**Sumário de alta de internação obstétrica - Parte 1: Modelo de informação**

APRESENTAÇÃO

1. Este Projeto foi elaborado pela Comissão de Estudo Especial de Informática em Saúde (ABNT/CEE-78), nas reuniões de:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 25.11.2013 | 17.12.2013 | 16.12.2013 |
| 06.01.2014 | 13.01.2014 | 24.02.2014 |
| 08.09.2014 | 22.09.2014 | 29.09.2014 |
| 31.10.2014 | 10.11.2014 | 14.12.2014 |
| 02.02.2015 |  |  |

1. Não tem valor normativo;
2. Aqueles que tiverem conhecimento de qualquer direito de patente devem apresentar esta informação em seus comentários, com documentação comprobatória;
3. Tomaram parte na sua elaboração:

**Participante Representante**

|  |  |
| --- | --- |
| BLEAO INFORMÁTICA EM SAÚDE | Beatriz de Faria Leão |
| CGAA/DAB/MS | Thais Leite |
| DEPARTAMENTO ATENÇÃO BÁSICA/MS | Rodrigo Gaete |
| DEPARTAMENTO ATENÇÃO BÁSICA/MSDAB/MS | Adriana Kitajima |
| DEPARTAMENTO ATENÇÃO BÁSICA/MSDAB/MS | Igor de Carvalho Gomes |
| DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS (DRAC/SAS/MS) | Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena |
| DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS (DRAC/SAS/MS) | Daiane Ellwanger Araujo |
| DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS (DRAC/SAS/MS) | Fábio Campelo Santos da Fonseca |
| DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS (DRAC/SAS/MS) | Leandro Manassi Panitz |
| DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS (DRAC/SAS/MS) | Michael Luiz Diana de Oliveira |
| FUNDAÇÃO OPENEHR | Jussara Macedo P. Rötzsch |
| OBSERVATÓRIO REGIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR (ORAH) – USPRP | Thiago Fernandes de Freitas Dias |
| PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ | Andréia Cristina de Souza Santos |
| SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS | Maria Albertina Santiago Rego |
| SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS | Thais Abreu Maia |
| VIVVER SISTEMAS LTDA | Rodrigo Queiroga |
| SECRETARIA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE | Salime Cristina Hadad |
| UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA | Gabriela Alves |
| UNIVERSIDADE DO PORTO | Ricardo João Cruz Correia |
| UNIVERSIDADE DO PORTO | Samuel Frade |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS | Alvaro A. Trielli Ferreira |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS | Gabriel Costa Osanan |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS | Lêni Márcia Anchieta |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS | Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS | Zilma Silveira Nogueira Reis |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Sumário de alta de internação obstétrica - Parte 1: Modelo de informação**

*Obstetric discharge summary - Part 1: Model of information*

**Prefácio**

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) é o Foro Nacional de Normalização. As Normas Brasileiras, cujo conteúdo é de responsabilidade dos Comitês Brasileiros (ABNT/CB), dos Organismos de Normalização Setorial (ABNT/ONS) e das Comissões de Estudo Especiais (ABNT/CEE), são elaboradas por Comissões de Estudo (CE), formadas por representantes de instituições públicas e privadas.

Os Documentos Técnicos ABNT são elaborados conforme as regras da Diretiva ABNT, Parte 2.

A ABNT chama a atenção para que, apesar de ter sido solicitada manifestação sobre eventuais direitos de patentes durante a Consulta Nacional, estes podem ocorrer e devem ser comunicados à ABNT a qualquer momento (Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996).

Ressalta-se que Normas Brasileiras podem ser objeto de citação em Regulamentos Técnicos. Nestes casos, os Órgãos responsáveis pelos Regulamentos Técnicos podem determinar outras datas para exigência dos requisitos desta Norma, independente de sua data de entrada em vigor.

A ABNT NBR XXXX foi elaborada na Comissão de Estudo Especial de Informática em Saúde (ABNT/CEE-78). O seu 1º Projeto circulou em Consulta Nacional conforme Edital nº XX, de XX.XX.XXXX a XX.XX.XXXX, com o número de Projeto XX.XXX.XX-XXX.

A ABNT NBR XX:XXX.X-XXX, sob o título geral “*Sumário de alta de internação obstétrica: Modelo de informação*”, tem previsão de conter as seguintes partes:

— Parte 1: Modelo da informação;

— Parte 2: Modelo computacional.

O Escopo desta Norma Brasileira em inglês é o seguinte:

Scope

*This Standard establishes the set of information that should be part of an Obstetric Discharge Summary, a specialization of a Hospital Discharge Summary. The document aims to provide communication between health care professionals for continuity of care, following an obstetric complication, post-abortion or post-partum with her newborn(s). It gathers the most relevant clinical information about an obstetric episode of inpatient care: hospital, birthing center, day hospital or emergency room. Its use includes the following situations of obstetric admissions:*

*a) pregnant women whose pregnancy resulted in abortion;*

*b) pregnant women admitted for clinical or obstetric complications management with discharge still pregnant;*

*c) postpartum women who were discharged with her neonates(s);*

*d) discharge of postpartum women occurred with day and time distinct from the neonate, since she remains awaiting its release;*

*e) discharge of postpartum women without neonate(s).*

*This Standard provides developers the Obstetric Discharge Summary information model specification.*

*This Standard applies to all stakeholders involved in the patients' continuity of care, including:*

*a) hospitals and health departments involved in the process of planning, implementation or updating of discharge summary systems;*

*b) software vendors who are developing systems that include the hospital discharge summary;*

*c) administrators, managers and policy makers;*

*d) clinical specialists;*

*e) health Information Managers, IT staff and support, systems integrators;*

*f) technical and non-technical readers.*

**Introdução**

Em sequência à proposta do sumário de alta de internação, trabalho realizado pela Comissão de Estudo Especial de Informática em Saúde (ABNT/CEE-78) no âmbito do grupo de trabalho GT1 - Arquitetura, Modelos e Frameworks, reuniu-se em 2013 um grupo de especialistas das ciências da saúde, informação e computação motivados para proposição de uma especialização do documento, focado no cenário da internação obstétrica. O resultado destes esforços resultou na proposta de um documento denominado sumário de alta de internação obstétrica.

Tendo em vista as especificidades pretendidas para o conteúdo especializado, sem contudo divergir da proposta original, tomou-se como ponto de partida o modelo do sumário de alta de internação já em discussão. Para o contexto obstétrico e neonatal, trata-se de documentação obrigatória para uso quando da conclusão da assistência materna em regime de internação, com o objetivo de prover informações acuradas e oportunas para a equipe ou profissional que vai dar continuidade aos cuidados de complicações clínicas da gestante, pós-aborto e puerpério, subsidiando o planejamento reprodutivo. Da mesma forma, deve prover dados iniciais para o seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil, no caso de alta do neonato acompanhado em alojamento conjunto.

Um dos grandes desafios da atenção à saúde da mulher e do neonato tem sido o de propiciar a continuidade do cuidado. Sabe-se que a estruturação de uma rede assistencial capaz de garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo é política pública prioritária no Brasil, que visa à uma atenção adequada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis[1]. No entanto, a efetividade desta rede passa também pela viabilização da transferência oportuna e segura das informações sobre os cuidados prestados durante a permanência hospitalar e particularmente durante episódios do cuidado obstétrico e a seguir do parto, para os outros níveis de atenção.

A proposta ajusta-se estrategicamente à necessidade de fortalecimento da rede de atenção à saúde às mulheres e neonatos, transmitindo informações essenciais para transferência de cuidados pós-alta. Para isto, apresenta um conjunto mínimo de informações relevantes sobre a assistência ao aborto, parto, puerpério e cuidados neonatais imediatos. Desta forma, deve conter o relato resumido mais completo, de todo o período de internação, que permita ao profissional ou equipe prosseguir com a atenção à mulher e neonato(s). Contempla detalhes sobre o tipo e regime de internação, condições da mulher à admissão e alta, a evolução obstétrica e neonatal durante a internação, os problemas apresentados, diagnósticos maternos e perinatais realizados, as medicações que foram utilizadas e modificadas durante a internação, além das intercorrências maternas e perinatais relevantes. Adicionalmente, as intercorrências relevantes tais como os efeitos adversos e alergias surgidas durante o período de internação devem ser relatadas.

O documento trata de um conjunto de informações resultantes do cuidado materno e neonatal em maternidades e centros de parto normal, eventualmente pós parto em trânsito, durante deslocamento para estas unidades de saúde. Propõe-se ao registro de informações de internações programadas, em regime de urgência e emergência obstétrica para intervenções durante a gestação, assistência ao parto e puerpério. Para contemplar as várias situações possíveis de internação obstétrica, o documento foi dividido em duas seções: a primeira se destina ao registro das informações da mulher e de sua gestação atual. A segunda seção se destina ao registro das informações neonatais. Desta forma, em caso de abortamento ou de quaisquer outras condições de internação obstétrica com alta da mulher ainda grávida, o conteúdo destinado ao parto e recém-nascido não será registrado. No caso de internação com parto resultando em alta conjunta mãe e filho, o sumário de alta de internação obstétrica deverá ser completamente preenchido, ou seja, conterá a primeira e a segunda seções previstas no modelo de informação. Por outro lado, em caso de parto múltiplo, cada um dos gêmeos terá o seu sumário individual contendo a primeira seção, assim como as suas informações de nascimento específicas, previstas na segunda seção. Também faz parte dos usos desta norma a alta materna com dia e horário distinto da alta neonatal, desde que a mulher permaneça junto a seu filho aguardando sua liberação. No caso do neonato internado em unidade neonatal mas com alta em separado da mãe ou de reinternação de neonato, recomenda-se empregar o modelo do sumário de alta de internação. Esta proposta também não contempla uso para transferências entre estabelecimentos de saúde ou encaminhamento para outras especialidades. Esses casos de uso exigem outros conjuntos e organização de informações e por isso devem ser representados em documentos específicos.

O sumário deve ser encerrado com o plano de tratamento para o período pós-alta, incluindo medicações prescritas com respectiva posologia e outras recomendações, quer para a puérpera quer para o(s) neonato(s). Inclui os resultados de exames, testes e procedimentos considerados primordiais e previstos para realização durante a assistência ao nascimento em ambiente hospitalar tais como: teste materno para sífilis, sorologia para HIV, grupo sanguíneo, fator Rh e teste de Coombs indireto e, para o(s) neonato(s): a triagem neonatal e vacinação hospitalares.

Desde setembro de 2013, os trabalhos do grupo vêm sendo apresentados e discutidos em reuniões periódicas com registro no sitio:http://gt1.medicina.ufmg.br/. Inicialmente, foi realizado um levantamento das práticas clínicas durante a alta obstétrica, em cinco maternidades públicas: Hospital Sofia Feldman, Maternidade Odete Valadares da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, Maternidade do Hospital de Clínicas da UFMG, Hospital Municipal de Betim e Hospital Municipal Risoleta Tolentino Neves.

Para análise da narrativa clínica utilizada na pratica médica foi realizado uma amostragem de prontuários de papel, selecionando aleatoriamente 98 documentos de alta, no período de julho a outubro de 2013, na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFMG. Os dados assistenciais registrados e a frequência de sua ocorrência foram sumarizados em tabelas, agrupando-se distintamente os dados maternos, perinatais e orientações para continuidade do cuidado. O estudo dos formulários e registros em uso nas demais maternidades resultou também na análise das frequências das informações encontradas, assim como dos títulos de campos para preenchimento livre ou estruturado[2].

Adicionalmente, a definição do conteúdo clínico do documento especializado levou em conta as recomendações internacionais de segurança e qualidade da documentação visando à continuidade do cuidado[3,4] e as principais políticas públicas de saúde para o setor materno-infantil, a saber: Rede Cegonha[1], Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis[5], Assistência hospitalar ao neonato[6], Triagem neonatal[7], Política Nacional de Atenção Hospitalar / Alta responsável[8], Centros de parto normais na rede SUS[9] e as Diretrizes nacionais para a atenção obstétrica e neonatal[10].

Em dezembro de 2013, a proposta foi rediscutida no grupo de especialistas de domínio, utilizando-se de um modelo informacional em mapa mental para facilitar a visualização das composições específicas, organizando-as em três agrupamentos de informação: 1- Identificação da paciente e caracterização da internação, 2- Informações da mulher, 3- Informações do(s) neonato(s). Tais composições foram usadas posteriormente para organizar o documento em duas seções: a primeira para registro das informações da mulher e a segunda para o registro das informações neonatais. Informes adicionais poderão ser anexadas ao documento na forma de imagens, arquivos pré-formatados ou texto livre.

Em sequência, a base *Clinical Knowlegde Manager* da Fundação *OpenEHR*[11] foi referência para busca de arquétipos para representação dos conceitos clínicos. Em caso de dados categóricos com opções de resposta não codificada em tabelas, optou-se pelas categorias já em uso na Declaração de Nascido Vivo (DNV)[12], visando à uniformização da documentação do nascimento no país. O modelo de informação específico para a alta obstétrica foi elaborado, assim como um modelo computacional (*template)* proposto em padrão *OpenEHR*.

Esta proposta está organizada em dois documentos:

— Sumário de alta de internação obstétrica – Parte 1: Modelo de Informação – este documento apresenta o modelo de informação com a descrição de todos os componentes que devem fazer parte do Sumário de alta de internação obstétrica. Encontra-se dividido em duas seções, sendo a primeira destinada ao registro das informações da mulher e de sua gestação atual e a segunda para o registro das informações neonatais;

— Sumário de alta de internação obstétrica – Parte 2:Modelo Computacional – a segunda parte desta proposta, ainda a ser elaborada, evidenciará as interfaces computacionais para que se estabeleça a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde no País. Os padrões computacionais a serem adotados serão aqueles já descritos na Portaria 2073 [13].

**Sumário de alta de internação obstétrica - Parte 1: Modelo de informação**

# Escopo

# 

Esta Norma estabelece um conjunto de informações que fazem parte do sumário de alta de internação obstétrica, uma especialização do sumário de alta de internação. Visa à comunicação entre profissionais de saúde contribuindo para a continuidade da assistência em sequência à alta da mulher ainda grávida, pós-abortamento ou em puerpério com seu(s) neonato(s). Contém as informações clínicas mais relevantes de um episódio de cuidado obstétrico e/ou neonatal associado, em uma unidade de cuidados à saúde, em regime de internação: hospital, centros de parto normal, hospital dia ou em setor de emergência. Seu uso contempla as seguintes situações de internação obstétrica:

1. mulher grávida cuja gestação resultou em abortamento;
2. mulher grávida internada para tratamento de complicações clínicas ou obstétricas, com alta ainda grávida;
3. puérpera que recebeu alta conjunta com seu(s) neonato(s);
4. alta materna com dia e horário distinto da alta neonatal, desde a mulher permaneça junto a seu filho aguardando sua liberação;
5. alta materna sem neonato.

Esta Norma provê aos desenvolvedores a especificação do modelo de informação do sumário de alta de internação obstétrica.

Esta Norma se aplica a todas as partes interessadas no processo de continuidade da assistência da mulher e neonato, incluindo:

1. hospitais e departamentos de saúde em processo de planejamento, implementação ou atualização de sistemas de sumário de alta;
2. fornecedores de *software* que estejam desenvolvendo sistemas que incluem sumário de alta;
3. administradores, gerentes e formuladores de políticas;
4. especialistas clínicos;
5. gestores de Informação em Saúde, equipes de TI e suporte, integradores de sistemas;
6. leitores técnicos e não-técnicos.

# 2 Referências Normativas

# ISO/IEC 8824-1:2008. *Information technology – Abstract Syntax Notation One* (ASN.1): *Specification of basic notation*.

# ISO 8601-2004. Data elements and interchange formats — Information interchange — Representation of dates and times.

# P 78:000.00-072/1, Informática em saúde – Sumário de alta de internação – Parte 1: Modelo de informação.

# 

# 3 Termos, definições e abreviaturas

**3.1 Termos e definições**

Para os efeitos deste documento, aplicam-se os seguintes termos e definições e abreviaturas

### 3.1.1 alergia ou hipersensibilidade

reatividade alterada a um antígeno, pode resultar em reações patológicas consequentes à exposição subsequente àquele antígeno particular[14]

**3.1.2 efeitos adversos**

reações ou complicações de procedimentos diagnósticos, terapêuticos, profiláticos, anestésicos, cirúrgicos e outros, exclui contraindicações, para os quais são usados[14]

**3.1.3 alta de internação obstétrica**

procedimento administrativo de saída da mulher de uma instituição de saúde, estando ela em regime de internação ocasionado por causa obstétrica. Aplica-se a: hospital, centros de parto normal, hospital dia ou em setor de emergência[9]

**3.1.4 internação hospitalar**

admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas[15]

### 3.1.5 hospital dia

modalidade de assistência à saúde, cuja finalidade é a prestação de cuidados durante a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de até 24 horas [16].

### 3.1.6 internação domiciliar

conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada[17].

### 3.1.7 número de controle

número interno de controle que pode ser usado pelo estabelecimento de saúde para identificar adicionalmente o paciente. Por exemplo, número de associação ao convênio[18]

### 3.1.8 número do cartão nacional de saúde

número de saúde do usuário que o identifica em todo o SUS. Esse número é armazenado no Cadastro Nacional de Usuários do SUS e permite a identificação do usuário em âmbito nacional por meio de um número único[18]

### 3.1.9 número do prontuário da mulher

registro numérico ou alfanumérico que identifica o prontuário da mulher[19]

### 3.1.10 identificador OID

uma cadeia de caracteres formada por números e pontos (‘.’) conforme ISO/IEC 8824-1 que identifica univocamente o esquema de codificação que o conceito e código se referem[20]

### 3.1.11 procedimento em saúde

atividade sistemática dirigida a, ou realizada em, um paciente com o objetivo de rastrear, monitorar, prevenir, diagnosticar, tratar a doença ou reabilitar o paciente[21]

### 3.1.12 procedimento diagnóstico

métodos, procedimentos e testes feitos para diagnosticar doenças, distúrbios ou incapacidades de função. Por exemplo, raio X de tórax, exames de laboratório[15]

### 3.1.13 procedimento terapêutico

procedimentos com interesse no tratamento curativo ou preventivo de doenças.

EXEMPLO: Cerclage do colo uterino, curativos, hemodiálise[22]

### 3.1.14 procedimento cirúrgico operatório

operações conduzidas para correção de deformidades e defeitos, reparos de lesões e diagnóstico e cura de certas doenças. Exemplos: curetagem pós-abortamento, histerectomia, cirurgia da gravidez ectópica[23]

### 3.1.15 prontuário do paciente

documento único elaborado em meio físico (papel ou filme fotográfico) ou eletrônico (em meio óptico, microfilmado ou digitalizado), constituído pelo conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do indivíduo e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada no âmbito de uma mesma instituição de saúde[19]

### 3.1.16 sumário de alta de internação

relatório clínico resumido elaborado por um médico ou outro profissional por ocasião do término do período de internação, conclusão de uma série de tratamentos feitos em nível hospitalar, incluindo emergência, hospital dia e internação domiciliar. Contém informações sobre motivo da admissão, diagnósticos e outros achados importantes, exames realizados e tratamentos administrados, resposta e eventuais reações do paciente aos tratamentos administrados, intercorrências clínicas, prognóstico e conduta e recomendações escritas para seguimento pós-alta[19]

**3.1.17 sumário de alta de internação obstétrica**

relatório clínico resumido elaborado por um médico ou outro profissional por ocasião do término do período de internação obstétrica. Ele contém informações sobre motivo da admissão, diagnósticos e outros achados importantes, exames realizados e tratamentos administrados, resposta e eventuais reações de paciente aos tratamentos administrados, intercorrências clínicas, prognóstico e conduta e recomendações escritas para seguimento pós-alta. Está agrupado em informações administrativas sobre a internação, informações clínicas da mulher, informações clínicas do(s) neonato(s)[2]

**3.1.18 período perinatal**

período que inicia em 22 semanas completas (154 dias de gestação), e termina com 7 dias completos após o nascimento [24]

**3.1.19 puerpério**

também chamado de período pós-parto, refere-se ao período após se dar o nascimento (parto)[25]

**3.1.20 via de parto**

localizada na via vaginal, a expulsão completa do feto e a expulsão da placenta acontecem por via vaginal. Na cesariana a expulsão completa do feto e a expulsão da placenta acontecem por via abdominal[26]

**3.1.21 cesariana anteparto**

intervenção realizada antes do início do trabalho de parto[12]

## 3.1.22 cesariana intraparto

Intervenção realizada após o início do trabalho de parto[12]

## 3.1.23 tipo de gravidez

Refere-se ao número de conceptos na gestação[12]

## 3.1.24 complicações obstétricas

refere-se a quaisquer intercorrências clínicas ou cirúrgicas ocorridas direta ou indiretamente relacionadas à gestação[27]

**3.1.25 triagem neonatal**

ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas no período neonatal, a tempo de se interferir no curso da doença, permitindo, desta forma, a instituição do tratamento precoce específico e a diminuição ou eliminação das sequelas associadas à cada doença[28]

## 3.1.26 idade gestacional ao nascer

calculada a partir do primeiro dia do último período menstrual regular, até a data do nascimento e expressa em semanas completas. Na ausência, deve ser baseada na melhor estimativa clínica (ultrassonografia precoce)[29]

## 3.1.27 peso ao nascer

quantidade de peso de um indivíduo no nascimento, expresso em unidades de quilogramas[30]

## 3.1.28 sexo ignorado

Aqueles casos especiais sem sexo definido como genitália indefinida ou hermafroditismo[12]

## 3.1.29 índice de Apgar

método quantitativo para avaliar a adaptação de um recém-nascido à vida extrauterina, numa escala de 0 a 10[31]

**3.1.30 recém-nascido adequado para idade gestacional**

recém-nascido que tem um peso de nascimento dentro do esperado para sua idade gestacional[32]

**3.1.31 recém-nascido grande para idade gestacional**

recém-nascido que tem um peso de nascimento acima do esperado para sua idade gestacional[32]

**3.1.32 recém-nascido pequeno para idade gestacional**

recém-nascido que tem um peso de nascimento abaixo do esperado para sua idade gestacional[32]

## 3.1.33 icterícia neonatal

descoloração amarela da pele, da membrana mucosa e esclera do recém-nascido. É sinal de hiperbilirrubinemia neonatal[33]

**3.2 Abreviaturas**

AIH Autorização de Internação Hospitalar

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Anvisa Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CID 10 CID10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (Organização Mundial de Saúde)

CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Ministério da Saúde)

CRM Conselho Regional de Medicina

DNV Declaração de Nascido Vivo

HIV (Human Immunodeficiency Vírus) Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OID HL7 (Health Level Seven)

Object Identifier (ISO - International Organization for Standardization)

SUS Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde)

TISS Troca de Informação em Saúde Suplementar

UF Unidade da Federação

AIG Adequado para idade gestacional

GIG Grande para idade gestacional

PIG Pequeno para idade gestacional

**4 Usos**

O sumário de alta de internação obstétrica é um documento essencial para:

**4.1** Apoiar a comunicação das informações do sumário de alta da atenção secundária e terciária para a atenção primária de modo eficiente, efetivo e atempado, contribuindo para uma atenção coordenada entre os cuidadores do paciente e apoiando a continuidade dos seus cuidados;

**4.2** Melhorar a qualidade da atenção em saúde e a segurança para a mulher e neonato(s) com informações qualificadas, completas e oportunas que contribuam para uma conduta mais adequada às suas necessidades individuais e também na redução de efeitos adversos;

**4.3** Contribuir para a estruturação da rede de cuidados às mulheres e crianças, capaz de subsidiar informações para a atenção adequada à gravidez, parto e ao puerpério, promover o direito ao planejamento reprodutivo bem como prover dados inicias para o seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil;

**4.4** Garantir que um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas possam ser encaminhadas e processadas para múltiplos sistemas de informações em saúde, tais como prontuários eletrônicos dos pacientes, registros eletrônicos em saúde e outros sistemas que utilizam as informações clínicas como insumos em seus processos de trabalho, facilitando a agregação e análise desses dados para tomada de decisão e produção de conhecimento.

**4.5** Reduzir o custo com entradas manuais, integrações, mapeamento de sistemas independentes e manutenção dos sistemas de informação em saúde;

**4.6** Prover aos desenvolvedores a especificação do conjunto de dados, mensagens e interface padronizada para a comunicação da alta, reduzindo o tempo entre o desenvolvimento e implantação da comunicação do sumário de alta;

**4.7** Promover a simplificação e padronização das comunicações sobre os eventos de saúde entre os diversos envolvidos na atenção à saúde;

**4.8** Dar início ao Registro Pessoal de Saúde do Indivíduo;

**4.9** Dar subsidio ao uso secundário da informação com garantia da privacidade e confidencialidade do paciente.

**5 Modelo de Informação**

A Tabela 1 apresenta os elementos que são partes do modelo de informação do sumário de alta de internação obstétrica. O método que descreve o modelo é o seguinte:

* Coluna 1 – Item/Nível – descreve o nível do elemento no modelo de informação;
* Coluna 2 – Ocorrência – descreve o número de vezes que o elemento deve/pode aparecer, onde:

[0..1] – indica que o elemento não é obrigatório e, se ocorrer, só deve aparecer uma vez;

[1..1] – indica que o elemento deve estar presente pelo menos uma vez;

[0..N] – indica que o elemento não é obrigatório, mas pode ocorrer várias vezes;

[1..N] – indica que o elemento deve aparecer pelo menos uma vez e pode ocorrer várias vezes;

Os elementos comuns ao sumário de alta de internação foram registrados em fonte de cor cinza, enquanto os elementos específicos do sumário de alta de internação obstétrica foram registrados em fonte de cor preta para maior destaque. O documento está dividido em duas partes, sendo que a primeira contém as informações administrativas e clínicas sobre a mulher. A segunda parte, que preenchida caso houver nascimento, contém informações clínicas sobre o(s) neonato(s).

**Tabela 1 — Modelo de informação do sumário de alta de internação obstétrica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item/Nível** | **Ocorrência** | **Modelo de Informação** | **Tipo de dados** |
| **1** | **[1..1]** | **Identificação da mulher e caracterização da internação** |  |
| 2 | [1..1] | Nome completo da mulher | Sequência de caracteres alfanuméricos |
| 2 | [1..1] | Nome completo da mãe da mulher | Sequência de caracteres alfanuméricos |
| 2 | [1..1] | Data de nascimento | Data, conforme ISO 8601 |
| 2 | [1..1] | Sexo | Feminino |
| 2 | [1..1] | Número do CNS | CNS com dígito verificador válido |
| 2 | [1..1] | Número do prontuário | Sequência de caracteres alfanuméricos |
| 2 | [0..1] | Número de controle | Sequência de caracteres alfanuméricos |
| 2 | [1..1] | Identificação do estabelecimento de saúde (CNES) | Número CNES do estabelecimento de saúde |
| 2 | [0..1] | CEP de moradia da mulher | CEP válido |
| 2 | [1..1] | Município de residência | Texto codificado conforme IBGE |
| 2 | [1..1] | Caráter da internação | Texto codificado: Eletiva; Urgência. |
| 2 | [1..1] | Data e hora da internação | Data e hora, conforme  ISO 8601 |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | [1..1] | Data de hora da saída da internação | Data e hora, conforme  ISO 8601 |
| 2 | [1..1] | Duração da internação materna | Calculado eletronicamente em dias e horas |
| 2 | [1..1] | Modalidade de atendimento | Texto codificado: Hospitalar; Hospital-dia, Domiciliar |
| **1** | **[1..1]** | **Motivo da admissão, diagnósticos relevantes e patologias associadas desenvolvidas na internação** |  |
| 2 | [1..1] | História obstétrica |  |
| 3 | [1..1] | Número de gestações anteriores | Números inteiros |
| 3 | [1..1] | Número de partos anteriores | Números inteiros |
| 3 | [1..1] | Número de abortos anteriores | Números inteiros |
| 3 | [1..1] | Número de cesarianas anteriores | Números inteiros |
| 2 | [1..1] | Motivo da admissão | Texto codificado:  Aborto; Parto; Complicações na gravidez |
| 3 | [1..1] | Código CID 10 do diagnóstico principal | Texto codificado por terminologia CID10 |
| 3 | [0..N] | Código CID 10 de outros diagnósticos relacionados ao principal | Texto codificado por terminologia CID10 |
| **1** | **[0..N]** | **Classificação internacional de funcionalidade e incapacidade em saúde (CIF)** |  |
| 2 | [1..N] | Código CIF- 2004 | Texto codificado por terminologia externa CIF |
| **1** | **[0..N]** | **Lista de problemas** |  |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | [1..1] | Código do problema | Código conforme terminologia externa |
| 2 | [1..1] | Status do problema | Texto codificado: ativo; inativo |
| 2 | [1..1] | Terminologia que descreve o problema |  |
| 3 | [1..1] | Identificador OID da terminologia que descreve o problema | OID |
| 3 | [0..1] | Nome e versão da terminologia que descreve o problema | Texto livre |
| **1** | **[1..1]** | **Resumo da Internação materna (histórico da internação / evolução)** |  |
| 2 | [1..1] | Gestação atual |  |
| 2 | [1..1] | Tipo de gravidez | Texto codificado:  Única;  Dupla;  Tripla ou mais;  Desconhecida |
| 2 | [0..1] | Via de parto | Texto codificado:  Vaginal;  Cesariana |
| 2 | [0..1] | Informações sobre a cesariana  (item obrigatório se cesariana) |  |
| 3 | [1..1] | Condições de realização da cesariana | Texto codificado:  Ante parto  Intraparto |
| 3 | [1..1] | Indicação da cesariana | Texto livre |
| 2 | [1..N] | Nascimento assistido por | Texto codificado:  Médico;  Enfermeira obstetriz; Obstetriz; Parteira;  Outros |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | [0..1] | Complicações obstétricas |  |
| 3 | [0..N] | Codigo das complicações obstétricas | Texto codificado por Terminologia CID10 |
| 3 | [1..1] | Descrição das complicações obstétricas | Texto livre |
| **1** | **[0..1]** | **Procedimentos diagnósticos realizados** |  |
| 2 | [0..1] | Exames laboratoriais maternos. protocolo segundo Política Nacional de Assistência Obstétrica e Neonatal[10] |  |
| 3 | [0..1] | Exame para sífilis |  |
| 4 | [0..1] | Resultado do exame para Sífilis | Texto codificado:  Positivo;  Negativo |
| 3 | [0..1] | Grupo sanguíneo | Texto codificado:  A; B; AB; O |
| 3 | [0..1] | Fator Rh | Texto codificado:  Positivo; Negativo |
| 3 | [0..1] | Resultado do teste de Coombs Indireto | Texto codificado: externa:  Positivo; Negativo; Não se aplica. |
| 3 | [0..1] | Resultado do exame anti-HIV | Texto codificado:  Positivo; Negativo |
| **1** | **[0..N]** | **Procedimentos diagnósticos realizados (outros)** |  |
| 2 | [1..1] | Código do procedimento diagnóstico realizado na internação | Texto codificado por terminologia externa |
| 2 | [1..1] | Procedimento diagnóstico realizado na internação |  |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | [0..1] | Resultado e ou observações do procedimento diagnóstico realizado | Texto livre |
| 2 | [0..1] | Resultado e ou observações do procedimento diagnóstico realizado |  |
| 2 | [1..1] | Terminologia que descreve o procedimento diagnóstico realizado na internação |  |
| 3 | [1..1] | Identificador OID da terminologia de procedimento diagnóstico realizado na internação | OID |
| 3 | [0..1] | Nome e versão da terminologia que descreve o procedimento diagnóstico realizado na internação | Texto livre |
| **1** | **[1..N]** | **Procedimentos terapêuticos realizados** |  |
| 2 | [1..1] | Administração de imunoglobulina anti-Rh | Sim;  Não, apesar de indicada\*;  Não se aplica |
| 2 | [1..1] | Código do procedimento terapêutico realizado na internação | Texto codificado por terminologia externa |
| 2 | [1..1] | Texto do procedimento terapêutico realizado na internação | Texto livre |
| 2 | [0..1] | Resultado e ou observações do procedimento terapêutico realizado |  |
| 2 | [1..1] | Terminologia que descreve o procedimento terapêutico realizado na internação | OID |
| 3 | [1..1] | Identificador OID da terminologia que descreve o procedimento terapêutico realizado na internação | Texto livre |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 | [0..1] | Nome e versão da terminologia do procedimento terapêutico realizado na internação |  |
| **1** | **[0..N]** | **Procedimentos cirúrgicos realizado** | - |
| 2 | [1..1] | Código do procedimento cirúrgico realizado na internação | Texto codificado por Terminologia externa. |
| 2 | [1..1] | Texto do procedimento cirúrgico | Texto livre |
| 2 | [0..1] | Descrições e ou observações do procedimento cirúrgico realizado |  |
| 2 | [1..1] | Terminologia que descreve o procedimento cirúrgico realizado na internação |  |
| 3 | [1..1] | Identificar OID da terminologia que descreve o procedimento cirúrgico realizado na internação | OID |
| 3 | [0..1] | Nome e versão da terminologia do procedimento cirúrgico realizado na internação |  |
| **1** | **[0..N]** | **Alergias e reações adversas na internação** |  |
| 2 | [1..1] | Categoria do agente causador da alergia / reação adversa | Texto codificado; alimento, animal; ingrediente não ativo da medicação; medicação; outras substâncias ou produtos químicos; outros; produto ambiental; substâncias contrates de exame de imagens |
| 2 | [1..1] | Agente / Substância específica | Texto livre |
| 2 | [0..1] | Tipo da alergia / reação | Texto codificado |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | [0..1] | Gravidade | **baixo-risco** - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado baixo. Existe contraindicação RELATIVA de uso futuro da substância  **alto-risco** - potencial impacto clínico de uma nova reação é considerado alto. Existe contraindicação ABSOLUTA de uso futuro da substância |
| 2 | [0..1] | Data da instalação da reação adversa | Datahora, conforme  ISO 8601 |
| 2 | [0..1] | Evolução da alergia/reação adversa | Texto livre |
| **1** | **[1..1]** | **Prescrição e orientação da alta** |  |
| 2 | [1..N] | Prescrição da alta (texto livre) | Texto livre |
| 2 | [0..1] | Lista de medicamentos da alta (estruturada) | Prescrição estruturada – ou a forma em texto livre ou a estruturada deve esta preenchida |
| 3 | [1..1] | Nome e versão da terminologia que descreve o medicamento |  |
| 4 | [1..1] | Identificador OID da terminologia de medicamentos | OID |
| 3 | [1..N] | Linha de prescrição |  |
| 4 | [1..1] | Nome do medicamento | Texto |
| 4 | [1..1] | Código do medicamento | Código da terminologia |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4 | [1..1] | Dose | Quantidade |
| 4 | [1..1] | Via de administração | Texto codificado por terminologia externa conforme vocabulário controlado de formas farmacêuticas, vias de administração e embalagens de medicamentos da Anvisa[15] |
| 4 | [1..1] | Frequência de uso do medicamento | Intervalo de tempo. Ver anexo A |
| 4 | [1..1] | Duração de uso do medicamento | Duração conforme  ISO 8601. Ver Anexo A.  Exemplo P4W - representa uso por 4 semanas |
| 4 | [0..1] | Orientação sobre o uso do medicamento | Texto livre |
| **1** | **[0..1]** | **Instruções (educação ao paciente e familiar) orientações; recomendações** | **Texto livre** |
| **1** | **[0..1]** | **Informações da alta de internação materna** |  |
| 2 | [1..1] | Condição da mulher | Texto codificado:  Bom estado geral; Melhorada; Piorada, Inalterada; Falecida; Evasão |
| 2 | [1..1] | Desfecho da internação | Texto codificado:  Cuidado ambulatorial; Transferência para outra unidade hospitalar; Hospital dia; Atenção domiciliar; Não se aplica no caso de evasão ou óbito. |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 | [0..1] | Local para acompanhamento pós-alta |  |
| 4 | [1..1] | Nome do estabelecimento de saúde / profissional para encaminhamento pós-alta | Texto livre |
| 4 | [0..1] | Código CNES para encaminhamento pós alta | Numeral |
| 4 | [0..1] | Identificação do estabelecimento de saúde (CNES) | Número CNES do estabelecimento de saúde |
| 3 | [1..1] | Profissional Responsável pela alta |  |
| 4 | [1..1] | Nome do profissional responsável pela alta | Texto livre |
| 4 | [1..1] | Conselho Profissional do profissional responsável pelo evento da alta conforme Portaria No. 904, MS 2013[9] | CRM ou COREN |
| 4 | [1..1] | UF do conselho profissional responsável pelo evento da alta materna | Texto codificado por terminologia IBGE |
| **1** | **[0..N]** | **Anexos** |  |
| 2 | [1..1] | Descrição dos anexos | Texto livre |
|  |  |  |  |
| **1** | **[0..N]** | **Informações Neonatais** |  |
| **2** | **[0..N]** | **Ordem do nascimento** | **Número inteiro** |
| **3** | **[0..1]** | **Nome completo do neonato** | ***Sequência de caracteres alfanuméricos*** |
| **3** | **[0..1]** | **Histórico clinico neonatal** |  |
| 4 | [1..1] | Sexo | Texto codificado:  Masculino;  Feminino;  Ignorado |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4 | [1..1] | Data e hora do nascimento | Datahora, conforme  ISO 8601 |
| 4 | [1..1] | Data de hora da saída da internação neonatal | Data e hora |
| 4 | [1..1] | Duração da internação neonatal | Calculado eletronicamente em dias e horas |
| 4 | [1..1] | Idade gestacional ao nascer (semanas completas) | Números inteiros |
| 4 | [1..1] | Peso ao nascer (gramas) | Número inteiro |
| 5 | [0..1] | Relação peso / idade gestacional do recém-nascido | Texto codificado:  AIG;  PIG;  GIG |
| 4 | [1..1] | Condições ao nascer | Texto codificado:  Vivo;  Morto |
| 4 | [0..1] | Reanimação em sala de parto | Texto livre |
| 4 | [0..1] | Índice de Apgar 10 minuto | Números inteiros |
| 4 | [0..1] | Índice de Apgar 50 minuto | Números inteiros |
| 4 | [0..N] | Complicações perinatais |  |
| 5 | [0..1] | Texto da complicação perinatal | Texto livre |
| 6 | [0..1] | Icterícia neonatal | Texto codificado por Terminologia CID |
| 6 | [1..1] | Código da complicação perinatal | Texto codificado por Terminologia CID10 |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3** | **[0..1]** | **Protocolo hospitalar do neonato, segundo Política Nacional de Assistência Obstétrica e Neonatal[10]** |  |
| 4 | [0..N] | Exames de triagem neonatal | Texto codificado:  Realizado;  Solicitado |
| 5 | [1..1] | Status do exame de triagem neonatal | Realizado / Solicitado |
| 5 | [1..1] | Código do procedimento diagnóstico de triagem neonatal | Texto codificado por terminologia externa |
| 5 | [1..1] | Descrição doprocedimento diagnóstico de triagem neonatal | Texto |
| 5 | [0..1] | Resultado e ou observações do procedimento diagnóstico de triagem neonatal realizado | Texto livre |
| 5 | [0..1] | CNES do estabelecimento responsável pela realização do procedimento diagnóstico de triagem neonatal solicitado | Código CNES |
| 5 | [1..1] | Terminologia que descreve o procedimento diagnóstico realizado na internação |  |
| 6 | [1..1] | Identificador OID da terminologia de procedimento diagnóstico realizado na internação | OID |
| 6 | [0..1] | Nome e versão da terminologia que descreve o procedimento diagnóstico realizado na internação | Texto livre |
| **3** | **[0..1]** | **Vacinação do Neonato** |  |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4 | [0..1] | Vacinação contra Tuberculose (BCG) | Texto codificado:  Realizada;  Não realizada |
| 4 | [0..1] | Vacinação contra Hepatite B | Texto codificado:  Realizada;  Não realizada |
| **3** | **[0..N]** | **Procedimentos Diagnósticos Realizados (outros)** |  |
| 4 | [1..1] | Código do Procedimento diagnóstico realizado na internação | Texto codificado por Terminologia externa. |
| 4 | [1..1] | Código do procedimento diagnóstico realizado na internação | Texto codificado por terminologia externa |
| 4 | [1..1] | Procedimento diagnóstico realizado na internação |  |
| 4 | [0..1] | Resultado e ou observações do procedimento diagnóstico realizado | Texto livre |
| 4 | [0..1] | Resultado e ou observações do procedimento diagnóstico realizado |  |
| 4 | [1..1] | Terminologia que descreve o procedimento diagnóstico realizado na internação |  |
| 5 | [1..1] | Identificador OID da terminologia de procedimento diagnóstico realizado na internação | OID |
| 5 | [0..1] | Nome e versão da terminologia que descreve o procedimento diagnóstico realizado na internação | Texto livre |
| **3** | **[0..N]** | **Procedimentos Terapêuticos Realizados** |  |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4 | [1..1] | Código do procedimento terapêutico realizado na internação | Texto codificado por terminologia externa |
| 4 | [1..1] | Procedimento terapêutico realizado na internação | Texto livre |
| 4 | [0..1] | Resultado e ou observações do procedimento terapêutico realizado |  |
| 4 | [1..1] | Terminologia que descreve o procedimento terapêutico realizado na internação | OID |
| 5 | [1..1] | Identificador OID da terminologia que descreve o procedimento terapêutico realizado na internação | Texto livre |
| 5 | [0..1] | Nome e versão da terminologia do procedimento terapêutico realizado na internação |  |
| **3** | **[0..N]** | **Procedimentos cirúrgicos realizados** |  |
| 4 | [1..1] | Código do procedimento cirúrgico realizado na internação | Texto codificado por terminologia externa. |
| 4 | [1..1] | Descrição do procedimento cirúrgico | Texto livre |
| 4 | [0..1] | Descrições e ou observações do procedimento cirúrgico realizado |  |
| 4 | [1..1] | Terminologia que descreve o procedimento cirúrgico realizado na internação |  |
| 5 | [1..1] | Identificar OID da terminologia que descreve o procedimento cirúrgico realizado na internação | OID |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5 | [0..1] | Nome e versão da terminologia do procedimento cirúrgico realizado na internação |  |
| **3** |  | **Diagnóstico neonatal à alta** |  |
| 4 | [0..N] | Código do diagnóstico neonatal | CID-10 |
| 4 | [0..1] | Descrição do diagnóstico neonatal | Texto livre |
| **3** | **[0..1]** | **Prescrição e orientação da alta neonatal** |  |
| 4 | [1..1] | Prescrição da alta (texto livre) | Texto livre |
| 4 | [0..1] | Lista de medicamentos da alta (estruturada) | Prescrição estruturada – ou a forma em texto livre ou a estruturada deve esta preenchida |
| 5 | [1..1] | Nome e versão da terminologia que descreve o medicamento |  |
| 6 | [1..1] | Identificador OID da terminologia de medicamentos | OID |
| 5 | [1..N] | Linha de prescrição |  |
| 6 | [1..1] | Nome do medicamento | Texto |
| 6 | [1..1] | Código do medicamento | Código na terminologia |
| 6 | [1..1] | Dose | Quantidade |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6 | [1..1] | Via de administração | Texto codificado por terminologia externa conforme vocabulário controlado de formas farmacêuticas, vias de administração e embalagens de medicamentos da Anvisa[15] |
| 6 | [1..1] | Frequência de uso do medicamento | Intervalo de tempo. Ver anexo A |
| 6 | [1..1] | Duração de uso do medicamento | Duração conforme  ISO 8601. Ver Anexo A.  Exemplo P4W - representa uso por 4 semanas. |
| 6 | [0..1] | Orientação sobre o uso do medicamento | Texto livre |
| **3** | **[0..1]** | **Instruções (educação ao paciente e familiar) Orientações; recomendações.** | **Texto livre** |
| **3** | **[0..1]** | **Informações na alta neonatal** |  |
| 4 | [1..1] | Condição do neonato | Texto codificado:  Bom estado geral; curado; melhorado; inalterado; falecido; evasão materna com neonato |
| 4 | [1..1] | Desfecho da internação neonatal | Texto codificado:  Cuidado ambulatorial; transferência para outra unidade hospitalar; hospital dia e atenção domiciliar; não se aplica no caso de evasão ou óbito |

**Tabela 1** (continuação)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5 | [0..1] | Local para acompanhamento pós-alta neonatal |  |
| 6 | [1..1] | Nome do estabelecimento de saúde / profissional para encaminhamento pós-alta neonatal | Texto livre |
| 6 | [0..1] | Código CNES para encaminhamento pós alta | Numeral |
| 6 | [0..1] | Identificação do estabelecimento de saúde (CNES) | Número CNES do estabelecimento de saúde |
| 4 | [1..1] | Profissional Responsável pela alta |  |
| 5 | [1..1] | Nome do profissional responsável pela alta | Texto livre |
| 5 | [1..1] | Conselho Profissional do profissional responsável pelo evento da alta conforme Portaria No. 904, MS 2013[9] | CRM ou COREN |
| 5 | [1..1] | UF do conselho profissional responsável pelo evento da alta | Texto codificado por terminologia IBGE |
| **3** | **[0..N]** | **Anexos** |  |
| 4 | [1..1] | Descrição dos anexos | Texto livre |

\*Há indicação de aplicação da imunoglobulina mas o hospital não dispõe do medicamento.

# Anexo A

(Normativo)

# A norma ISO 8601 *Data elements and interchange formats – Information interchange – Representation of dates and times* é um padrão internacional que define o formato de troca de dados de tempo e data. O propósito desta Norma é o de oferecer o método de representar datas e tempo, especialmente nas situações de troca de informação entre países que utilizam diferentes convenções para representar datas e tempo.

# A.1 Representação de datas:

A representação de datas deve ser no formato AAAAMMDD ou AAAA-MM-DD. AAAA indica o ano com 4 dígitos, MM indica o mês com dois dígitos de 01 a 12. DD - indica o dia com dois dígitos de 01 a 31. Datas parciais devem ser representadas com um "-" separando anos de meses, AAAA-MM.

Exemplo 1 2014 = representa data parcial com ano de 2014

Exemplo 2 2014-08 = representa data parcial de agosto de 2014

Exemplo 3 2014-08-20 = representa data completa de 20 de agosto de 2014

Exemplo 4 20140820 = representa data completa de 20 de agosto de 2014

## A.2 Representação de Duração

Duração é um componente de intervalos de tempo e define a quantidade de tempo num determinado intervalo.

Duração é representada pelo formato P[n]Y[n]M[n]DT[n]H[n]M[n]S or P[n]W. Nesta representação o [n] é substituído pelo valor dos elementos de tempo e datas que sucedem o [n].

Os zeros a direita não precisam ser representados. As letras maiúsculas *P*, *Y*, *M*, *W*, *D*, *T*, *H*, *M* e *S* são os descritores de cada um dos elementos de data e tempo e não podem ser substituídos.

1. *P* é o descritor de duração (historicamente conhecida como "período") e deve ser colocado no início da representação de duração.
2. *Y* é o descritor de ano e segue valor do número de anos;
3. *M* é o descritor de mês e segue o valor do número de meses;
4. *W* é o descritor de semanas e segue o valor do número de semanas;
5. *D* é o descritor de dias e segue o valor do número de dias;
6. *T* é o descritor de tempo e precede os componentes de tempo da representação de duração;
7. *H* é o descritor de horas e segue o valor do número de horas;
8. *M* é o descritor de minutos e segue o valor do número de minutos;
9. *S* é o descritor de segundos que segue o valor do número de segundos.

EXEMPLO "P3Y6M4DT12H30M5S" representa a duração de "3 anos, 6 meses, 4 dias, 12 h, 30 min e 5 s".

Elementos de data e tempo incluindo os seus descritores podem ser omitidos se os valores forem zero. Por exemplo, "P23DT23H" e "P4Y" são ambas representações válidas de duração.

Para resolver a ambiguidade, "P1M" representa a duração de um mês e "PT1M" representa a duração de um minuto. O menor valor da duração pode ser representado como uma fração decimal, assim, "P0.5Y" indica meio ano e é equivalente a "P6M".

Aceita que se utilize uma forma alternativa mais simples de representar duração, através do formato PYYYYMMDDThhmmss ou na sua forma estendida com o "-" como delimitador dos componentes P[YYYY]-[MM]-[DD]T[hh]:[mm]:[ss]. Observar que, se a data a ser informada for parcial a forma estendida com os "-" deve ser adotada.

Propõe-se que no Sumário de Alta o formato de duração seja o completo ou seja, com as letras como separadores dos componentes de tempo, conforme o exemplo abaixo

EXEMPLO 1 PT12H representa uma duração de 12 h.

EXEMPLO 2 PT5M representa uma duração de 5 min.

EXEMPLO 3 P6W representa uma duração de 6 semanas.

## A.3 Representação de intervalos de tempo

Um intervalo de tempo representa um valor de tempo entre dois instantes de tempo. O intervalo entre os dois instantes de tempo é expresso por uma Duração, como descrito acima. Os dois instantes inicial e final do intervalo de tempo são representados como data e hora ou somente data

Existem 4 formas de se representar um intervalo de tempo:

1. Pelo início e fim do intervalo: "2007-03-01T13:00:00Z/2008-05-11T15:30:00Z" representa o intervalo que começa às 13h00 de 1o de março de 2007 e termina no dia 11 de maio de 2008, as 15h30 horário UTC. O "Z" indica que trata-se de do tempo UTC no marco zero;
2. Pelo início e duração: "2007-03-01T13:00:00Z/P1Y2M10DT2H30M" - representa o intervalo que começa às 13h00 de 1o de março de 2007 e dura 1 ano, 2 meses,10 dias, 2 horas e trinta minutos;
3. Pela duração e ponto final do intervalo: "P1Y2M10DT2H30M/2008-05-11T15:30:00Z" - representa o intervalo que dura 1 ano, 2 meses,10 dias, 2 horas e trinta minutos e termina no dia 11 de maio de 2008, as 15h30 horário UTC;
4. Pela duração apenas, com informação adicional de contexto: "P1Y2M10DT2H30M" indica um intervalo que dura 1 ano, 2 meses,10 dias, 2 horas e trinta minutos;

Os três primeiros formatos exigem que os dois valores sejam separados por um descritor de intervalo, ou seja uma barra "/";

A.4 Repetição de intervalos

A repetição de intervalos é representada pelo acréscimo de "R[n]/" no início da expressão de um intervalo, no qual R é utilizado para indicar que trata-se de um intervalo com repetição e [n] informa o número de repetições.

EXEMPLO R/T12H/P4W - indica repetir a cada 12h por 4 semanas.

Se o valor [n] não estiver presente isto indica um número ilimitado de repetições. Se o intervalo especificar o início (formatos 1 e 2 acima) então, estes devem ser o início e final da repetição no intervalo.

EXEMPLO, para repetir 5 vezes o intervalo de "P1Y2M10DT2H30M" começando em "2008-03-01T13:00:00Z", utilize "R5/2008-03-01T13:00:00Z/P1Y2M10DT2H30M".

A.5 Representação de um valor fixo de tempo

Valor fixo: restringe a duração a ser um valor fixo. O padrão para valores fixos é "P [nn] Y [nn] M [nn] W [nn] DT [nn] H [nn] M [nn] S '(PVAL), onde nn são dígitos que devem ser positivos e inteiros. Valores fracionários são permitidos apenas para segundos. Durações negativas podem ser introduzidas com um sinal de menos na frente da letra P.

onde

Y = anos;

M = Meses;

W = semanas;

D = Dias;

T- parte: H = horas, m = minutos, s = segundos.

Pode-se restringir as "unidades" que são permitidas e então usar o mesmo padrão como o padrão para valores fixos, onde não se introduz nenhum dígito. Finalmente, pode-se restringir intervalos que permitam que durações estejam dentro de certos limites. O padrão de intervalo é baseado no padrão de valor (PVAL) e se parece com o seguinte: PVAL. PVAL ou> PVAL ou> = PVAL ou <PVAL ou <= PVAL.

Valor fixo: restringe a duração a ser um valor fixo. Por exemplo, P4W5D (quatro semanas e cinco dias), PT1H3M2.3S (1 h, 3 min e 2,3 s) Padrão: restringe a duração para usar "unidades" específicas. Exemplos: PD (dias apenas são permitidos, por exemplo, P5D), PTHM (horas e / ou minutos são permitidos.

EXEMPLO 1 PT5H30M, PT10M Intervalo: restringe a duração para estar dentro de certos limites.

EXEMPLO 2 P4W P8W (4-8 semanas).

EXEMPLO 3 > PT10M (mais de 10 min.).

EXEMPLO 4 <= P3D (menor ou igual a três dias).

**BIBLIOGRAFIA**

[1] BRASIL. **Nota técnica conjunta 2012. Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>>. Acesso em 12 dez 2013.

[2] FERREIRA, A. A. T. et al. **Proposição de um sumário de alta obstétrico visando à troca de informações, em padrão openEHR, para continuidade do cuidado materno-infantil**. Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP Universidade de São Paulo. v. 47, supl 1. p56 - 66.

[3] AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. **Safety and Quality Evaluation of Electronic Discharge Summary Systems Final Report**. ACSQHC. Sydney. 2011.

[4] JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais, Rio de Janeiro, 2010.

[5] BRASIL. **Portaria Nº 77**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html>>. Acesso em 23 set 2014.

[6] MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Assistência Hospitalar ao Neonato**. Minas Gerais. 1ed. 2005. 266p.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 90p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf>.> Acesso em 18 dez 2013.

[8] BRASIL. **Portaria Nº 3.390**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>> Acesso em 06 dez 2013.

[9] BRASIL. **Portaria Nº 904.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.jun.13/iels102/u_pt-ms-gm-904_290513.pdf>>. Acesso em 20 dez 2013.

[10] BRASIL. **Portaria Nº 1.067.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>>. Acesso em 12 dez 2013.

[11] CKM. **Clinical Knowledge Manager**. OpenEHR Foundation. Disponível em: <<http://www.openehr.org/ckm/>>. Acesso em: 12 jul 2013.

[12] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DNV)**. Brasilia: Ministério da Saúde, 2009. 26p.: Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DN_2011_jan.pdf>>. Acesso em 12 dez 2013.

[13] BRASIL. **Portaria Nº 2.073**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html>>. Acesso em 16 jul 2013.

[14] *Health and Social Care Information Centre.* ***Standards for the clinical structure and content of patient records****. London: HSCIC,* v. Disponível em: <<http://www.rcplondon.ac.uk/resources/standards-clinical-structure-and-content-patient-records>>. Acesso em: 16 jul 2013.

[15 ] ANVISA. Vocabulário Controlado de Formas Farmacêuticas, Vias de Administração e Embalagens de Medicamentos. Brasília: ANVISA, 2011. 56 p. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br. Acesso em: 06 jul. 2013.

[16] BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: [<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050\_21\_02\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html)>. Acesso em: 12 set 2014.

[17] BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n.o 11, de 26 de janeiro de 2006 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2011-2006.pdf . Acesso em: 12/09/2014.

[18] BRASIL. **Cartão Nacional de Saúde:** normas e procedimentos de uso. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 74 p. p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/normas_cartaoSUS_JAN2012.pdf>>. Acesso em: 06 jul 2013.

[19] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.638**. Brasília: CFM, 2002. p. 184-185 p.

[20] *INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION - ISO.* ***Health informatics, Electronic health record communication, Part 1:*** *Reference model. [S.l.]: ISO, 2008.*

[21] DS/CEN/TS 15127-1 *Sundheds informatik – Prøvning af fysiologisk målingssoftware – Del 1: Generelt. Health informatics – Testing of physiological measurement software – Part 1: General.* Ref. No. CEN/TS 15127-1:2005.

[22] BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. BVS - DeCS. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <[http://decs.bvs.br](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/)>. Acesso em: 7 mai 2014. BVS DECS D013812.

[23] BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. BVS - DeCS. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <[http://decs.bvs.br](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/)>. Acesso em: 7 mai 2014. BVS DECS D013514.

[24] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete** Vol. 1, EDUSP, 1994.

[25] BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. BVS - DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <[http://decs.bvs.br](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/)>. Acesso em: 18 dez 2013. BVS DECS D049590.

[26] GIGLIOLA, M. R. P., *et al.* (2005). Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000 Obstetric delivery and risk of neonatal mortality in Goiânia in 2000, Brazil. Rev Saúde Pública **39**(3): 350-357.

[27] BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. BVS - DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <[http://decs.bvs.br>](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/). Acesso em: 18 dez 2013. BVS DECS D11248.

[28] SOCIEDADE BRASILEIRA DE TRIAGEM NEONATAL. Triagem o que é?. Acesso em: <<http://www.sbtn.org.br/pg_triag_oquee.htm>>. Acesso em: 8 out 2014.

[29] BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. BVS - DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://www.decs.bvs.br>>. Acesso em: 18 dez 2013. BVS DECS D005865.

[30] BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. BVS - DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://www.decs.bvs.br>>. Acesso em: 18 dez 2013. BVS DECS D001724.

[31] BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. BVS - DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://www.decs.bvs.br>>. Acesso em: 18 dez 2013. BVS DECS D001034.

[32] BATTAGLIA, F. C.; LUBCHENCO, L. O. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. **J Pediatr,** v. 71, n. 2, p. 159-63, Aug 1967.

[33] BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. BVS - DeCS. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://www.decs.bvs.br>>. Acesso em: 1 dez 2014. BVS DECS D007567.