

Universidade Federal do Acre
Centro de Ciências da Saúde e do Desporto
Faculdade de Medicina
Disciplina de Semiologia Médica

Prontuário Médico

— Pedro Gomes Mendonça —

Objetivos

Reconhecer a importância do preenchimento dos prontuários;

Capacitar para o seu preenchimento adequado;

Compreender a responsabilidade médica e ético-legal do preenchimento do prontuário.

Introdução

Documento de preenchimento obrigatório;

Objetivo: Assegurar serviços de saúde de modo contínuo, eficiente e com qualidade com informação retrospectiva, corrente e prospectiva

Caráter legal, sigiloso e científico;

Físico x Virtual;

70% - Preenchimento incompleto, ilegível ou não realizado.

Objetivos do Prontuário

- Relembrar sobre eventos e investigações prévias;
- Forma de comunicação entre membros da equipe;
- Monitorização de doenças prolongadas;
- Planejamento de cuidados continuados;
- Apoio ao ensino;
- Base de dados para pesquisa;
- Registro permanente de eventos significativos.

Regulamentação Ético-legal

Código de Ética Médica - Capítulo X

Art. 87. É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

"O preenchimento do prontuário médico é obrigação e responsabilidade intransferível do médico, fazendo-se exceção aos hospitais de ensino, nos quais alunos de Medicina o fazem sob supervisão, correção e responsabilidade de médicos, sejam professores de medicina ou do staff do hospital de ensino. É prática antiética e ilegal, portanto, condenável, delegar seu preenchimento a outrem que não médico habilitado perante o Conselho de Medicina. "

Regulamentação Ético-legal

Resolução 1638 - CFM/2002

A responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

- I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II. À hierarquia médica da instituição nas suas respectivas áreas de atuação;
- III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe/clínica e diretor técnico.

As Instituições de Saúde devem ter uma Comissão de Revisão de Prontuários.

Componentes

- Identificação
- Anamnese
- Exame Físico
- Exames Complementares
- Hipóteses Diagnósticas
- Evolução
- Procedimentos

Regulamentação Ético-legal

Resolução CFM 1331/1989 - Armazenamento

- Prontuários em papel devem ser guardados por um prazo de 20 anos a partir do último registro;
- Só podem ser eliminados após o arquivamento dos dados (microfilmagem)

Regulamentação Ético-legal

Resolução CFM 1821/2007 - O que não deve ser feito no Prontuário

- Escrever de forma ilegível;
- Escrever a lápis;
- Usar corretor líquido;
- Cometer rasuras;
- Fazer anotações que não se referem ao paciente.

Regulamentação Ético-legal

O Acesso ao prontuário pode ser solicitado pelo próprio paciente;

- Solicitação de familiares e/ou responsável legal do paciente:
 - Caso seja menor ou incapaz;
 - Autorização expressa do paciente;
 - Caso não seja possível - Cópia ou Laudo contendo diagnóstico, procedimento e causa mortis
- Solicitação por outras entidades
- Solicitação por autoridades policiais ou judiciárias

Prontuário Individual

Prontuário em suporte de papel

- Não existe modelo padrão;
- Pouca durabilidade;
- Menor capacidade de organização;
- Amplo espaço para armazenamento;
- Dificuldade de acesso;
- Baixa mobilidade;
- Dificuldade para pesquisa coletiva;
- etc.

Prontuário Individual

Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

- Seguro, Texto legível; Não ocupa espaço físico; armazenamento de imagem;
- Depende da existência e investimento em tecnologia;
- Necessidade de treinamento para o uso;
- Dificuldade de manutenção da relação médico-paciente;
- Necessidade de um certificado digital padrão ICP - Brasil.

Prontuário Familiar

Compreende:

- Fichas Individuais e coletivas;
- Genograma
- Formulários de acompanhamento familiar.
- Uso na Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Registro no Prontuário

Registro Orientado por Dados

Registro Orientado por Problemas

Registro Orientado por Dados (Tradicional)

Identificação
QP
HDA
IS
HPP
HFAM, etc..
HD
Conduta

- Estruturação em: Identificação / QP, HDA, IS, HPP, HFAM, etc. / HD / Conduta;
- Modelo Biomédico ou Modelo Médico Convencional
- Modelo centrado na doença ou centrado no médico;
- Não aborda aspectos subjetivos da pessoa e não abre espaço para outros motivos para a consulta.

Registro Orientado por Dados (Tradicional)

Vantagens

Está em acordo com o hábito de registro dos médicos, de modo que não é necessária uma mudança de comportamento, que é difícil.

É interessante para o trabalho individual de cada clínica especialista em separado.

Registro Orientado por Dados (Tradicional)

Desvantagens:

- Dificuldade de encontrar informações específicas;
- Induzir a repetição de condutas;
- Dificuldade para coleta de dados;
- Pouco foco no cuidado preventivo;
- Abordagem de cada profissional em separado.

Registro Orientado por Problemas

S	SUBJETIVO
O	OBJETIVO
A	AVALIAÇÃO
P	PLANO

Registro orientado para problemas (SOAP)

Vantagens:

- Facilita o raciocínio clínico;
- Acesso mais claro;
- Inclui problemas de toda a natureza;
- Não segmenta a história do paciente;
- Maior agilidade na consulta.

Registro orientado para problemas (SOAP)

Desvantagens:

- Redundância de dados;
- Dicotomia Sintoma-Sinal - Troca para HOAP (História / Observações).

Registro orientado para problemas (SOAP)

Identificação:

- Campo que segue como cabeçalho:
- Nome, data de nascimento, idade, sexo, estado civil, ocupação, etc.

Exemplo

Nome: José Rodrigues Data de nascimento: 22/04/1974 Idade: 44 anos
Logradouro: Rua Fernandes Tourinho, 22

Registro orientado para problemas (SOAP)

Lista de Problemas:

- Fato clínico;
- Sintomas, sinal, diagnóstico, síndrome;
- Não é uma dúvida, pergunta ou negação.

Exemplo:

Lista de problema:

- Problemas ativos: DM insulino-dependente tipo 2, tabagismo, alergia à dipirona
- Problema inativos: Colecistite (Colecistectomia em 2012)

Registro orientado para problemas (SOAP)

Subjetivo:

- Informações relatada e referidas pela pessoa;
- Queixas, sentimentos, ideias, expectativas, história familiar e pregressa relacionada a queixa;
- Subdivisão para cada motivo.

Registro orientado para problemas (SOAP)

Exemplo

S1: Comparece, com queixa de odinofagia acompanhada e febre não termometrada. Alega ter tomado analgésicos comuns sem melhora. Alega tosse. Nega prostração. Solicita antibiótico.

S2: Controle de doenças crônicas. Traz resultado de exames de acompanhamento. Alega dificuldade de aplicação de insulina. Mostra temor em relação a complicações da doença. Mantém tabagismo, 1 maço por dia.

S3: Em tempo, revela que está desempregado há 3 meses e que isso tem “me-xido com seu orgulho, por não conseguir botar dinheiro em casa”.

Registro orientado para problemas (SOAP)

Objetivo:

- Informações observadas pelo profissional;
- Achados do exame físico e exame complementar;
- Subdividido para cada problema.

O1: Tax 36,5. Oroscopia com placas amigdalíneas. Presença de linfadenomegalia cervical dolorosa.

O2: Resultados de exames (10/11/2018): HBA1C 9,8%. PA 150/90 mmHg. Fagerstrom 7.

O3: Rastreio de depressão negativo.

Registro orientado para problemas (SOAP)

Avaliação:

- Conclusões momentâneas;
- Hipoteses e interrogações.

A1: Amigdalite Centor 3

A2: DM descontrolada. Medida de PA elevada (HAS?). Alta dependência de nicotina.

A3: Paciente em situação de vulnerabilidade social?

Registro orientado para problemas (SOAP)

Plano:

- Condutas;
- Medidas terapêuticas, exames solicitados, encaminhamentos, orientações, próximos passos;
- Pode incluir medidas educativas e plano de estudo para o profissional.

Registro orientado para problemas (SOAP)

P1: Prescrevo Amoxicilina 500mg TID por 10 dias. Oriento sobre sinais de alarme. Confiro atestado em saúde.

P2: Oriento sobre MEV. Encaminho para orientação para enfermagem para reforço de orientações sobre uso da insulina. Solicito diário pressórico. Solicito rastreio de LOA. Programo avaliar nível de motivação para cessação de tabagismo em próxima consulta.

P3: Acolho o paciente. Ofereço suporte da Assistente Social da UBS, para qual foi marcada avaliação. Em próxima consulta, verificar se paciente conversou com Assistente Social.

Registro Orientado por Dados	Registro Orientado por Problemas
<p>ID: Maria das Dores Rodrigues, 40 anos</p> <p>QP: Tosse HMA: Paciente hipertensa e diabética com queixa de tosse secretiva de início há 3 semanas, acompanhada de febre não termometrada. Nega perda ponderal. Nega contato com pacientes com diagnóstico de TB. Traz exames solicitados para rastreio de LOA. Alega dificuldade de adesão terapêutica.</p> <p>HP: Diabética e Hipertensa. Apendicite em 2013. Em uso de Insulina 20+0+10, Metformina 500mg BID, Enalapril 20mg BID</p> <p>HF: História familiar negativa para HAS, DM e Tuberculose. Irmã mais velha com diagnóstico de câncer aos 36 anos.</p> <p>HS: Reside em casa com relação morador/cômodo maior que 1. Desempregada.</p>	<p>ID: Maria das Dores Rodrigues, 40 anos</p> <p>LP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ativos: HAS, DM - Inativos: Apendicite (Apendicectomia em 2013), Ex-tabagista (40 maços-ano, cessou em 2010) - M: Insulina 20+0+10, Metformina 500mg BID, Enalapril 20mg BID <p>S1: Queixa de tosse secretiva de início há 3 semanas, acompanhada de febre não termometrada. Preocupada com câncer de pulmão.</p> <p>S2: Controle de doenças crônicas. Traz resultado de exames de rastreio de LOA. Alega dificuldade de adesão terapêutica.</p> <p>S3: Relato de diagnóstico de câncer em irmã (Juceli) aos 36 anos.</p>

Abrir

EF:

- Antropometria: Peso 68. Altura 1,70. IMC 23,5.

- Ectoscopia: Bom estado geral, anictérica, acianótica, hidratada e hipoco-

- ACV: RCR em 2T, sem sopros. PA 138x82. FC 87. SaO2 98.

- AR: SRN sem RA. FR 18.

- AGI: Abdome globoso, indolor à palpação, sem massas ou visceromegalias.

- AGU: Não realizado exame ginecológico. - SN: Não realizado exame neurológico.

AE:

- COONG: Nega otalgia, nega coriza, nega cefaleia, nega dor facial

EC: Resultado de exames

(10/11/2018): HBA1C 9,2% // Cr 1,1 (TFG 76) // RAC 102 // EAS com glicosúria // K 3,9 // Ácido úrico 5,6

O1: SRN sem RA. FR 18. Peso 68. Altura 1,70. IMC 23,5

O2: Resultado de exames (10/11/2018):

HBA1C 9,2% // Cr 1,1 (TFG 76) // RAC 102 // EAS com glicosúria // K 3,9 // Ácido úrico 5,6. PA 138x82. FC 87.

O3: Irmã não realizou teste de BRCA.

HD:

- Tosse crônica a esclarecer
- DM descontrolada. - DRC II.
- Risco aumentado para CA de mama?

A1: Tosse crônica a esclarecer

A2: DM descontrolada. DRC II.

A3: Risco aumentado para CA de mama?

CD: Solicito Radiografia de tórax e BAAR. Reforço orientação sobre MEV. Solicito diário glicêmico. Solicito relatório sobre quadro da irmã. Programa avaliar risco e indicar início e periodicidade de rastreamento de CA de mama.

P1: Solicito Radiografia de tórax e BAAR. Considerar carga tabágica.

P2: Reforço orientação sobre MEV. Solicito diário glicêmico.

P3: Solicito relatório sobre quadro da irmã. Programa avaliar risco e indicar início e periodicidade de rastreamento de CA de mama.

Conclusão

Por em prática