

16 DE AGOSTO DE 2021

PROJETO DA DISCIPLINA

SAÚDE DIGITAL



Prof. M.e Renan Caldeira Menechelli
CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO

PROJETO: SAÚDE DIGITAL

O projeto **Saúde Digital** está centrado em um processo de informatização dos procedimentos adotados por uma clínica de Odontologia em atendimento aos seus pacientes. O intuito é modernizar o processo, dispensando o papel impresso, o retrabalho de preenchimento de informações duplicadas e automatização das etapas documentais. No fim, o processo deve eliminar o atual arquivo em papel e todos os dados disponíveis para consultas rápidas pelo sistema digital.

Assim, o objetivo final desse projeto é oferecer uma aplicação web site responsivo, simplificado e completo para os procedimentos envolvendo o cadastro e prontuário dos pacientes. Isso quer dizer que as principais ações dessa aplicação envolvem: o preenchimento de formulário de identificação do paciente; Termo de Esclarecimento e Responsabilidade compartilhada; Questionário de saúde da criança e do adulto; Ficha de atendimento e Encaminhamento interno.

A seguir, será descrito o processo de atendimento atual dos pacientes dessa clínica odontológica.



O PROCESSO DE ATENDIMENTO

Para dar entrada na Clínica de Odontologia, o paciente necessita primeiramente preencher e assinar uma ficha com seus dados pessoais. Na sequência, preencher e assinar o Termo de Esclarecimento / Informações e Responsabilidade Compartilhada das partes sobre a Execução de Tratamento Odontológico (um termo de ciência).

No dia do agendamento, na primeira consulta, o profissional que irá atender o paciente deverá entrevistá-lo e preencher os dados no Questionário de Saúde da Criança e do Adulto. Todo atendimento realizado pelo profissional, até mesmo a execução do questionário, deve ser anotado no prontuário do paciente.

Em alguns casos, é necessário que se faça o encaminhamento do paciente, por meio de uma ficha, para uma outra especialidade. Também, é comum a necessidade de fornecer o atestado odontológico após as consultas. Esses dois itens descritos por último são de responsabilidade de um supervisor da área da saúde.

Todas essas etapas, atualmente, são realizadas por meio de fichas impressas. Em anexo, são apresentados esses documentos em detalhes, com os campos fundamentais para a reprodução por meio de um sistema digital.



WEB SITE RESPONSIVO: IDEIA GERAL

A aplicação a ser construída deverá, basicamente, receber os dados necessários para o andamento do processo dessa clínica. Dessa forma, a essência trata da confecção de formulários para o devido preenchimento digital das informações, seja via aplicação web ou navegador mobile (por isso do uso do framework responsivo).

A criatividade e identidade visual da aplicação ficará por sua conta. Lembre-se de respeitar os conceitos de Usabilidade (UX) e design da interface do usuário (UI).

Na sequência, você deverá cumprir os requisitos mínimos exigidos para esse projeto.

Página Login

O paciente deverá, primeiramente, possuir um login para acesso ao sistema. Esse cadastro será feito e gerado automaticamente pelos operadores do sistema e fornecido ao paciente. Via de regra, as informações padronizadas são:

usuário: nome.últimoNome

senha: CPF (apenas números) seguido das duas primeiras letras do nome.

Exemplo:

Nome: Luiz Andrade Rodrigues

usuário: luiz.rodrigues

senha: 12345678900lu

Além disso, o sistema deve identificar quando o login é feito por um paciente ou por um profissional / supervisor. Os profissionais devem utilizar no usuário o número do CRO (Conselho Regional de Odontologia) de até 5 dígitos.

Página Inicial

O paciente visualiza a Ficha de Identificação e o Termo de Esclarecimento (gerado automaticamente após o preenchimento da ficha). Quando possuir um encaminhamento em aberto, deverá também visualizar essa informação diretamente nessa página.

O profissional visualiza as opções de: Ficha de Identificação (pois ele também pode preencher para o paciente) seguida do Termo de Esclarecimento; Questionário de Saúde; Preenchimento e Consulta de Prontuários; Formulário de Encaminhamento Interno.

Ficha de Identificação

Dados básicos e fundamentais do paciente. Os dados devem ser validados antes da geração do termo. Utilize campos o mais restritivo possível, para que o usuário digite apenas o que é realmente necessário (prefira campos check, radio, combo/select, etc).

Após o preenchimento, o termo de esclarecimento é gerado automaticamente, bastando o paciente clicar em um checkbox com o texto: “Declaro que efetuei a leitura de toda esta autorização, aceito e concordo com o acima exposto”. A assinatura é desnecessária.

Feito isso, o paciente irá ficar aguardando o seu agendamento (que não faz parte desse projeto, no momento).

Questionário de Saúde

Ao entrar em atendimento, é interessante e necessário sinalizar para a aplicação qual(is) paciente(s) está(ão) em atendimento, através do seu CPF (assim como o encerramento de um atendimento).

O questionário deve estar vinculado ao CPF do paciente (e não ao nome). Ou seja, esta é a primeira informação a ser preenchida pelo Profissional. Os dados a serem inseridos devem seguir o modelo utilizado atualmente em papel. Vários campos, contudo, podem ser simplificados (por exemplo com checkbox ou radio button).

Preste atenção e tente simplificar ao máximo o questionário, sem deixar nenhuma informação para trás, ao mesmo tempo que torna o preenchimento rápido e eficiente.

Prontuário

É necessário planejar a página simplificada para inserção dos dados de cada atendimento realizado, sendo o paciente vinculado pelo seu CPF. Inicialmente, se preocupar apenas com o preenchimento dos dados. Futuramente, esses registros poderão ser inseridos em banco de dados para eventuais consultas.

Receituário

[OPCIONAL] Após um atendimento, é possível que o profissional precise prescrever algum medicamento e/ou tratamento. Pense em uma página que onde essas informações possam ser preenchidas e encaminhadas para impressão (mesmo para salvar em pdf).

Atestado

[OPCIONAL] Após um atendimento, também ocorre a necessidade de fornecer um atestado odontológico. Da mesma forma que o questionário, busque simplificar os campos e facilitar o preenchimento para o profissional. Futuramente, com uso de banco de dados, as informações do paciente poderão ser obtidas automaticamente.

Encaminhamento Interno

É um simples formulário que deve ser preenchido pelo supervisor, podendo ser assinalado mais de uma opção no mesmo encaminhamento. Também vinculado ao CPF, ao ser preenchido, esses dados serão mostrados para o referido paciente em sua página inicial de acesso.

Impressão da Documentação

Esse projeto possui uma parte dependente do banco de dados que, por questões práticas, não será implementado nesse momento. Por isso, o principal é focar no desenvolvimento dos formulários e a validação dos dados. Poucos dados necessitam de tela para impressão, sendo eles: Receituário, Atestado e Termo de Esclarecimento (se o paciente desejar).

Abuse da sua criatividade e faça com que esse projeto aconteça na prática!

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

DN: ____/____/____ Sexo: F () M () Peso: _____ Kg Altura _____ Cor _____
(branco, pardo ou negro)

Escolaridade _____ Profissão _____

RG _____ CPF _____ Estado Civil: _____

Naturalidade _____ Estado: _____

Filiação
Pai _____ Nacionalidade _____

Mãe _____ Nacionalidade _____

Contatos (tel/cel) _____

Endereço: _____ N° _____

Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____ Estado _____

(obrigatório o preenchimento ser realizado pela recepção)

____/____/____

Afirmo a veracidade dos dados acima

TERMO DE ESCLARECIMENTO/INFORMAÇÕES E RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA DAS PARTES SOBRE A EXECUÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Por este instrumento de esclarecimento e informações sobre o tratamento odontológico a ser realizado,

Eu/Responsável _____

portador do RG nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, tomo ciência que tenho a responsabilidade

compartilhada com o IASCI—Universidade do Sagrado Coração sobre o mesmo. Estou ciente que deverei seguir rigorosamente algumas regras para o bom andamento,

finalização e preservação do tratamento como:

- 1- Comparecer a todas as consultas agendadas em todas as especialidades envolvidas no tratamento.
- 2- Avisar com 48 horas de antecedência o responsável pelo agendamento do atendimento caso não possa comparecer. Caso uma situação de emergência ocorra durante as 48 horas que antecedem o tratamento, deverei justificar através de atestado ou documento que revelam o real motivo de minha falta.
- 3- Zelar pela manutenção de próteses odontológicas fixas ou moveis, placas de mordidas, aparelhos ortodônticos que venha a fazer uso, não quebrando ou danificando quaisquer acessórios.
- 4- Seguir todas as orientações de cuidados pós-atendimentos cirúrgicos, restauradores e protéticos fornecidos pela equipe responsável pelo tratamento.
- 5- Seguir as orientações dadas sobre a manutenção diária de higiene dos tecidos buco-dentais.
- 6- Comparecer as consultas de controle após o término do tratamento.
- 7- Quando tratamento for de prótese sobre implante, prótese fixa, prótese removível, prótese total, compreendem ser uma obrigação de meio, restabelecendo a função que foi perdida com a perda dos dentes.
- 8- Tenho ciência do limite tolerável de apenas duas faltas, uma vez que coloco em comprometimento a aula do aluno e do professor

Declaro sob as penas da lei, que:

- Ter sido submetido a um questionário de avaliação biomédica, no qual foram pesquisados e excluídos possíveis fatores sistêmicos que possam comprometer ou contra indicar o tratamento proposto, bem como oferecer riscos à minha saúde geral;
- Ter sido informado de que não existem garantias absolutas e que o sucesso do presente tratamento dependera de uma manutenção regular;
- Tenho pleno conhecimento de que terei meu tratamento automaticamente cancelado, seja em qual for, caso não cumpra corretamente as regras aqui estabelecidas, assumindo todos os riscos e responsabilidade por minha negligência e imprudência;
- Consinto com plano de tratamento apresentado, decorrente de particularidades inerentes ao meu caso;
- Autorizo que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenho, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento e tratamento que compõe meu prontuário, sejam retidos e utilizados para fins de ensino e divulgação em todo e qualquer meio de comunicação/ Publicações científicas nacionais e internacionais, respeitado o Código de Ética institucional e da profissão;
- Recebi informações sobre os possíveis riscos e complicações decorrentes da cirurgia, medicamentos e anestesia. Tais complicações incluem dor, edema (inchaços), infecções, hematomas das estruturas bucais (manchas arroxeadas) e também possíveis danos a estrutura óssea, patologias sinusais (sinusites), atraso na cicatrização, reações alérgicas às drogas e aos medicamentos utilizados, até a possível perda do tratamento proposto, sendo que na eventualidade disto acontecer, deverei assumir os eventuais custos para um novo tratamento;
- Se necessário tratamento endodôntico observado pelo cirurgião-dentista, após finaliza-lo nesta clínica, devo dar continuidade no tratamento restaurador com qualquer outro profissional/ outra clínica de odontologia o mais rápido possível, não dependendo mais da USC, uma vez que tal tratamento é necessário e sua não realização acarretara prejuízos ao dente tratado e a minha saúde;
- Em caso de tratamento de URGÊNCIA, tenho conhecimento que os procedimentos serão os necessários apenas para o atendimento da urgência e que deverei providenciar sua continuidade/finalização do tratamento e/ou outros procedimentos, o mais rápido possível, com qualquer outro profissional/outra clínica de odontologia;
- Ter sido orientado e me responsabilizo por procurar o mais breve possível qualquer outro profissional da área para dar continuidade e/ou finalizar qualquer tratamento iniciado nas clínicas de odontologia da Universidade do Sagrado Coração, não dependendo apenas das disponibilidades de vagas disponíveis na universidade;
- Tenho ciência da grade/horário das disciplinas e seus respectivos atendimentos do curso de odontologia da USC e que devo me adequar aos horários disponíveis do mesmo, bem como aguardar a disponibilidade de vagas para atendimento na universidade, uma vez que essas são limitadas e devo respeitar seus critérios pré-estabelecidos, tais como a lista de espera e que são selecionados casos de interesse de aprendizado/pesquisa estipulado pelo professor e/ou aluno e a pedido dos mesmos;
- Compreendo se tratar de uma instituição de ensino e tenho conhecimento das limitações de datas e horários do período letivo e que o atendimento dentro da universidade é feito apenas nesse período, podendo variar em semanas de provas, avaliações e eventos, sendo encerrados nas férias letivas, finais de semana, feriados, entre outros, me tornando responsável por procurar tratamento externo a Universidade, independente do caso.
- Fui informado que todas as informações contidas em meu prontuário deverão permanecer no arquivo pelo prazo legal da Instituição de Ensino, podendo ser copiada para os fins acima autorizados e/ou meu interesse ou de minha família em particular;

Por este instrumento de autorização por mim assinado e acima qualificado, dou pleno consentimento ao IASCI- Universidade do Sagrado Coração para, por intermédio de seus discentes, doentes (alunos e professores) e funcionários do Curso de Odontologia, graduação e pós-graduação, fazer diagnóstico, após a realização ou solicitação de exames clínicos e/ou de laboratórios, planejamento e execução do meu tratamento, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade, dentro das disciplinas acadêmicas e materiais existentes.

Declaro ainda que efetuei a leitura de toda esta autorização, aceito e concordo com o acima exposto.

Bauru, _____ de _____ de 20 _____

CPF: _____

RG: _____

Assinatura do paciente/Responsável

Nome do Paciente: _____ Cadastro: _____

1) Queixa Principal: _____

2) História da doença atual: _____

3.1) Questionário de Saúde

- | | | | |
|--|-----------------|-------------------|-----------------|
| 1- Já teve hemorragia? | Sim () | Não () | |
| 2- Sofre(u) de alergia? | Sim () | Não () | |
| 3- Teve reumatismo infeccioso? | Sim () | Não () | |
| 4- Sofre(u) de distúrbio cardiovascular? | Sim () | Não () | |
| 5- Sofre(u) de gastrite? | Sim () | Não () | |
| 6- É diabético ou tem familiares diabéticos? | Sim () | Não () | |
| 7- Já desmaiou alguma vez? | Sim () | Não () | |
| 8- Está sob tratamento médico? | Sim () | Não () | |
| 9- Está tomando algum medicamento? | Sim () | Não () | |
| 10- Esteve doente ou foi operado nos últimos 5 anos? | Sim () | Não () | |
| 11- Tem hábitos, vícios ou manias? | Sim () | Não () | |
| 12- Tem ansiedade/depressão? | Sim () | Não () | |
| 13- Você e/ou algum familiar teve algumas dessas doenças | | | |
| Tuberculose | Sim () Não () | Sarampo | Sim () Não () |
| Sífilis | Sim () Não () | Caxumba | Sim () Não () |
| Hepatite A, B, C | Sim () Não () | Varicela | Sim () Não () |
| SIDA/AIDS | Sim () Não () | Outras _____ | Sim () Não () |
| 14- É fumante? | Sim () Não () | Frequência: _____ | /dia |

3.2) Questionário complementar infantil - ODONTOPEDIATRIA

- | | | |
|---|----------------------|--|
| 1- História da gestação: | _____ | |
| 2- Nasceu de parto: | _____ | Normal () a fórceps () cesariana () |
| 3- A criança teve algum problema no parto? | | Sim () Não () |
| 4- A amamentação foi: () natural () mamadeira | até a idade de _____ | |
| 5- Já lhe foi dito para não tomar anestesia local? | | Sim () Não () |
| 6- Já teve ou viveu com alguém que tivesse doença grave e contagiosa? | | Sim () Não () |
| 7- A criança já foi vacinada? | | Sim () Não () |

CONDUTA DA CRIANÇADurante os 2 primeiros anos de vida: sentou-se () engatinhou () andou () falou ()No lar e na escola: teve alguma dificuldade no aprendizado? Sim () Não ()Estado anímico: Alegre () Triste () Tímido () Tranquilo () Inquieto () Assustado ()Tem sono: Tranquilo () Intranquilo () Terror noturno () Pesadelos () Sonambulismo () Insônia ()Conduta psicomotora: Postura normal () Postura alterada () Fonação normal () Distúrbios da fala () Alguma paralisia ()
Enurese noturna () Descontrole dos esfíncteres ()Alimentação: Rejeita () Alimenta-se normalmente () Supra alimenta-se ()Sociabilidade: Isolada () Agressiva () Relações normais ()Apresenta alguma patologia de conduta: Tiques () Fobias () Ansiedade () Medo () Birra () Ciúmes ()

Observações: _____

Assinatura do paciente ou responsável

Aluno(s): _____ Professor Responsável: _____

Assinatura e carimbo

4) Exame Físico

	N	A		N	A
1- Lábios	()	()	8- Mucosa Alveolar	()	()
2- Mucosa Jugal	()	()	9- Gengivas	()	()
3- Língua	()	()	10- Glândulas Salivares	()	()
4- Soalho da boca	()	()	11- Linfonodos	()	()
5- Palato duro	()	()	12- ATM	()	()
6- Garganta	()	()	13- Músculos Mastigadores	()	()
7- Palato mole	()	()	14- Oclusão	()	()

- N= Normal / A= Alterado

Alterações encontradas:

4) PRESSÃO ARTERIAL: Máxima: _____ mmHG
Mínima: _____ mmHG

Diagnóstico presuntivo: _____

Exames complementares: _____

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamento/Proservação: _____

Plano de Tratamento: _____

() Atendimento de Urgência (Estágio Sup. em Clínica Odontológica Integrada – **URGÊNCIA**)

- Medicação () Sim _____

() Não

Assinatura do paciente ou responsável: _____ Data: ____/____/20____

Aluno(s): _____ Professor Responsável: _____

assinatura e carimbo

[illegible]

ENCAMINHAMENTO INTERNO

Paciente: _____ Prontuário: _____
Aluno (s): _____ Data: ____/____/20____

Disciplina: _____ Professor (a): _____
(ass. e carimbo)

GRADUAÇÃO

- ☐ Estomatopatologia I, II e III – consulta odontológica
- ☐ Endodontia II - dentes anteriores e pré molares
- ☐ Endodontia III - dentes anteriores e posteriores
- ☐ Dentística II - pequenas rest. de amálgama, resina composta e cimento de ionômero de vidro
- ☐ Dentística III - rest. maiores de amálgama, resina composta, clareamento e facetas diretas
- ☐ Restauradora - rest. indiretas, Inlay, Onlay e facetas indiretas
- ☐ Periodontia II - exames perio e RAR
- ☐ Periodontia III - RAR e cirurgias periodontais
- ☐ Odontopediatria I - 6 a 12 anos **1º SEMESTRE**
- ☐ Odontopediatria II - 6 a 12 anos **2º SEMESTRE**
- ☐ Est. Sup. Clínica Integrada I (cite pelo menos 3 disciplinas)
- ☐ Est. Sup. Clínica Integrada II (cite pelo menos 3 disciplinas)

- ☐ Prótese Parcial Fixa III - de 1 a 5 elementos
- ☐ Prótese Total - NÃO imediata
- ☐ Est. Sup. Clínica Int. Reabilitadora I - PT imediata e PPR
- ☐ Est. Sup. Clínica Int. Reabilitadora II - PT imediata, PPR, DTM e overdenture
- ☐ Cirurgia BMF II - exodontia simples
- ☐ Cirurgia BMF III - exodontia simples e cirurgias pré-protéticas
- ☐ Cirurgia BMF IV - exodontia de terceiros molares irrompidos

PÓS GRADUAÇÃO

- ☐ Aperfeiçoamento em Cirurgia - dentes não irrompidos e cirurgias avançadas
- ☐ Aperfeiçoamento em Prótese
- ☐ Implante

PROJETO DE EXTENSÃO

- ☐ Ambulatório de Estomatopatologia - Patologias bucais
- ☐ PAIPE – Pacientes com necessidades especiais
- ☐ Plantão de Implante

ATESTADO ODONTOLÓGICO

Atesto para fim específico de :

() Justificativa de falta ao trabalho

() Dispensa de atividades escolares

() Dispensa de atividades físicas, desportivas, judiciais ou militares

() Justificativa de comparecimento

() Justificativa de comparecimento, acompanhando o(a) filho(a), menor ou incapaz, _____, na data de hoje.

A pedido do (a) interessado (a) _____, portador(a) do

RG _____ que esteve sob tratamento odontológico na clínica de _____.

No período das ____:____ às ____:____ horas, do dia ____/____/____.

Devendo o (a) mesmo (a) () retornar as atividades normais.

() permanecer em repouso por _____ (_____) dia(s) para sua convalescença.

C.I.D – 10 _____

Bauru(SP), ____/____/____

Ass., do(a) paciente ou responsável
(Obs : Assinar na última via)

Ass. Do (a) professor(a)
com carimbo ou
nome completo e CRO