

Prontuário do Paciente

PRONTUÁRIO DO CLIENTE

- É o conjunto de documentos que comprovam e controlam o histórico da evolução do tratamento realizado pelo cliente.

www.enfermeirodiogo.com



Canal Professor Diogo Jacintho

- Todo prontuario deve ser guardado pelo prazo minimo de 10 anos, a partir da data do ultimo registro em arquivo vivo e em seguida deve seguir para o arquivo morto.
- **TIPOS REGISTRO DE ENFERMAGEM - QUADRO**

Passos para Elaboração de um Registro de Enfermagem

1. Nível de Consciência
2. Tudo que se observa no cliente
3. Tudo que o cliente relata
4. Dieta
5. Eliminações
6. Aferição de Sinais Vitais

Admissão do Paciente

- É a entrada e a permanência do paciente no hospital por determinado período.
- **Anotações de enfermagem na admissão:**
 - Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
 - Condições de chegada (deambulando, maca, cadeira de rodas, etc.);

- Presença de acompanhante ou responsável;
- Condições de higiene;
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração dos Sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, elevação de grades, etc.);
- Orientações prestadas.
- Destino dos pertences de valor

Alta Hospitalar

- É a saída do paciente do hospital ou de uma determinada unidade de internação.
- É assumida pelo médico responsável, de maneira escrita, devendo ser assinada e registrado o número do CRM.

Tipos de Alta:

- **Alta hospitalar:**
 - Alta curado
 - Alta melhorado
 - Alta inalterado
- **Alta a pedido:** quando é solicitada pelo cliente.
- **Alta condicional ou licença médica:** concedida pelo médico em datas comemorativas, sendo necessário que o cliente assine um termo de responsabilidade antes de sair da unidade.
- **Alta por indisciplina**
- **Transferência:** consiste na remoção do cliente de uma unidade para outra dentro da própria instituição ou para outras instituições.
- **Evasão**
- **Óbito**

- **Anotações de enfermagem na alta hospitalar:**
 - Data e horário;
 - Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas);
 - Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);
 - Orientações prestadas.

Obs.: Importante o registro real do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado.

Transferência Hospitalar

- Consiste na remoção do paciente de uma unidade hospitalar para outra unidade dentro do próprio hospital ou de uma clínica para outra dentro de uma unidade.

- **Anotações de enfermagem na transferência:**
 - Motivo da transferência;
 - Data e horário;
 - Setor de destino e forma de transporte;
 - Procedimentos/cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
 - Condições (maca, cadeira de rodas);
 - Queixas.

Anotações de Enfermagem

- No decreto 50.387, de 28 de Março de 1961, que regulamenta a Lei 2.604/55, do exercício profissional de Enfermagem descreve que:
- “São deveres de todo o pessoal de enfermagem: manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo que se relacionar com o doente e com a enfermagem”.