 FUNDÇÃO DO ABC Desde 1967	PROTOCOLO				 Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI	
	ELETROENCEFALOGRAMA					
Área Médica	Código PR.ASSIST.097	Elaboração 06/05/2024	Última Revisão 05/2024	Próxima Revisão 05/2026	Versão 000	Página 1-5

1. INTRODUÇÃO

Procedimento utilizado para analisar a atividade elétrica cerebral espontânea, captada através da utilização de eletrodos colocados sobre o couro cabeludo. Como a atividade elétrica espontânea está presente desde o nascimento, o EEG pode ser útil em todas as idades, desde recém-nascidos até pacientes idosos exigindo colaboração do paciente durante registro.

2. OBJETIVO






Obter registro da atividade elétrica cerebral para o diagnóstico de eventuais anormalidades dessa atividade. Exame realizado em vigília, ou seja, acordado, sono espontâneo e sono induzido quando necessário.

3. ABRANGÊNCIA










-  Setor de neurologia.



4. CRITÉRIOS

4.1 Critérios de Inclusão:

-  Encaminhamento externo e interno de pacientes pela rede com indicação de avaliação neurológica.
-  Epilepsia ou suspeita clínica dessa doença.
-  Suspeitas de alterações da atividade elétrica cerebral e dos ritmos cerebrais fisiológicos.
-  Pacientes com alteração da consciência.
-  Avaliação diagnóstica de pacientes com outras doenças neurológicas (ex: infecciosas, degenerativas) e psiquiátricas, tais como:
 - Autismo
 - Cefaleia
 - Sequelas AVC
 - Transtorno de déficit de atenção (TDAH).
 - Sincope
 - Encefalopatia
 - Encefalite
 - Tumores.

4.2 Critérios de Exclusão:

-  Paciente com alterações comportamentais graves.
-  Seborreias excessivas.
-  Infecções de pele no couro cabeludo.
-  Dificuldade respiratória aguda.
-  Febre
-  Vômitos.
-  Pedículos excessivos.
-  Hipoglicêmico.
-  Em instabilidade hemodinâmica e clínica que necessite de suporte intensivo.

 FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967	PROTOCOLO				 <small>Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI</small>	
	ELETROENCEFALOGRAMA					
Área Médica	Código PR.ASSIST.097	Elaboração 06/05/2024	Última Revisão 05/2024	Próxima Revisão 05/2026	Versão 000	Página 2-5

5. CONDUTA

5.1 Exame Sem Sedação


- Realizar a chamada do paciente.
- Realizar a conferência de guia, prescrição médica e checagem dos dados de identificação do paciente na etiqueta.
- Realizada anamnese.
- Assepsia no couro cabeludo, preparação do paciente e instruções.
- Fixação padronizada dos eletrodos juntamente a pasta condutora em couro cabeludo nos pontos específicos, para permitir aquisição adequada dos sinais elétricos que constituem a atividade elétrica cerebral. Condições ideais para realização, paciente em repouso sensorial e sala em penumbra e refrigerada. Inicialmente é feito um registro espontâneo da atividade elétrica cerebral durante a vigília (paciente acordado) duração média 20 minutos de exame. Se possível, essa atividade é registrada também durante a sonolência e o sono. O registro em todos esses estados aumenta a sensibilidade do método na detecção de diversas anormalidades.
- Durante registro espontâneo, são realizadas as provas de ativação: hiperpneia (o paciente realiza incursões respiratórias forçadas e rápidas, por 3 a 4 minutos) e foto estimulação intermitente (coloca-se, frente ao paciente, uma lâmpada que produz flashes com frequências que variam de 0,5 a 30 Hz). O objetivo deste método é aumentar a sensibilidade do exame, bem como detectar alterações específicas que podem ser provocadas pelas provas de ativação.

5.2 Exame Com Sedação

- Em crianças e adultos que apresentam comportamentos reativos à realização do exame, o mesmo só é possível após leve sedação feita com Hidroxizina. Nesse caso, o registro é feito durante o sono induzido na rotina descrita abaixo:
- Realizada chamada do paciente com acompanhante após triagem realizada em posto de enfermagem onde se realiza pesagem e coleta de assinatura do responsável em termo de consentimento EEG com Sedação FOR_ASS 0078.
- Realizada anamnese e preenchimento de FOR_ASS161 pela técnica SADT, gerando histórico com dados também de triagem para cálculo de medicamento a ser prescrito.
- Formulário entregue para o médico (neurologista responsável) para prescrição de sedação com Hidroxizina, que prescreve no mesmo formulário FOR_ASS 161.
- Paciente é encaminhado ao posto de enfermagem para administração de medicação prescrita. O acompanhante é orientado a aguardar e informar quando paciente estiver em sono.
- Paciente é encaminhado ao consultório 52 para realização quando estiver em sono ou sonolência ou condições satisfatórias. Após realização de fases sono induzida e Foto estimulação, exame é finalizado e responsável é orientado a retornar para retirada de laudo na data descrita em protocolo entregue.

5.3 Em ambas as rotinas.

- Realiza-se evolução do paciente (FAA Eletroencefalograma) no sistema Salutem.
- Inseri paciente em planilha produtividade de EEG.

 FUNDAÇÃO DO ABC Desde 1967	PROTOCOLO				 Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI	
	ELETROENCEFALOGRAMA					
Área Médica	Código PR.ASSIST.097	Elaboração 06/05/2024	Última Revisão 05/2024	Próxima Revisão 05/2026	Versão 000	Página 3-5

- Limpeza e antisepsia do equipamento e seus acessórios.
- Análise e gravação de amostras de traçado com laudos sistema Salutem para conferência de médico neurologista responsável para serem gerados.
- Quando recebido laudos, realizada conferência e realização de protocolo de entrega para envio à central de laudos.
- Ao término da agenda relacionar pacientes em livro de controle de entrega FAA para faturamento e entrega de materiais CME.

6. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA/ANEXOS

ANEXO 1 – FOR Termo de consentimento informado para eletroencefalograma em sedação

FUNDÇÃO DO ABC		FORMULÁRIO				AME	
FUNDÇÃO DO ABC		TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ELETROENCEFALOGRAMA SOB SEDAÇÃO				AME	
Área Assistencial	Código PR.ASSIST.078	Elaboração Indisponível	Última Revisão	Próxima Revisão Se necessário	Versão 010	Página 3-3	

Autorizo o médico _____, CRM _____, a realizar o exame de eletroencefalograma sob sedação com _____ no paciente:

(nome do paciente)

O exame de eletroencefalograma é um importante método diagnóstico que analisa a atividade elétrica do cérebro através da colocação de eletrodos (fios) sobre o couro cabeludo com o auxílio de uma pasta condutora. A critério médico faz-se necessária a sedação.

Estou ciente que o referido sedativo, hixizine (hidroxizina), é um indutor do sono, e passado seus efeitos, o paciente acordará e retornará a seu estado anterior progressivamente.

Apesar de seu uso seguro, eventualmente, podem ocorrer raras complicações tais como: irritação gástrica, ataxia, agitação, confusão mental e reações alérgicas que incluem rash cutâneo, eosinofilia e leucopenia.

A medicação será prescrita pelo médico responsável que acompanhará o paciente durante todo o exame.

ESTOU CIENTE DE QUE QUALQUER ASPECTO DESTES CONSENTIMENTO INFORMADO QUE POR ACASO EU NÃO TENHA ENTENDIDO PODE SER EXPLICADO EM MAIORES DETALHES SE EU QUESTIONAR O MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PROCEDIMENTO. CONCORDO VOLUNTARIAMENTE EM ME SUBMETTER AO EXAME SOLICITADO E DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS SÃO VERDADEIRAS E NÃO TENHO NADA MAIS A ACRESCENTAR.



ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

NOME (EM LETRA DE FORMA): _____



COMO MÉDICO, COLOCO-ME À DISPOSIÇÃO PARA MAIORES ESCLARECIMENTOS E NÃO HAVENDO DÚVIDAS POR PARTE DO PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL, REALIZAREI O EXAME SOLICITADO.

Assinatura e carimbo do Médico

Data do exame

	PROTOCOLO					
	ELETROENCEFALOGRAMA				<small>Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI</small>	
Área Médica	Código PR.ASSIST.097	Elaboração 06/05/2024	Última Revisão 05/2024	Próxima Revisão 05/2026	Versão 000	Página 4-5

ANEXO 2 – FOR Eletroencefalograma sob sedação

	FORMULÁRIO					
	ELETROENCEFALOGRAMA SOB SEDAÇÃO					
<small>Área Assistencial</small>	<small>Código PR.ASSIST.161</small>	<small>Elaboração Indisponível</small>	<small>Última Revisão Se necessário</small>	<small>Próxima Revisão</small>	<small>Versão 005</small>	<small>Página 1-2</small>

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

FAA: _____ RG: _____ Sexo: M () F ()

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

2 – INFORMAÇÕES PARA EXAME

ACOMPANHANTE: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

3 – ENTREVISTA

Motivo do exame: _____

CID: _____ Já realizou EEG anteriormente? () Sim () Não

Onde? _____

Resultado anterior: _____

4 – HISTÓRIA ATUAL

Medicamentos em uso: _____



Tomou medicamentos hoje? () Sim () Não

Quais? _____

5 – TRIAGEM ENFERMAGEM

PRÉ-EXAME

PESO ATUAL: _____

	FORMULÁRIO					
	ELETROENCEFALOGRAMA SOB SEDAÇÃO					
<small>Área Assistencial</small>	<small>Código PR.ASSIST.161</small>	<small>Elaboração Indisponível</small>	<small>Última Revisão Se necessário</small>	<small>Próxima Revisão</small>	<small>Versão 005</small>	<small>Página 2-2</small>

6 – TRIAGEM TÉCNICA EEG

REALIZADO PREPARO: () Sim () Não

Condições satisfatórias para realização EEG sob sedação () Sim () Não

Motivo: _____

7 – PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO HIXIZINE (HIDROXIZINA) _____ ML VIA ORAL Horário: ____h____

Enfermagem: _____ Técnica EEG: _____

PÓS-EXAME

Paciente completou exame satisfatoriamente? () Sim () Não

() Encaminhado para sala de recuperação e orientado ao acompanhante estimular o paciente a despertar para Alta.

() Devolvido à origem por necessitar exame em nível hospitalar.

Condições clínicas: _____

() Alta ambulatorial

Data: ____/____/____ Hora: ____h____

Carimbo e assinatura do Médico

ANEXO 3 – FOR Protocolo de entrega de exames

	FORMULÁRIO					
	PROTOCOLO DE ENTREGA DE EXAMES SETOR DIAGNÓSTICO					
<small>Área Assistencial</small>	<small>Código FOR.ASSIST.097</small>	<small>Elaboração Indisponível</small>	<small>Última revisão</small>	<small>Próxima revisão Se necessário</small>	<small>Versão 14</small>	

Nome do paciente: _____

N.º do prontuário: _____ N.º Atendimento: _____ Data: ____/____/____

Descrição do exame:

<input type="checkbox"/> Densitometria	<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> Espirometria	<input type="checkbox"/> Raio X
<input type="checkbox"/> Mapa	<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Eletroencefalografia	<input type="checkbox"/> Mamografia
<input type="checkbox"/> Retossigmoidoscopia	<input type="checkbox"/> Eletroencefalograma	<input type="checkbox"/> Holter	<input type="checkbox"/> Lâminas/Bloco de lâminas
<input type="checkbox"/> Outros: _____			



Retirar o exame a partir de: ____/____/____ das 07:00 horas às 17h00.

Obs: Para retirada de lâminas e bloco de lâminas, horário de retirada das 11:00 às 14:00hs



Atenção: Para retirada dos resultados de exames, será necessário a apresentação deste protocolo e do documento de identificação (RG). Caso seja retirado por terceiros, trazer o documento de identificação do paciente e estar portando documento de identificação com foto. "Não serão entregues resultados de exames para menores de 18 anos".

"Favor entrar em contato antes de se deslocar a unidade.4084-3300"

Av. Presidente Vargas, nº215, Jd. Nova Itapevi - Itapevi - SP - CEP: 06694-000

 FUNDÇÃO DO ABC Desde 1967	PROTOCOLO				 Ambulatório Médico de Especialidades do Governo do Estado de São Paulo "Vilobaldo Carvalho Teixeira Filho" ITAPEVI	
	ELETROENCEFALOGRAMA					
Área Médica	Código PR.ASSIST.097	Elaboração 06/05/2024	Última Revisão 05/2024	Próxima Revisão 05/2026	Versão 000	Página 5-5

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  LIVRO EPUB ELETROENCEFALOGRAMA.
-  Curso de atualização em Eletroencefalografia (teórico e prático) em novembro 2021. Hospital Israelita Albert Einstein.

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA/ANEXOS

Não se aplica.

9. REVISÕES/ATUALIZAÇÕES

Não se aplica.

10. HISTÓRICO DE REVISÕES/APROVAÇÕES

Data da Elaboração	Área	Nome do Responsável	Cargo
06/05/2024	Eletroencefalograma	Bianca de Castro	Tecnóloga

Data da Revisão	Área	Nome do Responsável	Cargo
06/05/2024	Médica	Vânia Aranha Zito	Coordenadora médica

Data da Aprovação	Área	Nome do Responsável	Cargo
23/05/2024	Gerência	Andreia Godoi	Gerente administrativa