dispositivo (por exemplo, mamadeira) com uma etiqueta de código de barras na aba “Produção lactário” da função “Gestão da Nutrição” e entregá-lo à equipe de enfermagem para alimentar o bebê.

2.2.4.3 Processo e gestão de banco de leite humano

Esse recurso oferece suporte aos profissionais de saúde no gerenciamento do processo de doação de leite humano, desde o registro do doador até a pasteurização e a doação de leite.

A função “Gestão de Banco de Leite” é utilizada para o registro da coleta, processamento e controle de qualidade do leite produzido nos primeiros dias após o parto (colostro), leite de transição e leite humano maduro. O leite é entregue ao paciente conforme a prescrição médica.

A doadora é cadastrada na aba “Doadora” da função “Gestão de Banco de Leite”, com informações básicas como histórico obstétrico, nascimento, exames, medicação em uso e coleta de leite. Após submeter o histórico obstétrico, o usuário clínico pode registrar o início e o término da coleta na mesma função.

Caso seja necessária a pasteurização, o gerenciamento do processo de pasteurização do leite é feito no item Pasteurização na função “Gestão de Banco de Leite”. Primeiro, o profissional de saúde pode registrar o lote do leite, adicionando garrafas através de etiquetas de código de barras. Após isso, o usuário precisa iniciar o registro do processo de pasteurização no item “Lote” da mesma função.

Durante os ciclos de pasteurização, o usuário clínico precisa controlar a temperatura mostrada em uma visualização gráfica. Após a conclusão do processo de pasteurização, o leite fica disponível no estoque (na mesma função) para ser entregue aos bebês, dentro e fora da unidade de saúde.

2.2.5 Controle de infecção hospitalar

Subgrupo de recursos relacionados ao rastreamento e à gestão de doenças infecciosas em um ambiente clínico, também conhecidas como Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

2.2.5.1 Processo de controle de infecção hospitalar

Esse recurso auxilia no acompanhamento do controle de infecção hospitalar, gerenciando dados relacionados a procedimentos invasivos ou não invasivos, resistência antimicrobiana e incidência de surtos.

No processo de controle de infecção hospitalar, os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, e técnico de enfermagem) abrem a função para gestão de controle de infecções e prevenção. Através do filtro principal, o usuário seleciona as condições de controle relacionadas ao paciente, tais como formulário de incidente, cirurgia, dispositivos e eventos. Isso permite o gerenciamento do paciente em relação a doenças sujeitas a notificação e controle pós-alta.

Uma vez filtrados os pacientes, o usuário pode visualizar informações relacionadas às infecções do paciente, tais como data da infecção, data de origem da infecção e local principal. O usuário pode incluir outros pacientes neste controle, definindo a condição de controle envolvendo o paciente, por exemplo, antimicrobiano.

O controle de antimicrobianos permite ao usuário monitorar quantos e quais antimicrobianos principais estão sendo usados na instituição por paciente, finalidade de uso, data de prescrição e com ou sem definição do infectologista.

O usuário pode documentar os dados coletados sobre higiene das mãos, incluindo departamento, profissional, procedimento e oportunidades identificadas em relação à técnica de lavagem das mãos. A partir desses dados, o usuário pode gerar indicadores estratégicos para a instituição.

2.2.5.2 Processo de registro do controle de infecções do paciente

Esse recurso auxilia o usuário no registro e consolidação das informações clínicas do paciente relacionadas a casos de infecção. A equipe de gestão de controle utiliza identificação e registro de casos de infecção (ou mesmo casos potenciais) para definir e adotar diretrizes para prevenção de infecção, suas medidas de controle e prescrição e controle adequados de antibióticos.

Usar as funções “Registro de Ficha de Ocorrência” e “Ficha de Ocorrência CIH” para registrar informações relacionadas a casos de infecção. Após iniciar um novo caso, o usuário pode visualizar as culturas microbiológicas e cirurgias do paciente e registrar outras informações clínicas, como dispositivos do paciente e a definição do local primário e secundário. Além disso, o usuário pode visualizar os antimicrobianos e suas condições em relação a culturas, como resistência, sensibilidade geral ou com o aumento da dose.

Com base nas informações clínicas consolidadas, o usuário pode atribuir dispositivos a infecções e seus respectivos locais, alimentando os indicadores de infecção associada aos cuidados de saúde na função “Gestão NISS” e gerenciando os dados na função “Gestão de CCIH”.

2.2.5.3 Processo de supervisão de prescrições com antimicrobianos

Esse recurso oferece suporte ao membro da superintendência antimicrobiana para analisar as prescrições que têm antimicrobianos. A supervisão antimicrobiana é o esforço sistemático para educar e persuadir os prescritores de antimicrobianos a gerar prescrições bem fundamentadas para conter o uso excessivo de antibióticos e, portanto, a resistência antimicrobiana.

Na função "Liberação Medicamentos CIH", o usuário pode encontrar todos os antimicrobianos prescritos, dentro da instituição, e todos os pacientes com prescrição de antimicrobianos. O usuário pode também procurar pacientes com antimicrobianos por departamento ou médico prescriptor.

O usuário pode visualizar os dados do paciente como peso, idade, leito, departamento e notas clínicas. O usuário também pode visualizar dados sobre o antimicrobiano prescrito para o paciente, como o número de dias, dose, unidade de medida e intervalo, incluindo outros antimicrobianos, usados anteriormente ou ainda em uso. Com estes dados, o usuário pode analisar a prescrição, aprova-la total ou parcialmente, rejeitá-la ou sugerir uma mudança para o médico prescriptor.

2.2.5.4 Gráficos e indicadores de infecção hospitalar

Este recurso permite ao usuário gerenciar indicadores de infecção relacionados a serviços de saúde em uma visão global e detalhada.

Na função “Gestão NISS” o usuário pode filtrar os indicadores relacionados ao sítio cirúrgico por meio de variáveis como índice de risco de infecção cirúrgica, tipo de cirurgia, nível de contaminação e critérios da ASA (American Society of Anesthesiology)”. No item “Invasividade”, o usuário visualiza os indicadores de infecções relacionadas a serviços de saúde por setor, período e local da infecção: corrente sanguínea, trato urinário e trato respiratório, apresentando indicadores clínicos estratégicos para a instituição.

2.2.6 Pronto atendimento

Um subgrupo de recursos para gerenciar o pronto atendimento e pacientes de emergência.

2.2.6.1 Gestão de emergência

Esse recurso auxilia no gerenciamento do pronto atendimento, incluindo registro de pacientes, gestão da lista de pacientes, processo de triagem, processo de consultas médicas e manutenção do paciente em observação, visando controle e priorização adequados.

A principal função associada a esse recurso é o PEP. Na função PEP, item “Emergência”, o usuário pode visualizar e filtrar uma lista de pacientes do pronto atendimento. Conforme o processo aplicado, o usuário pode selecionar ações através do botão direito para realizar o atendimento ao paciente.

Para controlar e gerenciar o processo, o usuário pode acompanhar a lista de pacientes através do status, interagindo e definindo prioridades, além de acompanhar as ações realizadas nos pacientes.

Após selecionar um paciente da lista, o usuário pode chamar o paciente para uma consulta via painel de chamadas, definir o médico responsável pelo paciente, definir ou alterar o nível de urgência e prioridade, iniciar e finalizar a consulta médica, gerar relatórios, registrar resultados e iniciar o processo de alta.

2.2.6.2 Triagem do paciente

Esse recurso permite que o profissional de saúde realize o processo de triagem usando ferramentas pré-configuradas para fazer uma avaliação de risco do paciente.

Use a função “Cadastros de Enfermagem” para configurar o protocolo de triagem, o qual define tipo, item, diagnóstico e modelo para organizar a estrutura de avaliação. O tipo de classificação de risco é configurado em “Cadastros Gerais” e define a descrição desejada e a prioridade. Essa configuração é necessária para vincular a classificação de risco com o diagnóstico do protocolo de triagem.

A função PEP é utilizada para realizar os processos de triagem a partir da lista de pacientes pendentes na triagem e, para iniciar os processos, é usada a opção “Triagem classificatória”.

Após selecionar um paciente, o usuário pode iniciar a triagem usando a aba “Protocolo triagem” e, após abrir o protocolo, selecionar sinais e sintomas do paciente e confirmar diagnósticos e classificação de risco, finalizando a avaliação.

Para gerenciar o status da lista de pacientes, o profissional de saúde pode visualizar a classificação de risco de cada paciente através da codificação de cores e descrições.

2.2.6.3 Configuração de protocolos de emergência

Este recurso fornece configuração de protocolos padrão para uso durante o processo de atendimento de emergência ao paciente, os quais podem conter ordens definidas para determinadas doenças, condições e procedimentos para facilidade do processo.

Para configurar o protocolo, o usuário pode acessar a função “Cadastro de Protocolos” adicionando um novo modelo de protocolo e informando o uso na emergência, acrescentar os itens desejados como evolução clínica, diagnóstico, prescrição, atestados médicos, instruções de alta, medicações e procedimentos.

Para aplicar o protocolo, o usuário pode acessar a função PEP, selecionar um paciente da lista de pacientes de emergência, clicar com o botão direito para selecionar o nome do protocolo configurado e confirmar a geração para o paciente.

2.2.7 Serviços clínicos especializados

Subgrupo de recursos relacionados a serviços clínicos especializados oferecidos pela instituição.

2.2.7.1 Gestão de check-up de saúde

Esse recurso oferece suporte à avaliação geral da condição de saúde de um paciente com uma bateria de exames, testes de laboratório e procedimentos. Esta avaliação geral pode ser ajustada para cada paciente considerando variáveis como sexo, idade, hábitos e história pessoal relacionada às características familiares, ambientais e profissionais.

A instituição deve configurar as informações para check-up padrão, itens, prescrições e o processo de check-up na função “Cadastros Gerais”, item “Check-up”.

Depois da internação do paciente e da geração do número de atendimento, todas as prescrições associadas ao check-up são ligadas a esse atendimento. Use a função “Check-up” para gerenciar o calendário de check-ups agendados, selecionar as etapas do processo de check-up para pacientes individuais, atualizar o fluxo de etapas no processo de check-up de um paciente à medida que são concluídos e visualizar. Após

documentados no sistema os exames, testes e procedimentos associados, eles estarão disponíveis através da função “PEP” no item “Check-up”.

2.2.7.2 Processo e gestão de transplante de órgãos (doadores e receptores)

Esse recurso auxilia na busca de potenciais doadores e na gestão dos processos de captação, implante e pós-operatório de pacientes transplantados.

Após identificar os pacientes como potenciais doadores vivos e/ou falecidos, o usuário registra na função “Gestão de Transplante” todas as informações referentes a testes laboratoriais e não laboratoriais, testes de compatibilidade como, por exemplo, antígenos leucocitários humanos (HLA), painel reativo a anticorpos e prova cruzada.

Em pacientes doadores falecidos, o usuário pode registrar informações relacionadas à retirada do órgão, como soluções de perfusão, data e hora da isquemia quente e fria e outras características cirúrgicas evidenciadas no laudo cirúrgico.

Uma vez selecionado o destinatário, o usuário registra o tratamento do destinatário (Pré-transplante, Transplante e Pós-transplante), e configura protocolos para testes laboratoriais e não-laboratoriais, tipos de testes e compatibilidade.

Para consulta de pacientes (receptores e doadores), o usuário pode registrar as ações de convocação para eventuais consultas, pré-transplante e pós-transplante.

2.2.7.3 Gestão de Home Care

Este recurso permite a gestão de pacientes que necessitam de cuidados domiciliares após a alta hospitalar e o acompanhamento de seus cuidados de saúde quando indicado por um profissional de saúde. Ele auxilia no processo logístico (profissional responsável, horas de equipe, equipamentos, roteiro), status socioeconômico familiar, condições sanitárias do local e grau de conhecimento dos cuidadores sobre a condição do paciente.

Na função “Gestão de Home Care” é realizado o registro dos responsáveis pelo paciente, assim como a origem deste paciente, os profissionais responsáveis pelo serviço, serviços e registros das visitas realizadas. Após o registro na função, ela mostra o estado do paciente em seu prontuário e a informação fica disponível para mineração de dados.

2.2.7.4 Processo e gestão de reabilitação e condicionamento físico

Este recurso auxilia o usuário clínico a registrar e acompanhar a reabilitação do paciente de deficiências e doenças ou mesmo para fins de prevenção primária ou secundária.

Na função “Gestão de Pacientes em Reabilitação”, o usuário clínico gerencia os pacientes com deficiência (física, auditiva, motora) ou o tratamento adequado. No início, o usuário clínico cadastra o paciente, define o tratamento (fisioterapia, conversa em grupo, terapia ocupacional), define órteses e próteses, o profissional responsável, os horários, podendo também colocar o paciente em lista de espera. Na mesma função, em visitas futuras, o usuário clínico pode acompanhar a evolução das medidas de reabilitação do doente. É possível gravar avaliações estruturadas conforme configuração anterior. Finalmente, o usuário clínico pode definir a alta do paciente.

Para pacientes que necessitam de reabilitação ou prevenção cardiopulmonar e metabólica, está disponível a função “Health Fitness Program”. Nessa função, os profissionais de saúde inserem avaliações estruturadas, como avaliação cinética funcional, composição física (avaliação cardiopulmonar e qualidade de vida), visualizam exames laboratoriais e não laboratoriais, agendam e finalizam com parecer médico. Após o registro da avaliação cinética funcional, é possível registrar a avaliação fisiológica, a composição

corporal (peso, altura e dobras cutâneas) e visualizar os gráficos. Além disso, o usuário pode gravar o teste de caminhada de seis minutos e prescrever o programa de exercícios apropriado. Um nível de risco (baixo, moderado ou alto) pode ser atribuído a cada paciente, permitindo que os profissionais de saúde filtrem os pacientes do dia conforme o nível de risco.

2.2.7.5 Processo de radioterapia

Esse recurso auxilia os profissionais de saúde no gerenciamento do processo de radioterapia durante uma sessão de radiação.

Após solicitar radioterapia na função PEP, as informações estarão disponíveis ao usuário no item “Pacientes em tratamento” da função “Gestão de Radioterapia”. O médico deve abrir a função “Gestão de Radioterapia” para visualizar o protocolo e a prescrição de radioterapia. Após selecionar o protocolo, o médico acessa a prescrição e edita as informações sobre as fases do tratamento como data de início, dose total, dose por aplicação, dias de aplicação, equipamentos, volume de tratamento (GTV [volume bruto do tumor], PTV [volume alvo do planejamento] e CTV [volume alvo clínico]) e percentual de isodose.

O médico também pode solicitar tratamento diretamente na função "Gestão de Radioterapia", item "Pacientes em tratamento", clicando em "Adicionar". Nesse caso, o médico pode registrar informações, diagnóstico, topografia e tratamento do paciente.

Ainda na função “Gestão de Radioterapia”, o usuário adiciona informações no protocolo de radioterapia previamente definido pelo médico. As informações incluem data de início do tratamento, dose total e dose por fração (cGy), quantidade de filme de verificação, dias de aplicação, aplicador, número de inserção, dose total para inserções (cGy), intervalo e volume de tratamento. O processo de determinação do volume do tratamento tem várias etapas. Dois volumes precisam ser definidos antes do início do planejamento. Esses volumes são GTV (Gross Tumor Volume) e CTV (Clinical Target Volume). Em seguida, mais dois volumes são definidos durante o processo de planejamento: PTV (Planning Target Volume) e órgão de risco.

Para liberar o protocolo de tratamento deve haver um processo de dupla checagem entre o médico prescritor e o físico, validando as informações. Após um consenso clínico, o tratamento é liberado para a etapa de agendamento do tratamento radioterápico para seu início.

Na função "Gestão de Radioterapia" são inseridas informações sobre protocolos de tratamento (equipamentos, dose total, volume, acessórios, campos e fases, entre outras) e registros (tipo de tratamento, equipamentos vinculados, plano de saúde, estabelecimentos), que são utilizados no processo de radioterapia.

O usuário pode cadastrar e visualizar os acessórios vinculados ao tratamento que devem ser utilizados no momento do tratamento, bem como os órgãos sob risco de exposição à radiação. Além disso, o usuário consegue registrar histórico e intercorrências do tratamento do paciente.

Alguns equipamentos de radiologia também são projetados para entrada de dados e podem armazenar informações detalhadas sobre o tratamento, incluindo agendamento e planejamento. É possível integrar as informações dos equipamentos de radiologia diretamente na função "Gestão de Radioterapia" para que as informações sobre o tratamento sejam inseridas apenas uma vez e fiquem sincronizadas. A troca de informações é sempre unidirecional, somente do aparelho de radiologia para o sistema de informações.

2.2.7.6 Processo de diálise

Esse recurso visa dar suporte aos profissionais de saúde na recepção e tratamento de pacientes em diálise.

Antes de iniciar a recepção e o atendimento, o usuário acessa a função "Gestão de Insuficiência Renal" para registrar o paciente, definir a escala, os turnos e as unidades de tratamento, o tipo de acesso, o dialisador e o ponto de diálise, e se o paciente utiliza algum medicamento.

Na mesma função, o usuário acessa a aba "Cadastros" para registrar o paciente, o dialisador, as máquinas e os reprocessadores. Na aba "Registros", após o registro prévio do paciente, o usuário seleciona o paciente por meio de duplo clique e registra informações como acesso para diálise, serologia, escala e turno da diálise, tipo de tratamento, equipes, protocolo de exames, vacinas, entre outras informações. Ainda na mesma função, na aba "Gestão de reuso", o usuário registra o dialisador para o paciente, inicia e finaliza o reprocessamento, prepara ou descarta o dialisador.

Na aba "Ocupação" o usuário monitora o agendamento da sessão e transfere o paciente para um outro ponto de diálise através da opção de botão direito "Transferir horário selecionado".

2.2.7.7 Telessaúde

Este recurso possibilita a configuração e ativação de ferramentas de comunicação audiovisual para permitir o acesso entre pacientes e/ou usuários clínicos beira-leito e usuários clínicos remotos.

Na função "Comunicação por Áudio e Vídeo", o usuário pode configurar servidores de vídeo (inquilino) para comunicação com provedores de áudio e vídeo, vinculando-os aos respectivos setores e leitos. É possível definir os destinatários da notificação e visualizar os logs de notificação. As unidades conectadas aos recursos de áudio e vídeo devem ser previamente identificadas na função "Estrutura Atendimento".

OBSERVAÇÃO Caso ocorra algum erro na comunicação de áudio/vídeo, o sistema exibe uma mensagem para informar ao usuário.

O usuário beira-leito precisa pressionar o botão de rotina de chamada virtual ou de emergência para obter auxílio de telessaúde, notificando usuários de estabelecimentos, setores, unidades ou pacientes específicos.

O usuário remoto recebe notificações na tela, sendo alertado sobre chamadas recebidas. Ao clicar na notificação, o usuário abre a tela para comunicação audiovisual. Essa chamada pode envolver diversas partes interessadas conforme privilégio e convites adequados. Há três possíveis status de chamada (disponível, em andamento, e modo de privacidade, respeitando as condições momentâneas do paciente). As chamadas de vídeo também podem ser acionadas usando as funções "Patient Summary" e "Panorama Clínico".

2.2.8 Gestão, execução e informação de exames e procedimentos

Subgrupo de recursos relacionados à gestão dos processos que envolvem exames e procedimentos e controles inerentes a cada tipo.

2.2.8.1 Exames de laboratório (gestão, execução e laudagem)

Este recurso fornece informações detalhadas sobre os fluxos de trabalho de exames laboratoriais, incluindo prescrição, coleta de amostras, execução, envio, laudos e rastreabilidade.



ADVERTÊNCIA

Alguns medicamentos podem ter grafias semelhantes, em relação ao seu nome comercial ou ao princípio ativo/fórmula. Isso pode gerar uma incorreção ao prescrever o medicamento para um paciente específico. Assim, configure os catálogos de medicamentos e materiais para prevenir ou reduzir a possibilidade de erros na seleção de um medicamento. Recomenda-se o uso de letras maiúsculas para ajudar a distinguir medicamentos com nome semelhante. Por motivos semelhantes, materiais, procedimentos e exames também podem exigir a mesma atenção durante a configuração.

Hospitais e clínicas utilizam a função “Exames de Laboratório” para configurar os exames laboratoriais, definindo informações relevantes como amostras, métodos, equipamentos, valores de referência e estrutura do laudo.

Com base nos exames configurados na função anterior, o clínico pode solicitá-los na função CPOE e verificar a agenda de coletas de amostra na função ADEP.

A função “Exames Pendentes” gerencia os exames laboratoriais realizados internamente ou os resultados dos exames recebidos por meio de interface. Auxilia todo o processo e rastreamento de amostras no setor de laboratório, incluindo identificação e distribuição de amostras, profissionais responsáveis por cada etapa analítica, testes aplicados para cada amostra, envio de resultados e impressão de relatórios.

Os resultados enviados pelo paciente também ficam disponíveis para uso clínico no item “Exames laboratoriais” da função PEP.

2.2.8.2 Exames de imagem (gestão, execução e laudagem)

Esse recurso auxilia no gerenciamento de todo o fluxo de exames de imagem, desde a visualização da solicitação de prescrições até a liberação do laudo.

O fluxo de trabalho dos exames de imagem consiste nas seguintes etapas: visualizar solicitações de prescrição de exames, registrar e monitorar a transição do exame de um status para outro no processo do fluxo de trabalho e acompanhar e liberar laudos dos pacientes por meio de uma lista de trabalho.

A principal função do sistema associada à configuração dos laudos é “Infraestrutura Laudo”. O usuário pode configurar diferentes modelos de laudo utilizando macros e frases padronizadas. As regras de controle de acesso a esses modelos podem ser definidas para usuários e exames específicos.

Profissionais clínicos e administrativos podem acessar as funções “Gestão de Exames” e “Entrada Única de Pacientes” para gerenciar e visualizar as prescrições de exames de imagem. Acesse a função “Gestão de Exames” para registrar e gerenciar cada etapa do fluxo de trabalho, escolha o exame na lista de trabalho e confirme a finalização de cada etapa à medida que o exame passa pelo fluxo de trabalho.

Radiologistas utilizam a função “Central de Laudos” para gerenciar os laudos por meio de funcionalidades como gerenciamento de lista de trabalho específica do usuário, solicitação/fornecimento de parecer médico de outro profissional em um laudo e gerenciamento do status dos processos através da lista de trabalho.

Use a função “Central de Laudos” para escolher na lista de trabalho os exames executados anteriormente. O processo de criação e liberação de laudos utiliza as configurações predefinidas da função “Infraestrutura Laudo” para padronizar e automatizar determinados elementos do laudo.

2.2.8.3 Anatomia patológica (gestão, execução e laudagem)

Este recurso permite ao usuário documentar as atividades realizadas durante o exame de patologia.

As atividades relacionadas ao exame podem incluir análise de células, tecidos e órgãos, produção de lâminas e elaboração de exames citológicos, histológicos, imuno-histoquímicos e de imunofluorescência para subsidiar processos pré e pós-cirúrgicos, assim como diagnósticos. Além disso, é possível realizar exames complementares para garantir a análise exata. Após a análise, os resultados de exames e os diagnósticos são incluídos no prontuário eletrônico.

A gestão anatomo-patológica inclui recebimento de amostras, definição e execução da técnica a ser aplicada para análise, solicitação de exames complementares e emissão de laudos, sendo fundamental haver ações que garantam a rastreabilidade da amostra enviada, assim como resultados seguros e eficazes.

As amostras podem ser recebidas por meio de uma receita criada na função CPOE ou na “Entrada Única de Pacientes”. Após a chegada das amostras na área técnica, é possível realizar a macroscopia e a separação das amostras em subamostras para análise, conforme o processo de cada tipo de amostra.

Após a liberação da macroscopia, o patologista inicia o laudo através da função “Laudo de Anatomia Patológica”, carrega as informações administrativas do laudo e, por fim, a área médica responsável informa os resultados da macroscopia utilizados na composição do laudo final. O patologista poderá então informar o relatório final, incluindo os resultados da microscopia, conclusão e orientação no relatório. Após a finalização do laudo, o profissional médico pode aprovar e liberar o laudo disponibilizando-o no portal e no prontuário do paciente.

2.2.8.4 Cardiologia intervencionista (gestão, execução e laudagem)

Este recurso fornece suporte no gerenciamento de procedimentos hemodinâmicos, permitindo ao profissional de saúde registrar laudos clínicos estruturados.

Na função “Digital Interventional Suite - DIS”, o usuário pode visualizar procedimentos hemodinâmicos agendados, status da execução, procedimentos pendentes e procedimentos com laudos médicos prontos.

Através de duplo clique no procedimento, este abre em modo detalhado, permitindo ao usuário editar e adicionar informações sobre dispositivos, técnicas utilizadas, acessos e profissionais envolvidos.

Verificando a aba "Escala", são exibidos os resultados das escalas registradas e liberadas na função PEP. O usuário pode registrar procedimentos de planejamento para futuras intervenções.

O usuário registra campos específicos conforme o tipo de procedimento: congênito e adquirido, ultrassom intracoronário e tomografia de coerência óptica, reserva de fluxo fracionada (RFF), angioplastia e coronariografia, permitindo edição de tais informações, configuração do tipo de avaliação dos cálculos hemodinâmicos, liberação do resultado e geração dos laudos médicos correspondentes.

É possível configurar e selecionar laudos padronizados para cada tipo de procedimento, copiar informações de outros laudos e visualizá-los durante o cadastro, finalizar os laudos e, se necessário, imprimi-los.

2.2.9 Gestão de saúde populacional

Subgrupo de recursos relacionados a identificação, prevenção e intervenção de doenças e condições prevalentes em grandes populações de pacientes, também conhecido como Health and Disease Management (HDM).

2.2.9.1 Configuração de programas de saúde, campanhas e participantes

Este recurso auxilia o usuário na configuração dos programas, campanhas e participantes para prevenção e intervenção de doenças crônicas prevalentes.

Na função “HDM-Programas”, o usuário cadastrá os programas de promoção à saúde disponíveis para grupos de atendimento conforme as regras estabelecidas pela operadora de plano de saúde. As regras são

divididas em informações padrão da Agência Nacional de Saúde (ANS) (área de atuação, temas, detalhes, estratégias e possibilidades do sistema) e gerais para os programas (equipe, campanha, patologias, exames, e módulos de encontro).

Para cadastrar campanhas relacionadas aos programas de promoção da saúde, o usuário abre a função “HDM-Controle de Campanhas”. É necessário registrar a campanha e adicionar as formas de entrada, equipes, ações a serem executadas nesta campanha, grupos de encontro e participantes.

Na função "HDM-Controle de Participantes", é possível que o usuário cadastre participantes em programas, campanhas ou grupos de atendimento, defina o médico ou acompanhante, gere um ciclo de atendimento ou coloque um paciente em lista de espera se necessário. A aba "Participantes" permite ao usuário cancelar atividades de participantes em programas, campanhas, grupos de atendimento, consultas futuras e desativar participantes na prevenção e intervenção de doenças crônicas prevalentes. Com essas informações, o usuário pode acompanhar o andamento dos participantes.

2.2.9.2 Captação de pessoas, atribuição de profissionais e atividades

Este recurso auxilia o usuário a identificar e incluir candidatos a programas relacionados a prevenção e intervenção de doenças crônicas prevalentes, gerenciamento de equipes e funções.

Na função “HDM- Captação”, o usuário busca pessoas para convidá-las a participar de programas ou campanhas de promoção da saúde. Existem duas opções para convidar as pessoas: demanda espontânea ou busca de negócios (conforme plano de saúde). Após o convite, o usuário precisa ligar para a pessoa, iniciar o atendimento, fazer a triagem e definir a participação (aceita ou rejeitada). Quando um potencial participante rejeita, seu nome fica disponível para ser selecionado em outro momento. Quando um participante em potencial aceita, o usuário precisa documentar informações como pessoa designada, programa e patologia ou fator de risco.

Utilize a função “HDM - Controle de Equipes e Papéis” para configurar os membros da equipe e as funções daqueles que irão atuar no programa ou campanha de promoção da saúde, cadastrando detalhes como forma de atendimento (individual, em grupo, presencial ou em casa) e horário (frequência, dia da semana, hora de início e fim, intervalo, duração). A programação da etapa anterior está disponível na função “HDM – Agenda”.

2.2.9.3 Gestão e indicadores de programas de saúde

Este recurso auxilia o usuário na configuração, visualização e acompanhamento do plano de atendimento (individual ou em grupo) e na configuração dos participantes em programas ou campanhas.

Na função “HDM - Controle de Participantes”, o usuário define o plano de atendimento, como inscrever os participantes em programas, campanhas ou grupos de atendimento, definir o médico ou cuidador e colocar o paciente em lista de espera, se necessário. Com essas informações, o usuário pode acompanhar o andamento dos participantes.

Após definir o plano de atendimento, o usuário visualiza o planejamento na função “HDM - Acompanhamento do Plano de Atendimento”. Nesta função, o usuário pode definir o agendamento, cancelar o plano de atendimento, definir atividades, avaliações e exames e visualizar encaminhamentos.

2.2.9.4 Rastreamento da saúde da população

Esse recurso fornece aos profissionais de saúde informações para a gestão dos cidadãos atendidos na atenção básica, sendo distribuídos por domicílios, microrregiões e regiões.

A principal função usada é "Gestão Populacional", que auxilia o profissional a visualizar informações referentes a uma população específica. O usuário pode identificar a quantidade de necessidades e problemas existentes no grupo, bem como as necessidades de saúde de cada região.

Por meio dessa função, o usuário pode gerenciar os recursos da organização de saúde e identificar o que precisa ser modificado ou melhorado.

Nesta função, é possível gerenciar consultas realizadas, tipos de serviços de saúde, vacinas, exames e receitas pendentes, doenças e problemas e tipo de domicílio, abastecimento de água e energia elétrica.

2.2.9.5 Gestão da demanda de atendimento populacional

Este recurso permite que a instituição gerencie a demanda de atendimento da população considerando os recursos e estruturas disponíveis. Isso inclui a configuração e execução de diversas atividades relacionadas à gestão da demanda de atendimento da população, como encaminhamentos, listas de espera e coordenação do cuidado.

As principais funções do sistema associadas a esse recurso para fins de configuração e gestão são as funções "Agendamento de Consultas", "Agenda Integrada", "Gestão da Regulação", "Lista de Espera" e "Gestão Populacional".

Na função "Gestão da Regulação", a instituição pode gerenciar a oferta e a demanda de determinados serviços, considerando workflows, protocolos de atendimento, centros de leitos, consultas médicas e exames. Considerando o grau de necessidade de cada paciente, a instituição pode analisar, organizar, priorizar e distribuir os serviços oferecidos. O profissional de saúde também pode utilizar a função "Gestão da Regulação" para acompanhar a evolução das solicitações de atendimento por etapa e prioridade, visualizar encaminhamentos para médicos especialistas para fins de auditoria e configurações de regras para solicitação de vagas de internação.

Na função "Lista de Espera" o usuário pode gerenciar a lista de espera e configurar as regras sobre prioridade de análise de regulação, níveis de priorização, registro de motivos de alteração na lista de espera, prioridade na lista de espera, profissionais para agendamento prioritário, contatos e mutirões. De acordo com os processos da instituição, o profissional também pode gerenciar a lista de espera nas funções "Agenda de Consultas" e "Agenda Integrada" adicionando pessoas, registrando histórico e gerenciando o status relacionado à prioridade.

2.2.10 Sistema de agendamento

Subgrupo de recursos relacionados ao agendamento de serviços clínicos oferecidos pela instituição.

2.2.10.1 Processo de agendamento de serviços

Este recurso suporta o agendamento de consultas para serviços de saúde especializados.

O processo de agendamento inclui a criação, visualização e gerenciamento de agendamentos de serviços especializados. Utilize a função "Agenda de Serviços" para agendamento de consultas, podendo utilizar informações já documentadas no cadastro do paciente. O usuário pode configurar a lista e a estrutura dos serviços conforme as necessidades da instituição de saúde. O usuário também pode definir horários para cada dia da semana e limitar o número de atendimentos por convênio e profissional de saúde.

Este recurso está vinculado às funções "Entrada Única de Pacientes", PEP e "Conta Paciente".

2.2.10.2 Processo de agendamento de consulta médica

Esse recurso ajuda os profissionais na execução e gestão das consultas dos pacientes (agendamentos). Permite que o usuário agende e gerencie agendamentos e suporta eventos recorrentes de agendamento e acompanhamento para autorizações de convênio.

Acessando a função “Agenda de Consultas”, o usuário pode cadastrar novos agendamentos e criar permissões para consultas, mudanças de horários e bloqueios. Permite o registro de informações relevantes para o agendamento de consultas médicas, como plano de saúde, cartão, contatos e dados de confirmação do paciente. Além disso, fornece ferramentas que facilitam o agendamento, tais como agendamentos de encaixe, confirmações e cancelamentos com a possibilidade de registrar a justificativa da ação tomada. Também torna possível fornecer ao paciente diretrizes técnicas e autorizações de convênio quando da reserva por telefone ou e-mail.

Esse recurso está vinculado às funções “Entrada Única de Pacientes”, “PEP” e “Conta Paciente”.

2.2.10.3 Processo de agendamento de exames de imagem

Esse recurso permite ao usuário agendar exames de imagem, tais como ressonância magnética, raio X e tomografia computadorizada, e o gerenciamento dos principais cronogramas do sistema, tais como exames, serviços, cirurgias, procedimentos e agenda de consultas.

A função “Agenda de Exames” é utilizada para facilitar o processo de agendamento. O usuário pode criar uma estrutura para agendamentos através de um grupo de exames ou setores. O recurso permite a criação de informações profissionais obrigatórias, consentimento e procedimentos para cada estrutura. Também permite que o usuário crie horários diferenciados e temporários, e fornece recursos para o uso de um painel de chamada para os pacientes que serão atendidos e que passarão por exames.

Esse recurso está ligado a outras funções tais como “Entrada Única de Pacientes”, “PEP” e “Conta Paciente”.

2.2.10.4 Processo de agendamento de cirurgias

Esse recurso auxilia nos processos de agendamento de cirurgias, que incluem o gerenciamento de autorizações, verificação de disponibilidade de equipamentos e salas cirúrgicas, definição da equipe cirúrgica, necessidade de tipagem sanguínea e reserva de hemocomponentes.

Utilize a função “Gestão da Agenda Cirúrgica” para realizar as atividades no processo de agendamento de cirurgia. Use a aba “Calendário” para visualizar a disponibilidade de um horário por ano, mês ou dia. Use a aba “Painel cirúrgico” para rastrear quando o paciente está no centro cirúrgico e exibir informações relevantes disponíveis para a equipe.

As definições e configurações do processo de agendamento da cirurgia também estão localizadas na função “Gestão da Agenda Cirúrgica” na aba “Configurações da agenda”. Em “Registros”, configure geração de agendamento, regras de reserva, regras de bloqueio, regras de liberação e permissão para agendamento. Em “Regras gerais”, na sub aba “Autorização terceiros”, definir regras para autorização de terceiros, médico autorizado, perfil e observações. Em “Regras gerais”, na sub aba “Motivo cancelamento”, manter uma lista de motivos de cancelamento para utilizar no agendamento. Em “Regras gerais”, na sub aba “Regra quantidade de agendamento”, definir o número máximo de vagas de cirurgia com base em critérios que incluem estabelecimento, perfil, departamento, agenda, convênio, médico, natureza da cirurgia e turno. Em “Regras gerais”, na sub aba “Regra de consistências da agenda”, crie regras para validação ao inserir novo atendimento na agenda de cirurgia.

Este recurso permite que o profissional de saúde configure, visualize e gerencie o agendamento de materiais do centro de materiais e esterilização, prescrições de kits, agendamento de materiais especiais e registrar os materiais descartáveis que estão sendo prescritos na farmácia. O sistema informa ao profissional de saúde se a OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) está autorizada e se é necessária para a cirurgia. Por fim, o profissional de saúde pode gerar uma prescrição de cirurgia e permitir a impressão de uma prescrição com

os itens que devem ser separados para a cirurgia, avaliações específicas do paciente e outras informações relevantes para o gerenciamento do agendamento necessário para a cirurgia.

2.2.10.5 Processo de agendamento de quimioterapia

Este recurso auxilia os usuários no processo de agendamento de quimioterapia.

Abra as funções “Agenda de Quimioterapia” ou “Agenda Integrada” para realizar as ações de agendamento do tratamento. Após solicitar o tratamento quimioterápico, gerar o ciclo e liberar para agendamento feito pelo médico na função PEP, o processo de agendamento pode ser continuado na função “Agenda de Quimioterapia”. A função “Agenda de Quimioterapia” exibe os pacientes e seus protocolos de agendamento, bem como os dados do agendamento. A função tem como objetivo facilitar o gerenciamento dos leitos ou poltronas do serviço de quimioterapia, possibilitando os agendamentos dos ciclos e dias de aplicação, realizados de acordo com as liberações dos protocolos utilizados.

O usuário acessa a função “Agenda de Quimioterapia” e, no item “Pendentes”, pode agendar consultas, gerar autorização de tratamento, atualizar duração/tempo de infusão do tratamento, gerar uma consulta, atualizar data prevista ou data efetiva, definir o setor de serviços, e fazer transferências ou cancelar agendamentos. No item “Dados do agendamento” da mesma função, o usuário pode visualizar informações sobre o agendamento do paciente, transferir ou cancelar o agendamento, registrar intercorrências, entre outras ações necessárias ao processo de agendamento do tratamento.

Através do item “Mapa de ocupação”, ainda na função “Agenda de Quimioterapia”, é possível ter uma visão geral da ocupação do setor por perfil do paciente (sexo, criança, adolescente, adulto e idoso). O usuário acessa a função “Agenda de Quimioterapia” e pode visualizar as salas de tratamento do estabelecimento, validando a disponibilidade de horários e identificando os pacientes agendados.

Na função “Agenda Integrada” também é possível agendar a quimioterapia. Ao gerar o ciclo de tratamento na função PEP, eles são exibidos no item “Quimioterapia pendente” na função “Agenda Integrada”. Ao gerar o ciclo de tratamento na função PEP, eles são exibidos no item “Quimioterapia pendente” na função “Agenda Integrada”. Também é possível definir a data prevista e/ou efetiva, alterar um agendamento já marcado ou suspendê-lo. Ainda na função “Agenda Integrada”, é possível visualizar os agendamentos dos pacientes no item “Dados agendamento de quimioterapia”, identificando protocolo, ciclo/dia de tratamento, local definido para aplicação, horário de infusão, etapa de autorização, motivo do reagendamento, prescrição, entre outras informações.

Quanto ao agendamento, é importante destacar que o sistema permite configurações para bloqueio de data, períodos ou salas na agenda e valida se há agendamentos para o mesmo paciente no mesmo horário.

2.2.10.6 Processo de agendamento de radioterapia

Este recurso auxilia os usuários no processo de planejamento e agendamento de radioterapia.

Use a função “Gestão de Radioterapia” para planejar um tratamento de radioterapia. No item “Agenda” diária da função “Gestão da Radioterapia” é possível visualizar os agendamentos por estabelecimento, equipamento e data. A tela também exibe informações como nome do paciente, estado, tipo de tratamento, horário, duração, protocolo, médico, fase do tratamento, plano de saúde, data e usuário do tratamento ou simulação, observações, entre outros. No item “Pacientes em tratamento” da função “Gestão de Radioterapia” é possível visualizar os agendamentos de exames e/ou consultas que são realizadas nas funções “Agenda de Consultas” e “Agenda de Exames”, respectivamente.

Use a função “Gestão de Radioterapia” para agendar um tratamento de radioterapia. De acordo com o protocolo de tratamento definido pelo médico e validado pelo físico na função PEP, o usuário pode agendar a sessão de simulação e o início do tratamento. Com relação à simulação, o radiologista registra os dados

de cada fase da radioterapia, valida as informações e as registra com um check film. Após a simulação, o usuário agenda as sessões de radioterapia e atribui os equipamentos adequados conforme o tipo de tratamento (protocolo) e tempo/duração do tratamento. É possível integrar as informações dos equipamentos de radiologia diretamente na função “Gestão de Radioterapia” para que as informações do tratamento precisem ser inseridas apenas uma vez e sejam sincronizadas.

Um processo de auto check-in está disponível usando identificação biométrica ou código de barras quando o paciente chega para uma sessão de radioterapia. O processo de radioterapia pode ser iniciado após o posicionamento do paciente no equipamento. O usuário registra os dados referentes à radiação aplicada nos campos de fase, alterando automaticamente o status do agendamento do paciente para “executado”.

2.2.10.7 Processo de agendamento múltiplo

Esse recurso permite ao profissional de saúde criar, visualizar e gerenciar diversos tipos de agendamento, como consultas, exames, quimioterapia e serviços.

A função “Agenda Integrada” é utilizada principalmente no call center, mas também pode ser utilizada por outros departamentos para integrar as agendas de consultas médicas, exames e serviços, permitindo o agendamento simultâneo de consultas médicas e exames em uma única função. Isso facilita a visualização integrada do horário agendado para o paciente. Também é possível restringir o agendamento de consultas apenas aos dias e horários em que um médico está disponível para atender os pacientes.

Os horários podem ser configurados independentemente do tipo de horário, ou de forma integrada, agrupando vários tipos de agendas. Por exemplo, se um paciente necessitar de uma consulta médica e de um exame, é possível agendar todas as consultas de uma só vez, usando apenas uma função. Após o agendamento de ambas as consultas, as agendas de exames e de atendimentos ficam disponíveis em suas respectivas agendas.

O sistema exibe em uma única tela todos os itens selecionados para agendamento e os horários disponíveis. Use as opções de filtro para ver datas específicas e selecione a melhor data e horário para o atendimento e/ou exame do paciente. Se previamente configurado, o sistema emite um alerta em caso de conflito de agendamento.

2.2.11 Sistema de priorização de pacientes

Subconjunto de recursos para organizar e gerenciar o processo de admissão de pacientes usando o gerenciamento eletrônico de filas.

2.2.11.1 Configuração do sistema de priorização de pacientes

Esse recurso permite definir prioridades na emissão de chamados e ajuda a direcionar os pacientes para atendimentos por meio de um painel de chamada, evitando filas. A emissão de chamados de atendimento prioriza pacientes portadores de doenças ou portadores de necessidades especiais, controla o chamado e padroniza o atendimento. É necessário configurar as estações de trabalho (computador, monitor, filas) conforme a prioridade de atendimento dos pacientes e alocá-los ao atendente correto.

Usando a função “Gerenciamento de Senhas”, a instituição pode configurar o sistema eletrônico de priorização para ajudar a controlar e enfileirar o atendimento do paciente.

2.2.11.2 Processo eletrônico de chegada do paciente

Este recurso oferece suporte ao gerenciamento de filas de atendimento, chamando a próxima senha em painéis eletrônicos e direcionando o paciente para o atendente correto.

A cabine de atendimento é o primeiro processo na chegada do paciente à instituição de saúde. A senha da lista de espera antecede o atendimento ao paciente e é essencial para organizar os atendimentos eletrônicos.

A função “Gerenciamento de Senhas” permite que a instituição organize a chegada do paciente e crie uma forma padronizada de atender o paciente considerando suas necessidades (exames, consultas médicas e procedimentos clínicos).

O sistema permite configurar diversas regras para gerenciar filas de pacientes. O usuário pode definir um fluxo de trabalho em que o atendente gera a senha ou uma abordagem de autoatendimento, onde o próprio paciente gera seu atendimento.

A função permite especificar e mesclar filas, mudar um paciente de uma fila para outra, desabilitar e transferir uma senha e definir uma prioridade de atendimento (para gestantes, idosos e deficientes). Também permite definir uma faixa de numeração, redefinir a progressão da numeração e vincular as senhas a um horário de atendimento, no qual o usuário pode chamar uma fila específica.

2.2.12 Ferramentas de suporte operacional e legal

Subgrupo de recursos relacionados a ferramentas de suporte operacional e legal.

2.2.12.1 Cadastro Completo de Pessoas

Esse recurso possibilita o registro e a gestão das informações pessoais, demográficas e socioeconômicas de todos os interessados dos serviços de saúde, por exemplo, dos pacientes, médicos e de todos os profissionais de saúde, funcionários, visitantes e acompanhantes.

Usando a função "Cadastros Gerais", a instituição pode configurar informações relacionadas como nacionalidade, religião e ocupação, definir se é obrigatório e se pode ser editado, e privilégios de acesso do usuário.

A função "Cadastro Completo de Pessoas" permite ao usuário registrar e gerenciar informações pessoais completas, incluindo laços familiares, contatos, endereços, número de identificação nacional e informações sobre o convênio. Na aba “Cadastros”, o usuário pode informar o histórico médico anterior, alergias, idioma e hábitos. Além disso, é possível verificar os logs de alterações e autoria dos cadastros da pessoa.



ADVERTÊNCIA

Para evitar problemas relacionados a dados, é altamente recomendável manter um banco de dados preciso do Cadastro Completo de Pessoas, sem ambiguidades ou duplicações, principalmente relacionados a nomes com grafias semelhantes. Em caso de duplicidade dos cadastros de uma pessoa, há um recurso na função “Cadastro Completo de Pessoas” para acertar a duplicidade, unificando todos em um único cadastro.

Além da capacidade de auxiliar na identificação completa e potencialmente inequívoca de um paciente em estado não urgente, o sistema permite à instituição lidar com situações em que é importante ter um cadastro rápido de uma pessoa com informações básicas para caracterizar o paciente e agilizar o atendimento em pronto-socorro.

OBSERVAÇÃO As informações registradas na função “Cadastro Completo de Pessoas” são utilizadas em diversas outras partes do sistema, como “Entrada Única de Paciente”, “Cadastro Simplificado de Pessoas”, “Cadastro Médico”, “Serviços de Emergência” e “Administração do Sistema”.

OBSERVAÇÃO Para auxiliar no registro e na gestão de pessoas jurídicas, consulte o item "Cadastro de pessoa jurídica" para obter mais informações.

2.2.12.2 Entrada Única de Pacientes

Este recurso suporta a documentação de informações do paciente para admissão na organização de saúde. Além disso, esse recurso auxilia o usuário no cadastro de pessoas (pacientes, acompanhantes, visitantes, médicos, profissionais e prestadores de serviços) e na atualização dos dados.

O processo de admissão é feito na função “Entrada Única de Pacientes”. O usuário pode cadastrar informações importantes como origem do encaminhamento, forma de chegada, médico responsável, tipo de convênio, responsável pelo paciente e definir a acomodação do paciente. A partir de um novo atendimento, é possível registrar outras informações, por exemplo, diagnóstico, histórico de saúde, profissionais e exames recuperados.

Antes de iniciar o cadastro do paciente, o usuário precisa abrir as funções “Cadastro Completo de Pessoas” ou “Cadastro Simplificado de Pessoas” para preencher campos como dados pessoais (nome, data de nascimento, sexo, documentos, pessoa para contato, endereço), perfil socioeconômico, consentimentos, privacidade, acesso autorizado e visitas. O usuário pode gerenciar e atualizar as informações do paciente e cadastrar dados não só do paciente, mas também de acompanhantes, visitantes, médicos, profissionais e prestadores de serviço.

2.2.12.3 Rastreamento de pacientes

Esse recurso permite o registro e a verificação da movimentação de pacientes entre departamentos, unidades, setores e estabelecimentos de uma instituição de saúde.

Na função “Cadastros Gerais”, o usuário pode configurar informações como tipos de transferência, vagas de setores, motivos e tipos de reserva de leito e alta, priorização de serviços de leito, procedência do paciente, classificação etária e acompanhante do paciente. Além disso, é possível definir privilégios de acesso do usuário e classificar informações como editáveis ou obrigatórias.

A função “Movimentação de Pacientes” permite que o usuário altere e acompanhe a movimentação do paciente ao longo do trajeto na instituição desde a admissão até a alta. Toda a movimentação entre as unidades é atualizada e apresentada de forma organizada e cronológica. Além disso, é possível verificar os logs de alterações e a autoria.

As informações de rastreamento de pacientes também são utilizadas por outros serviços, como ocupação hospitalar e controle de infecções.

2.2.12.4 Processos operacionais específicos relacionados ao paciente

O recurso auxilia o usuário nos processos operacionais relacionados ao atendimento do paciente.

As principais funções utilizadas para a realização dos processos são PEP, PEPA, “Oftalmologia” e “Pertences Paciente”.

Na função “Pertencentes Paciente”, o usuário tem uma visualização por departamento com diversos pacientes em conjunto, visando registrar e gerenciar seus pertences, exames e outros materiais recebidos ou entregues durante a internação.

Nas funções PEP, PEPA e “Oftalmologia”, o usuário pode registrar e gerenciar a solicitação e justificativas do paciente (incluindo anexos), recebimento e entrega de materiais, exames e pertences, questionários,

probabilidade de alta, documentar o contato de acompanhamento com o paciente após a alta e gerenciar a impressão das informações do paciente.

2.2.12.5 RHC - Registro Hospitalar de Câncer

Este recurso auxilia o usuário a visualizar e gerenciar informações envolvendo o registro hospitalar de câncer. O usuário pode acessar a função “Registro Hospitalar de Câncer” para realizar as ações necessárias.

A função “Registro Hospitalar de Câncer” destina-se principalmente ao registro da Classificação TNM (Classificação dos Tumores Malignos) e dos tipos de tumores com suas classificações. A função permite ao usuário cadastrar os tipos de topografias e morfologias; permite registrar as regras de TNM (T - tumor primário; N - nódulos; M - metástase), estágio e fatores prognósticos conforme a doença; permite registrar e monitorar informações sobre diagnósticos e seus prognósticos, bem como os tratamentos realizados.

No item “Cadastros” o usuário pode cadastrar e consultar as seguintes informações: categoria anatômica, categoria topográfica, TNM (tipo de doença, classificação, localização, fator prognóstico, estágio), topografia e morfologia.

Na “Ficha de admissão” da função o usuário pode acessar e cadastrar os principais dados do paciente que foram informados na função PEP. Esses dados são usados para avaliar a qualidade da sobrevida do paciente. As informações inseridas/registradas no histórico clínico do paciente na função PEP são usadas na “Ficha de admissão”.

A “Ficha de seguimento” é apresentada a partir da ficha de admissão, possibilitando a consulta e registro por data, eventos ocorridos desde a última informação, qualidade de sobrevida, entre outras informações.

Com as informações cadastradas na função “Registro Hospitalar de Câncer”, o usuário pode cadastrar na função PEP, nos itens “Diagnóstico do tumor” e “Loco-regional”, todas as informações que envolvem o diagnóstico do tumor, sua classificação e fatores prognósticos.

2.2.12.6 SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Este recurso auxilia na criação e gestão dos Boletins de Notificação Compulsória de Doenças do Ministério da Saúde do Brasil.

Na função “SINAN - Ficha de Notificação e Investigação” existem três abas, “Registro”, “Consulta de pacientes” e “Agravos/Doença”, onde o usuário pode configurar e cadastrar as notificações.

A aba “Registro” auxilia o profissional de saúde no registro de informações referentes às notificações e investigações compulsórias vinculadas ao paciente conforme a condição a ser notificada. Permite registrar desde a suspeita até a conclusão da investigação, além de gerar o laudo, podendo também enviá-lo por e-mail ao Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde conforme o padrão solicitado.

A aba “Consulta de pacientes” permite visualizar uma lista de pacientes conforme o filtro utilizado, onde é possível filtrar por data, período, paciente, somente internado, somente lista de agravos, diagnóstico, estabelecimento e status da notificação.

A aba “Agravos/Doença” permite configurar lesões, permitindo fazer a relação entre agravos, doença, frequência de notificação, tipo de ficha de notificação, quais são nativas do sistema e qual instituição de saúde deve ser notificada.

2.2.12.7 ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

O recurso oferece suporte à criação e gestão da documentação oficial exigida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS exige a apresentação de declarações e extratos das operadoras de plano

de saúde e prestadores de serviços de saúde com base em dados e processos históricos para fins de regulamentação e fiscalização.

Use as funções "TISS - Comunicação de Internação / Alta do Beneficiário", "Protocolo Convênio", "Autorização Convênio", "OPS - Solicitações Elegibilidade TISS", "OPS - Autorizações", "OPS - Autorização Anexo Guias", "OPS - Requisições para Autorização", "OPS - Controle de Produção Médica", "OPS - Gestão de Protocolos de Atendimento", "OPS - Guia Médico", "OPS - Monitoramento ANS - Envio de dados para ANS" ou "OPS - Taxa de Saúde Suplementar" para gerar arquivos e atender normas relacionadas ao TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar).

Utilize a função “OPS - SIB ANS - Sistema de Informação de Beneficiários” para gerar os arquivos relacionados ao SIB (Sistema de Informações de Beneficiários).

Utilize a função “OPS - SIP - Sistema de Informações de Produtos” para gerar os arquivos relacionados ao SIP (Sistema de Informações de Produtos).

Utilize a função “OPS - Registro de Planos de Saúde (RPS)” para gerar os arquivos referentes ao RPS (Registro de Planos de Saúde).

Utilize a função “OPS - RPC - Reajuste de Planos Coletivos” para gerar os arquivos referentes ao RPC (Reajuste de Planos Coletivos).

Utilize a função “OPS - DIOPS - Documento de Informações Periódicas” para gerar os arquivos referentes ao DIOPS (Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde).

Use a função “OPS - Provisões Técnicas” para geração de arquivos referentes a PEONA (Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados), e PPSC (Provisão para Perdas Sobre Créditos).

As entidades reguladas fornecem a documentação necessária usando formatos de arquivo eletrônico padronizados definidos pela ANS. Isso permite maior consistência e automatização no processo de fiscalização, promovendo conformidade e operação correta por parte dos regulados.

2.2.12.8 ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

O recurso oferece suporte à criação e gestão da documentação oficial exigida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Para fiscalizar as operações e processos de vigilância sanitária, a ANVISA dispõe de portarias e regulamentos de processos que devem ser seguidos pelos prestadores de serviços de saúde e podem ser consultados e disponibilizados pelo sistema informatizado.

A principal função utilizada para gerenciar o processo de medicação do Controle de Infecção Hospitalar é o “CIH Ficha Ocorrência”. Consulte a seção “Processo de registro de vigilância de infecção do paciente” deste IFU para mais informações.

2.2.12.9 SUS - Sistema Único de Saúde

O recurso auxilia o usuário no processo operacional relacionado às consultas hospitalares e ambulatoriais cobertas pelo convênio SUS.

As principais funções utilizadas para a realização dos processos são “Gestão de Atualizações SUS”, “Gestão de Autorizações SUS”, “Gestão SUS Unificado - GSU”, “SUS AIH”, “SUS BPA”, “SUS APAC”.

Na função “Gestão de Atualizações SUS” o usuário pode importar os dados da tabela do SUS como códigos de procedimento, valores de procedimento e regras de verificação para serem utilizados nos processos de atendimento do SUS.

Na função “Gestão SUS Unificado - GSU”, o usuário tem todos os dados da tabela SUS importados na função “Gestão de Atualizações SUS”.

Na função “Gestão de Autorizações SUS”, o usuário pode gerenciar os laudos médicos para solicitar autorização do SUS para os atendimentos.

Na função “SUS AIH” o usuário pode visualizar as consultas de internação do SUS, vinculando o código de autorização AIH (Autorização de Internação Hospitalar) com a conta do paciente. O usuário pode validar os dados do atendimento com as regras do convênio SUS para fechar a conta do paciente e inseri-la em um protocolo. O usuário pode enviar os protocolos para o convênio SUS com as mensalidades. O usuário pode gerenciar as regras referentes aos processos de internação do SUS.

Na função “SUS APAC”, o usuário pode visualizar os atendimentos ambulatoriais de alto custo do SUS, vinculando o código de autorização APAC à conta do paciente. O usuário pode validar os dados do atendimento com as regras do convênio SUS para fechar a conta do paciente e inseri-la em um protocolo. O usuário pode enviar os protocolos para o convênio SUS com os encargos de competência. O usuário pode gerenciar as regras referentes aos processos de atendimento ambulatorial de alto custo do SUS.

Na função “SUS BPA”, o usuário pode visualizar os atendimentos ambulatoriais do SUS, vinculando o código de autorização do BPA à conta do paciente, quando necessário. O usuário pode validar os dados do atendimento com as regras do convênio SUS para fechar a conta do paciente e inseri-la em um protocolo. O usuário pode enviar os protocolos para o convênio SUS com os encargos de competência. O usuário pode gerenciar as regras referentes aos processos de atendimentos ambulatoriais do SUS.

2.2.12.10PTU - Protocolo de Transações Unimed

A troca entre operadoras de planos de saúde no Brasil ainda é precoce em termos de padronização e troca de informações. Não é regulamentado pela ANS.

Algumas operadoras desenvolveram mecanismos de integração, criando seus próprios padrões de transação para atender processos como Autorização, Faturamento, Carregamento de Dados (Beneficiários, Contratos, Planos, Produtos, Tabelas de Preços), entre outros. É o caso dos clientes da carteira Unimed, que criaram o padrão PTU. Trata-se de um conjunto de regras formais para a troca eletrônica (lote e on-line) de dados entre Unimeds, empresas do Sistema Unimed e entidades externas.

As propostas de aprimoramento do Manual OTP são discutidas no CATI (Comitê de Apoio Técnico em Informática) e publicadas pela Unimed Brasil. Informações detalhadas sobre os PTUs existentes estão nos manuais de PTU disponibilizados pela Unimed Brasil. Estes manuais são disponibilizados aos fornecedores para que possam ser adaptados aos sistemas de gestão dos operadores.

Fonte: MNI (Manual Nacional de Intercâmbio - Unimed)

Os arquivos que compõem o PTU incluem:

- A100 - Movimentação Cadastral de Beneficiário - Intercâmbio
- A200 - Registro de Retorno do Beneficiário
- A300 - Registro Movimentação do Beneficiário - Produtos
- A400 - Movimentação do Registro do Beneficiário
- A410 - Classificação de Rede
- A450 - Complemento de Dados - Guia Médico
- A500 - Notas de Fatura em Intercâmbio
- A510 - Baixa de Intercâmbio de Notas Fiscais no Sistema de Não Pagamento
- A515 - Retorno de Baixa de Faturas de Intercâmbio no Sistema de Inadimplência

- A550 - Questionamentos da Câmara de Contestação
- A560 - Carga para Nota de Débito
- A580 - Fatura de Uso Geral
- A600 - Faturas para Câmara de Compensação
- A700 - Serviços Prestados em Pré-pagamento
- A800 - Faturamento Intercâmbio de Pré-pagamento
- A900 - Tabela Nacional de Materiais e Medicamentos
- A950 - Tabela de Procedimentos Unimed
- A1100 - Lista de Transações Respondidas pelo WSD
- A1200 - Pacotes
- A1300 - Cadastro Nacional de Beneficiários
- A1350 - Atualização dos Dados Pessoais do Beneficiário

Consulte a seção “Recursos do plano de saúde” deste IFU para obter mais detalhes.

2.2.12.11 CIHA - Controle de Internação Hospitalar e Ambulatorial

Este recurso permite o gerenciamento de internações de pacientes e exportação de dados para o sistema SUS.

Utilize a função “CIHA - Controle de Informação Hospitalar e Ambulatorial” para gerenciar e gerar os dados do lote. A rastreabilidade do lote é feita preferencialmente com identificação de lotes por período. É possível registrar local de armazenamento, tipo de internação e filtros para criar um lote específico para, por exemplo, compartilhar com o governo um relatório detalhando todos os eventos hospitalares relevantes uma vez por ano.

Registrar e gerenciar todas as internações e procedimentos é um processo necessário não apenas para pacientes ou planos de saúde, mas para todos que entram. Também permite o controle da qualidade do serviço prestado ao paciente.

2.2.12.12 SNT - Sistema Nacional de Transplantes

O recurso tem como objetivo auxiliar o usuário a acompanhar o cadastro do paciente feito no Sistema Nacional de Transplantes, de acordo com o Registro Geral da Central de Transplantes (RGCT).

Use a função “Gestão de Transplante” para visualizar e atualizar informações sobre doadores, receptores e outras informações relacionadas ao transplante.

O usuário recebe do centro estadual de transplantes o número do RGCT do paciente receptor e, a seguir, seleciona o paciente receptor; registra o número e dígito do RGCT recebido da central de transplantes, a data de registro e o status.

Quando o status é atualizado pela central de transplantes, o usuário altera a situação no sistema, monitorando a viabilidade do receptor na lista de espera para transplante.

2.2.12.13 CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

Esse recurso suporta o uso de um sistema de classificação de ocupações profissionais para organizar e padronizar a forma como esses dados são coletados e analisados. O padrão nacional para o mercado brasileiro é a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), baseada na Classificação Padrão Internacional de Ocupações (ISCO).

Use a função “Cadastro Médico” para vincular um profissional de saúde a uma ocupação padrão. Selecione um prontuário médico e use as sub abas para acessar o caminho “Relacionamentos” > “Especialidade” > TISS CBO e preencha as informações. Use a função “Cadastro de Funcionários” para vincular um

profissional de saúde ou outro funcionário a uma ocupação padrão. Selecione o cadastro de um funcionário e use a sub aba "CBO SUS" para preencher as informações. Use a função “Cadastro Completo de Pessoas” para vincular qualquer pessoa com uma ocupação padrão. Selecione um cadastro de pessoa e utilize as sub abas para acessar o caminho SUS > CBO e preencha as informações.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) visa identificar ocupações no mercado de trabalho para fins de classificação com registros administrativos e domiciliares. Ao vincular o profissional ao CBO, permite-se que essas informações estejam atualizadas conforme os sistemas governamentais, mantendo o padrão definido pela legislação vigente.

2.2.13 Outros processos operacionais específicos

Subconjunto de funcionalidades para gerir outros processos não-clínicos importantes para o funcionamento diário de uma instituição de saúde.

2.2.13.1 Processo de achados e perdidos

Este recurso permite registrar e gerenciar itens achados e perdidos na instituição.

Use a função “Controle de Achados e Perdidos” para visualizar, adicionar, editar e excluir registros de itens perdidos e achados. Os registros de itens podem ser vinculados à pessoa que os perdeu ou à pessoa que os encontrou. É possível registrar o local de armazenamento e tipo de baixa, definir o status dos achados e perdidos e a classificação do item como bem pessoal.

O registro e gerenciamento de todos os itens perdidos e achados é um processo necessário não somente para pacientes, mas para todos que entram numa instituição de saúde.

2.2.14 Gestão de ocupação, leitos e unidades

Subgrupo de recursos relacionados à gestão de capacidade, incluindo configuração de unidades, setores e leitos, ocupação e higiene.

2.2.14.1 Configuração de leitos, quartos e unidades

Este recurso auxilia os usuários na configuração de leitos, quartos e unidades de instituições de saúde, definindo sua capacidade de acolhimento.

Ao utilizar a função “Estrutura Atendimento”, o usuário pode criar departamentos e unidades, definindo a configuração, como classificação da unidade e localização no hospital.

Para cada unidade, o usuário pode configurar a quantidade de quartos e leitos. Cada leito possui múltiplos parâmetros, como, por exemplo, o número de leitos em um quarto, a atribuição de gênero e a configuração de quais leitos podem ser acessados a partir de uma interface externa, no caso da telessaúde.

Departamento médico é um conceito de unidades associadas e não de estrutura hierárquica. Ao associar uma unidade a um departamento médico, cria-se uma estrutura lógica no sistema para ser utilizada em outras funções, como “Panorama Clínico”. Por exemplo, filtrando na função “Panorama Clínico”, é possível selecionar um departamento médico específico que exibe as unidades associadas. Essa associação é importante para leitos emprestados e perspectivas de faturamento.

2.2.14.2 Gestão de ocupação hospitalar

Esse recurso oferece suporte ao gerenciamento de capacidade da organização de saúde, que é fundamental para seu desempenho operacional e financeiro.

Por meio da função “Cadastros Gerais”, a instituição pode configurar informações relacionadas, como classificação etária, motivos de higienização, isolamento de leitos, fluxo de visitantes e métodos de exibição

de leitos. Além disso, é possível definir privilégios de acesso do usuário e classificar informações como obrigatórias.

A função “Ocupação Hospitalar” permite ao usuário ter uma visão integrada dos mapas de ocupação e unidades (censo), além de gerenciá-los com informações relevantes, como probabilidade de alta, isolamento e reserva de leitos, situação atual do leito, controle de sanitização, internações e cirurgias.

As informações registradas em “Ocupação Hospitalar” são utilizadas em diversas outras partes do sistema, como nas funções “Controle de Visitas”, “Movimentação de Pacientes”, “Entrada Única de Pacientes” e “Estrutura Atendimento”.

2.2.14.3 Processo de limpeza e higiene

Este recurso auxilia o usuário no processo de higienização da instituição.

O processo de higienização leva várias etapas para ser concluído. A equipe dos serviços de limpeza deve ser informada sobre a necessidade e tipo de limpeza necessária para cada leito. Assim que o espaço for liberado, a equipe de serviços de limpeza deve informar o andamento dos serviços.

Na função “Gestão de Serviços de Leito”, o usuário pode consultar o histórico de serviços de leito, iniciar, cancelar, alterar ou priorizar o serviço.

A função “Ocupação Hospitalar” exibe as fases do trabalho e uma visão geral resumida. Também gerencia os leitos da instituição, gera informações para o censo hospitalar e fornece ao usuário informações para realizar a análise de ocupação hospitalar de pacientes em isolamento.

2.2.15 Gestão de pessoas, visitantes e pessoas jurídicas

Subconjunto de recursos relacionados a informações sobre a equipe e os profissionais de saúde que trabalham na instituição.

2.2.15.1 Cadastro de médicos

Esse recurso permite ao usuário criar e gerenciar um banco de dados de informações de profissionais para médicos vinculados à instituição.

A função “Cadastro Médico” apresenta um conjunto de informações profissionais dos médicos da instituição, requisito obrigatório para toda a gestão e qualidade da assistência prestada.

O médico formaliza o cadastro profissional para diversos acessos na entidade. Na função “Cadastro Médico” é possível estabelecer cadastros como área de atuação, vínculo empregatício, conselho profissional, especialidade, código profissional, seguros, anexar documentos, gestão de pessoas, visitantes e pessoa jurídica.

Quando as informações do médico estão vinculadas às informações do usuário, o sistema permite que o médico registre a prescrição na função CPOE, acesse o prontuário do paciente na função PEP e acesse seus agendamentos.

2.2.15.2 Cadastro de funcionários

Esse recurso auxilia na inscrição, visualização e gerenciamento de funcionários do hospital, cargos e alterações de setor.

Use a função “Cadastro de Funcionários” para adicionar novos registros de funcionários ou editar registros existentes. Primeiramente, adicione informações relacionadas à pessoa, como nome, número de identidade, nacionalidade, sexo e tipo sanguíneo. Em seguida, adicione dados do profissional, que incluem data de contratação e/ou rescisão, profissão/ocupação e setor. Por fim, adicione anexos e documentação, informações de conta bancária e escolaridade.

Use as opções de botão direito para criar um usuário e uma senha para que o novo funcionário possa acessar o sistema. Além disso, altere a senha, o setor ou o cargo do funcionário ao ser promovido, por exemplo.

Use a função “Consulta de Pessoa Física/Pessoa Jurídica” para acesso do tipo somente leitura às informações do funcionário, como nome, telefone, endereço, nível de escolaridade e ocupação.

2.2.15.3 Cadastro de pessoa jurídica

Esse recurso auxilia no cadastramento, visualização e gerenciamento das pessoas jurídicas com as quais o hospital se relaciona, como fornecedores, seguradoras, laboratórios, prestadores de serviços e clínicas.

Para cadastrar uma pessoa jurídica, abra a função “Pessoa Jurídica” e registre as informações necessárias, como nome da entidade, número de referência ou CNPJ, endereço, número de telefone, e-mail, forma de pagamento e condições. Além disso, é possível anexar documentação ou certificados específicos.

Essa função também permite ao usuário modificar registros de pessoas jurídicas, ajustar registros duplicados, verificar registros de mudanças e avaliar o desempenho da qualidade da pessoa jurídica.

Quando o médico possui cadastro de pessoa jurídica, é possível vincular a pessoa jurídica do médico ao prontuário médico na função “Cadastro Médico”, facilitando a separação dos serviços médicos da conta hospitalar.

Após o devido cadastro da pessoa jurídica, o usuário pode gerar novos contratos, ordens de compra e notas fiscais. Além disso, é possível vincular uma pessoa jurídica a um lote de medicamentos recebido, mantendo assim a rastreabilidade entre produtos e fornecedores.

2.2.15.4 Gestão de desempenho de pessoas, funções e serviços

Este recurso permite verificar se os objetivos atribuídos são consistentemente cumpridos de forma eficaz e eficiente.

Use a função “Avaliação de Profissionais” para visualizar e gerenciar as avaliações e os resultados usados para determinar a conformidade com os critérios de desempenho.

A gestão de desempenho pode se concentrar em funcionários, processos, funções ou serviços (externos e internos). O gerenciamento de desempenho de avaliações estruturadas ajuda a monitorar e acompanhar se as metas especificadas estão sendo cumpridas.

2.2.15.5 Gestão e exibição de plantões e sobreavisos

Este recurso é uma ferramenta administrativa para registrar e gerenciar os turnos e escalas dos profissionais, disponibilizando essas informações para o pessoal selecionado.

Use a função “Escala de Plantões e Sobreavisos” para visualizar e gerenciar turnos e horários de trabalho.

A gestão de plantões e sobreavisos permite a definição de profissionais, turnos e horários específicos, individualmente ou em grupo e o compartilhamento dessas informações.

2.2.15.6 Controle de acesso de visitantes e funcionários

Este recurso auxilia o profissional de saúde a cadastrar as pessoas que circulam na instituição e restringir os níveis de acesso conforme a necessidade.

Ao abrir a função “Controle de Visitas”, o usuário seleciona um paciente conforme as opções de filtro, como consulta ou departamento. Em seguida, o usuário pode adicionar as informações do visitante (data de entrada e saída, nome da pessoa, tipo de relação com o paciente, data de nascimento e dados pessoais) e capturar uma imagem do visitante. O usuário também pode cadastrar visitantes e acompanhantes bloqueados e autorizados, ou apenas acompanhantes, e imprimir a etiqueta para identificação do visitante.

Na mesma função, o usuário pode visualizar as entradas por departamento e verificar as saídas.

Para visualizar o resultado da aprovação da avaliação profissional (cancelado, não avaliado, aprovado ou reprovado), é necessário abrir a função “Gestão de Acesso de Profissionais”. Primeiro, o usuário pode adicionar o profissional, definir o tipo de processo e gerar etapas. Em cada etapa, o usuário pode definir o resultado (se o profissional foi aprovado, reprovado ou não avaliado) e vincular os cursos, treinamentos e documentos.

Na mesma função, o usuário pode acompanhar a avaliação profissional e definir se está apto a atuar na instituição ou na nova equipe.

2.2.16 Processos, documentos e sistemas de gestão da qualidade

Subgrupo de recursos para registrar, gerenciar e monitorar documentos, visando melhorar os resultados nos processos operacionais e clínicos.

2.2.16.1 Gestão de prontuários em papel

Esse recurso visa organizar e gerenciar dados em papel e é usado tanto para a equipe administrativa quanto para a equipe clínica. As principais funções associadas a ele são “Gestão de Prontuários”, “Controle de Prontuários”, “Controle Interno de Prontuário (CIP)” e “Emissão de Prontuários”.

A função “Gestão de Prontuários” suporta a gestão de movimentações de prontuários, solicitações submetidas e prontuários pendentes. Esta função permite ao usuário adicionar novos volumes em um prontuário, agrupar, desativar e destruir registros, definir o tipo de registro físico, registrar empréstimos e cópias e transferir o armazenamento de prontuários médicos para diferentes locais.

Além disso, o usuário pode visualizar as informações do volume de registros, status, sequência, departamento atual do prontuário, localização dentro do departamento, adicionar comentários na seção de anotações e criar alertas para os pacientes.

Nas funções “Controle de Prontuários” e “Controle Interno de Prontuário (CIP)”, o usuário pode registrar as operações de prontuário, como solicitações, empréstimos e revisões. Assim como verificar os prontuários emprestados pendentes de devolução.

A função “Emissão de Prontuários” permite ao usuário selecionar e imprimir o conteúdo do prontuário do paciente. Por motivos de segurança de dados, somente usuários designados pela instituição podem registrar e imprimir um laudo com alguns ou todos os dados do paciente. O conjunto de dados principal envolve o profissional solicitante, datas de início e término, assim como definição da emissão total ou parcial do prontuário. A instituição pode controlar a sequência de itens solicitados selecionados e gerados para cada paciente.

O prontuário em papel é necessário mesmo quando a instituição utiliza prontuário eletrônico. Pode ser utilizado por motivos legais e clínicos, possibilitando a comunicação na equipe assistencial e a continuidade do cuidado.

2.2.16.2 Processo de gestão de anexos

Este recurso permite ao usuário anexar documentos, fotos, exames e outros tipos de informações em papel ao prontuário eletrônico e outras atividades operacionais.

Use a função “Entrada Única de Pacientes” para visualizar, adicionar, editar e excluir as informações do paciente, incluindo o anexo de documentos eletrônicos.

Os documentos anexados ficam então disponíveis para outros usuários, com base em seus privilégios, no prontuário eletrônico e outras funcionalidades operacionais.

2.2.16.3 Ferramentas de glossário

Esse recurso visa proporcionar ao usuário possibilidades de definir e identificar termos e conceitos que a instituição permite utilizar no prontuário clínico.

O usuário pode configurar o glossário com as principais siglas, termos e abreviaturas na função “Cadastrros PEP”, informando o nome da abreviatura, significado abreviado, classificação e a expressão de significado especificada.

Na função “Prontuário Eletrônico Paciente - PEP”, após selecionar um paciente e inserir uma nova observação clínica, o usuário pode acessar e consultar o glossário clicando na opção “Selecione palavra glossário”.

O usuário pode pesquisar na função “Consulta Glossário” utilizando o filtro para encontrar siglas, termos e abreviaturas disponíveis.

2.2.16.4 Cadastro de reuniões e atas

Esse recurso apoia o processo de documentação de assuntos e ações discutidos durante uma reunião.

Use a função "Controle de Reuniões e Atas" para acompanhar as decisões e argumentos apresentados anteriormente durante as reuniões, registrando os participantes da reunião, cronograma, conteúdo, anexos e itens pendentes.

O recurso permite registrar o assunto da reunião, os participantes, as questões discutidas, os resultados dessa discussão e quem é responsável por qualquer ação planejada. Esses documentos podem ter controle de acesso e podem ser integrados a outras funcionalidades, como "Ordem de Serviço".

2.2.16.5 Controle de fluxo de documentos

Este recurso suporta o registro e a gestão de documentos internos e seu armazenamento.

A função “Protocolo Documento” permite registrar um documento ou protocolo de documento com seus itens, histórico e anexos, bem como registrar os destinatários que devem receber o documento e a situação do recebimento.

2.2.16.6 Relatório de incidentes e sugestões

Este recurso suporta a coleta, armazenamento e análise de feedback das partes interessadas que usam e interagem com a instituição de saúde.

A função “Boletim de Ocorrência” permite a documentação de informações fornecidas por um paciente, acompanhante ou funcionário para registro de dúvidas, sugestões, questionamentos ou comentários. Após a análise das informações, elas são enviadas ao setor e a uma pessoa de referência para tomada de decisão.

O relatório de incidentes permite a tomada de decisões que influenciam comportamentos assertivos para melhorar o protocolo de trabalho, buscando soluções para os incidentes relatados. As regras podem definir quem será o responsável pela análise e acompanhamento do incidente.

2.2.16.7 Sistema de gestão da qualidade e sistema de gestão de treinamentos

Este recurso auxilia no registro e controle das atividades de uma organização relacionadas a seu sistema de gestão da qualidade para atender requisitos de cliente e regulatórios e objetivos de treinamento.

Através das funções “Gestão da Qualidade” e “Gestão de Treinamento” o usuário pode documentar processos, procedimentos e responsabilidades para alcançar políticas e objetivos de qualidade.

A documentação do sistema de gestão da qualidade abrange diferentes tipos de documento. Normalmente, ela inclui documentos como política da qualidade, manual da qualidade, procedimentos, instruções de trabalho e planos da qualidade. A função permite controlar os funcionários que podem acessar esses documentos e registrar informações sobre quem os leu. Da mesma forma, a função de treinamento permite controlar os diferentes tipos de treinamento e os colaboradores a quem são atribuídos.

2.2.16.8 Gestão da qualidade clínica

Este recurso auxilia na busca de informações clínicas utilizadas para realizar atividades de acompanhamento com o objetivo de mensurar a qualidade do serviço oferecido ao paciente.

As principais funções associadas a esse recurso são “Gestão de Qualidade Assistencial - GQA”, para pesquisar e visualizar dados, e as funções PEP e PEPA, para documentar registros clínicos.

Através de filtros o usuário obtém informações clínicas que permitem analisar e compreender os processos assistenciais do fluxo de trabalho profissional. Por exemplo, busca de pacientes internados com profilaxia para tromboembolismo venoso. Essa análise visa atingir as metas de qualidade da instituição usando atualização automática para garantir as informações mais atualizadas.

2.2.17 Gestão de compras e almoxarifado

Subgrupo de recursos relacionados às necessidades de aquisição de bens e serviços da instituição.

2.2.17.1 Configurações de materiais gerais

Esse recurso auxilia o usuário na configuração de um conjunto de dados de itens que necessitam de controle de estoque ou aquisição pela instituição, como material hospitalar, material de escritório, material de limpeza, medicação, dietas enterais e fórmulas infantis.



ADVERTÊNCIA

A organização é responsável pela correta configuração e manutenção das informações do catálogo de medicamentos e materiais, pois isso influencia nos fluxos de trabalho clínicos, trazendo informações como dose padrão, alertas em caso de dose fora dos limites, diluição e reconstituição.



ADVERTÊNCIA

Alguns medicamentos podem ter grafias semelhantes, em relação ao seu nome comercial ou ao princípio ativo/fórmula. Isso pode gerar uma incorreção ao prescrever o medicamento para um paciente específico. Assim, configure os catálogos de medicamentos e materiais para prevenir ou reduzir a possibilidade de erros na seleção de um medicamento. Recomenda-se o uso de letras maiúsculas para ajudar a distinguir medicamentos com nome semelhante. Por motivos semelhantes, materiais, procedimentos e exames também podem exigir a mesma atenção durante a configuração.

Se necessário, na função “Cadastro de Materiais” o usuário pode conferir a quantidade do item em estoque e seu preço, vincular um conjunto de materiais para fazer a dispensação do medicamento, vincular reconstituição, diluição e rediluição do medicamento e adaptá-los ao perfil ou condições do paciente. Além disso, o usuário pode definir limites de dose das medicações, interações medicamentosas e vias de administração adequadas para a medicação.

O usuário ainda pode definir um limite mínimo de estoque para auxiliar o processo de compra adequado, visando reabastecer o estoque com eficiência.

Esta funcionalidade permite ao usuário configurar diversos aspectos relacionados a medicamentos, como vincular o medicamento ao princípio ativo, ao medicamento genérico e ao material de estoque para controle de estoque (quando houver um mesmo medicamento de marcas diferentes), informando se o item é ou não padronizado na instituição e as conversões das unidades de medida (por exemplo, um comprimido equivale a 500 mg).

OBSERVAÇÃO Para configuração de medicação, a instituição pode utilizar este recurso ou um específico para medicação, denominado Configurações do Medicamento.

2.2.17.2 Processo de compras

Este recurso auxilia o usuário no processo de compra de bens e serviços, podendo obter mais precisão nas quantidades esperadas de compra e um melhor preço.

Na função “Solicitação de Compra” o usuário pode registrar a necessidade de compra de um produto/serviço, quantidade e o centro de custo da compra. Com a solicitação de compra, pode-se vincular um documento de cotação para análise de preços usando a função “Cotação de Compra”. Também é possível, a partir da função “Solicitação de Compra”, gerar uma ordem de compra e vincular um contrato com um fornecedor previamente cadastrado na função “Controle de Contratos”.

O workflow de cotação permite ao usuário informar o produto/serviço que será objeto do processo de cotação e os fornecedores que estarão envolvidos na análise de preço. O usuário pode importar os dados cadastrados na cotação para a função “Portal de Compras”, onde os fornecedores podem acessá-los em ambiente web e informar o preço do produto/serviço, essa informação pode ser recuperada posteriormente dentro da função “Cotação de Compra”. Ao preencher a cotação, o usuário pode gerar um pedido de compra com base nas informações coletadas na cotação.

A função “Ordem Compra” permite ao usuário cadastrar um documento anterior à nota fiscal, ou seja, é possível informar as datas de entrega, todos os impostos do produto, formas de pagamento, desconto, em que tipo de moeda o pagamento deve ocorrer, entre outras informações. Após registrar o pedido de compra, o usuário pode vincular o pedido a uma nota fiscal.

2.2.17.3 Gestão do estoque de materiais gerais

Este recurso auxilia o usuário na gestão do estoque de materiais, permitindo a visualização de saldos e valores de estoque.

Na função “Administração de Estoques”, o usuário tem acesso a informações de saldo por local de estoque e material. A função permite cadastrar para quais locais de estoque o item pode ser movimentado, elaborar inventários, realizar o processo de unitização, consultar as movimentações de estoque e fazer o fechamento mensal. O usuário ainda pode definir um limite mínimo de estoque para suportar o processo de compra adequado para reabastecer o estoque com eficiência.

2.2.17.4 Gestão de notas fiscais de entrada

Este recurso insere e gerencia no sistema as notas fiscais referentes a compras ou serviços prestados por fornecedores. Nota fiscal é um documento destinado a auxiliar a transferência da propriedade de um bem ou de uma atividade comercial fornecida por uma pessoa jurídica para uma pessoa física ou jurídica. A nota fiscal também se destina a cadastros fiscais. Nota fiscal de entrada é o documento recebido referente especificamente às operações de entrada da pessoa jurídica, como aquisição, compra ou transferência.

Com este recurso é possível registrar a nota fiscal utilizando regras para definir o tipo, ações e validações relacionadas ao processo. Ao adicionar uma nota fiscal, serão gerados impostos que seguem registros e

parâmetros anteriores, regras contábeis serão aplicadas para preparar a nota fiscal para o processo contábil, registros de estoque também podem ser registrados para atualização do saldo e valor do estoque e, no final do documento de pagamento, ele pode ser gerado e entregue aos recursos financeiros.

Para realizar este recurso, a função principal é “Nota Fiscal”, suportada pelos principais registros em funções como “Parâmetros Contabilidade”, “Registros Fiscais”, “Procedimentos” e “Cadastro de Materiais”, “Ordem Compra” e “Controle de Contratos”.

Na função “Nota Fiscal”, o sistema permite adicionar notas fiscais manualmente ou por processo de compra, como ordem de compra e contratos de fornecedores. Ao adicionar uma nota fiscal, o usuário pode selecionar os itens da nota fiscal, atualizar os dados contábeis e de estoque, gerar os impostos manualmente ou conforme as regras fiscais e aplicar rateios para dividir o valor entre os centros de custo.

2.2.18 Manutenção operacional

Subgrupo de recursos relacionados ao sistema de manutenção de ordens de serviço e gestão de equipamentos.

2.2.18.1 Gestão de ordens de serviço

Esse recurso permite que a instituição configure, registre e gerencie as ordens de serviço (OSs) para manutenção operacional.

As principais funções do sistema associadas a esse recurso são as funções "Cadastros Gerais", "Cadastros da Manutenção", "Gestão de Ordens de Serviço" e "Ordem de Serviço".

Cada instituição precisa configurar os registros principais usando a função “Cadastros Gerais”. De acordo com os processos definidos, alguns registros são necessários como as “Categorias da ordem de serviço”, “Classificação das OS”, “Complexidade da OS”, “Estado do equipamento”, “Estágio do processo”, “Protocolos de ordens de serviço”, e “Tipos de histórico da OS”.

Na função “Cadastros da Manutenção”, o usuário pode registrar a localização do equipamento que necessita de manutenção. Na função “Cadastros Gerais”, em “Manutenção Hospitalar” > “Cadastros” > “Grupo de trabalho”, configure os profissionais responsáveis pela realização da manutenção. Na função “Cadastros Gerais”, em “Manutenção Hospitalar” > “Cadastros” > “Grupo de planejamento”, vincule os cadastros do grupo de trabalho definidos na etapa anterior aos cadastros do grupo de planejamento para completar a configuração.

Na função “Controle de Equipamentos” o usuário pode configurar os tipos de equipamento, regras para gerar a ordem de serviço preventiva e os equipamentos com dados adicionais como descrição, ano de fabricação, série, valor adquirido, largura, altura, peso.

Na função “Gestão de Ordens de Serviço”, a instituição pode gerenciar os processos de monitoramento da geração, execução, alocação e fechamento das ordens de serviço. Para cada ordem de serviço o usuário pode realizar ações como adicionar uma mensagem ao histórico de mensagens, alterar o status do processo, anexar arquivos, registrar atividades realizadas, enviar e-mail, designar responsáveis pela ordem de serviço e controlar pendências e ações realizadas.

2.2.18.2 Gestão de equipamentos

Esse recurso auxilia o usuário no cadastro de equipamentos e veículos da instituição visando manter um inventário preciso, permitindo gerenciar a manutenção e compartilhar os dados com as diversas funções do sistema.

Na função “Controle de Equipamentos” o usuário pode cadastrar diversos tipos de equipamentos disponíveis na instituição, vinculando cada um deles a um centro de custo, ano de fabricação, fabricante,

marca, modelo, lote, número de série, tensão, potência, cor, vida útil em anos e meses, informações de assistência técnica e transferências entre localidades. No caso das bombas de infusão, é possível cadastrar os canais das bombas caso haja mais de um.

Além disso, a função “Controle de Equipamentos” auxilia o usuário na gestão de manutenção do equipamento, permitindo definir um cronograma de manutenção preventiva, manutenção corretiva, vida útil e em alguns casos, necessidade de substituição. Regras podem ser criadas para automatizar esse processo e notificar a equipe profissional. Por fim, também é possível cadastrar veículos vinculando matrícula, chassi, ano de fabricação e outras informações relevantes.

2.2.18.3 Gestão de temperatura ambiente

Este recurso auxilia o usuário no gerenciamento de temperatura e umidade de um ambiente, sala ou equipamento, permitindo o correto uso e conservação de produtos, medicamentos, alimentos, materiais e equipamentos.

É necessário criar um banco de dados interno integrado com outras funções do sistema para definir salas, ambientes, equipamentos, materiais e produtos que requerem controle de temperatura e umidade.

Na função “Cadastros Gerais”, selecionando “Itens do controle de temperatura”, o usuário pode configurar regras para notificações relacionadas aos limites de temperatura e umidade, gerar ordens automáticas de serviço e agendamento de medição.

A função “Controle de Temperatura dos Setores” permite ao usuário registrar a temperatura atual, mínima, máxima e umidade. O usuário também pode registrar um evento relacionado ao ambiente ou equipamento, e as ações realizadas, justificando-as. A função também oferece uma visualização gráfica para análise de tendência de registro.

2.2.18.4 Gestão e processamento de resíduos biomédicos

Este recurso suporta o processo de coleta e encaminhamento de resíduos biomédicos produzidos na instalação para descarte adequado.

O processo de gerenciamento de resíduos hospitalares deve documentar o tipo de resíduo produzido, a data, a quantidade, origem e destino, use a função “Controle de Resíduos Hospitalares e Lixo” para adicionar, visualizar, editar e excluir esses registros. Esta função também permite gerar indicadores com base nas informações gerenciadas no processo.

Em alguns casos, o processo de manuseio e descarte dos resíduos biomédicos é regulamentado e deve obedecer a legislação específica.

2.2.18.5 Gestão de rouparia e lavanderia

Este recurso fornece suporte a gestão e acompanhamento de informações relativas aos processos de rouparia e lavanderia da instituição, obtendo uma visualização do inventário de vestuário, peças em movimento e distribuição, sua rastreabilidade e vida útil e controle do processo de lavanderia.

Utilize a função “Rouparia” para registrar o tipo de roupa e algumas características do produto, como tamanho, peso e dados de validade. Com o cadastramento do tipo de rouparia, o usuário pode registrar um código único para cada peça daquele produto, garantindo a rastreabilidade por item do estoque. Tal combinação de informações é chamada lote de roupas. Nos registros da rouparia, o usuário também pode cadastrar roupas por kit ou uniforme, sendo kit um conjunto de peças combinadas para uma única finalidade. Por exemplo, um conjunto de roupas de cama (fronha, lençol e roupa de cama) e um jaleco são uma composição de roupas utilizada em cada função hospitalar, por exemplo, uniforme da área cirúrgica.

A função permite ao usuário registrar todo o histórico de movimentação de roupas hospitalares, incluindo saídas e entradas de roupas que foram enviadas para lavanderia externa, e realizar processos de inventário para verificar a quantidade de roupas disponíveis em estoque. A devolução e dispensação de peças de vestuário no departamento também podem ser controladas através da aba de movimentações, permitindo ao usuário documentar todo o histórico de movimentações informando o motivo da operação e o local de destino das roupas.

Para verificar o estoque de roupas hospitalares o usuário pode utilizar o sistema para gerar periodicamente um inventário. Na função “Rouparia” há uma opção para o usuário cadastrar um processo de inventário, possibilitando selecionar as roupas que serão inspecionadas e incluir a quantidade atualizada do produto. Após a conclusão do processo com a liberação do estoque, a quantidade é atualizada no local de estoque do produto.

2.2.19 Inteligência e estratégia de negócio

Subgrupo de recursos que engloba as ferramentas de medição e controle do planejamento estratégico da instituição de saúde por meio de indicadores chave de desempenho (KPI) e Balanced Scorecard (BSC).

2.2.19.1 Configuração dos indicadores-chave de desempenho

Esse recurso auxilia na gestão do cadastro de regras de indicadores para geração de informações padronizadas que suportam medição e monitoramento de desempenho.

Use a função "Dashboards" para cadastrar regras de automação para registros, transações e informações de análise que devem ser usadas nos processos de gestão e desempenho estratégico da pessoa jurídica.

Use cadastros de configuração como "Cadastro de Indicadores", "Categoria de indicadores" e "Dashboards" para configurar o formato de geração do indicador, os tipos de categorias de indicador e os dashboards para a visualização.

2.2.19.2 Painel de indicadores-chave de desempenho

Este recurso oferece suporte para configuração de painéis, ferramentas para visualização de indicadores e regras para criação de alertas.

Use a função "Dashboards" para visualizar indicadores e criar dashboards com informações baseadas em indicadores. Use a aba "Atualização Indicadores" para atualizar manualmente as informações sobre indicadores mensais e diários. Utilize a aba "Alertas" para criar alertas que podem ser enviados via comunicação interna ou por e-mail. A configuração de como os alertas serão acionados pode ser feita via comando SQL. Isso permite configurar alertas para serem acionados com base em qualquer alteração que ocorra com os dados armazenados pelo o sistema.

2.2.19.3 Balanced Scorecard e planejamento estratégico

Este recurso suporta a visualização e gestão do planejamento estratégico da empresa, objetivos estratégicos do BSC e indicadores.

O planejamento estratégico é um processo de gestão relacionado à formulação de objetivos e sua execução, considerando a evolução esperada da entidade. Balanced Scorecard (BSC) é uma metodologia específica de medição e gestão de desempenho que considera estratégia de negócios, negócios, serviços e gestão de qualidade.

Use a função "BSC - Balanced Scorecard" para consultar o andamento das iniciativas do BSC, extrair informações dos dados contábeis para calcular os indicadores do BSC, inserir manualmente os valores dos indicadores do BSC, manter o registro das análises dos indicadores do BSC, consolidar os valores dos resultados e registrar regras.

Use as abas de consulta como “Visualização de indicador”, “Análise do tema” e “Consultas” para consultar o andamento das iniciativas do BSC e extrair informações de dados contábeis para o cálculo dos indicadores do BSC. Use as opções de clique com o botão direito do mouse para inserir manualmente os valores do indicador BSC, manter o registro de análises de indicadores BSC, consolidar os valores dos resultados e regras de registro.

2.2.20 Engajamento das partes no cuidado em saúde

Subgrupo de funcionalidades para criar e manter canais de comunicação com as partes interessadas para fomentar a transparência e a autonomia.

2.2.20.1 Sistemas de engajamento

Este recurso auxilia os pacientes, seus cuidadores e profissionais de saúde a participarem e terem acesso a informações relacionadas à saúde do paciente e seus diagnósticos e tratamentos. Os sistemas de engajamento são as aplicações e ferramentas usadas para promover essa abordagem.

O Web Suite é uma coleção de Progressive Web Applications (PWA) cuja função é fornecer um portal seguro para usuários específicos acessarem um subconjunto limitado de dados relacionados à saúde fora da rede local restrita. O Web Suite inclui My Companion (para pacientes e cuidadores), Mobile Clinician Workspace (para profissionais de saúde), Aprovações Pendentes (para profissionais de saúde), Resultados (para profissionais de saúde externos), Solicitação de Proposta Online Web Suite (para solicitantes de propostas e proponentes) e Web Suite Beneficiário (para beneficiários). Consulte “Apêndice - Índice do Web Suite” para obter uma lista de recursos neste documento que também se aplicam a portais web.

Use a função “Administração Web Suite” para visualizar a lista de portais e definir configurações relacionadas à segurança e privacidade, controle de acesso, localização e branding.

Quando um usuário edita dados sensíveis por meio de um portal, há uma etapa intermediária de verificação, na qual a instituição de saúde deve aceitar a alteração antes que ela se torne oficial.

2.3

Recursos de controle para finanças e contabilidade

Grupo de recursos relacionados aos aspectos de faturamento, financeiro e de controle da prestação de cuidados.

2.3.1 Conta do paciente e processos de faturamento

Subgrupo de recursos relacionados à geração da conta médica do paciente.

2.3.1.1 Configuração de exames e procedimentos internos

Este recurso suporta a configuração de catálogos de serviços, exames e procedimentos de diferentes fontes, criando nomes internos, códigos e regras que facilitam o uso pelos profissionais de saúde, atendendo diretamente às necessidades clínicas, operacionais, administrativas e de faturamento.

A função “Cadastros Gerais” auxilia o usuário a configurar os exames e procedimentos internos, visando agilizar os processos e vincular os procedimentos e materiais médicos às tabelas de códigos de reembolso das operadoras de saúde conforme as categorias dos planos.

A função “Exames e Procedimentos Internos” gerencia e padroniza exames e procedimentos, criando códigos internos, evitando duplicidades e vinculando-os a diferentes tabelas de procedimentos. Casos de uso regular incluem esquemas de controle de glicose, conjuntos de exames de imagem e procedimentos cirúrgicos combinados.

As informações definidas na função “Exames e Procedimentos Internos” participam de diversas outras funções, por exemplo, CPOE, “Agendas”, “Exames”, “Relatórios” e “Conta Paciente”.

2.3.1.2 Configuração de regras específicas de faturamento

Este recurso auxilia o usuário no registro e configuração de regras específicas de faturamento relacionadas a prestação de serviços para atender demandas específicas e acordos predefinidos.

O registro adequado das regras de faturamento gera a base de informações que auxilia no processo de cobrança, considerando as particularidades e acordos com diferentes clientes, pessoas física ou jurídica. A definição de regras específicas de faturamento visa automatizar registros, transações e movimentações realizados durante as rotinas de prestação de serviços da instituição.

Para cadastrar os convênios oferecidos pelo hospital, o usuário pode acessar a função “Cadastro de Convênios, Preços e Regras”. O usuário insere os dados do contrato na aba principal da função e salva o registro. Em seguida, o usuário pode cadastrar as categorias e planos liberados pelo convênio. Essa função fornece configurações para que o usuário possa vincular as tabelas de preços praticados pelo convênio e as regras de faturamento específicas predefinidas.

As informações específicas podem ser configuradas pelo convênio, tais como regras de autorização dos itens solicitados pelo paciente, regras de desconto para a conta do paciente e documentação específica do plano de saúde.

Para cadastrar regras de lançamento automático de itens a serem faturados na conta do paciente o usuário pode acessar a função “Regras de Lançamento Automático”. Nessa função, o usuário pode criar regras através de eventos no sistema, as quais lançam despesas automaticamente na conta do paciente. Para utilizar esse recurso o usuário insere dados para geração da regra na aba principal da função, de acordo com o evento selecionado no filtro.

Para configurar regras de faturamento específicas para a instituição, o usuário pode acessar a função “Parâmetros Faturamento”. Essa função fornece várias configurações para automatizar e definir o método de faturamento aplicado ao hospital.

2.3.1.3 Processo de cadastro de autorizações de convênio

Este recurso auxilia o usuário no cadastro, configuração e controle dos itens do plano de saúde durante o processo de autorização. A autorização de plano de saúde é o processo formal de aceitação (ou não) da cobertura do procedimento, medicamento ou material especial necessário para diagnóstico ou tratamento de um paciente.

Utilize a função “Cadastro de Convênios, Preços e Regras” para configurar os itens que necessitam de autorização contratual. Clique duas vezes no cadastro do convênio, selecione as abas “Regra geração autorização” e “Regra plano proced/material” e informe o evento do sistema que gera solicitação de autorização e itens que requerem autorização conforme acordo prévio com a operadora de plano de saúde.

Na função “Gerenciamento de Autorizações” o usuário consegue obter uma visualização unificada das autorizações geradas na instituição e suas respectivas etapas de andamento.

Na função “Autorização Convênio” o usuário consegue realizar controle, ajustes e manutenção das autorizações geradas na instituição. Opções como enviar autorização para o convênio, autorizar, reprovar ou cancelar a autorização estão disponíveis para o usuário nessa função.

Na função “Autorização de Materiais Especiais” o usuário pode realizar controle, ajustes e manutenção das autorizações geradas para materiais especiais (órteses, próteses e materiais especiais) na instituição.

O responsável pela gestão do plano de saúde leva em consideração a negociação existente, seus controles internos e regras (apólices de cobertura). O prestador precisa gerenciar esses documentos de autorização constantemente, para garantir o correto funcionamento do atendimento e faturamento.

O controle adequado de registros de atendimento e autorizações relacionados a serviços de plano de saúde é fundamental para a correta comunicação entre o prestador do serviço e o gestor do plano de saúde. Grande parte dos serviços prestados a um segurado (beneficiário) depende dessa autorização formal. A autorização prévia evita prejuízos financeiros e conflitos desnecessários devido a serviços prestados não cobertos pelo convênio. A troca dessas informações entre as partes interessadas pode ser em formato eletrônico.

2.3.1.4 Processo de criação de cotação

Esse recurso auxilia o usuário na criação e acompanhamento de cotações de preços para serviços de saúde.

A cotação fornece uma estimativa de preço utilizada durante o processo de negociação entre um cliente e a entidade prestadora de serviços. Essa negociação envolve procedimentos, materiais, diárias e taxas.

Para cadastrar a cotação do paciente, o usuário pode acessar a função “Orçamento de Paciente”. Dados relacionados à identificação do paciente e outros dados necessários podem ser inseridos na aba principal da função. Podem ser cadastradas informações como forma de pagamento, datas de vencimento, documentação adicional e histórico. Informa-se os procedimentos, serviços, materiais e medicamentos necessários ao cliente.

Quando o usuário terminar de cadastrar a cotação, ela pode ser enviado por e-mail ao cliente. Ao receber o retorno, o usuário pode aprovar ou cancelar o orçamento.

2.3.1.5 Geração de faturamento

Esta funcionalidade permite ao usuário gerar faturamento e gerenciar serviços prestados a um paciente particular ou com convênio (beneficiário).

O faturamento é um processo de reconhecimento formal da execução de um serviço ou da venda de um produto. A emissão de um documento legal caracteriza a geração de receita financeira e a atribuição dos respectivos impostos. A geração de receitas é a base para o gerenciamento das receitas da entidade. Mostra o resultado das atividades/procedimentos realizados no cuidado ao paciente, integrando módulos assistenciais e não assistenciais. O processo também inclui o controle e envio eletrônico de protocolos (arquivos) e auditoria de contas de pacientes.

Para realizar o controle e postagem dos itens utilizados pelo paciente durante o atendimento hospitalar, o usuário pode acessar a função “Conta Paciente” e inserir a identidade do paciente. Na aba principal da função pode ser criada uma conta para lançamento dos gastos do paciente no hospital de forma manual ou através de regras pré-definidas. Ao dar duplo clique na conta do paciente, o usuário acessa a tela de lançamento e cobrança de procedimentos, taxas, impostos, diárias, materiais e medicamentos. Esses itens também podem ser lançados na função “Conta Paciente” por meio de outros processos do sistema.

Nesta função, o usuário pode realizar diversos processos administrativos, como descontar o valor dos itens ou o valor total das despesas do paciente e realizar o lançamento de pacotes de procedimentos previamente configurados no sistema.

Após finalizar o lançamento das despesas do paciente, o usuário pode recalcular a conta para atualizar os valores dos itens lançados, encerrar a conta, incluí-la em protocolo para cobrança posterior e gerar título e fatura para o paciente.

Na função “Auditoria Conta Paciente”, o usuário pode verificar os itens lançados na conta do paciente para certificar-se de que tudo o que foi utilizado para o paciente foi cobrado na conta conforme regras e acordos pré-definidos com a operadora de plano de saúde.

Na função “Protocolo Convênio”, o usuário pode controlar o envio de um conjunto de contas para o convênio e o faturamento dessas contas.

No sistema, o usuário conta com diversos relatórios gerenciais para acompanhar e controlar o faturamento das contas dos pacientes.

2.3.1.6 Processo de emissão de nota fiscal de saída

Este recurso é utilizado para centralizar as notas fiscais de saída geradas nos fluxos anteriores a fim de enviar um arquivo eletrônico para uma repartição pública, fazendo a interface do sistema com o sistema governamental.

Primeiro, as notas fiscais devem ser geradas nos fluxos anteriores e registradas na função “Nota Fiscal”. A seguir, a principal função é “Acompanhamento de Nota Fiscal Eletrônica”, onde o usuário pode localizar essas notas fiscais através dos filtros na aba principal e proceder com as ações para iniciar o processo de interfaceamento. Nessa função, é possível transmitir as notas fiscais eletrônicas, cadastrar regras e configurações, acompanhar o processo de transmissão e visualizar algumas inconsistências em uma aba de log para corrigir e retransmitir o arquivo se necessário.

Para utilizar este recurso, é importante ter regras e registros previamente configurados, como interfaces, layouts, pontos finais e forma do processo de interfaceamento (como Webservices ou Tasy Interface Engine).

2.3.1.7 Gestão de reembolso das seguradoras

Este recurso permite ao usuário cadastrar, controlar e gerenciar os pagamentos efetuados pelas seguradoras por serviços prestados.

Ao final do processo de auditoria da conta de um paciente, o plano de saúde costuma pagar o valor respectivo reivindicado pela operadora. Esses pagamentos são relacionados a grupos de documentos, incluindo itens específicos (materiais, medicamentos, serviços) envolvidos. Os pagamentos geralmente são feitos por depósito em uma conta bancária.

O controle adequado do dinheiro recebido das contas enviadas ao convênio, sabendo-se exatamente quais contas foram pagas e quais foram negadas (situação e motivos), é um processo crítico para gestão administrativa. Tais pagamentos podem ser enviados por meio de relatório físico ou em formato de arquivo eletrônico e representam a quantia creditada na conta bancária do prestador.

Na função “Retorno Convênio” o usuário pode realizar o processo de recebimento dos valores do plano do convênio e identificação dos itens e abas pagos pelo convênio. Também são identificados itens, guias e valores que o plano de saúde não pagou, sendo possível definir se serão aceitos ou reenviados. Essa função permite ao usuário dar baixa nos títulos a receber e iniciar o processo das glosas não aceitas.

Na função “Gestão de Recurso de Glosas” o usuário pode controlar os itens glosados pelo plano de saúde, fazer análise desses itens e aceitar a glosa dando baixa no título a receber ou reenviando-o para o plano de saúde.

2.3.2 Processo financeiro

Subgrupo de recursos relacionados a gestão dos processos necessários à operação financeira.

2.3.2.1 Configuração de contas a pagar e receber

Este recurso permite as configurações e parametrizações dos processos financeiros.

Utilize a função “Cadastros Financeiros” para criar configurações e parametrizações de processos financeiros e cadastre regras para automatizar transações monetárias relacionadas aos processos de contas a pagar e a receber. As principais funções associadas a este recurso são “Títulos a Pagar”, “Manutenção de

Títulos a Receber”, “Controle Bancário”, “Fluxo de Caixa”, “Tesouraria”, “Administração de Cartões”, “Pagamento Escritural” e “Cobrança Escritural”.

O registro dessas configurações e regras prepara o sistema para processar os dados financeiros.

2.3.2.2 Processos e procedimentos de títulos a receber

Este recurso possibilita a manutenção de documentos de títulos a receber e auxilia a realizar operações manuais de alteração do valor monetário dos documentos e a registrar baixas.

As principais funções associadas a esta funcionalidade são “Manutenção de Títulos a Receber”, “Controle Bancário”, “Fluxo de Caixa”, “Cadastros Financeiros”, “Administração de Cartões” e “Cobrança Escritural”.

Use a função “Manutenção de Títulos a Receber” para manter o cadastro de títulos a receber, consultar os lançamentos relativos a títulos recebidos e registrar as baixas dos títulos a receber.

Use a função "Consulta de Títulos a Receber" para consultar os títulos a receber e selecione o registro a ser visualizado.

2.3.2.3 Gestão de títulos a pagar

Este recurso possibilita a manutenção de documentos de títulos a pagar e auxilia a realizar operações manuais de alteração do valor monetário dos documentos e a registrar baixas.

Use a função "Títulos a Pagar" para manter o cadastro de títulos a pagar, consultar os lançamentos relativos a títulos pagos e registrar as baixas dos títulos a pagar.

As principais funções associadas a esta funcionalidade são “Títulos a Pagar”, “Controle Bancário”, “Fluxo de Caixa”, “Cadastros Financeiros” e “Pagamento Escritural”.

2.3.2.4 Gestão da tesouraria

Este recurso suporta o registro e a manutenção dos pagamentos e recebimentos ocorridos diretamente na tesouraria da pessoa jurídica.

Use a função “Tesouraria” para visualizar e manter registros de checkout e os registros resultantes das transações de pagamento, como detalhes de pagamento e recibos. Recebimentos podem ser em dinheiro, cheque ou cartão, e transferências podem ser feitas entre os caixas.

2.3.2.5 Gestão de repasses de terceiros

Este recurso permite ao usuário cadastrar, calcular e gerenciar repasses de pagamentos de terceiros.

Repassa a terceiros é o processo pelo qual a organização de serviços de saúde, após receber a receita de um serviço prestado a seu cliente, transfere parte dessa quantia a um terceiro (pessoa física ou jurídica) que apoiou na prestação do serviço.

O gerenciamento dos processos de repasse a terceiros permite registro, cálculo e consulta de informações que auxiliam no pagamento a médicos e demais prestadores. Baseia-se em regras e condições estabelecidas em acordo prévio com terceiros.

Para cadastrar médicos e terceiros nos planos de saúde atendidos pela instituição o usuário pode acessar a função “Regras e Critérios de Repasse” e inserir os dados necessários em sua aba principal. Nessa mesma função, o usuário pode definir regras para a forma de pagamento dos valores de repasse. Tais regras podem ser criadas pelo usuário na aba “Regra de repasse” clicando duas vezes na regra e indo até a sub aba “Critério Repasse Procedimento”.

Na função “Produção por Plantão Médico” o usuário pode determinar quando o médico deve receber o pagamento do plantão e quando deve receber o pagamento dos procedimentos realizados, permitindo que

a instituição determine o resultado para cada situação. O usuário pode registrá-lo na aba principal da função inserindo um novo registro.

Na função “Repasso para Terceiros” o usuário pode gerar os repasses através dos serviços prestados, controlar e monitorar os valores de repasse pendentes, além de gerar o pagamento de médicos, terceiros e os tributos gerados. Na aba principal da função o usuário cadastrá o repasse e tem diversas opções disponíveis, como geração de repasses, geração de vencimentos e geração de tributos.

2.3.2.6 Gestão de contas bancárias

Este recurso fornece funcionalidades para manter contas bancárias e adicionar, atualizar e visualizar transações financeiras.

Utilize a função “Controle Bancário” para registrar as movimentações financeiras relacionadas às operações bancárias. Use as opções de botão direito para executar operações como fechar o mês financeiro por um banco, processar a reconciliação bancária, reverter transações e alterar informações de transações financeiras. As movimentações das transações financeiras podem ser somadas manualmente e por processos automatizados como baixas de títulos a receber e a pagar. Os lançamentos automatizados são configurados na função “Cadastro de Transações Financeiras” pelo tipo de transação financeira.

2.3.2.7 Cadastro de transações financeiras

Este recurso fornece as principais consultas às informações histórico-financeiras de pessoas físicas e jurídicas.

Use a função “Ficha Financeira” para visualizar informações financeiras como pagamentos, recebimentos, saldos de liquidação e saldos inadimplentes em formatos resumidos e detalhados.

2.3.2.8 Encontro de contas

Este recurso fornece suporte à criação de compensações financeiras capazes de agrupar valores a receber e a pagar de uma mesma pessoa física ou jurídica, visando trabalhar financeiramente apenas com o saldo dessa conciliação.

Utilize a função “Encontro de Contas” para criar regras de geração em lote para conciliar valores através da escolha de pessoas físicas ou jurídicas, períodos ou outras características financeiras específicas. Crie um lote de acordo com as especificações desejadas, agrupando os valores a receber e a pagar e finalizando o processo através da geração de um documento financeiro a receber ou a pagar, conforme o saldo apresentado.

2.3.2.9 Gestão de fluxo de caixa

Este recurso fornece as configurações e as principais opções para análise e gestão do fluxo de caixa institucional.

Utilize a função “Fluxo de Caixa” para cadastrar contas financeiras, visualizar a movimentação financeira da entidade em determinado período e gerar informações visuais sobre diversos tipos de fluxo de caixa, como cotado, a pagar, quitado, vencido, pago/a pagar, estimado e aprovado/cotado.

Utilize a aba "Conta financ" da função "Fluxo de Caixa" para configurar as regras de obtenção de contas para movimentações financeiras.

2.3.2.10 Requisitos financeiros legais

Essa funcionalidade suporta o registro e a disponibilização de algumas demonstrações financeiras e fiscais regulamentadas exigidas pelas autoridades fiscais.

Esses registros são feitos na função "Controle de Arrecadações", que permite realizar processos de Declaração de Imposto de Renda Retido na Fonte (DIRF), Declaração de Serviços Médicos e de Saúde (DMED), Escrituração Contábil Fiscal (ECF) e Escrituração Fiscal Digital (EFD), por exemplo.

Geralmente, essas declarações são apresentadas por meio de arquivos gerados pelo sistema com dados e movimentações históricas da entidade.

2.3.3 Processo de controladoria

Subgrupo de recursos relacionados a gerenciamento de processos necessários à operação contábil e de controladoria.

2.3.3.1 Configurações, geração e acompanhamento do cálculo de impostos

Este recurso fornece suporte a regras e registros para realização de processos relacionados a impostos incidentes sobre as operações do cliente, bem como à geração e ao acompanhamento desses impostos.

As configurações de impostos são realizadas na função “Cadastros Gerais” e permitem a indicação de diferentes características de cada imposto, como alíquota, tipo de imposto, incidência, operação e condição de pagamento.

Use a função “Acompanhamento de Tributos” para calcular e gerenciar determinados impostos. A geração de impostos também pode ser originada em outras funções do sistema, como “Nota Fiscal” e “Títulos a Pagar”.

2.3.3.2 Configuração de processos contábeis

Este recurso oferece suporte a regras e registros para realizar o processo conforme os fluxos de trabalho da contabilidade do cliente. Essas regras e registros podem ser registrados de diversas formas, conforme a necessidade do departamento contábil.

Utilize a função "Empresa/Estabelecimento/Contas/CC" para cadastrar empresas (identificação da pessoa jurídica proprietária do negócio), estabelecimentos e unidades de negócio, contas contábeis e estrutura dos centros de custo.

Utilize a função “Parâmetros Contabilidade” para registrar as regras de contabilidade de receitas, regras de orçamento e custos, regras de contabilidade de movimentação de estoque, tipos de lotes contábeis, histórico contábil padrão, rateios contábeis e formato de classificação contábil.

Utilize a função “Cadastro de Transações Financeiras” para registrar os diferentes tipos de transações e criar regras contábeis com base nessas transações.

Utilize a função “Controle de Patrimônio” para cadastrar os patrimônios e bens imobilizados a serem controlados e contabilizados pela instituição.

O registro desses lançamentos e regras prepara o sistema para gerar, agrupar e organizar os dados contábeis para análise e representação, reduzindo os lançamentos manuais.

2.3.3.3 Registros manuais e automatizados de transações contábeis

Este recurso permite registro e gestão manual ou automática de movimentações contábeis.

A finalidade contábil é analisar e registrar as variações quantitativas e qualitativas ocorridas no patrimônio líquido da entidade (grupo de bens, direitos e obrigações).

A contabilidade fornece informações úteis para a tomada de decisão da gestão administrativa.

Qualquer ocorrência que resulte em alteração patrimonial deve ser registrada na forma regulamentar e mantida para consultas jurídicas.

Registro, análise e gestão dos fatos contábeis formam a base para o processo de controle da instituição de saúde.

Utilize a função “Geração do Lote Contábil” para gerar as movimentações contábeis agrupadas por tipo de lote contábil utilizando as regras cadastradas.

Use as opções de botão direito para criar e gerar lotes contábeis e integrá-los à função "Contabilidade".

Utilize a função “Contabilidade” para consolidar dados das demonstrações financeiras e visualizar balancetes e demonstrações financeiras, assim como para verificar registros de fechamento contábil. Use as opções de botão direito para encerrar períodos contábeis, atualizar balancetes e gerar demonstrações contábeis e balanços.

2.3.3.4 Balanço, razão e relatórios contábeis

Este recurso auxilia a processar e visualizar balanço, razão e relatórios contábeis, diferentes representações da posição financeira e das transações contábeis em uma determinada data.

A geração de demonstrações financeiras é um processo que organiza e consolida os movimentos contábeis e a posição patrimonial da entidade, disponibilizando as informações em formato eletrônico ou impresso.

Para utilizar esse recurso o usuário deve primeiro configurar regras e parâmetros contábeis nas funções “Parâmetros Contabilidade”, “Parâmetros Faturamento”, “Cadastro de Transações Financeiras”, “Cadastro Completo de Pessoas”, “Pessoa Jurídica”, “Tesouraria” e “Controle Bancário” para prover informações ao processo contábil.

Após configurar as regras o usuário precisa seguir o processo de geração de lote contábil na função “Geração do Lote Contábil” e consolidar as informações através da função “Contabilidade”.

Assim que as informações estiverem consolidadas na função “Contabilidade”, o sistema habilita opções para gerar balancetes, demonstrativos financeiros, transferências de saldo entre contas contábeis e para gerar relatórios.

Essas informações refletem todas as transações financeiras e contábeis do período selecionado para atender as leis locais.

2.3.3.5 Gestão de contratos

Esta funcionalidade suporta a manutenção de contratos entre a instituição de saúde e seus fornecedores ou clientes para documentar a negociação, assegurando legalmente o cumprimento do acordo entre as partes.

Utilize a função “Controle de Contratos” para vincular o contratante, estabelecer o tipo de contrato, incluir data de rescisão, estabelecer a forma de renovação do contrato, padronizar a forma de pagamento e estipular o valor do contrato. O usuário pode vincular os materiais que farão parte do contrato cadastrado, podendo pré-definir informações como valor do material, quantidade e dias de entrega. No contrato, é possível documentar atualizações de cláusulas acordadas após o fechamento do contrato inicial, incluindo uma alteração contratual no contrato escrito.

Com o registro do contrato finalizado, é possível consultar e controlar seu saldo, visualizando os documentos vinculados ao contrato, vinculando os documentos do processo de compra ao contrato, seja para processos novos ou existentes.

2.3.3.6 Gestão de licitações

Este recurso visa auxiliar a instituição de saúde na contratação de serviços ou aquisição de produtos quando houver utilização de recursos monetários de origem pública.

O processo se inicia na função “Solicitação de Compra” onde o usuário gera uma solicitação, informa os produtos/serviços necessários e indica o tipo de solicitação como licitação.

Quando a necessidade de licitação é identificada, o usuário acessa a função “Registro de Licitação”. Nessa função, o usuário pode registrar a finalidade da licitação, a forma como é levantada, os produtos/serviços envolvidos nela e os limites de valor para cada produto/serviço. Quando a licitação é registrada, o usuário consegue documentar o parecer jurídico e o meio pelo qual o edital é publicado para fins de registro.

No processo de abertura do edital, a função “Registro de Licitação” permite ao usuário cadastrar todos os fornecedores que participam do processo com as propostas iniciais de preços. Através do levantamento de todos os fornecedores envolvidos na licitação o usuário pode prosseguir com o processo de rodada de licitações, o que resulta em um fornecedor vencedor pela oferta de menor valor do produto/serviço.

Ao final do processo de licitação, o usuário consegue gerar uma solicitação de compra assinalando o registro do preço adquirido na licitação e, subsequentemente, habilitando a criação da ordem de compra, oficializando-a.

2.3.3.7 Gestão de patrimônio

Este recurso suporta rastreamento de ativos, imobilizados e processos para gerenciar a depreciação mensal desses ativos.

Um bem é qualquer patrimônio com valor econômico para a atividade operacional da entidade e pode ser convertido em caixa (proporcionando ganho para a entidade). Investimento é a aplicação de capital para aumentar a capacidade de produção (instalações, máquinas e infraestrutura).

Utilize a função “Controlo de Patrimônio” para acompanhar e gerir os bens e processar e consultar mensalmente a depreciação do seu valor monetário.

2.3.3.8 Gestão de controle de custos

Este recurso fornece suporte para manutenção de registros mensais de custos, obtenção de dados de custos da contabilidade, processamento de distribuição de custos entre centros de controle e cálculo da capacidade de produção de cada centro de controle.

Custos são todas as despesas que determinam diretamente o preço de compra, produção de produtos ou entrega de serviços. Utilize a função “Cadastros Custos” para cadastrar os centros de controle, grupo de natureza das despesas, natureza das despesas e regras de custos.

Utilize a função “Apuração de Custo” para registrar os valores de custo por centro de controle e manter as regras de preços e custo padrão de materiais e serviços. Use as opções de botão direito de mouse para obter valores de outras funções, como “Contabilidade” e “Orçamento Contábil”, distribuir valores de custo entre centros de controle, calcular resultados por centros de controle e calcular custos por contas de pacientes.

2.3.3.9 Planejamento operacional anual

Este recurso apoia o planejamento futuro de receitas e despesas, criação de diferentes cenários de receitas e despesas, acompanhamento mensal do orçamento e comparações entre valores orçados e realizados.

Utilize a função “Orçamento Contábil” para registrar o orçamento financeiro anual e visualizar a comparação entre valores orçados e realizados. Use opções de botão direito do mouse para atualizar os valores alcançados com base nos dados contábeis e registrar as justificativas dos valores executados.

Recursos do plano de saúde

Conjunto de recursos relacionados à gestão de uma organização de seguros de saúde.

2.4.1 Gestão de planos de saúde

Subconjunto de funcionalidades para gerenciar os planos de saúde oferecidos pela organização.

2.4.1.1 Configuração de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário cadastrar os planos de saúde oferecidos pela organização, com as configurações para cada uma de suas características contratuais e regulamentos. Os convênios vendem planos de saúde visando proporcionar a seus beneficiários acesso aos cuidados de saúde em ambientes determinados por contrato e respeitando as regulamentações nacionais.

Utilize a função “OPS - Gestão de Operadoras” para gerir a lista de planos de saúde a serem comercializados, incluindo as respectivas coberturas, datas de início de cobertura, descontos, coparticipações e as características contratuais ou normativas nacionais.

2.4.1.2 Configurações de intercâmbio de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário configurar os campos de dados necessários para um protocolo de comunicação específico. Este processo de configuração permite a transmissão de informações dos planos de saúde e suas características contratuais entre as redes que têm parceria de intercâmbio. Um plano de saúde de intercâmbio é um plano comercializado pela operadora que fornece ao beneficiário acesso a cuidados de saúde em todo o estado e país por meio de redes parceiras de operadoras de plano de saúde.

Na função “OPS - Contratos de Intercambio”, o cadastro de planos de saúde de intercâmbio armazena informações sobre os acordos entre as operadoras de saúde parceiras quanto à questão de como distribuir as coberturas de assistência médica de acordo com o contrato.

2.4.1.3 Configurações adicionais de planos e serviços de saúde

Esta funcionalidade permite ao usuário registrar serviços e coberturas adicionais, bem como a configuração de características contratuais e regulações. Serviços adicionais e coberturas adicionais são planos ou serviços complementares de seguro de saúde oferecidos por uma organização de seguro de saúde a seus beneficiários, seja em conjunto com o plano de seguro de saúde principal ou como um produto ou serviço autônomo.

Utilize a função “OPS - Gestão de Operadoras” para incluir serviços adicionais e coberturas a serem vendidas. O usuário pode personalizar as coberturas, datas de início das coberturas, descontos, coparticipação e características definidas pela regulamentação nacional.

2.4.1.4 Gestão de preços dos planos de saúde

Este recurso permite ao usuário registrar e gerenciar as tabelas de preços dos itens individuais utilizados nos planos de saúde da organização. Uma tabela de preços define o valor a ser cobrado por cada item em um plano de saúde comercializado. O preço total varia conforme o conjunto de serviços adquiridos pelo beneficiário. Esses preços podem ser negociados ou definidos por um órgão regulador.

Use a função “OPS - Regras e Critérios de Preço” para cadastrar tabelas de preços com informações como preço, faixa etária, número de beneficiários, coparticipação e tabelas de intercâmbio.

2.4.2 Gestão de vendas e vendedores

Subgrupo de funcionalidades para gerenciar uma equipe de vendedores ou distribuidores movidos por metas de vendas e a remuneração por meio de comissões para esses profissionais.

2.4.2.1 Gestão de vendas de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário registrar e gerir a operação de venda através de um fluxo de trabalho, organizando e apoiando a equipe de vendas do plano de saúde.

A operação de vendas é a atividade de comercialização dos planos de saúde oferecidos pela organização. Utilize a função “OPS - Controle de Comissões de Venda” para organizar a operação de vendas e o fluxo de trabalho operacional. Utilize a função “OPS - Gestão de Vendedores e Comissões” para cadastrar canais de vendas, regras, resumo do canal de vendas, equipes, metas da equipe e transferência de pagamento de comissões.

Utilize a função “OPS - Controle de Comissões de Venda” para cadastrar fichas de lote dos arquivos de comissões mensais, como faturamento mensal agrupado por parcelas individuais, faturamento mensal agrupado por conta, envio de pendências e metas de vendas atingidas por equipe. Esta função também permite ações como gerar, desfazer e fechar pagamentos de comissões em lote.

2.4.2.2 Gestão de vendedores de operadoras de planos de saúde

Esse recurso permite que os vendedores registrem e gerenciem suas vendas e comissões de vendas. Vendedores são profissionais ou canais de vendas contratados e remunerados ou não por meio de comissões para comercializar os planos de saúde oferecidos pela organização.

Utilize a função “OPS - Gestão Comercial” para gerenciar solicitações externas de interessados em contratar plano de saúde (prospect/lead), visualizar e gerenciar acompanhamento de vendas, canal de vendas, vendedor, target, gráfico de vendas e venda de produtos.

O usuário também pode executar ações como solicitação de leads, prospecção, criação de regras de dias efetivos, escala de vendedores, regra de transferência de pagamento, agendamento de vendedores, regra de classificação, municípios de operação de vendas e identificação de leads duplicados.

Esta função também possui recursos de consulta como etapa comercial, proposta de adesão reprovada, proposta de adesão pendente, contratado, solicitação de lead reprovada, solicitação de lead pendente e prospecção pendente reprovada.

2.4.3 Gestão de contratos e carteiras de beneficiários

Subgrupo de recursos para gerenciar contratos ativos, beneficiários vinculados e atividades de faturamento necessárias para efetuar os pagamentos estipulados nos contratos.

2.4.3.1 Manutenção de contratos de organização de plano de saúde

Este recurso permite ao usuário registrar e gerenciar contratos de beneficiários.

Use a função “OPS - Gestão de Contratos” para registrar e gerenciar contratos entre operadoras de plano de saúde e beneficiários. É possível configurar os dados do contrato como pagador, subestipulante, beneficiários e regras relacionadas a coberturas, limitações, carência, copagamento, desconto, mensalidade, bônus, regras para novos beneficiários.

Use este recurso para realizar o fluxo de registro, análise e aprovação de contratos (pessoa física ou jurídica).

2.4.3.2 Manutenção de contratos de intercâmbio de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário registrar e gerenciar contratos de intercâmbio.

Um contrato de plano de saúde de intercâmbio é um termo firmado entre as operadoras parceiras, onde são documentadas e oficializadas as modalidades de faturamento e pagamento. Use a função “OPS - Contratos de Intercâmbio” para cadastrar e gerenciar contratos entre operadoras parceiras, para realizar o registro de contrato de intercâmbio e suas particularidades, tais como beneficiários, produtos, pagador, rescisão programada, reajuste, histórico, anexo, acesso à web.

Use também essa função para realizar manutenção de registros de beneficiários adicionando, atualizando e excluindo.

2.4.3.3 Gestão das carteiras de beneficiários da operadora de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário cadastrar e gerenciar a carteira de clientes da operadora de planos de saúde.

Uma carteira de clientes é uma lista de clientes efetivos e ativos ou clientes potenciais em relação a um mercado. Na função “OPS - Gestão de Contratos Coletivos para Relacionamento”, use a aba “Grupo de relacionamento” para gerenciar grupos de pessoas jurídicas semelhantes com contratos semelhantes. É possível adicionar, editar, visualizar e deletar empresas do grupo de relacionamento, definir os recursos responsáveis pelo atendimento dos clientes de cada grupo, contatos dos clientes, itens do histórico e anexos de documentos.

Também é possível realizar ações como atribuir uma equipe de atendimento a grupos de relacionamento específicos, grupos de contratos ou um grupo identificado como de risco por, por exemplo, atrasos de pagamento.

2.4.3.4 Ajustes dos preços dos planos de saúde de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário ajustar os preços dos itens do plano de saúde, individualmente ou em operação em lote.

Os reajustes de preços são ajustes dos preços de faturamento aplicados aos contratos, visando otimizar o resultado suportando o aumento de custos, ou com o objetivo de fidelizar a carteira de clientes. Use a função “OPS - Faturamento” para criar lotes de cobrança, atualizar contas contábeis, atualizar valores do lote, validar lote, acompanhar o andamento por status (aguardando, aguardando processamento e concluído).

Esta função também permite ao usuário recalcular as faturas após a entrada em vigência dos ajustes de preço, visualizar o status das faturas (pendente, enviada, não faturar, liquidar como perda, cancelada, revertida, não pendente, pendente com problemas), identificar contas pendentes e definir regras de conversão usadas durante a troca de informações de faturamento entre diferentes operadores de plano de saúde onde não existe padrão.

2.4.3.5 Gestão de títulos a receber da carteira das operadoras de planos de saúde

Este recurso permite que o usuário gerencie contas a receber pendentes usando processos de cobrança e execute ações sobre as notificações de atraso de pagamento.

A gestão das contas a receber é o controle dos saldos pendentes visando reduzir os pagamentos em atraso à organização. No caso dos planos de saúde, são considerados critérios padronizados relacionados à suspensão e rescisão do contrato para atender, por exemplo, às regulamentações do mercado local.

Use a função “OPS - Mensalidade” para adicionar, editar, visualizar e deletar lotes de pagamentos mensais, separar imposto de renda para cada lote de pagamento, emitir notas fiscais, aplicar taxas de ajuste, definir regra para grupos de faturamento e visualizar um resumo de faturamento com totais por cliente.

Esse recurso também pode exibir totais com base em diferentes filtros, como item mensalidade, conta financeira, lançamentos manuais, produto, segmentação e tipo de contratação/regulamento.

2.4.4 Gestão de rede credenciada

Subgrupo de recursos para gerenciar redes estendidas de operadoras de planos de saúde. As redes estendidas são formadas por meio de contratos com provedores de serviços médicos reconhecidos pela

operadora de plano de saúde ou por operadoras de plano de saúde separadas que possuem um acordo de parceria.

2.4.4.1 Gestão da rede credenciada de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário definir e manter os prestadores de serviços credenciados considerados integrantes da rede credenciada. Prestadores são profissionais ou entidades credenciadas pela operadora de saúde que prestam serviços de saúde aos beneficiários de um plano de saúde.

O processo de credenciamento de prestadores inclui avaliação de equipamentos e infraestrutura, capacidade máxima de atendimento, área de especialidade e a necessidade de que a organização complete a tabela de serviços com a tabela de preços dos diferentes serviços oferecidos caso novos serviços sejam incluídos no contrato.

Use a função “OPS - Gestão de Relacionamento com Prestadores” para realizar o fluxo completo da solicitação de credenciamento. Acompanhe o fluxo completo da visita técnica através dos status (aguardando agendamento, aguardando confirmação de agendamento, pendente de liberação, visita agendada, visita encerrada, cancelada, visita cancelada, visita em andamento, em análise pela operadora, aguardando avaliação). O usuário pode acompanhar todo o fluxo das negociações com os prestadores (credenciamento, alterações contratuais, tabelas de preços, anexos, históricos).

Através desta função também é possível agendar e gerar tarefas/dependências para os prestadores, como atualização de documentação, atualização de indicadores e atualização de planos de ação. Também pode ser feito registro na função, como tipo de credenciamento, motivo da recusa, “Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde” (CNES), integração e motivos do cancelamento. O usuário pode utilizar os filtros disponíveis como nome, nome da empresa, tipo de candidato, tipo de pessoa. A função também dispõe de recursos para disponibilizar materiais de apoio, como panfletos ou documentos, para auxiliar na orientação dos prestadores.

2.4.4.2 Gestão de operadoras congêneres de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário cadastrar e gerenciar as operadoras de planos de saúde parceiras.

Utilize a função “OPS - Prestador” para atualizar o cadastro completo do prestador com todas as suas características, como ramo de atuação, produto, especialidade do prestador, profissionais, taxas do prestador, recibo critérios, preço do provedor, setores de serviços e equipamentos do provedor. É possível gerenciar as solicitações dos provedores que estão acessando o portal pela primeira vez na aba “Acesso web”, onde o usuário responsável pode permitir ou negar o acesso e solucionar eventuais problemas de acesso por parte do provedor.

Parceiros/prestadores ou organizações de planos de saúde similares são organizações de saúde que contratam outras organizações para troca ou compartilhamento de rede de serviços de planos de saúde. O cadastro das organizações parceiras deve permitir a identificação de seus beneficiários e seus planos de saúde, bem como características como áreas de atuação, tarifação e cobrança e regras de pagamento.

2.4.4.3 Gestão de pacotes de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário gerenciar conjuntos (pacotes) padrão de materiais, procedimentos e serviços hospitalares para faturamento e pagamento.

Utilize a função “OPS - Gestão de Pacotes” para gerenciamento de pacotes de operadora, na qual o usuário pode realizar o fluxo de trabalho desde o registro da composição até a avaliação do pacote. Ela permite configurar os itens que compõem o pacote, tais como procedimentos, materiais, anexos e composição. Também possibilita ao usuário definir regras quanto a preços, coparticipação, conversão de pacotes e a grupo de pacotes. Tal função permite ainda gerar pacotes importados e logs de acompanhamento,

validação de regras que alertem o usuário caso alguma parte do pacote apresente inconsistências, como início e fim de validade de determinado item. É possível ainda importar e exportar o arquivo PTU A1200, assim como realizar todo o fluxo de trabalho do sistema de pacotes da Unimed Brasil.

Pacotes são conjuntos de procedimentos e materiais para cobrança e pagamento conforme negociações ou protocolos de transmissão eletrônica de dados. Eles contêm procedimentos, materiais, honorários médicos e custos operacionais, agrupados para facilitar o processo de faturamento final. De forma semelhante, quando o pacote de faturamento é recebido, geralmente por meio de códigos específicos utilizados pela instituição, o sistema deve interpretá-lo e abri-lo conforme sua composição. A conversão de códigos também deve ser fornecida para os casos em que o manuseio de pacotes se refira a processos relacionados a contratos de intercâmbio.

2.4.4.4 Gestão de preços de serviços de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário registrar as tabelas de preços aplicadas aos serviços prestados pela rede credenciada para pagamento.

As tabelas de preços definem os valores a serem aplicados aos serviços prestados pela rede credenciada (prestadores certificados) que são formados por meio de negociações.

A ferramenta de cadastro de tabela de preços deve diferenciar as tabelas por meio das características do serviço, beneficiário, plano de saúde e especialidade médica, conforme regras padrão de pagamento definidas pelos órgãos reguladores ou outras tabelas regulamentadas pelas operadoras. Dentro do processo de pagamento da operadora de plano de saúde é possível separar os pagamentos por procedimentos, materiais, honorários médicos e custo.

Utilize a função “OPS - Gestão de Pacotes” para configurar as tabelas de preços da instituição. Diversas tabelas de especificação como (Preços CBHPM, TUSS, Brasíndice, Simpro, PTU A1200, PTU A950) podem ser configuradas na função. É possível cadastrar e configurar preços a partir das tabelas de atendimento, tabelas de materiais, tabelas de materiais/medicamentos e tabelas de procedimentos médicos.

2.4.5 Processo de apoio ao beneficiário

O beneficiário de plano de saúde pode acionar a operadora para realizar diversos serviços, como demandas contratuais, requisições e autorizações. Para dar suporte a essa demanda, as operadoras possuem uma estrutura de atendimento e análise.

2.4.5.1 Requisição e autorização de serviços de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário registrar e analisar solicitações de autorização de serviços.

As autorizações ou solicitações de serviço/execução são solicitações geradas pelo beneficiário via prestador credenciado e enviadas à organização para análise e liberação do serviço, evitando custos desnecessários.

O processo de geração da autorização ou requisição é aberto pelo prestador credenciado que está atendendo o beneficiário. O prestador pode abrir o processo fisicamente, levando o formulário à operadora, ou eletronicamente, encaminhando-o à organização via sistema. Essa solicitação de serviço é registrada e analisada com base nas características do credenciado e segue as características do plano de saúde contratado pelo beneficiário, liberando ou negando o atendimento. Esse processo pode estar vinculado a determinações judiciais.

Use a função “OPS - Requisições para autorização” para realizar ações como reprovar, incluir requisições duplicadas, cancelar requisições, enviar requisições para auditoria, exibir estimativa de copagamento e alterar motivos de solicitação. O usuário também pode acessar outras funções como “OPS - Dossiê do Beneficiário” e “OPS - Gestão de Análise de Autorizações” fazendo uma chamada externa.

É possível acompanhar uma autorização de ponta a ponta, em seu fluxo completo, através do status da autorização (aprovada, aguardando autorização da contratada, aguardando envio de intercâmbio, autorizada pelo titular do contrato

auditoria, auditoria de intercâmbio, cancelada, parcialmente aprovada, reprovada, aberta).

2.4.5.2 Requisição e autorização de serviços de intercâmbio de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário registrar e realizar análises sobre solicitações e serviços de autorização de intercâmbio.

As autorizações de intercâmbio são solicitações geradas pelos beneficiários de outra operadora de plano de saúde por meio de uma operadora credenciada.

O processo de geração da autorização de intercâmbio tem origem no prestador credenciado que está atendendo o beneficiário e é encaminhado física ou eletronicamente à organização. Essa solicitação de serviço/execução do serviço é analisada com base nas características do contrato de intercâmbio e pode haver contato com a organização parceira para repassar o processo de liberação. Este processo de análise de transferência pode ser realizado eletronicamente.

Utilize a função “OPS - Autorizações Intercâmbio” para realizar o fluxo de troca, como pedido de solicitação, resposta de pedido de autorização, pedido de complemento de autorização, pedido de insistência, cancelamento, resposta de auditoria, erro inesperado, confirmação, requisição da ordem de serviço, resposta da ordem de serviço , aprovação de ordem de serviço, autorização de ordem de serviço, resposta de solicitação de status, lapso de tempo e consulta ao provedor. Esta função também possui uma funcionalidade para consultar solicitações realizadas no intercâmbio nacional. utilize a aba “Solicitar A1100” para realizar as consultas.

2.4.5.3 Serviços ao cliente de operadora de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário registrar e realizar solicitações recebidas do cliente e da rede credenciada.

Solicitações de cliente podem ser feitas pessoalmente ou por telefone e ambas devem ser registradas e acompanhadas, garantindo a solução. As demandas podem variar desde solicitação de autorizações até dúvidas de processo e cobertura. Os serviços, dependendo do tipo de solicitação, podem estar vinculados a normativas conforme legislação vigente.

Use a função “OPS - Autorizações” para gerenciar o fluxo de autorizações.

A função possui recurso para consultar autorizações solicitadas no portal web e utilizar filtros disponíveis como status, etapa, processo, origem da solicitação, prestador, beneficiário, material, tipo de atendimento, número do RG e alguns filtros de data.

Também é possível realizar procedimentos de análise e auditoria com base nas etapas de autorização, como autorizado com glosa, autorizado sem glosa, aguardando autorização da contratada, aguardando autorização de intercâmbio, cancelado, negado, auditoria de intercâmbio, autorizado parcialmente sob auditoria, usuário aguardando ação, validado com glosa e validado sem glosa.

A partir da função “OPS - Autorizações” o usuário pode realizar as seguintes ações: validar formulários, duplicar formulários, gerar estimativas de coparticipação, gerar novas autorizações do beneficiário, auditar dono do atendimento, verificar débitos e realizar chamadas externas para a função “OPS - Dossiê do Beneficiário”.

2.4.6 Processos de cobrança de faturas de organizações de planos de saúde

Subgrupo de recursos para lidar com cobrança e processamento de pagamentos relacionados a planos de seguro saúde vendidos pela organização.

2.4.6.1 Faturamento de contratos com valor pré-estabelecido de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário realizar o processo de faturamento de valores pré-estabelecidos.

O faturamento de valores pré-estabelecidos refere-se a um processo financeiro a partir de valores tabelados em contrato para uso pelo plano de saúde.

O processo de faturamento ocorre mensalmente ou conforme a necessidade, com os valores de tabela previamente cadastrados e as ocorrências financeiras do período, podendo ser gerado por grupos de contratação, tipos de contratação, retroativos ou futuros. Devido às características tarifárias, a geração deve apresentar os dados abertos pelo beneficiário, mas a cobrança é encaminhada para o processo de cobrança financeira conforme o pagador do contrato. Esse processo pode estar vinculado a determinações judiciais.

Use a função “OPS - Fatura de Uso Geral (A580)” para criar regras como regra de anexos, informações para geração de contas a pagar e validação de regra de ação. A função também permite ao usuário importar e exportar um arquivo de lote (A580).

2.4.6.2 Notas fiscais do faturamento de coparticipação de beneficiário de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite realizar o processo de faturamento das quotas de participação do beneficiário (coparticipação).

O faturamento dos valores de coparticipação refere-se ao processamento financeiro dos valores baseados no percentual aplicado aos eventos ocorridos (procedimentos realizados pelo beneficiário).

O processo de faturamento de cobrança da participação do beneficiário (coparticipação) normalmente ocorre junto ao processo de faturamento pré-estabelecido com base nos eventos (serviços) realizados para o beneficiário em um período. Esse processo pode estar vinculado a determinações judiciais.

Utilize a função “OPS - Faturamento” para acompanhar o fluxo de faturamento da operadora. Também estão disponíveis algumas ações como liberação de contas, faturamento, lote de faturamento, geração de arquivos, impostos, nota fiscal/título a receber, informações XML, informações de base TXT e ações de desfazer informações de XML e de base TXT.

A consulta está disponível através de filtros como tipo de data (competência, geração de lotes, geração de arquivos), lote de cobrança, operadora, contrato, pagador, beneficiário, regra de faturamento, título a receber, conta, código da empresa e devolução de notas fiscais canceladas.

2.4.6.3 Faturamento de contratos com valor pós-estabelecido de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário realizar o processo de faturamento dos valores pós-estabelecidos.

A cobrança pós-estabelecida é o processo de cobrança dos valores gerados com base no beneficiário do plano, ou seja, com base nos eventos ocorridos (procedimentos realizados pelo usuário).

O processo de faturamento dos valores pós-estabelecidos ocorre conforme contrato, mas geralmente é mensal, após passar por um processo de análise e liberação para cobrança.

Use a função “OPS - Faturamento” para gerar arquivos de faturamento contendo mensalidades, despesas do plano e eventuais serviços adicionais. A função também permite a configuração de regras de conversão de procedimentos, materiais, campos específicos de formulários, participantes, regras de PTU de arquivo

de lote, regras de arquivo de lote TXT, contas pendentes, atualização de contas contábeis, atualização de valores do lote e validação de lotes.

2.4.6.4 Notas fiscais de cobrança de intercâmbio de operadora de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário realizar o processo de cobrança dos valores de intercâmbio.

Cobrança de intercâmbio é a cobrança feita pela organização que prestou serviço a beneficiário de outra operadora parceira. Os valores podem ser pós-estabelecidos ou pré-estabelecidos.

A geração do faturamento de intercâmbio ocorre conforme as características contratuais aplicadas por meio de tarifas adequadas e após passar por processo de análise e liberação para faturamento.

Utilize a função “OPS - Faturamento Intercâmbio de Pré-Pagamento” para gerar as movimentações de intercâmbio,

criando regras com base em contas a pagar. Você também pode definir regras de pagamento considerando transações contábeis financeiras, transações financeiras para liquidação, geração de arquivos, geração de notas e geração de lotes de estorno.

2.4.6.5 Contestação de faturamento de intercâmbio de convênio e faturas de coparticipação

Este recurso permite ao usuário registrar e realizar análises de recusas de intercâmbio (contestação) e pós-refaturamento ou pagamento.

Contestação é o ato de se posicionar contra uma determinada definição, ou seja, não concordar com o faturamento efetuado, com o objetivo de discutir valores negados ou cobrados, podendo resultar em refaturamento. A contestação ocorre quando a operadora de destino não concorda com a cobrança feita. Pode ser uma disputa de faturamento, quando a organização de destino não concorda com as quantidades faturadas, ou uma disputa de pagamento, quando a organização parceira não concorda com os quantidades cobradas.

O processo permite o registro das recusas (contestações) ou valores cobrados e as respectivas discussões e análises, encerramento e encerramento parcial da discussão até a finalização. A disputa de cobrança é uma atividade específica e segue o protocolo de transação das organizações parceiras que utilizam esta prática. A disputa de cobrança pode iniciar um processo de refaturamento.

Use a função "OPS - Ajustes para Refaturamento" para fazer ajustes/correções para o faturamento .

A função possui recursos para ajuste de contas e faturas. Lotes com os ajustes podem ser criados.

2.4.7 Gestão de despesas de saúde do beneficiário

Os custos da prestação de atendimento em saúde ao beneficiário são remetidos à Organização de Plano de Saúde pelas operadoras ou pelos próprios beneficiários para análise e posterior pagamento. Essas análises são auditadas para identificar inconsistências com base em diretrizes de uso ou regras de negócio que são descontadas dos pagamentos e apresentadas aos fornecedores para recurso.

2.4.7.1 Reconhecimento de despesas de saúde do beneficiário de operadoras de planos de saúde

Esse recurso permite ao usuário registrar e realizar os custos dos beneficiários a partir dos faturamentos de rede credenciada recebidos por meio de formulário físico ou eletrônico através do sistema.

Os custos dos beneficiários referem-se a serviços realizados pela rede credenciada em um período, apresentados com a finalidade de cobrar a operadora de plano de saúde. Também são conhecidos como produção médica ou contas médicas.

Cada vez que um beneficiário é atendido pela rede credenciada, é gerado um evento ou custo ao prestador que, posteriormente, é enviado à operadora para fins de faturamento. Ao receber essa informação, ela

deve ser cadastrada e controlada por meio de ferramenta que permite posterior análise e faturamento. O envio à operadora pode ser através de formulários físicos, portal da operadora ou online via webservice, e deve obedecer às regras de tempo esgotado e competências.

Utilize a função “OPS - Gestão de Contas Médicas” para realizar ações como modificar tipo de conta, recalcular protocolos, alterar dados de protocolos, gerar repasse de honorários, atualizar contas contábeis, atualizar contas contábeis de protocolos, atualizar atos cooperativos, atualizar registros contábeis adicionais, gerar contas de reapresentação, validar contas médicas, encerrar contas, visualizar observações relacionadas a protocolos, visualizar resumo de contas, fazer chamada externa para a função “OPS - Gestão de Análise de Produção Médica”, editar observações e marcar/desmarcar para entrega direta das observações.

Use a mesma função para fazer ajustes/correções de faturamento.

Essa função possui recursos para fazer consultas e identificação de logs de exclusão, permite importar lotes de contas e anexos, verificar protocolos pendentes e possibilita criar regras de comunicação interna que notifiquem o usuário.

2.4.7.2 Reconhecimento de despesas de saúde oriundas de intercâmbio das operadoras de plano de saúde

Este recurso permite que o usuário registre e execute os custos do beneficiário nos faturamentos de intercâmbio.

Custos de intercâmbio são faturamentos de serviços de saúde prestados ao beneficiário pelo plano de saúde no período, mas realizados por outras operadoras de plano de saúde ou organizações parceiras. É uma atividade específica e segue um protocolo de transações das organizações que utilizam esta prática.

Quando um beneficiário é atendido por outra operadora de plano de saúde, gera-se um evento ou custo que posteriormente é enviado à operadora domiciliar do beneficiário para fins de cobrança. Ao receber essa informação, ela deve ser cadastrada e controlada por meio de ferramenta que permite posterior análise e faturamento. É uma atividade específica e segue o protocolo de transação da operadora que utiliza esta prática.

Use a função “OPS - Contas de Intercâmbio” para realizar ações como excluir faturas inconsistentes, importar arquivo XML, importar anexos, cancelar fatura cobrada incorretamente, verificar inconsistências estruturais no arquivo XML e adicionar um comentário referente à fatura sobre uma mudança potencial, se necessário.

2.4.7.3 Configuração de regras de glosas e ocorrências de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite registrar as categorias de glosa e as regras de ocorrência a serem aplicadas aos processos de contas médicas e autorizações.

O registro das categorias de glosa e das ocorrências é usado para antecipar e auxiliar na análise de autorizações ou pagamentos. Glosas são validações aplicadas aos eventos solicitados ou executados. As ocorrências tratam das validações de negócio relacionadas ou não às categorias de glosa aplicadas aos eventos.

Para realizar alguma validação para autorizações ou análises para pagamento, o usuário registra regras com categorias de glosa e ocorrências, regras combinadas ou individuais, que apresentam ao analista registros considerando características contratuais, de enfermagem e médicas, direcionadas a etapas específicas dos processos de análise.

Use a função “OPS - Glosas e Ocorrências” para criar regras de glosa como procedimento x CID, procedimento x OPM, requisito de especialidade do profissional, integração de autorizações (glosas que não serão geradas), classificação de incidentes, validações de contas e validação de autorizações. Essa função permite criar ocorrências para serem encaminhadas ao fluxo de auditoria.

2.4.7.4 Auditoria de despesas de saúde do beneficiário de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário realizar uma análise do faturamento da rede credenciada para pagamento ou negação de pagamento.

A análise da produção médica consiste em avaliar o atendimento médico realizado conforme as características médicas, de enfermagem ou contratuais para verificar a permissão e a consistência do atendimento prestado pela rede credenciada.

Para realizar os processos de verificação e auditoria das despesas de saúde do beneficiário (contas da rede credenciadas) é necessário avaliar o contrato do beneficiário, sua cobertura, suas necessidades e as características do plano de saúde, bem como enfermagem e assistência médica, direcionando os passos a grupos de auditoria específicos por área de ação, identificando inconsistências nas contas/faturas e aplicando as práticas de glosa dentro dos padrões exigidos do contrato para liberação ou negação de pagamentos.

Use a função "OPS - Gestão de Análise de Produção Médica" para realizar ações como executar o fluxo de auditoria conforme a estrutura da organização, visualizar a análise, encaminhar a auditoria para outro grupo, inserir ocorrência ou outros grupos de auditores.

A função tem recursos para realizar consultas de alguns filtros, como grupo de auditoria atual, grupo de fornecedores, lote de análise, tipo de atendimento, tipo de formulário de atendimento, protocolo, status da análise e formulário de atendimento físico submetido. Com base no status das contas, o usuário é capaz de completar o fluxo de trabalho das contas correntes.

2.4.7.5 Recurso de glosa de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário realizar a análise do recurso de glosa da rede credenciada para pagamento ou manutenção da glosa.

Recurso de glosa é a ação que a rede credenciada adota com o objetivo de contestar recusas de pagamento ou pagamentos de menor importância executados pela operadora de plano de saúde após a cobrança dos serviços prestados.

O processo de recurso da glosa deve ser registrado e analisado com posterior liberação para pagamento ou manutenção da glosa. Este processo pode ser manual ou online através de WebService e pode cumprir prazos definidos em contrato com a organização.

Utilize a função “OPS - Produção - Recurso de Glosa” para realizar ações como importar os arquivos de recurso da glosa, definir regras de geração de fluxo, realizar a análise completa do fluxo, encaminhar ao responsável para auditoria, liberar para pagamento e recursos como cancelar o recurso de glosa, enviar para pagamento, recalcular valores conforme consulta de preço, novos recursos de glosa, alterar data de competência e alterar data de apresentação.

2.4.7.6 Reembolso de beneficiários de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário registrar, analisar e fazer manutenção de reembolsos do beneficiário.

Restituição ao beneficiário refere-se ao processo de reembolso de valores pagos pelo beneficiário do plano por falta de rede credenciada ou dificuldades de atendimento por parte da operadora.

A solicitação de reembolso de valores ao beneficiário deve ser registrada e analisada conforme as características contratuais e as da rede credenciada, respeitando os prazos do processo. Tal solicitação pode ocorrer quando o beneficiário estiver em uma área sem rede credenciada para a especialidade necessária, resultando em um reembolso específico.

Utilize a função “OPS - Controle de Processos de Ressarcimento” para executar ações como criar um processo de reembolso e analisar solicitações relacionadas.

Essa função possibilita importar arquivos denominados “ABI” que a ANS disponibiliza às operadoras para acompanharem o fluxo de reembolso ao SUS. O usuário pode consultar solicitações de reembolso feitas por beneficiários, visualizar valores de reembolso (Dashboard) e respectivo status como valor da conta, valor deferido, valor pendente, valor a reembolsar e valor pago.

2.4.8 Reembolso de rede credenciada

O pagamento das operadoras segue cronograma de pagamento da organização de plano de saúde e regras de negócio, bem como acompanhamento de retenções de tributos incidentes sobre esses pagamentos.

2.4.8.1 Processo de pagamento da rede credenciada de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite registrar, analisar e manter a manutenção dos faturamentos da rede credenciada.

O pagamento da produção médica é o processo de geração de valores a pagar com base nos agendamentos realizados e apresentados pela rede credenciada, além dos valores financeiros que incidem sobre os casos após a realização dos processos de análise.

Após o término dos processos de checagem e auditoria conforme as características do negócio e formas de pagamento, inicia-se o grupo de valores a serem pagos pela rede credenciada. Aplicáveis a essa geração estão valores financeiros específicos que podem ser pagos ou descontados conforme a natureza de cada instância.

Utilize a função “OPS - Pagamentos de Prestadores” para realizar ações como criar lotes a partir do fechamento do mês, definir critérios para prazos de débito e crédito, criar lotes de pagamento específicos e consultar pendências. Também é possível fazer consultas como inconsistências por período, valores para apropriação e por lotes de pagamento.

2.4.8.2 Acompanhamento da taxa de retenção fiscal da rede credenciada de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite ao usuário analisar os impostos retidos para devoluções ou descontos.

Os impostos retidos são os impostos descontados nos pagamentos da produção médica a fim de atualizar os dados anteriores.

Após a geração do processo de pagamento da produção médica, é necessário reavaliar os impostos retidos no período em comparação com as retenções em outras fontes do fornecedor específico para que seja feito reembolso, se houver maior retenção, ou desconto, se houver menor retenção.

Utilize a função “OPS - Mensalidade” para realizar ações como criação de regras para diferentes períodos de tempo (ex.: diário, semanal, bimestral, etc.), taxas administrativas, pagamento por fornecedor, eventos de produção, desconto de eventos prioritários e impostos valores base de cálculo. Esta função também permite a geração de pagamentos mensais, pagamentos mensais abertos nos meses anteriores e a atualização das contas contábeis.

2.4.9 Comunicação com beneficiários, clientes e rede credenciada

A comunicação com os beneficiários, clientes e rede credenciada pode ocorrer por meio de acesso e liberação do portal, troca de mensagens e arquivos de dados.

2.4.9.1 Acesso ao portal de operadoras de planos de saúde

Este recurso permite beneficiários, fornecedores e titulares de contratos o acesso a dados específicos relacionados às suas funções através de um portal.

O portal do plano de saúde é uma ferramenta on-line acessível via navegador que disponibiliza um conjunto de informações e ações para facilitar processos conforme a função cadastrada.

O portal do plano de saúde disponibiliza um conjunto de informações e ações, diferenciadas por tipo de acesso, como beneficiários, rede credenciada, titulares de contrato. Cada tipo de acesso tem atividades específicas disponibilizadas. O portal cumpre as normas de comunicação e disponibilização de informação conforme a normativa em vigor.

Utilize a função “OPS - Portal Web” para organizar os acessos ao portal.

A função também permite verificar os parâmetros disponíveis, criar diferentes tipos de acesso para beneficiários, auditores concorrentes, cooperados e acesso externo a formulários médicos e prestadores.

2.4.9.2 Configuração de alertas e avisos de operadoras de planos de saúde

Esta funcionalidade permite ao usuário configurar alertas e avisos para beneficiários ou prestadores.

Avisos e alertas são informações direcionadas ao público-alvo com a finalidade de repassar informações de forma rápida e específica.

A configuração de avisos e alertas facilita o envio de informações ao beneficiário de planos de saúde ou à rede credenciada por diversos meios, alertando o usuário sobre determinados processos concluídos ou sobre possíveis situações de interesse.

Utilize a função “OPS - Gestão de Alertas e Eventos” para tratar todo o fluxo de comunicação da operadora com seus beneficiários e provedores. Use a função para configurar diferentes eventos de comunicação, como alteração de produto do beneficiário, envio do protocolo ao beneficiário, autorizações aprovadas e liberação de pagamento de reembolsos. Além disso, é possível verificar se a mensagem foi enviada com sucesso ou se falhou, acessando os logs disponíveis.

2.4.10 Processos operacionais adicionais do plano de saúde

Alguns processos adicionais das operadoras de plano de saúde permitem gerar análises e controles de resultado ou cota de capital. Além disso, existem configurações específicas que permitem definir fluxos de trabalho e processos, impactando a geração de informações em diversas áreas.

2.4.10.1 Processo de geração de arquivos específicos de operadoras de planos de saúde

Este recurso facilita a geração de arquivos em layouts específicos para atender a transferência de dados de acordo com as regras de negócio.

O usuário pode configurar layouts para geração de arquivos com informações específicas para envio a beneficiários ou contratantes. Os arquivos contêm informações dos beneficiários, dados financeiros, dados atuariais ou necessidades de cobrança. A função permite a geração de arquivos de extratos de mensalidades para serem enviados a determinadas empresas, cada um com layout próprio. Também possui configurações que permitem ao cliente definir quais informações devem constar nos arquivos de cada empresa.

Use a função “OPS - AME - Arquivos de Mensalidade Empresarial” para configurar lotes, definir contrato ou pagador. Também é possível criar regras de conversão (de-para), layouts de arquivos, gerar lotes, enviar arquivos por e-mail e consultar lotes enviados/recebidos. As opções do menu suspenso disponíveis ao

usuário são remessa, consulta, cadastro, devolução, regras de geração de lote, regra de conversão, regra de notas fiscais de retorno e regra de arquivo de retorno layout do arquivo.

2.4.10.2 Configuração geral e regras para operadora de plano de saúde

Este recurso permite ao usuário registrar e configurar regras gerais para a operadora de plano de saúde.

As definições e regras gerais fornecem uma variedade de opções para executar e aplicar processos ou determinar fluxos de trabalho. A centralização de regras e configurações da operadora permite contextualizar e processar fluxos de trabalho de diversas áreas de atendimento a beneficiários, faturamento e pagamento, bem como características operacionais e legais da operadora.

Use a função “OPS - Gestão de Operadoras” para configuração de itens como contratos e beneficiários, mensalidades, contas médicas, rede credenciada, call center, câmara de compensação, intercâmbio, tipo de material, versão do PTU, pagamento de prestadores, provisões técnicas, análise de autorizações de conta médica, análise de disputa de contestação, importação de XML de conta, contabilidade, parâmetros de serviços de faturamento anteriores, faturamento, portal web, requisição, autorização, atendimento de operador, formulário médico web, lote de formulário de anexo, importação de formulário XML, reajuste, recurso de glossa, XML de comunicação de internação/alta, Web Service (PTU A510), análise de resultado, execução de requisição, solicitação de proposta online e parâmetros de integração com cartão de crédito.

2.4.10.3 Gestão de cotas de cooperados

Este recurso permite ao usuário gerenciar o faturamento das quotas e quotas parciais.

Quota ou share refere-se à parcela ou fração da participação financeira ou societária que cada pessoa física possui e que vem a ser paga como capital da cooperativa.

O registro de controle de capital da quota ou share deve ser mantido pela organização para fins de análise e acompanhamento dos pagamentos de capital e gestão da integração de novos membros. Esse monitoramento fornece dados ao sistema possibilitando ao usuário calcular o capital atual e os retornos, as necessidades de novos pagamentos, juros e multas, parcelamento e resgate em caso de desligamento de algum cooperado.

Use a função “OPS - Escriturações de Quotas de Cooperados” para gerenciar as cotas dos cooperados, realizar ações para permitir o lançamento de todos os tipos de movimentação de quotas na função para quota ou share, inclusive permitir gerar notas fiscais a pagar para retornos. Use a função também para definir regras de reajuste para criação de configuração de datas de cooperados em aniversários de filiação para reajuste de quotas, permitir a exclusão de quotas que não precisam ser reajustadas no mês, editar erros de reajuste existentes, gerar movimentação de quotas de eventos de pagamento de produção e permitir a geração de transferências de quotas.

2.4.10.4 Análise de desempenho de planos de saúde e contratos

Este recurso permite ao usuário gerar e visualizar os resultados de sua carteira de clientes.

O resultado é a diferença entre receitas e despesas ou custos de um determinado período realizadas pela carteira de clientes que o usuário pode calcular sob diversas perspectivas. Nas seguradoras de saúde, o termo resultado também é conhecido como sinistralidade.

O resultado pode ser calculado pelo usuário em variáveis como contrato, por beneficiário ou por plano de saúde, considerando um período determinado. Esse índice de resultado ou sinistralidade é usado pelas organizações de saúde para avaliar reajustes, descontos em concessões, promoções de saúde, renegociações e rescisões contratuais.

Use a função “OPS - Análise de Resultados” para obter uma visão geral operacional (dashboard) da saúde financeira da operadora. Use esta função para gerenciar diversos indicadores operacionais, como receita total, despesa total, resultado, mensalidade, contas, conta redutora de receita, comissão, faturamento, sinistralidade, taxa de intercâmbio, recurso de glosa, percentual de despesa administrativa, copagamento e reembolsos ao SUS.

Recursos de negócio

Grupo de recursos para definir, configurar e gerenciar o comportamento de todo o sistema para estar de acordo com os requisitos de negócio ditados por diretrizes, melhores práticas, políticas, regulamentos e leis. Os requisitos a serem considerados podem incluir, entre outros, arquitetura organizacional, cibersegurança, governança de dados, garantia de qualidade, gerenciamento de riscos, alta disponibilidade e continuidade de negócios.

2.5.1 Privacidade e segurança dos dados do paciente

Subgrupo de recursos relacionados a proteção de dados confidenciais de pacientes e usuários.

Para obter informações mais detalhadas, consulte a sessão "Segurança de rede, segurança e privacidade" deste IFU para mais informações.

2.5.1.1 Política de proteção de dados e criptografia

A governança de proteção de dados e criptografia é uma política focada na garantia de que dados específicos podem ser acessados apenas pela pessoa que deveria acessá-los.

Aplicando criptografia aos dados em repouso e em trânsito evita o acesso não autorizado e o gerenciamento do acesso aos dados apenas para pessoal autorizado, reduzindo o risco de uso indevido de dados pessoais. É possível criptografar os dados dentro do banco de dados usando ferramentas específicas.

Este recurso suporta o atendimento ao Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Na função “Controle de Acesso” o usuário pode criar regras baseadas em grupos de usuários, equipes e perfis de pacientes e depois definir o tipo de regra de acesso, datas inicial e final e tipo de permissão de acesso. Na função “Administração de Logs” o usuário pode criar regras para armazenar os logs automaticamente.

Por padrão, a função “Administração de Logs” armazena os seguintes registros: acesso a atendimentos, acesso a prontuários, acesso ao sistema, tentativas de acesso ao sistema, fechamento de funções, fechamento de funções devido ao limite de tempo, exclusão de dados do paciente , acesso ao sistema com autenticação de dois fatores (2FA), saída do sistema, saída do sistema devido ao tempo limite. Logs adicionais podem ser criados, como: alterações em campos de dados, acesso a funções, acesso a itens de funções específicas, envio de e-mail, filtros, integrações, geração de relatórios, impressão de relatórios e envio de mensagens SMS.

2.5.1.2 Métodos de autenticação

Este recurso suporta o processo de verificação da identidade dos usuários que acessam o sistema para garantir controle de acesso adequado. O sistema fornece vários métodos de autenticação. Cada instituição de saúde deve determinar quais métodos de autenticação são apropriados com base em suas políticas e requisitos de segurança.

As senhas podem ser autenticadas pelo próprio sistema ou por um servidor de autenticação externo usando Lightweight Directory Access Protocol (LDAP). Outros métodos incluem cartões com etiquetas de código de barras, leitura biométrica de impressão digital e autenticação de dois fatores. O sistema pode ser

configurado para desconectar automaticamente um usuário após um período predeterminado de inatividade, exigindo, portanto, que o usuário se re-autentique durante o login.

Use a função “Administração do sistema” para configurar o sistema para usar diferentes combinações de métodos de autenticação, como login alternativo + senha, login automático (Kerberos), somente código de barras, biometria + senha, Active Directory (AD) ou apenas login AD, apenas biometria, usuário + senha, apenas identificação por radiofrequência (RFID), usuário + senha/código de barras, usuário + senha + biometria, usuário/login alternativo/código de barras + senha. O sistema requer que o usuário forneça a combinação de métodos de autenticação na tela de login antes de conceder acesso ao sistema.

A autenticação pode ser solicitada pelo sistema em outros momentos, o que também é configurado na função “Administração do Sistema”. Por exemplo, uma reautenticação na função “Central de Laudos”, quando um exame necessita de aprovação adicional por um especialista. Outro exemplo está na função “Ocupação Hospitalar” quando a equipe dos serviços de limpeza registra que o processo de limpeza foi iniciado e/ou finalizado.

2.5.1.3 Gestão de senhas

Este recurso permite que o administrador do sistema defina as regras que serão validadas quando a senha for inserida no login do usuário.

Use os parâmetros da função “Administração do sistema” para definir os critérios para senhas válidas. Consulte a sessão "Segurança de rede, segurança e privacidade" deste IFU para mais informações.

Senhas fortes aumentam a segurança, impedindo acesso não autorizado e ataques de força bruta. Outras políticas recomendadas são bloquear um usuário após um certo número de tentativas erradas seguidas, forçar uma nova senha a ser criada a cada 30 dias e garantir que uma senha tenha um comprimento mínimo e um conjunto estendido de caracteres, por exemplo, minúsculas, maiúsculas, números e caracteres especiais.

2.5.1.4 Assinatura digital

Este recurso oferece suporte a assinaturas digitais de arquivos e registros do sistema quando são necessários níveis elevados de veracidade dos dados.

A assinatura digital está disponível em várias funções, incluindo as funções “Gestão de Assinatura em Lote”, “Administração do Sistema”, CPOE, “Oftalmologia”, “Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica - APAE” e PEP.

A assinatura digital é utilizada para garantir a autenticidade, origem e integridade dos artefatos digitais. Uma assinatura digital dá ao destinatário motivos para acreditar que um artefato foi criado por alguém (autenticidade), que esse alguém não pode negar ter criado o documento (não-repúdio) e que o documento não foi alterado depois de assinado (integridade).

O processo envolve o envio dos dados para uma autoridade certificadora. A devolução da assinatura digital é armazenada com os dados originais no sistema. Ao assinar digitalmente os dados, o sistema garante a validade dos dados gerados e armazenados no sistema pelo usuário.

2.5.1.5 Logs de auditoria e rastreabilidade

Este recurso suporta o uso de logs de auditoria referentes a quem, quando e de onde o sistema é acessado ou tem suas informações modificadas ou excluídas.

Os administradores do sistema podem:

- Visualizar logs de cada usuário que acessa o sistema e quando.
- Visualizar logs das alterações feitas pelos usuários.

- Ativar, desativar ou exibir registros de eventos do sistema e acesso a locais específicos.
- Ativar, desativar ou visualizar os logs dos relatórios e os registros dos relatórios gerados.
- Gerenciar o tempo de armazenamento de logs ou limpar os logs manualmente.
- Visualizar logs dos usuários que acessam o prontuário do paciente na função PEP.
- Exportar logs.
- Armazenar logs de alterações de registros médicos.
- Armazenar e visualizar logs de alterações de ordens de serviço para planejamento preventivo programado.
- Visualizar registros de falhas que ocorreram durante a atualização da versão.
- Visualizar logs de relatórios exportados e importados ao usar a função “Gerenciador de Relatórios”.
- Visualizar logs de alteração dos registros das tabelas do banco de dados.
- Visualizar entradas de registro duplicadas.
- Visualizar logs de perfis registrados, usuários registrados, geração de relatórios.

Em relação às informações do paciente, este recurso auxilia o usuário a adicionar, editar, excluir e manter os registros em situações como autorizações de acesso ao atendimento do paciente, checklist e histórico dos pacientes aguardando leito vago, autorizações de acesso às informações do paciente, visualização logs das mensagens SMS enviadas após a alta do paciente, consultar os logs de alteração das informações do prontuário de uma pessoa, consultar o histórico de ligações para o paciente. Liberar e desativar a autorização de acesso a uma consulta de paciente no prontuário eletrônico e o mesmo para a autorização de acesso ao prontuário eletrônico de um paciente.

Logs de auditoria estão disponíveis em várias funções, incluindo “Administração de Logs”, “Administração do Sistema”, “Agenda do Cirurgião”, “Cadastro Completo de Pessoas”, “Cadastro de Funcionários”, “Controle de Equipamentos”, “Gestão da Agenda Cirúrgica”, “Gerenciamento de Leitos” e PEP.

2.5.1.6 Privacidade de dados

Este recurso oferece suporte ao controle sobre a exposição e disponibilidade de informações de pessoas físicas, implementando técnicas e estratégias de privacidade por design.

Use a função “Controle de Acesso” para definir regras de privacidade para localidades específicas. A definição de regras de privacidade para localidades específicas permite organizar e gerenciar requisitos relacionados a privacidade que variam de um país para outro. Na função “Controle de Acesso”, aba “Configurações”, acesse a sub aba “Privacidade” para visualizar, adicionar, editar ou excluir uma regra de privacidade e definir uma opção de localidade específica.

O sistema oferece definições personalizáveis de informações confidenciais/privadas para atender as necessidades de diferentes mercados, pseudonimização de informações confidenciais/privadas, modo de privacidade para suporte via conexão remota e controles de acesso refinados que podem ser personalizados para impor o princípio do menor privilégio para acesso a conteúdo específico do sistema para usuários específicos.

2.5.1.7 Segurança de dados

Este recurso fornece suporte à criação, configuração e manutenção de um sistema seguro por meio da implementação de várias diretrizes e mecanismos.

As funcionalidades originais do sistema devem ser combinadas com outros mecanismos externos para formar uma estratégia de segurança multicamadas para abordagem de aspectos como segurança física,

operacional e processual, gerenciamento de risco, políticas de segurança e de backup, planejamento de alta disponibilidade e de contingências.

Use a função “Administração do Sistema” para configurar os controles de acesso do sistema como criptografia, login e mascaramento de senha, lista de usuários autorizados, recuperação e redefinição de senha, autenticação de dois fatores, regras de complexidade e de expiração de senha, logoff automático, política de bloqueio de conta e permissão/impedimento de múltiplas sessões.

As funcionalidades originais do sistema devem ser combinadas com outros mecanismos externos para formar uma estratégia de segurança multicamadas para abordagem de aspectos como segurança física, operacional e processual, gerenciamento de risco, políticas de segurança e de backup, planejamento de alta disponibilidade e de contingências.

Consulte as seções “Gerenciamento de senhas” e “Métodos de autenticação” para obter mais detalhes.

2.5.2 Kit de ferramentas do sistema operacional

Subgrupo de recursos relacionados à execução interna do sistema no local do cliente.

2.5.2.1 Administração e configuração do sistema

Este recurso oferece suporte ao administrador do sistema para configurar e manter o sistema.

Os administradores do sistema podem ajustar o sistema para obter uma experiência altamente personalizada por meio da configuração de parâmetros e configurações. As funções “Administração do Sistema” e “Cadastros Gerais” são as principais ferramentas de configuração do sistema.

Use a função “Administração do Sistema” para adicionar, visualizar, editar e excluir itens de prontuário; gerenciar usuários, perfis, departamentos, grupos de trabalho e controles de acesso correspondentes; controlar quais usuários podem visualizar ou acessar qualquer campo de dados; gerenciar parâmetros de função; visualizar objetos de banco de dados inválidos e revalidar; visualizar e excluir arquivos de pacientes armazenados em repositórios hospitalares; funções de link, tabelas de banco de dados e relatórios para os perfis de usuário. Para obter informações mais detalhadas, consulte o Guia de Administração do Sistema disponível no Portal do Cliente.



ADVERTÊNCIA

Este produto é um sistema altamente configurável que incorpora grandes quantidades de dados de diversas áreas da saúde. Deve haver um envolvimento multidisciplinar ao configurar o sistema para garantir o cumprimento de todas as leis, regulamentos, normas, diretrizes e melhores práticas.

A implementação deve ter um ambiente de pré-produção (ambiente de teste) com casos de teste que reflitam com precisão a prática da instituição de saúde para garantir uma operação segura e eficaz no ambiente de produção final.

A Philips não oferece garantia e não tem qualquer responsabilidade pela exatidão das informações, configurações e definições estabelecidas pelo usuário. Se não forem feitas corretamente, isso pode resultar na incapacidade de usar o sistema.

**ADVERTÊNCIA**

Os controles de acesso do usuário devem ser configurados para conceder o nível mínimo de acesso necessário para que o usuário desempenhe suas funções. Conceder ao usuário acesso a mais informações do que o necessário pode levar ao acesso não autorizado a dados confidenciais e a uma violação das políticas de privacidade e segurança dos dados.

Os "Cadastros Gerais" são armazenados em tabelas do banco de dados separadas, cada uma de um contexto específico. Esses cadastros são tabelas do banco de dados que contêm dados usados em todo o sistema e não pertencem a uma função ou funcionalidade específica. A função "Cadastros Gerais", localizada na aba "Utilitários" da tela principal, contém os principais registros e regras que afetam o comportamento do sistema em todo o sistema. A alteração de uma dessas configurações impacta todas as partes do sistema que dependem do respectivo cadastro.

A tabela abaixo descreve as principais diferenças entre "Cadastros Gerais" e os parâmetros de função.

Cadastro Gerais	Parâmetros de função
Não mapeado para uma função específica	Restrito a uma função específica
Cada tipo de configuração requer um modelo de dados único e é armazenado em uma tabela separada	Os parâmetros requerem apenas um par de valores-chave e são armazenados em uma única tabela
O acesso pode ser controlado por perfil	O controle de acesso segue as mesmas regras definidas para acesso às funções do sistema
As configurações se aplicam a todo o sistema (algumas exceções permitem controle mais refinado)	Os parâmetros podem ser aplicados por estabelecimento, perfil ou usuário

Somente o administrador do sistema e usuários-chave específicos têm acesso à "Cadastros Gerais", e mesmo esses usuários-chave veem apenas um subconjunto de configurações relacionadas à sua área de especialização. O administrador do sistema pode configurar o controle de acesso para os Cadastros Gerais por meio da função "Administração Sistema", em "Perfis" > "Registro" > "Tabela". A partir daí, ele pode definir quais cadastros gerais podem ser acessados por perfil.

2.5.2.2 Configuração de preferências do usuário

Este recurso permite definir e gerenciar as preferências do usuário final.

Os administradores do sistema podem usar a função "Administração do Sistema" para definir as preferências do usuário. Como alternativa, o usuário não administrador pode acessar suas próprias configurações pessoais selecionando "Meu cadastro". A opção "Meu cadastro" encontra-se no ícone "Menu do usuário", localizado no canto superior direito, na Barra de Menus. Utilizando este recurso, é possível configurar textos padrão, calendário, assinaturas, idiomas, preferências de abertura do sistema e valores padrão. Consulte o Guia de Administração do Sistema e Guia de Referência Rápida, respectivamente, disponíveis no Portal do Cliente.

O usuário pode exportar ou importar os parâmetros atualmente em uso em uma função abrindo o utilitário "Informações Sobre a Função". Primeiro, abra a função para a qual os parâmetros serão exportados ou importados, depois clique no ícone "Menu Principal", no canto superior esquerdo da "Barra de Menus", e selecione a aba "Utilitários". Por fim, selecione a função utilitária "Informações Sobre a Função" para visualizar informações sobre a função e exportar ou importar seus parâmetros.

2.5.2.3 Gestão de relatórios

Este recurso permite que o usuário crie, gerencie e gere relatórios como documentos digitais ou impressos.

Na função “Gerenciador de Relatórios”, o usuário pode criar e gerenciar relatórios padrão ou personalizados, definindo regras para a fonte de dados, organização dos dados, layout, exportação e impressão. Na aba “Relatório dinâmico” o usuário pode criar um relatório adicionando itens em seções relacionadas e usando a funcionalidade de arrastar e soltar do layout de dados em todo o relatório. Os relatórios podem ser vinculados a funções específicas ou configurados para usuários específicos.

O recurso “Impressão automática” está na função “Cadastros Gerais”. Esse recurso permite definir quais documentos podem ser impressos automaticamente, quando imprimi-los, qual impressora utilizar e onde devem ser armazenados no diretório de arquivos configurado pelo usuário na função “Administração do Sistema”.

2.5.2.4 Processos de importação e exportação de dados do Excel

Esse recurso oferece suporte ao usuário para importar e exportar dados para arquivos de planilha do Excel. Além disso, o sistema permite importar uma tabela por configuração utilizando arquivos de extensão XLS.

A exportação para um arquivo do Excel pode ser feita em todas as funções onde as informações podem ser apresentadas em grade. O usuário pode usar o atalho Ctrl-E, então o sistema exporta as informações para o arquivo Excel.

Em funções como “SUS APAC” e “SUS BPA” existe uma funcionalidade especial para exportar dados quando precisam ser importados de outro sistema, seguindo o padrão de arquivo de banco de dados dBase (arquivo .dbf). Este recurso também pode ser utilizado na função “Protocolo Convênio” para exportar as contas do paciente para um arquivo XML que é enviado ao convênio.

A importação pode ser feita através da função “Cargas”. Este recurso permite importar informações como catálogos de endereços, listas de materiais e medicamentos, tabelas de preços, CEPs e tabelas de serviços, que podem ser criados em diferentes plataformas como arquivos Excel, arquivos de banco de dados dBase (arquivo .dbf) ou arquivos de texto.

2.5.2.5 Sistema de comunicação interno e externo

Este recurso permite que o sistema comunique um alerta ou mensagem específica ao usuário, permite a comunicação entre usuários e também permite que o usuário envie mensagem para um contato externo.

A geração automática de mensagens pode ser configurada. O menu da aba “Alertas” da função “Gestão da Qualidade” permite definir condições para geração de mensagens através de comandos SQL e a forma de envio da mensagem, podendo ser por comunicação interna, SMS ou e-mail. No menu da aba “Eventos e Regras” da função “Gestão de Alertas e Eventos”, o usuário pode definir as características da mensagem a ser enviada por comunicação interna, SMS, e-mail, ou que pode ser apresentada na tela. E, na função “Cadastros Gerais” > “Aplicação Principal” > “Cadastros Gerais” > “Regra de envio de alertas e eventos”, o administrador do sistema pode definir a ação que dispara a mensagem por meio de uma das opções do campo “Ação que dispara”.

O usuário pode ler a comunicação interna utilizando a função “Comunicação Interna”. Também é possível usar a mesma função para escrever uma mensagem para um usuário, perfil, setor, grupo de usuários, grupo de perfis ou uma combinação dessas opções. No processo de compra, através das funções “Cotação de Compras” ou “Ordem Compra” o usuário pode enviar um e-mail ao fornecedor descrevendo os artigos sendo cotados ou autorizando o fornecedor a enviá-los à instituição.

2.5.3 Interoperabilidade

Subgrupo de recursos relacionados à troca de informações com outros sistemas por meio de métodos padrão de comunicação.

2.5.3.1 Ferramentas de interoperabilidade

Esse recurso fornece capacidade de interoperabilidade para interface com dispositivos ou software de terceiros em uma organização de assistência médica para um fluxo de gestão de informações integrado geral, incluindo acesso por meio de um portal web usando uma plataforma móvel.

Trata da extração e acesso de dados, seu mapeamento e sua transformação para outros formatos, com base em padrões que podem ser reconhecidos por outros sistemas. Essa integração pode ser configurada para funcionar com os protocolos atuais usados pelos dispositivos de terceiros ou software como XML, JSON, HL7, etc.

O processo de interoperabilidade permite enviar e receber informações clínicas de e para outros sistemas de Registro Eletrônico de Saúde (RES), como recuperação e pesquisa de locais de leitos clínicos, locais de salas clínicas, atendimentos de unidades clínicas, locais, organizações, dados de pacientes e pessoas relacionadas.

Outras ações incluem:

- Acessar documentos eletrônicos disponíveis em repositórios online ou intranet por hiperlink;
- Adicionar, editar, excluir e visualizar regras para impressão automática de relatórios;
- Adicionar e manter pontos de interface com sistemas externos, interfaces que permitem a importação e exportação de dados;
- Visualizar logs de todas as transmissões enviadas e recebidas via interface;
- Adicionar e manter regras para filtrar pontos de interface e registros para conversão de dados definidos entre diferentes sistemas para interfaceamento.

A comunicação é tratada de forma assíncrona usando um barramento de mensagens. A interface possui lógica de repetição integrada para evitar a perda de dados quando uma mensagem não é processada com êxito na primeira tentativa.

Para comunicação com outras aplicações, o padrão recomendado é a API, que é um conjunto de funções que permite que as aplicações acessem dados e interajam com componentes externos de software, sistemas operacionais ou microsserviços; As APIs fornecem uma resposta do usuário ao sistema e enviam a resposta do sistema de volta ao usuário; No caso de uma solicitação com falha, a API retorna uma mensagem de erro HTTP padrão.

Quando o sistema recebe e envia mensagens por interface, utiliza-se o padrão Health Level 7 (HL7). Alguns exemplos de HL7 como padrão para troca de informações de saúde no setor de saúde são: Sistema de Informação Laboratorial (LIS) para Registro Eletrônico de Saúde (RES), Sistema de Informática em Saúde para Sistema de Informação Radiológica (RIS) e equipamentos médicos. Essa comunicação é baseada em eventos, pois é lançada em situações específicas para comunicar ao sistema externo que o evento ocorre e pode responder/agir de acordo com o evento. Um exemplo de interface ocorre no cadastro da consulta do paciente, onde o usuário pode verificar a elegibilidade do paciente no portal do convênio ou da empresa terceirizada. Esse processo garante que o plano de saúde do paciente possa ser aceito pela clínica.

A configuração das interfaces pode ser feita na função “Gerenciamento para Integração”.

OBSERVAÇÃO: As solicitações de habilitação de recursos de interoperabilidade podem ser feitas por meio de ordens de serviço. Consulte o recurso "Gerenciamento de ordens de serviço" deste documento.

2.5.4 Padrões e regulamentos

Subgrupo de recursos para dar suporte ao uso do sistema globalmente.

2.5.4.1 Ontologias

Esse recurso auxilia no processo de mapeamento de codificação de ontologias para campos de dados do sistema. Uma ontologia é um conjunto de conceitos e categorias em uma área de assunto ou domínio que mostra suas propriedades e as inter-relações entre essas propriedades. Esses conceitos padrão são essenciais na medicina, principalmente para troca de dados (interoperabilidade) e para fins de pesquisa. A função “Ontologias” é projetada para hospedar diferentes fontes de ontologias, como SNOMED-CT.

Na função “Ontologias” há acesso somente de leitura aos mapeamentos de referência entre o SNOMED e os campos de dados padrão e valores de dados no sistema. Os dados clínicos padrão são centralizados nas funções PEP, ADEP e CPOE. Além disso, há acesso para definir mapeamentos entre o SNOMED e os valores de dados personalizados criados pela instituição de saúde. Os dados específicos de cada instituição de saúde são definidos na função utilitária "Cadastros Gerais". Esses cadastros incluem alérgenos, avisos de anestesia, categorias de modelos de cirurgia no PEPO, exames e procedimentos internos, Classificação Internacional de Doenças (CID), material para exame, exame de laboratório, cadastro de material, ficha técnica do medicamento, composição de dietas orais, condição da dor, parte do corpo, intervalo de prescrição, recomendações, registro de problemas, tipos de jejum e unidade de medida.

Após a definição do mapeamento entre o sistema e o SNOMED, os dados do paciente exportados via mensagens HL7 conterão as informações do SNOMED associadas, possibilitando a integração com outros sistemas que utilizam o protocolo HL7 e os padrões SNOMED. Por fim, defina quais dados exportar na função utilitária “HL7 Interfaces”.

2.5.4.2 Requisitos regulatórios

Este recurso oferece suporte à implementação de requisitos regulatórios, como conteúdo de labeling obrigatório para oferecer suporte à implantação em um mercado/país onde o produto deve cumprir o conjunto de requisitos definidos pelas agências reguladoras locais.

Consulte o Guia de Referência Rápida disponível no Portal do Cliente para mais informações sobre labeling, que podem ser acessadas por meio da caixa Sobre.

As Agências Reguladoras locais de cada país são responsáveis por determinar o conceito e escopo de um dispositivo médico e o conjunto de requisitos que tal produto deve cumprir para ser comercializado no país.

2.5.4.3 Localização e internacionalização

Esse recurso oferece suporte ao uso do sistema em diferentes localizações geográficas onde os requisitos de negócio e usuários variam.

Use a função “Administração do Sistema” para configurar aspectos como idioma, moeda, unidade de medida, fuso horário, endereço postal e formato de data e hora para corresponder à localização geográfica de seu usuário.

Localização refere-se à configuração de informações específicas para acomodar as normas de países e mercados específicos, enquanto a internacionalização refere-se ao produto ser capaz de suportar diferentes localizações e, portanto, preparado para ser usado internacionalmente uma vez localizado.

OBSERVAÇÃO: Os recursos para uso apenas em mercados específicos podem ser desativados para outros mercados onde não são aplicáveis. Consulte a seção “Administração e configuração do sistema” deste IFU para obter mais informações.

2.5.5 Inteligência artificial

Subgrupo de recursos relacionados a algoritmos e funcionalidades de Inteligência Artificial (IA) de terceiros.

2.5.5.1 Casos de uso de inteligência artificial

Este recurso emprega IA para abordar casos de uso específicos defrontados pelo usuário final.

Caso de uso 1:

Usar IA para analisar uma descrição de texto do histórico médico de um paciente e retornar uma lista de possíveis diagnósticos. A funcionalidade de inteligência artificial é fornecida por uma API de terceiros.

Use o Tasy Interface Engine (TIE) para configurar a integração da API.

A entrada de texto para a IA vem das notas clínicas documentadas na função PEP. Depois de processar os dados do texto da nota clínica, o sistema mostra os resultados no mesmo item. O código CID-10 selecionado pelo usuário aparece no item de diagnóstico da função PEP.

Caso de uso 2:

Usar IA para converter fala em texto para entrada de dados ou, em outras palavras, para fornecer ditado de voz do usuário como uma alternativa à digitação tradicional. A funcionalidade de IA é fornecida por uma API de terceiros.

OBSERVAÇÃO: Esta funcionalidade está disponível apenas para uso com o idioma português do Brasil e no mercado brasileiro.

Na função “Prontuário Eletrônico Paciente - PEP”, selecione um paciente e adicione uma nova nota clínica.

A entrada de áudio para a IA vem de um microfone conectado ao dispositivo do usuário final. Depois de processar os dados de voz, o sistema insere a saída de texto resultante no campo de texto atualmente selecionado. Quando o campo de texto estiver selecionado, ative a opção de reconhecimento de voz clicando no ícone do microfone localizado no componente de texto.

Caso de uso 3:

Use IA para reconhecer comandos de voz para navegação com mãos livres. A funcionalidade de IA é fornecida por uma API de terceiros.

OBSERVAÇÃO Esta funcionalidade está disponível apenas para uso com o idioma português do Brasil e no mercado brasileiro.

Nos parâmetros da função “Menu do Sistema”, habilite o parâmetro 254, “Ativação por comando de voz”.

A entrada de áudio para a IA vem de um microfone conectado ao dispositivo do usuário final. Depois de processar os dados de voz, o sistema executa a(s) ação(ões) solicitada(s). Ative o reconhecimento de voz para comandos clicando no ícone do microfone, localizado na barra superior ao lado do nome do usuário. O sistema pode reconhecer comandos para abrir funções e abas pelo nome, selecionar um paciente pelo nome e executar ações para manipular registros relacionados ao paciente selecionado, como, por exemplo,

criar uma nova nota clínica. Devido à variabilidade da linguagem humana natural, a análise de fala usa o Processamento de Linguagem Natural (PLN) para extrair informações semânticas, permitindo o reconhecimento bem-sucedido de comandos falados de várias maneiras diferentes. Também é possível dizer uma cadeia de comandos, como criar nova nota clínica para o paciente X, abrir a CPOE para o paciente Y ou mostrar minha agenda.

3 Apêndice - Índice do Web Suite

O Web Suite, descrito na seção “Sistemas de engajamento” deste documento IFU, é uma extensão do sistema, via Progressive Web Applications (PWA), para acesso por dispositivos móveis. Desconectar os usuários do sistema de seus dispositivos de desktop visa fornecer flexibilidade e conveniência, facilitando uma interação de melhor qualidade e maior frequência.

OBSERVAÇÃO O endereço para acessar um aplicativo da web específico de uma instituição de saúde específica é definido e mantido pelo administrador do sistema dessa instituição. Entre em contato com sua instituição de saúde ou administrador do sistema para obter o endereço exato da web.

Muitas das funcionalidades disponíveis nas aplicações web espelham a funcionalidade do sistema e seguem os mesmos fluxos de trabalho dos recursos do produto autônomo. Este apêndice mapeia as funcionalidades disponíveis nas aplicações web para as seções correspondentes deste documento, onde mais detalhes sobre o recurso estão disponíveis.

Mobile Clinician Workspace (Portal para médicos)

Aplicação web específica para o profissional de saúde acessar e gerenciar informações relacionadas a seus pacientes, visando melhorar os resultados.

OBSERVAÇÃO As credenciais de login para o usuário são as mesmas usadas para acessar o sistema independente.

Seção neste documento IFU	Funcionalidade disponível via aplicação web
Registro de controle glicêmico	Adicionar, editar e suspender prescrições clínicas relacionadas a controle glicêmico. As prescrições de controle glicêmico podem ser convencionais ou intensivas.
Sinais vitais e parâmetros clínicos	Adicionar, editar e excluir sinais vitais, gerenciar dados de monitoramento respiratório e visualizar os sinais vitais calculados com base nos sinais vitais de entrada.
Escalas e índices	Adicionar, atualizar, enviar, desfazer o envio e excluir dados de pontuação clínica. Os scores incluem DINI, PEWS, MEWS, NRS, TISS-28, NAS e MFS.
Processo de checagem beira-leito	Visualizar, adicionar, editar, suspender, atrasar e reverter registro de administração de prescrição ou recusa do paciente; registrar dupla checagem para medicamento de alta vigilância; registrar a coleta, recebimento e entrega de amostra ou exame.
Checagem de quimioterapia	Informação sobre registros de tratamento oncológico.
Notas clínicas	Adicionar, editar, excluir, visualizar, enviar e desfazer o envio da nota clínica do paciente.
Listas de diagnósticos e problemas de saúde	Adicionar, editar, excluir, visualizar, enviar e desfazer o envio do diagnóstico do paciente.
Sumários relevantes	Localizar o paciente e as informações clínicas correspondentes.
Balanço hídrico	Adicionar, editar, excluir, visualizar, enviar e desfazer o envio de registros de perdas e ganhos, visualizar o balanço hídrico.
Gestão de dispositivos	Visualizar, adicionar e editar o registro do dispositivo, substituição ou remoção do dispositivo.

Seção neste documento IFU	Funcionalidade disponível via aplicação web
Gestão de alertas, avisos e notificações relacionados a processos clínicos	Vários tipos de alertas, avisos e notificações.
Visualização detalhada das prescrições	Localizar prescrições do paciente.
Processo de agendamento de cirurgias	Localizar agendamentos cirúrgicos.
Processo de agendamento múltiplo	Localizar múltiplas agendas e bloquear horários na agenda.
Cadastro Completo de Pessoas	Localizar pacientes e ver dados gerais do paciente.
Exames de imagem (gestão, execução e laudagem)	Acessar imagens PACS também disponíveis no portal web.
Gráfico e visualização de resultados de laboratório	Acessar resultados de exames.
Resultados de exames não laboratoriais	Acessar resultados de exames.

Portal Aprovações Pendentes

3.2 Aplicação web para usuários envolvidos em processos de compra.

OBSERVAÇÃO As credenciais de login para o usuário são as mesmas usadas para acessar o sistema independente.

Seção neste documento IFU	Funcionalidade disponível via aplicação web
Processo de compras	Pesquisar, aprovar, desaprovar, solicitar parecer e encaminhar registros de compras que estão pendentes de aprovação.

3.3

Portal de Licitações (Solicitação de Proposta Online Web Suite)

Aplicação web para usuários envolvidos em processos de licitação.

Seção neste documento IFU	Funcionalidade disponível via aplicação web
Gestão de licitações	Adicionar, editar, excluir e visualizar solicitações de lance. Visualizar propostas de lance.

Portal da Operadora de Plano de Saúde

Aplicação web para profissionais de saúde solicitarem dos convênios autorização para serviços médicos oferecidos a beneficiários de convênios. As operadoras de plano de saúde também podem interagir com as partes interessadas por meio da aplicação web.

OBSERVAÇÃO As credenciais de login para o usuário são as mesmas usadas para acessar o sistema independente.

Seção neste documento IFU	Funcionalidade disponível via aplicação web
Gestão da rede credenciada de operadoras de planos de saúde	Visualizar documentos relacionados ao processo de credenciamento.
Acesso ao portal de operadoras de planos de saúde	Adicionar, editar, excluir e visualizar controles de acesso.
Requisição e autorização de serviços de operadoras de planos de saúde	Visualizar solicitações de autorização.
Configuração de alertas e avisos de operadoras de planos de saúde	Visualizar mensagens.
Configuração de planos de saúde	Visualizar informações de configuração de planos de saúde.

Portal do Beneficiário (Web Suite Beneficiário)

Aplicação web para o beneficiário visualizar informações sobre seu plano de saúde.

3.5 OBSERVAÇÃO Ao acessar a aplicação web pela primeira vez, o usuário externo deve se registrar e confirmar o processo de registro antes do login.

- Usuário/Beneficiário

- Visualizar os detalhes da cobertura do plano de saúde.
- Visualizar autorização do plano de saúde.
- Visualizar mensalidade.

3.6 Portal do Estipulante do Seguro

Portal web para empresas que oferecem planos de saúde para seus funcionários, para gerenciarem os contratos de sua carteira de planos de saúde.

3.7

Portal do Prestador

Portal web para prestadores e rede credenciada da operadora de planos de saúde (médicos, clínicas e hospitais). Os prestadores utilizam o portal para interagir com a operadora do plano de saúde por meio de solicitações de autorização e envio de sinistros.

3.9 Portal Guia Médico

Portal web de uso geral para consulta de profissionais de saúde que fazem parte da rede credenciada da operadora de saúde.

3.10

Portal de Propostas de Adesão

3.11 Portal web para empresas que buscam contrato com operadora de plano de saúde, mas ainda não assinaram contrato.

Portal de solicitação de propostas online

Portal web para que usuários em geral solicitem orçamento e adquiram um plano de saúde.

Portal de Auditoria Simultânea

Portal web para médicos que auditam a operadora de planos de saúde para realizar auditorias externas em hospitais.

Portal de Credenciamento de Prestadores

Portal web para profissionais de saúde que não estão na rede credenciada e desejam iniciar o processo de credenciamento.

Portal de Resultados

Aplicação web para clínicos externos acessarem resultados de exames. Esses clínicos não fazem parte da instituição de saúde e não têm acesso ao sistema autônomo.

OBSERVAÇÃO Ao acessar a aplicação web pela primeira vez, o usuário externo deve se registrar e confirmar o processo de registro antes do login.

Seção neste documento IFU	Funcionalidade disponível via aplicação web
Exames de laboratório (gestão, execução e laudagem)	Acessar resultados de exames.
Resultados de exames não laboratoriais	Acessar resultados de exames.

My Companion (Portal do Paciente)

Portal web para pacientes e/ou cuidadores, para melhorar as relações entre os pacientes, seus prestadores de cuidados de saúde e a instituição de saúde, facilitando a interação e empoderando os pacientes para uma participação ativa no processo de cuidados de saúde. O portal do paciente, também conhecido como “My Companion”, disponibiliza um subconjunto de funcionalidades do sistema que tradicionalmente eram realizadas por membros da instituição de saúde, mas agora podem ser realizadas diretamente pelo paciente. As informações clínicas gerenciadas neste portal também estão disponíveis para o profissional de saúde no Portal do Clínico.

OBSERVAÇÃO Ao acessar a aplicação web pela primeira vez, o usuário externo deve se registrar e confirmar o processo de registro antes do login.

Estão disponíveis as seguintes funcionalidades:

- **Usuário/Paciente**
 - Cadastrar novo usuário.
 - Confirmar novo usuário.
 - Adicionar, editar, excluir, visualizar informações gerais.
 - Dados do cadastro.
 - Dependentes.
 - Visualizar avisos.
- **Compromissos médicos**
 - Marcar compromissos(s): consulta, encaminhamento, exame, serviço de especialidade, acompanhamento, cirurgia, quimioterapia.
 - Usar o agendamento recomendado para vários compromissos.
 - Autorização do convênio.
 - Preencher o questionário de agendamento de compromisso.
 - Visualizar detalhes do compromisso.

- Verificar o status do agendamento: solicitado, aprovação, aprovado, cancelado, em andamento, não compareceu.
- Reagendar compromisso.
- Adicionar à lista de espera.
- Cancelar compromisso.
- Teleconsulta
 - Iniciar teleconsulta.
 - Enviar e receber arquivos.
 - Terminar teleconsulta.
- **Resultados de exames**
 - Visualizar resultados de exames:
 - Laudo de exame de laboratório
 - Laudo/imagem de exame
 - Laudo/status de exame de patologia
- **Tarefas**
 - Adicionar, editar, excluir, visualizar e executar itens da lista de tarefas.
 - Conteúdo institucional: orientações gerais, questionário, termo de consentimento.
 - Visualizar tempo de espera no Pronto Atendimento.
 - Informar ao hospital que o paciente está a caminho do Pronto Atendimento.
- **Meu Prontuário Eletrônico**
 - Visualizar atestado médico.
 - Visualizar documentos recebidos.
 - Visualizar documentos enviados.
 - Enviar documento.
 - Adicionar, editar, excluir e visualizar doenças anteriores e atuais do paciente, alergias, vacinas e medicamentos em uso pelo paciente.
 - Visualizar sumário de alta do paciente.

4 Abreviações, acrônimos e definições

Termo	Definição
.dbf	Arquivo de banco de dados dBase
@	Arroba
2FA	Two-factor authentication
a.m.	Ante meridiem (antes do meio-dia)
A-aO ₂	Gradiente de oxigênio alveolar a arterial
ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
ACC/ AHA	American College of Cardiology and the American Heart Association
ACP	American College of Physicians
ACS	Acute Coronary Syndrome
ACU	Unidade de Internação
AD	Active Directory
ADL	Atividades da Vida Diária
AF	Fibrilação atrial
AKI	Insuficiência Renal Aguda
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AKIN	Acute Kidney Injury Network
CMB	Circunferência Muscular do Braço
amp	Ampola
AMTS	Abbreviated Mental Test Score
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANSG	Avaliação nutricional Subjetiva Global
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOP	Arterial Occlusion Pressure
APAC	Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade
API	Application Programming Interface
TTPa	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada
ARDS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
ASA	American Society of Anesthesiology
ASIA	American Spinal Injury Association
AST	Aspartate Aminotransferase
AUC	Area Under the Curve
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
AWS	Alcohol Withdrawal Score
BAROS	Bariatric Analysis and Reporting Outcome System
BFP	Body Fat Percentage
BG	Glicemia
BI	Barthel Index
IMC	Índice de Massa Corporal
TMB	Taxa Metabólica Basal
PA	Pressão arterial
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
HPB	Hiperplasia Prostática Benigna
BPS	Behavioral Pain Scale
BSA	Área de superfície corpórea
BSFS	Bristol Stool Form Scale
BSL	Nível de Açúcar no Sangue

Termo	Definição
BUN	Blood Urea Nitrogen
ponte de safena	Coronary Artery Bypass Graft
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit Scale
CAP	Community Acquired Pneumonia
CAT	COPD Assessment Test
CBO	Cadastro Brasileiro de Ocupações
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
SDC	Supporte à Decisão Clínica
Cdyn	Complacência dinâmica
CCG	Controle Convencional de Glicemia
CGI-SCH SI	Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale Severity of Illness
cGy	Centigray
CHD	Coronary Heart Disease
CHEOPS	Children's Hospital of Easter Ontario Pain Scale
CI	Índice Cardíaco
CIN	Contrast Induced Nephropathy
CL	Cormack-Lehane
PHARM	Processo Hermético de Administração de Medicamentos
cm	Centímetro
cmH ₂ O	Centimeter of Water Column
CO	Débito Cardíaco
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CPIS	Clinical Pulmonary Infection Score
CPOE	Prescrição Eletrônica de Paciente
CPOT	Critical Care Pain Observation Tool
CPSS	Cincinnati Prehospital Stroke Scale
CrCl	Creatinine Clearance
CRIB	Clinical Risk Index for Babies
CRIES	Crying Requires oxygen Increased vital signs Expression Sleep
Cst	Static Lung Compliance
CT	Tomografia Computadorizada
VCA	Volume Clínico Alvo
CVA	Cerebrovascular Accident
CVP	Central Venous Pressure
CVVHD	Hemodiálise veno-venosa contínua
CVVHDF	Hemodiafiltração veno-venosa contínua
D50	25 gramas de glicose em uma seringa pré-cheia de 50 ml (50% de glicose)
DAP	Pressão Arterial Diastólica
DBP	Pressão Arterial Diastólica
DFAP	Diastolic Femoral Arterial Pressure
DIOPS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde
DIRF	Declaração do Imposto de Renda Retido na Fonte
DIS	Digital Interventional Suite
dl	Decilitro
DMED	Declaração de Serviços Médicos e da Saúde
DMS	Dialysis Malnutrition Score
DPAP	Diastolic Pulmonary Arterial Pressure
DRI	Dietary Reference Intake

Termo	Definição
DVT	Deep Vein Thrombosis
DWC	Data Warehouse Connect (Separate Philips product)
EAT	Eating Assessment Tool
EBI	Extended Barthel Index
ECF	Escrituração Contábil Fiscal
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
PA	Pronto atendimento
EDD	Data de saída prevista
GEE	Gasto Enérgico Estimado
EFD	Escrituração Fiscal Digital
eGFR	Estimated Glomerular Filtration Rate
RES	Registro Eletrônico de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
ELPO	Risk Assessment Scale for the Development of Injuries Resulting from Surgical Positioning
ADEP	Administração Eletrônica da Prescrição
EMR	Electronic Medical Record
PEPA	Prontuário Eletrônico de Paciente Ambulatorial
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30
APAE	Avaliação Pré-Anestésica Eletrônica
EPAP	Expiratory Positive Airway Pressure
PEP	Prontuário Eletrônico Paciente
SUEP	Sumário Eletrônico do Paciente
PS	Pronto Socorro
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
ESAS-Br	Edmonton Symptom Assessment System - Versão Brasileira
ESI	Emergency Severity Index
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
ESS	Epworth Sleepiness Scale
EuroSCORE	European System for Cardiac Operative Risk Evaluation
F&C	Financeiro e Contabilidade
FEV1	Volume expiratório forçado em 1 segundo
RFF	Reserva de Fluxo Fracionada
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources
FIM	Medida de Independência Funcional
FiO ₂	Fração inspirada de oxigênio
FIQ	Fibromyalgia Impact Questionnaire
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale
FM	Fibromyalgia
FRS	Framingham Risk Score
g	Grama
GA	Gestation Age
GCS	Escala de Coma de Glasgow, do inglês "Glasgow Coma Scale"
GCS-P	GCS Pupils Score
GF	Glomerular Filtration
GIR	Velocidade de infusão de glicose
GISS	Guia de Informação e Escrituração Eletrônica de ISSQN
GMFM	Gross Motor Function Measurement

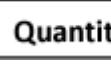
Termo	Definição
GRC	Global Risk Classification
GRO	Geburtenregister Österreich ("certidão de nascimento da Áustria" em alemão)
VBT	Volume Bruto do Tumor
h	hora
HADS	Hospital Anxiety and Depression Score
HCP	Profissional de saúde, do inglês "Healthcare Professional"
DHDF	Hemodiafiltração diária
HDL	Lipoproteína de alta densidade, do inglês "High-density Lipoprotein"
HDM	Gestão de Saúde e Doenças
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
IC	Insuficiência Cardíaca
HL7	Health Level 7
ALH	Antígenos Leucocitários Humanos
SAPS	Sistematização da Assistência do Profissional de Saúde
OPS	Operadora de Plano de Saúde
FC	Frequência Cardíaca
Hz	Hertz
IABP	Elective Intra-aortic Balloon Pump
IBE	IntelliBridge Enterprise (produto separado da Philips)
IBS	Síndrome do Intestino Irritável
CID	Classificação Internacional de Doenças
ICDSC	Intensive Care Delirium Triage Checklist
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
IFU	Instruções de Uso
CIG	Controle Intensivo de Glicemia
IHD	Hemodiálise intermitente
INR	International Normalized Ratio
IoM	Institute of Medicine
IPAP	Inspiratory Positive Airway Pressure
ISCO	Classificação Padrão Internacional de Ocupações
ISNCSCI	International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury
ISSQN	Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
IV	Intravenoso
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional
USIC	Ultrassom intravascular
JCS	Japan Coma Scale
Kcal	Quilocalorias
Kcal/kg/dia	Quilocalorias por quilo por dia
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes
kg	Quilograma
L	Litro
LDAP	Lightweight Directory Access Protocol
LDH	Lactate Dehydrogenase
LDL	Low-density Lipoprotein
LIS	Laboratory Information System
LMCA	Left Main Coronary Artery
LOS	Tempo de permanência

Termo	Definição
LVSW	Left Ventricle Systolic Work
LWSWI	Left Ventricle Systolic Work Index
m ²	Metro quadrado
PAM	Pressão Arterial Média
mcg	Micrograma
MDF	Maddrey's Discriminant Function
mEq	Miliequivalentes
MEWS	Modified Early Warning Score
MFAP	Mean Femoral Arterial Pressure
MFS	Morse Fall Scale
mg	Miligramma
MI	Infarto do miocárdio
min	Minuto
ml	Mililitro
mm	Milímetro
mmHG	Milímetros de mercúrio
mmol	Millimole
MNA	Mini Nutritional Assessment
MOPS	Modified Objective Pain Score
MOS	Medical Outcomes Study
MPAP	Mean Pulmonary Arterial Pressure
MPI	Master Person Index (Cadastro Completo de Pessoas)
MPL	Multi Patient List
Número do prontuário	Número do Prontuário
MST	Malnutrition Screening Tool
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NAS	Nursing Activities Score
NEWS	National Early Warning Score
NFCS	Neonatal Facial Coding System Score
LHN	Linfoma não Hodgkin
NICU	UTI Neonatal
NIH	National Institute of Health
NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
PLN	Processamento de Linguagem Natural
N-PASS	Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale
NPC:N	Nonprotein calorie to nitrogen gram (caloria não proteica em grama de nitrogênio)
NPP	Dor neuropática
NPRS	Numeric Pain Rating Scale
NRS	Nutritional Risk Screening
NSRAS	Neonatal Skin Risk Assessment Scale
NSTEMI	Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction
NTISS	Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System
O ₂ Sat	Saturação de Oxigênio
OCT	Tomografia de coerência óptica
OPS	Objective Pain Score
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
CC	Centro Cirúrgico

Termo	Definição
p.m.	Post meridiem (após o meio-dia)
PaCO ₂	Partial Pressure of Carbon Dioxide
PACS	Picture Archiving and Communication System
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
PAINAD	Pain Assessment Scale in Advanced Dementia
PaO ₂	Pressão parcial de Oxigênio
PAOP	Pulmonary Artery Occluded Pressure
PCA	Patient-controlled Analgesia
PCI	Percutaneous Coronary Intervention
PDA	Personal Digital Assistant
PE	Embolismo pulmonar
PEEP	Pressão expiratória final pulmonar
PEONA	Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados
PEPO	Prontuário Eletrônico Perioperatório
PEWS	Pediatric Early Warning Score
PG-SGA	Patient Generated Subjective Global Assessment
PHQ	Patient Health Questionnaire
PICiX	Patient Information Center iX (produto Philips separado)
PIM	Pediatric Index of Mortality
PIP	Pressão Inspiratória de Pico
PPI	Palliative Prognostic Index
PP-SGA	Patient-Produced Subjective Global Assessment
Se necessário	Pro Re Nata ("Se necessário" em latim)
PPSC	Provisão para Perdas Sobre Créditos
PT	Prothrombin Time
PTU	Protocolo de Transações Unimed
VAP	Volume Alvo de Planejamento
PVR	Pulmonary Vascular Resistance
PVRI	Pulmonary Vascular Resistance Index
PWA	Aplicação Progressiva da Web
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale
Raw	Resistance Airway
RFC	Registered Financial Corporations
RFID	Radio-frequency Identification
RIS	Radiological Information System
RPF	Sinalizador de paciente recorrente
RPS	Readmission Prediction Score
Frequência cardíaca	Frequência respiratória
Rsr	Respiratory Resistance
RSS	Respiratory Severity Score
RVSW	Right Ventricle Systolic Work
RVSWI	Right Ventricle Systolic Work Index
s	Segundo
SAH	Hemorragia subaracnóide
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SCI	Spinal Cord Injury
SCUF	Ultrafiltração Lenta Contínua
SDB	Stroke Data Bank

Termo	Definição
SEFIP	Sistema Empresa de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social
SFAP	Systolic Femoral Arterial Pressure
SI	Índice Sistólico
SIRS	Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
VICE	Visualização Conjunta das Escalas
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SLED	Diálise sustentada de baixa eficiência
SMS	Short Message Service
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
OS	Ordem de Serviço
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SPAP	Systolic Pulmonary Arterial Pressure
SQL	Structured Query Language
STRONG	Screening Tool for Risk of Nutritional Status and Growth
SUS	Sistema Único de Saúde
SV	Volume Sistólico
SVR	Systemic Vascular Resistance
SVRI	Systemic Vascular Resistance Index
TCU	Unidade de Cuidado Transitório
TCV	Valor calórico totL
GET	Gasto Enérgico Total
TIA	Transient Ischemic Attack
TIE	Tasy Interface Engine
TISS	Troca de Informações em Saúde Suplementar
TNM	Sistema de estadiamento de câncer: Tumor (T), Nódulo (N) e Metástase (M).
TPE	Plasmaférese terapêutica
NTP	Nutrição parenteral total
TRS	Transition review score
TUG	Timed Up and Go
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
TWSTRS	Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale
TXT	Versão somente texto (sem gráficos) de um documento.
UM	Unidades de medida
EUA	Estados Unidos da América
UUN	Urinary Urea Nitrogen
VAP	Ventilator Associated Pneumonia
VAS	Escala visual analógica
VNS	Visual Numeric Scale
VTE	Tromboembolismo venoso
WAT	Withdrawal Assessment Tool
Leucócitos	Glóbulos Brancos
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHR	Waist-hip Ratio
XLS	Extensão de arquivo usada para planilhas do Microsoft Excel.
XML	Extensible Markup Language

5 Glossário de símbolos

Símbolo	Nome do símbolo	Descrição do símbolo
	Fabricante	Indica o nome e endereço do fabricante
	Data de fabricação	Indica a data em que o dispositivo foi fabricado.
	Número de catálogo	Indica o número de catálogo do fabricante para que o dispositivo possa ser identificado
	Código do lote	Indica o número completo da versão/versão do software.
	Dispositivo único identificador	Indica uma operadora que contém informações exclusivas do identificador do dispositivo
	Número de embalagens	Indica que existe apenas um dos softwares.
	Precaução	<p>PRECAUÇÕES são instruções que, se não seguidas, podem causar danos ao equipamento descrito nestas Instruções de Uso e/ou a qualquer outro equipamento ou mercadoria e/ou causar poluição ambiental.</p> <p>Também: este símbolo é usado na etiqueta do dispositivo para destacar o fato de haver advertências ou precauções específicas associadas ao dispositivo que não são encontradas na etiqueta.</p>
	Consulte as instruções de uso	Indica a necessidade do usuário consultar as Instruções de Uso.
	Aviso	<p>AVISOS são instruções que, se não seguidas, podem causar lesões moderadas a graves a um usuário, paciente ou outra pessoa, ou podem levar a diagnósticos clínicos incorretos e/ou perda ou dano de dados relacionados ao paciente.</p> <p>Também: este símbolo é usado na etiqueta do dispositivo para destacar o fato de haver advertências ou precauções específicas associadas ao dispositivo que não são encontradas na etiqueta.</p>

REF

837002

Versões 4.01, 4.02



Philips Medical Systems Nederland B.V.
High Tech Campus 36
5656 AE Eindhoven
The Netherlands

*2023-06-06 – pt-BR

837002 / DHF-Tasy/HTMLS-IHU-001 pt_BR / Rev 002

Detentor do Registro:

Philips Medical Systems Ltda.
Avenida Julia Gaiolli, 740, Galpão T300, parte S5, Água Chata
Guarulhos/SP, Brasil - CEP 07.251-500

Notificação ANVISA:

10216710404



© 2023 Koninklijke Philips N.V. Todos os direitos reservados. A reprodução ou transmissão no todo ou em parte, em qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico ou outro, é proibida sem o consentimento prévio por escrito do proprietário dos direitos autorais. Os direitos autorais e todos os outros direitos de propriedade de qualquer software e documentação relacionada ("Software") disponibilizados a você pertencem exclusivamente à Philips ou seus licenciadores. Nenhum título ou propriedade do software é conferido a você. O uso do software está sujeito às condições de licença do usuário final, conforme disponíveis mediante solicitação.

Publicado no Brasil
837002 / 2023-06-06-pt-br

Philips