

UNIDADE DE PRIMEIRO ATENDIMENTO - UPA

1 - TRIAGEM

A) ATENDIMENTO POR MÉDICO DA UPA:

Todos os pacientes que são atendidos na Unidade de Primeiro Atendimento (UPA) do HIAE passam por uma avaliação de enfermagem (triagem), onde são verificados os sinais vitais e registrados a queixa atual, os antecedentes pessoais e cirúrgicos. Após avaliação, os pacientes são triados por especialidade e gravidade seguindo protocolos médicos previamente estabelecidos.

B) ATENDIMENTO POR MÉDICO EXTERNO (PARTICULAR):

Os pacientes que forem atendidos por seu médico particular (membros do corpo clínico do HIAE), ou seja, não pertencentes à equipe de médicos plantonistas da UPA, são encaminhados pela enfermeira da triagem para abertura de cadastro. É registrado em prontuário que o paciente será atendido por médico externo. Neste momento a enfermeira solicita o contato com o médico e informa a presença de seu paciente. Nos casos em que a enfermeira detecta alguma alteração clínica que necessite de atendimento imediato, ela encaminha para avaliação de um plantonista da UPA e solicita contato imediato com o médico do paciente.

2 - UTILIZAÇÃO DE CONSULTÓRIOS/MÉDICOS EXTERNOS

A) AMBULÂNCIAS:

O serviço de remoções do Einstein possui três ambulâncias UTI disponíveis 24 horas por dia. Por questões de logística, durante o dia podem sair até duas ambulâncias, e à noite, apenas uma de cada vez.

O responsável ou paciente solicita a remoção via telefone e informa o que está acontecendo. Imediatamente a ambulância é liberada enquanto uma enfermeira entra em contato com o solicitante da remoção e anota os dados mais específicos sobre a queixa, então ela dá as instruções básicas de suporte até a chegada da equipe médica.

Todas as remoções são feitas por um médico plantonista da UPA e pela equipe de enfermagem.

Disponibilizamos também de serviço de alta hospitalar que, após solicitação, o paciente é encaminhado à residência dele acompanhado da equipe de enfermagem.

O primeiro chamado para ambulância é liberado imediatamente.



Havendo um segundo no mesmo período, verifica-se a disponibilidade da equipe para atender à esta remoção sem prejudicar o atendimento aos pacientes que se encontram na UPA, bem como a presença de emergências, o que indisponibiliza a saída de um segundo médico da UPA naquele momento. Caso a Unidade de Primeiro Atendimento não possa atender ao chamado, indicamos a APS ou a Bandeirantes, dois serviços de remoção terrestre. São empresas que passam por auditoria de verificação de qualidade.

Não realizamos remoções de pacientes em “surtos psiquiátricos”.

B) REMOÇÃO:

Além das terrestres, a UPA também realiza remoções aéreas (helicópteros e aviões UTI). Para realizar esse trabalho, o HIAE utiliza aeronaves de empresas que terceirizam esse serviço para o Instituto. A equipe médica e de enfermagem é do HIAE fora do horário de plantão para realizar o voo.

3 - ATENDIMENTO, ADMISSÃO, ALTA E TRANSFERÊNCIA

DEFINIÇÃO:

Os critérios de admissão, transferência e alta da UPA descritos abaixo garantem o atendimento e a continuidade do processo durante a permanência do paciente.

OBJETIVO:

Garantir o atendimento dos pacientes em tempo hábil, de acordo com a gravidade, sem colocar em risco a vida das pessoas.

INDICAÇÃO:

Todos os pacientes atendidos na UPA.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

1. Especialidades Médicas

Médicos Plantonistas 24 horas: 2 clínicos gerais, 2 pediatras, 1 ortopedista, 1 cirurgião geral, 1 cardiologista e 1 neurologista. Em função da demanda, em horário específico, há um aumento no número de plantonistas por área.

Especialistas de retaguarda estão disponíveis 24 horas para atender pacientes que necessitam de avaliação dos médicos a seguir:

- Buco-maxilo
- Clínica Médica
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia do Tórax
- Infectologia
- Cardiologia
- Cirurgia Cardíaca
- Cirurgia de Mão
- Cirurgia Plástica
- Ginecologia
- Neurocirurgia

- Neuroclínica
- Otorrinolaringologista
- Ortopedista
- Pneumologia
- Urologia
- Neuropediatria
- Oftalmologista
- Pediatria
- Psiquiatria

A equipe de enfermagem está habilitada para atendimentos de emergência, urgência, procedimentos específicos para adultos e para a pediatria.

Utilização e consultórios pelos Médicos do Corpo Clínico.

2. Atendimento de Urgência e Emergência

2.1. Emergência: Pacientes em risco iminente de morte, perda de órgão ou função são atendidos imediatamente pela equipe médica e de enfermagem, na sala de emergência onde é realizado procedimentos invasivos ou não para o bem-estar do paciente (passagem de cateteres centrais, marca-passo transcutâneo, etc.).

- Afogamentos.
- Amputações traumáticas.
- Arritmia cardíaca de alta ou baixa frequência com instabilidade hemodinâmica.
- Choque.
- Crise convulsiva.
- Ferimento aberto no tórax, abdome ou crânio.
- Infarto agudo do miocárdio.
- Insuficiência respiratória aguda.
- Intoxicações exógenas.
- Parada cardiorrespiratória.
- Politraumatismo.
- Queimaduras de segundo (dependendo da extensão e localização) e terceiro grau.
- Sepses.
- Trabalho de parto de emergência (atendimento à mãe e ao recém-nascido).
- Traumatismo toracoabdominal fechado com repercussão hemodinâmica.
- e outras causas com alteração hemodinâmica.

2.2. Urgências: Pacientes em situação clínica que não oferece os riscos da emergência, mas que necessitam de procedimento médico precoce são atendidos nos consultórios, salas de procedimentos e sala de emergência:

- Cardioversão.
- Confusão mental súbita associada ou não a TCE.
- Corpo estranho em VAS.
- Crise de pânico ou ansiedade.
- Crise hipertensiva.
- Dor severa aguda de qualquer origem.
- Emergências psiquiátricas.



- Gestantes (com dor, hiperemeses, sangramentos).
- Pós-convulsivo.
- Queimaduras de primeiro e segundo grau (dependendo da extensão e localização).
- Temperatura entre 39 e 40° C.
- Trauma moderado e leve (fraturas com desvio, deformidade óssea, perda de substância, TCE).
- Urgência do paciente/família.
- Vômito e/ou diarreia persistente.

Para o atendimento de moléstias infectocontagiosas com transmissão aérea, a UPA dispõe de um apartamento para isolamento físico, em que o paciente permanece até o término de seu atendimento. Pacientes admitidos na triagem com suspeita de moléstia transmissível, mesmo que estáveis, são conduzidos como urgência para viabilizar o isolamento até que se afaste o risco ou confirme diagnóstico.

3. Procedimentos cirúrgicos de urgência relativa

- Drenagem de abscesso.
- Drenagem torácica.
- Extração de unha.
- Paracenteses.
- Realização de curativos limpos e contaminados.
- Retirada de C.E..
- Realização de suturas.

4. Procedimentos Ortopédicos

- Imobilização, confecção de aparelho gessado, goteiras, trações cutâneas, enfaixamentos, colocação de órteses.
- Infiltrações, retirada de gesso.
- Reduções ortopédicas (a depender das condições gerais dos pacientes e de disponibilidade de sala).

5. Integração com a Unidade Móvel

A Unidade Móvel atende às necessidades da UPA em:

5.1. Atendimento Domiciliar

- Para atendimento médico, ECG, sonda, reanimação cardiopulmonar, etc.

5.2. Remoções Aéreas e Terrestres

- Remoção de pacientes ao HIAE para internação, avaliação, exames diagnósticos.
- Remoção de pacientes para exames e procedimentos fora do HIAE.
- Remoção de pacientes para outros hospitais, para sua residência ou para clínicas de repouso.

5.3. Suporte ao atendimento às catástrofes

6. Disponibilidade do serviço

- 24 horas por dia.

7. Critérios de Admissão de Pacientes:

7.1. Critérios e Fluxo de Admissão na UPA

- Todo paciente admitido na Unidade de Primeiro Atendimento do HIAE é avaliado inicialmente pela triagem, realizada por um enfermeiro qualificado. Este profissional deve priorizar o atendimento do paciente de acordo com a necessidade de assistência.
- Durante o processo de triagem, o paciente é submetido a avaliação inicial (queixa principal, sinais e sintomas aparentes, antecedentes clínicos, cirúrgicos, alérgicos e de imunização, parâmetros vitais, registro da data e horário de chegada) e classificado em cores de acordo com o nível de complexidade do caso.
- A triagem não se limita ao espaço físico, mas sim, ao conceito de determinação de urgência e fluxo de atendimento.
- Pacientes para retorno de curativos ou ortopédicos, não passam pela triagem.
- As emergências são admitidas em entrada exclusiva, direto (na sala de emergência), mediante acionamento da campainha de emergência. Esta campainha é acionada pelo segurança do portão de entrada quando identifica a chegada de ambulância ou carro cujo ocupante (motorista) diz tratar-se de emergência. Ao soar a campainha de emergência no corredor interno da UPA (dois toques consecutivos), médicos e enfermagem se direcionam à porta para receberem o paciente a critério de emergência. Se for descartada a emergência, paciente será direcionado, conforme níveis da triagem, exceto se a família apresentar alto nível de ansiedade. Quando a campainha soar somente uma vez (um toque) a enfermagem se direciona para a porta para receber o paciente e certificar-se que realmente não se trata de emergência. Nesta situação, o paciente é encaminhado para a triagem e a classificação da triagem e mantida.

CLASSIFICAÇÃO DE TRIAGEM:

EMERGÊNCIA - situação em que há risco de morte eminente.

A condição requer atendimento médico imediato.

:: PCR.

:: Choque.

:: Falência Respiratória.

:: Trabalho de parto expulsivo.



- :: Ferimento aberto no tórax, abdômen ou crânio.
- :: Traumatismo toracoabdominal fechado com repercussão hemodinâmica.
- :: Queimaduras extensas (> 50% da área corpórea).
- :: Crise convulsiva.
- :: Trauma de pescoço (coluna).
- :: Qualquer situação com alteração hemodinâmica.
- :: Arritmias cardíacas com instabilidade hemodinâmica.
- :: Sepses.
- :: Amputações traumáticas.
- :: Afogamento.
- :: Eletrocussão.

URGÊNCIA - situação em que não há risco de morte imediato. A condição requer atendimento médico em até 15 minutos, podendo evoluir para emergência, se não avaliado em tempo hábil.

A condição requer atendimento médico imediato.

- :: Pós-convulsivo.
- :: Fratura exposta sem alteração hemodinâmica.
- :: Trauma moderado ou leve (com desvio ou deformidade óssea, com perda de substância).
- :: Intoxicação exógena.
- :: Dor de qualquer origem score > ou = 7.
- :: Gestante com perdas vaginais (sangramento ou líquido amniótico).
- :: Temperatura > ou = 39,5° (axilar) ou 40°C (timpânico) com antecedentes de convulsão.
- :: Deficit neurológico Agudo (alteração motora ou fala ou desvio de rima).
- :: TCE com amnésia lacunar + vômito + perda de consciência.
- :: Pânico e ansiedade (em crise).
- :: Corpo estranho em VAS sem alteração do padrão respiratório.
- :: Vômitos incoercíveis.
- :: FC < 40 ou > 150.
- :: Potencial falência respiratória - Saturação entre 85% e 90%.
- :: PA diastólica > ou = 12.
- :: Glicemia capilar < 60 ou > 250 mg/dl.
- :: Prurido intenso + erupção + edema de início súbito e progressivo.
- :: Emergências Psiquiátricas.
- :: Urgência do paciente ou familiar.

URGÊNCIA RELATIVA - não há risco de morte, porém requer atendimento médico. A possibilidade de urgência/emergência oculta deve ser considerada.

Deve ser atendido pelo médico em até 18 minutos (tempo médio).

- :: Queixas diversas que não se enquadram nos critérios definidos como urgência e emergência.

Obs.: Inclui-se neste item retorno com médico (impresso próprio).

PARÂMETROS VITAIS CONSIDERADOS NORMAIS PELA TRIAGEM, POR FAIXA ETÁRIA:

SINAIS VITAIS	PARÂMETROS NORMAIS		
	Adulto	Criança* 1 a 7 anos	Criança* < 1 ano
PAS	112 a 128	>70+2X id em anos	
T	até 37,5	até 37,5	até 37,5
FR	12 a 16	20 a 34	30 a 60
FC	60 a 90	60 a 160	80 a 180
SAT O2	>95%	>95%	>95%
GLICEMIA	60 a 110mg/dl	60 a 110mg/dl	60 a 110mg/dl

***VERIFICAR PA EM CRIANÇAS COLABORATIVAS COM IDADE ACIMA DE 4 ANOS.**

7.2. Critérios de Admissão de pacientes na Observação da UPA.

O tempo máximo para cada paciente ficar em observação na UPA é de até 12 horas. Serão encaminhados à Observação da UPA todos os pacientes:

- Que apresentem instabilidade de sinais vitais: fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos que justifiquem (ver tabela de sinais vitais nos critérios de admissão).
- Que necessitem de monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido a condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR.
- Que necessitem de instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação.
- Que necessitem de monitorização constante de glicemia.
- Que necessitem de observação do nível de consciência.
- Que necessitem de observação para monitorização dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação.
- Que necessitem de observação para investigação diagnóstica.
- Que necessitem de observação pós-sedação.
- Que necessitem de observação para acompanhamento da dor.
- Que necessitem de observação por apresentarem agitação psicomotora.
- Que necessitem de observação devido à intoxicação exógena.
- Que necessitem de observação para monitorização de reações adversas.
- Que necessitem de observação para monitorização e acompanhamento da pressão arterial.
- Que apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado de exames.
- Que necessitem aguardar vaga em qualquer unidade do HIAE.
- Que necessitem aguardar exames no HIAE, quando são originários de outro hospital ou entidade assistencial.



Sala de Medicação

Todos os pacientes que necessitem de alguma medicação endovenosa serão encaminhados para sala de medicação. Paciente que necessitem de medicações EV que demandarem tempo superior a 60', deverão ser encaminhados à Observação.

8. Critérios de Alta

8.1. Critérios de Alta de pacientes na UPA que NÃO necessitaram de Observação Clínica.

O paciente somente poderá deixar a Unidade com alta se estiver em condições de dar continuidade ao seu tratamento, sem a necessidade de suporte da equipe assistencial, e se apresentar as seguintes condições clínicas:

- parâmetros vitais, saturação de O₂ e glicemia dentro dos padrões de normalidade para a faixa etária, considerando os antecedentes clínicos do paciente (tabela de sinais vitais nos critérios de admissão).
- nível de consciência compatível com as condições clínicas habituais do paciente.
- ausência de dor.
- estável com relação a eliminações (presentes, em volume e aspecto compatíveis com a idade e condições clínicas habituais do paciente), hidratação (hidratado), níveis de oxigenação (Sat O₂ - tabela).

Os critérios mencionados constituem um guia básico. O julgamento clínico (o motivo da alta) que nortear a alta da Unidade fora dos padrões estabelecidos acima deverá ser justificado no prontuário.

8.2. Critérios de Alta de Pacientes que permaneceram em observação Clínica na UPA

Os pacientes da Observação da UPA poderão receber alta para os seguintes destinos:

- *Alta para a residência:* após reavaliações dos exames, do quadro clínico, e conclusão ou hipótese diagnóstica, desde que esteja conforme os critérios de alta estabelecidos pela Unidade.
- *Internação:* os pacientes que após a observação não tenham apresentado melhora no quadro clínico e por esse motivo procuraram o HIAE, prosseguirão o tratamento em uma das unidades do Hospital. Também serão internados nas unidades do HIAE aqueles pacientes, que após realização de exames, tenham indicação de internação ou qualquer outro procedimento que necessite de internação.

Critérios de inclusão para internação:

- moléstias infecciosas com sinais vitais e padrão respiratório fora dos parâmetros normais.

- sinais e sintomas persistentes após 12 horas de observação, com piora do quadro.
- diagnósticos confirmados que justifiquem internação hospitalar. (CID. 10).
- quadros cirúrgicos agudos.
- diagnósticos confirmados sujeitos a instabilidade.

9. Critérios de Transferências

- *Interna:* os pacientes podem ser encaminhados para: centro cirúrgico, CT.I (Adulto ou Pediátrico) ou clínica médico-cirúrgica, dependendo da complexidade do caso. O prontuário médico da UPA acompanha o paciente durante toda a internação e faz parte do prontuário único do paciente no HIAE.
- *Situações de Superlotação na UPA:* para casos de superlotação* na observação clínica da UPA, o hospital mantém 4 leitos no CTIA (prédio Jozef Feher) como retaguarda, e os leitos da Recuperação Pós-Anestésica do CC do 5º andar quando os leitos da CTIA estiverem ocupados.

*Entende-se por superlotação a situação em que o número de pacientes com necessidade de observação clínica excede a capacidade operacional física da UPA.

- *Externa:* pacientes que necessitem ou desejem, serão transferidos do HIAE para outro hospital; do HIAE para casa de repouso ou do HIAE para residência, pelo serviço de remoção do HIAE ou por outro serviço.
- *Situações de Superlotação na UPA:* nos caso de superlotação em que os leitos de retaguarda da UTIA e da RPA do CC 5º andar, não estejam disponíveis a UPA providenciará a transferência dos casos para outros hospitais que atendam às necessidades de assistência do paciente.

Nesses casos a família será orientada e somente mediante consenso a transferência será realizada. Os critérios mencionados constituem um guia básico. O julgamento clínico (o motivo da alta) que nortear a alta da Unidade fora dos padrões estabelecidos anteriormente deverá ser justificado no prontuário.

10. Responsabilidade na transferência de pacientes

- *PA - Ala* - médico responsável pelo paciente ou médico da UPA, porém via de regra somente o agente de transporte acompanha.
- *PA - UTI* - médico do paciente ou médico plantonista da U.P.A. e enfermagem.
- *PA - SEM I* - médico do paciente ou médico plantonista da U.P.A. e enfermagem.
- *PA - C.C.* - médico do paciente.
- *Anestésista.*

Em casos de emergência, na falta de anestésista, o médico da U.P.A acompanha o paciente.

- *PA - C.O.* - médico do U.P.A.

- *PA - SADT* - paciente dependente de respirador, monitorização contínua, drogas vasoativas: anestesista - médico da U.P.A ou médico do paciente, ou anestesista.
- *PA - Outro Hospital* - médico UPA ou serviço de Remoção contratado pela família.
- *PA - Velório* - agente de transporte interno.

11. Documentação na UPA

Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado ao paciente admitido na UPA, o prontuário da unidade acompanha o paciente em todo o processo de internação e é incorporado ao prontuário Institucional, sendo mantido no SAME. A UPA dispõe de SAME local para a guarda de prontuários de pacientes em tratamento ambulatorial na Unidade.

Os documentos do paciente na UPA dispõem dos dados: data e hora da admissão, condições de admissão, antecedentes (clínicos, cirúrgicos, alérgicos, imunização), diagnóstico, conclusões ao final do tratamento, destino do paciente, condições do paciente no momento da alta ou transferência, orientações pós-alta para a continuidade do tratamento e retorno desejável para reavaliação.



INTERNAÇÃO

1- DECLARAÇÃO DOS DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE E FAMILIARES

DEFINIÇÃO:

Discorre sobre os direitos e deveres do paciente e da família no HIAE.

OBJETIVO:

Estabelecer a declaração de direitos e deveres do paciente e da família conforme a missão do HIAE e da legislação vigente (Lei nº 10.241 de 17 de março de 1999 - Estado de São de Paulo).

INDICAÇÃO:

Todos os pacientes assistidos no HIAE.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

DIREITOS

1. Ser sempre tratado com dignidade e respeito.
2. Receber atendimento humano, atencioso e respeitoso, sem preconceitos de origem, raça, credo, sexo, cor, idade, diagnóstico e quaisquer outras formas de preconceito por parte de todos os profissionais que atuam na Instituição.
3. Ser identificado pelo nome e sobrenome e não pelo nome da sua doença ou agravo à saúde, número ou código, ou ainda outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.
4. Ter asseguradas a sua segurança, integridade física, psíquica e moral, repouso, privacidade e individualidade.
5. Ter asseguradas a preservação de sua imagem e identidade e respeito a seus valores éticos, morais e culturais, independentemente de seu estado de consciência.
6. Ter conhecimento das normas e regulamentos da Instituição.
7. Receber esclarecimentos sobre os documentos e formulários que forem apresentados para assinar, de forma que a compreensão e o entendimento estejam claros para uma opção consciente.
8. Receber auxílio adequado e oportuno, por profissional habilitado, de acordo com sua necessidade, para garantia do seu conforto e bem-estar presente no local, em qualquer situação.



9. Poder identificar os profissionais que atuam direta ou indiretamente em sua assistência na Instituição através de crachá com foto, nome, cargo e/ou função.
10. Receber do médico de sua escolha e dos demais membros da equipe multidisciplinar responsáveis pela sua assistência, por ocasião do início ou a qualquer fase do tratamento, informações verbais e, quando possível, relatório explicativo por escrito, claro e legível, sem códigos ou abreviaturas, identificado com o nome e a assinatura do(s) respectivo(s) profissional (ais) com seu(s) número(s) de registro no(s) órgão(s) de controle e regulamentação profissional e sua(s) respectiva(s) assinatura(s), contendo: tipo e natureza do tratamento, duração esperada, possibilidades de diagnóstico, procedimento(s) proposto(s), eventuais efeitos colaterais e as informações e orientações quanto aos medicamentos a serem utilizados.
11. Ser esclarecido sobre riscos, benefícios e alternativas do(s) tratamento(s) e procedimento(s) a que será submetido, e a quem caberá a responsabilidade financeira na eventualidade de aceitar sua inclusão em um protocolo de pesquisa.
12. Solicitar segunda opinião em relação ao seu diagnóstico ou tratamento e, se desejar, substituição do médico responsável pelo seu atendimento.
13. Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, após ter recebido adequada informação, procedimentos diagnósticos, terapêuticos e avaliações clínicas a serem nele realizados. Revogar, desde que não haja risco de morte, qualquer consentimento que tenha dado anteriormente, previamente à realização do procedimento, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.
14. Ter seu prontuário elaborado de forma legível, contendo o conjunto de documentos padronizados com informações a respeito de seu histórico médico, início e evolução de sua doença, raciocínio clínico, exames complementares, condutas terapêuticas, descrição dos procedimentos realizados e demais relatórios e anotações pertinentes, podendo consultá-lo a qualquer momento, mesmo após seu arquivamento, pelo prazo estipulado em lei.
15. Receber, quando solicitar, toda e qualquer informação sobre os medicamentos que serão administrados, assim como ter acesso às informações sobre a procedência do sangue, hemocomponentes e hemoderivados de forma que possa verificar, antes de recebê-los, sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

16. Expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição, através do Serviço de Atendimento ao Cliente, e receber as informações e esclarecimentos pertinentes, de acordo com suas normas e regulamentos.
17. Ter livre acesso a todo e qualquer procedimento diagnóstico e terapêutico disponível na Instituição, desde que indicado por médicos responsáveis.
18. Ter resguardada a confidencialidade de todo e qualquer segredo pessoal, através da manutenção e do sigilo profissional, desde que não acarrete risco a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio paciente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais ou de imagem.
19. Ser informado, orientado e, se necessário, treinado sobre como conduzir seu auto-cuidado. Receber instruções médicas claras e legíveis sobre a continuidade de seu tratamento visando a cura, reabilitação e prevenção secundárias e de sequelas ou complicações, com o nome dos medicamentos identificados e a identificação do(s) profissional(is) que o atendeu(ram) com o(s) seu(s) respectivo(s) número(s) de registro no(s) órgão(s) de controle e regulamentação profissional e sua(s) respectiva(s) assinatura(s).
20. Ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, incluindo exames, medicações, taxas hospitalares e outros procedimentos.
21. Ser acompanhado, se assim o desejar, na consulta e durante sua internação, por pessoa por ele indicada, assim como pelo marido/companheiro nos exames pré-natais. Sendo menor, ter uma relação anexada ao prontuário das pessoas indicadas por ele ou por seus responsáveis que poderão acompanhá-lo, em período integral, durante sua hospitalização.
22. Receber visitas de amigos e parentes em horários em que não comprometam as atividades dos profissionais que atuam no serviço, de acordo com as normas e os regulamentos da Instituição.
23. Receber assistências emocionais, morais e religiosas.
24. Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.



25. Receber o adequado tratamento para minimizar a dor quando existirem meios para aliviá-la.
26. Ser tratado com dignidade e respeito após a sua morte e não ter nenhum órgão ou tecido retirado de seu corpo sem sua prévia autorização, de sua família ou do responsável legal.

27. Situações especiais:

27.1. Sendo adolescente (faixa etária entre 12 e 18 anos), desde que identificado como capaz de compreender seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios:

Ser atendido, se o desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, será necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis, devendo essa quebra de sigilo profissional ser informada e justificada previamente ao adolescente.

27.2. Sendo criança ou adolescente:

- Ter a mãe e o pai considerados defensores dos seus interesses, participando ativamente nas decisões relativas aos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e anestésicos, recebendo todas as informações e esclarecimentos pertinentes, salvo quando existir determinação judicial em contrário.
- Poder desfrutar de acompanhamento de seu currículo escolar e de alguma forma de recreação.
- Não ser exposto aos meios de comunicação sem sua expressa vontade e a de seus pais ou responsáveis.

27.3. Sendo recém-nascido:

- Não ser separado de sua mãe ao nascer, salvo quando o próprio recém-nascido ou sua mãe necessitarem de cuidados especiais.
- Receber aleitamento materno exclusivo, salvo quando isso representar risco à saúde da mãe ou do recém-nascido.

27.4. Sendo idoso, obter o cumprimento do disposto nos artigos 16 a 18 do “Estatuto do Idoso” - direito a acompanhante, opção por tratamento que seja mais favorável, bem como o de ser atendido por profissionais treinados e capacitados para o atendimento de suas necessidades.

DEVERES

1. Tomar ciência das condições para admissão para pacientes nesta Instituição.

2. Designar médico responsável pelo tratamento durante o período da internação.
3. Dar informações completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos progressos e outros problemas relacionados à sua saúde.
4. Notificar as mudanças inesperadas de seu estado de saúde atual aos profissionais responsáveis pelo seu tratamento e cuidados.
5. Procurar obter todos os esclarecimentos necessários para a compreensão dos procedimentos e tratamentos realizados e propostos; confirmar o entendimento sobre os procedimentos e tratamentos realizados e propostos.
6. Conhecer e respeitar as normas e os regulamentos da Instituição.
7. Seguir as instruções recomendadas pela equipe multidisciplinar que o assiste, respondendo pelas consequências de sua não observância.
8. **Indicar o responsável financeiro por seu atendimento médico-hospitalar, e no caso de estar recebendo cobertura da fonte pagadora:**
 - 8.1. Conhecer e dar conhecimento ao Hospital e ao seu médico da extensão da cobertura financeira de seu Plano de Saúde, Seguradora ou Empresa, assim como as possíveis restrições.
 - 8.2. Notificar ao Hospital e ao seu Médico titular sobre as mudanças inesperadas na cobertura do seu Plano de Saúde, Seguradora ou Empresa, assim como outras restrições.
 - 8.3. Ser responsável por toda e qualquer despesa incorrida durante a internação do paciente ou seu atendimento ambulatorial, mediante glosas ou situações de conflito com seu Plano de Saúde, Seguradora ou Empresa, se comprometendo a negociar diretamente com eles e isentando o Hospital de quaisquer responsabilidades.
9. Respeitar os direitos dos demais pacientes, funcionários e prestadores de serviço da Instituição, tratando-os com civilidade e cortesia, contribuindo no controle de ruídos, número e comportamentos de seus visitantes.
10. Não fumar no Hospital, exceto nas áreas claramente destinadas e sinalizadas como áreas toleráveis.
11. Zelar e responsabilizar-se pelas propriedades da Instituição colocadas à sua disposição visando seu conforto e tratamento durante o período do atendimento hospitalar.



Em se tratando de crianças, adolescentes ou adultos considerados legalmente incapazes, os direitos e deveres do paciente, acima relacionados, deverão ser exercidos pelos seus respectivos responsáveis legais.

É direito do médico renunciar ao atendimento de um paciente, desde que não se caracterize risco iminente de morte e que comunique tal atitude previamente ao paciente ou a seu responsável, assegurando a ele a continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

Todos os direitos e deveres estão de acordo com a legislação brasileira.

REGISTRO:

Não se aplica.

2 - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

DEFINIÇÃO:

Estabelecer mecanismos de controle para garantir a integridade, guarda e privacidade dos dados registrados no prontuário do paciente.

Estabelecer mecanismos para assegurar a melhoria contínua de qualidade dos registros constantes no prontuário do paciente, principalmente em relação a registros incompletos e/ou omitidos quando da assistência prestada ao paciente.

Assegurar que toda informação fornecida pelo paciente ao médico e à equipe multiprofissional seja sigilosa.

Estabelecer que o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) seja o setor normativo e regulador da documentação referente a prontuários da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE).

OBJETIVOS:

Garantir que o sigilo e o acesso aos dados referentes aos pacientes, registrados nos prontuários, sejam tratados de acordo com as responsabilidades éticas, legais e políticas do SBIBAE.

Assegurar a confidencialidade e segurança de toda e qualquer informação, inclusive as classificadas como sensíveis, de tal forma que o paciente esteja protegido e seguro em relação aos dados que possam causar constrangimentos e/ou preconceitos, danos morais, dentre outros.

Manter todos os prontuários, inclusive os que contenham informações sensíveis - aquelas que causam algum tipo de constrangimento/preconceito ao paciente -, em regime de confidencialidade e segurança absoluta, de modo a assegurar que somente pessoas autorizadas tenham acesso a elas.

Garantir que a assistência prestada esteja totalmente registrada, preservando os direitos dos pacientes e dos profissionais de saúde envolvidos e da Instituição.

Garantir a guarda e as condições adequadas para que não haja perda por intempéries ou extravio de documentos.

INDICAÇÃO:

Será aplicada:

- Nos processos de consulta referentes aos pacientes registrados no SBIBAE.
 - Nos processos de omissões, correções, rasuras ou extravios de registros.
 - No cumprimento das exigências legais quanto a presença de registros dos dados.
- a) As informações contidas no prontuário - pertencem ao paciente e estão sob a guarda e supervisão permanente da Instituição. Elas são guardadas pelas seguintes legislações:
- Seção IV do Código Penal: Artigos 153 e 207.
 - Código Civil: Artigo 241.
 - Código Civil: Artigo 177.
 - Código de Ética Médica, Capítulo V - Artigos 69 e 70 e Capítulo IX - artigo 108.
 - Conselho Federal de Medicina, Resolução 1.605, de 15/09/2000: Artigos de 1º a 9º.
 - Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução 1.638 de 15/07/2002.
 - Conselho Federal de Medicina - Resolução 1.639 de 15/07/2002. Pacientes que necessitam de suporte para a sobrevivência, que impliquem em cuidados intensivos com ventilação mecânica serão admitidos na CTI com base no prognóstico de qualidade de vida (critério de recuperabilidade).
- b) Criação e Revisão de Impressos - o controle e fluxo de revisão ou criação de novos impressos é coordenado pelo Grupo Executivo do Prontuário (GEP). Esse controle envolve: avaliação, validação e aplicabilidade do conteúdo em conformidade com os padrões do Sistema Einstein de Qualidade - SEQ; padrões de formatação do documento, e fluxo de solicitação de impressos novos e revisados. Os serviços que têm impressos específicos e exclusivos deverão realizar a validação do conteúdo por consenso entre a unidade/serviço e especialistas, médicos envolvidos na assistência ao paciente. Os impressos específicos deverão ser aprovados pelo Coordenador Médico



da área, responsável inclusive por estabelecer o conteúdo, o fluxo de criação, revisão e controle dele. Nesses casos caberá ao GEP somente rever os conteúdos para identificar falhas ou ausência de algum item necessário por questões de legislação ou processos de qualidade (certificação e acreditação).

Os serviços que têm impressos específicos poderão realizar a validação deles desde que:

- os impressos mantenham local para etiqueta de identificação do paciente na Instituição.
- os impressos contenham o logotipo padronizado da Instituição.
- seja estabelecido um processo de auditoria para assegurar a efetividade e utilidade do documento.
- informem o GEP sobre o processo, enviando uma cópia do impresso para conhecimento desse Grupo.

c) Prontuário institucional - a SBIBAE assegura a identificação do paciente, gerando um registro único (número do prontuário), em que estarão vinculados os diversos atendimentos realizados na Instituição (número da passagem).

O prontuário mínimo do paciente com permanência acima de 24 horas na SBIBHAE deverá estar de acordo com a resolução 1.638 do CFM; lei Nº 10.241, de 17/03/99 - Gov. Mário Covas; resolução 169, do 19/06/1996 - SS/SP; e SEQ:

- Identificação do paciente em todos os impressos.
- Identificação do profissional em todos os impressos, com data, hora, assinatura, nome legível ou carimbo, número do conselho regional respectivo.
- Diagnósticos (hipóteses e diagnóstico final).
- Anamnese / Exame físico.
- Avaliação inicial.
- Avaliação de Risco.
- Plano Educacional.
- Prescrições médica e de enfermagem diárias.
- Evoluções médica e de enfermagem diárias.
- Evoluções de outros membros da equipe multidisciplinar.
- Conduta terapêutica.
- Exames complementares.
- Controles diários.
- Consentimentos informados: cirúrgico / procedimento invasivo, de risco e anestesia / sedação e transfusão de sangue e hemoderivados.
- Avaliação pré-anestésica.
- Relatório cirúrgico.
- Recuperação pós-anestésica.

- Resumo de Internação.
 - Orientações pós-alta.
 - Relatórios de transferência.
- d) Registro das informações - durante o atendimento ao paciente (em regime de internação, ambulatorial ou de emergência), os membros da equipe multiprofissional, envolvidos na assistência do paciente (corpo clínico, enfermagem, reabilitação, nutrição, farmácia, psicologia) terão acesso ao prontuário para inclusão de dados referentes ao seu tratamento. Nos atendimentos em regime de internação hospitalar (mais de 24 horas de permanência), esses registros são realizados em impressos do prontuário institucional e a forma de preenchimento está descrita no “Manual de preenchimento do prontuário”. Para os atendimentos ambulatoriais e de emergência, cada serviço é responsável pela manutenção das regras de preenchimento dos seus impressos específicos.

Todos os registros no prontuário necessitam de identificação do profissional, data, hora e número do conselho de classe. O hospital reconhece as assinaturas ou rubricas desde que o número do respectivo conselho esteja legível, sendo possível identificar o profissional responsável pela anotação.

A tabela utilizada para codificação dos diagnósticos com finalidade estatística é a Classificação Internacional de Doenças - décima revisão (CID-10).

A tabela utilizada para codificação dos procedimentos com finalidade estatística é a do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS.

As abreviaturas e os símbolos podem ser utilizados desde que sejam de conhecimento e uso comuns da equipe envolvida.

- e) Ordens telefônicas - segundo Art. 62 do Código de Ética Médica é vedado ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem o exame clínico direto do paciente, salvo em condições de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento. Esta Instituição estabelece que esse impedimento não deverá ultrapassar 24 horas.

A referida ordem deverá ser dirigida à Enfermeira responsável pela unidade e esta deverá efetuar registro na prescrição médica, com data, hora, profissional responsável pela ordem, nome do medicamento e sua assinatura.



- f) Acesso às informações - os membros da equipe multidisciplinar, envolvidos na assistência ao paciente têm acesso às informações do prontuário durante o período de tratamento, sem a necessidade de autorização prévia por parte do paciente.

As informações de internações anteriores são disponibilizadas por meio eletrônico (prontuário digitalizado), desde que a alta da última internação tenha ocorrido em período superior a sete dias úteis. Os prontuários físicos têm liberação imediata quando não estão digitalizados. Após a digitalização, os prontuários físicos são encaminhados para guarda terceirizada, sendo que a eventual liberação acontecerá em um dia útil.

Durante a internação e após a alta, somente o paciente, seu representante legal ou pessoa por ele nomeada no documento “Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente” poderá autorizar o SBIBAE a liberar as informações a terceiros, à exceção das condições a seguir:

- **Menores e dependentes:** qualquer um dos pais poderá assinar.
- **Paciente falecido, na seguinte ordem:**
 - :: Esposo(a) do paciente.
 - :: Representante legal atuante de direito.
 - :: Filho(a) adulto(a).
 - :: Um dos pais.
 - :: Irmão(ã) adulto(a).
 - :: Guardião ou responsável por ocasião do óbito.
 - :: Comprometimento físico e/ou mental: representante legal.

- g) Acesso para consulta de terceiros - o SAME poderá liberar o acesso ou consulta às informações contidas no prontuário do paciente para as seguintes categorias:

- Comissões internas e auditorias com o objetivo de avaliação e controle de qualidade.
- Fontes pagadoras do tratamento atual e mediante autorização do paciente no documento “Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente”.
- Equipe multiprofissional relacionada com o atendimento, o diagnóstico ou tratamento, de acordo com a “Política de Acesso a Informações”.
- Auditorias administrativas, financeiras e médicas relacionadas com o atendimento atual.
- Pesquisadores para levantamentos científicos com autorização formal do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa - IIEP e Comissão de Ética em Pesquisa.
- Representantes legais que asseguram o cumprimento da Lei: a liberação de informações requisitadas por órgãos oficiais somente será honrada para aqueles que tiverem posse da requisição legítima ou legal para recebê-las.

- Procedimentos legais: todas as requisições para liberação de informações para fins litigiosos serão enviadas ao Gerenciamento de Risco e/ou Departamento Jurídico.
- h) Informações telefônicas - é vedado a qualquer membro da equipe multiprofissional fornecer informações do prontuário do paciente a terceiros, salvo com autorização do paciente ou representante legal (art. 83 e 117 do Código de Ética Médica).

Somente a Enfermeira responsável da unidade poderá dar informações telefônicas sobre o paciente, nos casos onde se aplica.

- i) Termo de Condições Gerais de Admissão - todos os pacientes ao serem internados devem assinar o “Termo de Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente” que descreve as pessoas autorizadas a manipularem o prontuário para consultas, como Comissões do Hospital, Companhias de Seguro e Organizações Oficiais. Direitos e Deveres do Paciente, Responsabilidade pelo pagamento das contas hospitalares, honorários Médicos e Segurança.
- j) Auditorias: a auditoria pelas Fontes Pagadoras e/ou Seguros de Vida no prontuário do paciente só poderá ser realizada por profissional médico e/ou enfermeiro, devidamente qualificado e identificado através da apresentação de sua identificação profissional (expedida pelo Conselho Regional respectivo) e o crachá da empresa que ele representa no momento da consulta.

A Fonte Pagadora terá acesso apenas às informações daqueles pacientes beneficiários de sua carteira de clientes, e dos atendimentos cujo pagamento foi arcado por essa empresa.

O SAME dispõe de equipe de auditores internos que avaliam, de maneira sistematizada, o nível de conformidade de preenchimento do prontuário.

- k) Emissão de cópias de prontuários - a emissão de cópia de quaisquer informações do prontuário do paciente é proibida, a não ser que tenha consentimento por escrito do paciente ou seu representante legal. Esse consentimento deverá ser declarado em formulário próprio, fornecido pelo SAME, mediante a presença de duas testemunhas:
- Esposo(a).
 - Representante legal atuante de direito.
 - Filho(a) adulto(a).
 - Irmão(ã) adulto(a) guardião ou responsável.
 - A cópia deverá ser realizada nas dependências do SAME e, em condições excepcionais, poderá ser realizada em outro local, desde



que acompanhada por um funcionário do SAME (seguindo as normas estabelecidas pelo setor). Todos os prontuários xerocados, e suas respectivas cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso.

Em caso de transferência do paciente para outro serviço a enfermagem terá autonomia para copiar os documentos necessários para garantir a continuidade da assistência, devendo estar registrados no prontuário quais documentos foram copiados e para quem foram entregues.

O médico pode receber cópias de imagens de procedimentos realizados por ele (fitas VHS, CD-ROMs ou DVDs), de acordo com o item 6 do documento “Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente”.

Órgãos da administração da Instituição podem solicitar ao SAME cópias de prontuários com a finalidade de análise de casos de risco para o paciente ou a Instituição. São eles: Superintendência do Hospital Israelita Albert Einstein, Diretoria Executiva de Prática Médica, Diretoria Clínica e Grupo de Gerenciamento de Riscos. Neste caso, os solicitantes são responsáveis pela manutenção do sigilo das informações e devem se comprometer a seguir a legislação vigente. Em caso de extravio ou perdas de cópias de prontuários sob guarda da administração, deverá ser lavrado um Boletim de Ocorrência, de acordo com as normas institucionais vigentes, assim como deve ser notificado o SAME.

- l) Transferências para outra instituição - a unidade de internação do paciente deverá emitir cópia da última prescrição médica, impresso da transferência e Resumo de Internação. Não há necessidade de solicitar autorização do SAME. Esta medida visa agilizar o processo de transferência e garantir a continuidade do cuidado.
- m) Omissões: as omissões e/ou o preenchimento incompleto do prontuário só poderão ser corrigidas pelo profissional que prestou a assistência (médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, dentistas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais). O prazo para a correção não deverá ultrapassar 60 (sessenta) dias da alta do paciente.

Poderá ser utilizado o próprio impresso questionado ou uma Comunicação Interna (CI), registrando-se a data e a hora da correção e a data do registro a que se refere, de acordo com a orientação do SAME.

Notificações de comparecimento do profissional envolvido para proceder ao registro de omissão ou erro serão controlados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística, conforme fluxo descrito (normas do SAME).

Caso os documentos médicos exigidos para admissão do paciente não sejam localizados no prontuário, deverão ser refeitos, sendo obrigatória a data da correção da omissão.

- n) Rasuras - o prontuário do paciente não poderá ter rasuras como: rabiscos, uso de corretivos, duas etiquetas no mesmo espaço indicado.

Quando a informação for inadequada, deve-se colocá-la entre parênteses e utilizar-se das expressões: NÃO SE APLICA; NÃO SE REFERE; NÃO PROCEDE AO PACIENTE, ou SEM EFEITO, DIGO, e outras.

Havendo rasura, o profissional será convocado no caso de justificá-la em CI. Ao não comparecimento a tal convocação, o SAME encaminhará o caso à Coordenação Médica ou aos gerentes das áreas envolvidas.

- o) Perdas ou extravio - Havendo extravio de documentos dos prontuários dos pacientes internados, ou perda deles, o SAME deverá realizar todos os esforços necessários, juntamente com a equipe envolvida, para solucionar o problema, documentando-os.

Não sendo possível localizar o documento, esgotados todos os esforços para tal, no prazo de 72 horas deverá ser registrado um Boletim de Ocorrência Policial com orientação e acompanhamento do Serviço de Segurança patrimonial da SBIBAE.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística não aceitará informações verbais sobre o extravio de impressos do prontuário do paciente internado.

O Hospital garante a guarda de prontuários de risco (processo judicial e/ou gerenciamento de risco) em arquivos especiais contra incêndio e furto.

O Hospital mantém os prontuários de pacientes internados arquivados no SAME fechados até a digitalização deles, sendo, após esse processo, encaminhados para guarda terceirizada. Os setores que atendem pacientes ambulatoriais podem guardar prontuários em suas áreas para a garantia da continuidade do tratamento, desde que atendam às normas emitidas pelo SAME e regidas por esse documento.

- p) Guarda do prontuário - ao SAME compete garantir a guarda ilimitada (Resolução CFM 1.639/02), o sigilo e o acesso às informações do prontuário do paciente internado após a alta. Durante o período de internação, é da responsabilidade da equipe multiprofissional tais garantias. O prontuário poderá ser substituído por métodos de registros capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas (digitalização, microfilmagem) de acordo com a legislação vigente.





Toda e qualquer consulta ao prontuário físico fechado de paciente internado deverá ser realizada no SAME, seguindo as rotinas estabelecidas pelo serviço.

- q) Termo de Responsabilidade com Assunção de Dívida - todos os pacientes ao serem internados devem assinar o “Termo de Responsabilidade com Assunção de Dívida” que descreve a responsabilidade do responsável por todas as despesas decorrentes da internação do paciente.

3- CONTINUIDADE DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

DEFINIÇÃO:

Estabelecer diretrizes para a continuidade de assistência aos pacientes tratados no HIAE.

OBJETIVO:

Garantir que as atividades relacionadas às áreas assistenciais sejam integradas e coordenadas em todos os setores e unidades do hospital.

INDICAÇÃO:

Todos os pacientes assistidos no HIAE.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

Todos os pacientes do HIAE recebem a assistência à saúde que melhor atenda às suas necessidades clínicas, psicológicas e sociais, a partir de seu histórico de saúde anterior e do motivo de sua vinda ao Hospital:

As condições para manutenção da assistência à saúde são garantidas conforme planejadas até a conclusão do tratamento, até que a situação do paciente determine a alteração do planejamento ou mesmo até que o paciente seja transferido, quando planejado.

Todo paciente do HIAE deve decidir, juntamente com seu(s) médico(s), aspectos relacionados à assistência oferecida, tomando decisões conjuntas sobre a continuidade da assistência.

Todas as informações relativas ao paciente e a tratamentos e assistência recebidos são transmitidas quando da transferência do paciente, entre serviços e entre profissionais de saúde, internamente ou para outra instituição de saúde por meio da cópia de partes do prontuário do paciente (prescrição e evolução do dia), quando solicitado, e via de regra, do relatório “Resumo de Internação” com os dados relevantes referentes ao diagnóstico e ao tratamento.

Todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente são responsáveis por garantir a previsão e provisão de recursos necessários à continuidade do tratamento após a alta, assim como as orientações ao paciente e à família registradas no documento “Continuidade do Tratamento e Instruções Pós-alta”.

A equipe interdisciplinar deve prever e garantir o transporte mais adequado ao paciente na alta hospitalar. Mediante a necessidade de utilização de táxi, a recepção providencia os prestadores de serviços recomendados pelo Serviço de Atendimento ao Cliente do HIAE.

REGISTRO:

Prontuário do Paciente.

4- ADMISSÃO DE PACIENTES TRANSFERIDOS PARA O HIAE

DEFINIÇÃO:

O HIAE deverá obter informações prévias, precisas e objetivas sobre a história e patologia do paciente para definir a sua aceitação e garantir a continuidade de seus tratamentos.

OBJETIVO:

Definir responsabilidade e conduta para admissão de pacientes no HIAE e em seus serviços, que venham de outras instituições de saúde.

INDICAÇÃO:

Todos os pacientes transferidos de outras instituições de saúde para o HIAE.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

No momento da admissão ou antecipadamente o HIAE, através dos seus serviços e setores que recebem pacientes transferidos, busca e obtém informações precisas e suficientes sobre o paciente, sobre seus tratamentos e a indicação para a transferência do paciente para o hospital.

Como informações mínimas para a admissão do paciente e aceitação da transferência, são necessárias no mínimo as seguintes informações:

- a) Motivo para a transferência do paciente para o HIAE.
- b) Hipótese diagnóstica verificada.
- c) Relação de tratamentos em andamento e resultados obtidos.



- d) Informações conhecidas sobre cuidados especiais que o paciente vem recebendo e condições clínicas no momento da solicitação.
- e) Dados do paciente: idade, sexo, nome completo, nome de um responsável, nome do médico responsável no hospital de origem, nome do hospital de origem (telefone de contato, número do leito que se encontra), nome do médico que será responsável no HIAE, forma de transporte que utilizará na transferência.

Cada serviço ou setor que possa admitir pacientes transferidos para o HIAE mantém implantadas rotinas e procedimentos adequados que garantem a busca das informações mínimas sobre o paciente antes da sua transferência, juntamente com as demais informações específicas e necessárias no preparo da unidade para recebê-lo.

As decisões de admissão de pacientes são tomadas com base nas análises das informações obtidas e na capacidade de atendimento do hospital e seus setores.

Todas as admissões que não sejam emergências serão baseadas na capacidade de atendimento do HIAE e na disponibilidade do paciente pagar pelos serviços previstos antes da transferência.

O HIAE receberá transferências de pacientes que não tenham condições de pagar pelos tratamentos recebidos somente nos casos analisados e aprovados pela Comissão Social deste Hospital.

O HIAE tem processos definidos para analisar, através do Serviço Social, os casos de pacientes sem condições de pagar pelos serviços oferecidos. O Serviço Social do hospital mantém documentados os processos de análise e decisão sobre esses casos.

Todo o paciente a ser admitido deve ter um médico titular responsável ou será admitido via Unidade de Primeiro Atendimento onde será definido um médico para assistir o paciente. Nestes casos, o contato prévio entre hospitais deverá ocorrer na UPA.

É responsabilidade do hospital definir a unidade de internação do paciente a ser admitido com base nas suas necessidades e na análise das informações obtidas, e todos os casos omissos deverão ter a aprovação da coordenação médica do hospital ou do setor envolvido.

REGISTRO:

Prontuário do Paciente.

5- RECUSA AO TRATAMENTO E/OU ALTA A PEDIDO

DEFINIÇÃO:

Todo paciente do HIAE tem o direito de não aceitar um tratamento ou cuidado proposto pelo hospital ou pelo corpo clínico, desde que ele tenha sido informado sobre todos os riscos e alternativas possíveis e que sua vontade esteja expressa formalmente. Faz-se necessário que isso não implique em risco de morte ao paciente/ ou ponha a vida do paciente em risco.

OBJETIVOS:

Estar em conformidade aos artigos 32, 46, 48 e 56 estabelecidos no Código de Ética Médica.

Garantir o direito do paciente em recusar o tratamento ou solicitar alta independentemente da indicação médica.

Resguardar a equipe médica mediante situações de conflito.

INDICAÇÃO:

Pacientes clínicos ou cirúrgicos que recusam um tratamento ou procedimento indicado pelo corpo clínico responsável.

Pacientes clínicos ou cirúrgicos que solicitam alta hospitalar contrária à recomendação médica.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

Atendendo ao que determina o Código de Ética Médica, o Hospital Israelita Albert Einstein considera o direito do paciente e da família de recusar o tratamento ou cuidado proposto pelo corpo clínico. O paciente deverá estar ciente de todos os riscos e alternativas possíveis e garantir que sua vontade esteja expressa formalmente no prontuário.

Será resguardada a decisão médica de desrespeitar tal direito do paciente que se encontre em situação clínica delicada na qual essa atitude colocará em risco a vida ou que haverá possibilidade de dano irreparável à saúde. As decisões da família seguem a mesma regra na impossibilidade do paciente tomar a decisão.

REFERÊNCIAS ENCONTRADAS NO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA:

A questão da “Alta a Pedido” e “Recusa a Procedimento, Tratamento ou Medicação” se enquadra na questão da Autonomia, princípio básico da Bioética. O respeito à solicitação de “Alta a Pedido” é baseado nos seguintes Artigos do Código de Ética Médica:



*** Artigo 46 - “É vetado ao médico”:**

“Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente ponto de vista”.

*** Artigo 48 - “É vetado ao médico”:**

“Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”.

*** Artigo 56 - “É vetado ao médico”:**

“Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de morte”.

Desde que o paciente tenha sido plenamente esclarecido sobre sua situação, condutas terapêuticas e perspectivas quanto à sua vida e sua saúde (tudo isso devidamente comprovado, como cautela para o médico), é ele, paciente, quem vai decidir se aceita ou não a conduta terapêutica.

Em situações que coloquem em risco a vida ou que haja possibilidade de dano irreparável à saúde, nenhum argumento ou documento estará acima do tratamento, daí o Artigo 32:

*** É vetado ao médico”:**

“Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato médico que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou seu responsável legal”.

A solicitação de “Alta” não exime o médico da responsabilidade que tal ato possa suscitar à vida do paciente. O documento “Alta A Pedido” só possui valor quando não há risco iminente de morte; caso contrário ele é inócuo como elemento de preservação da responsabilidade do médico.

Recomenda-se a elaboração do documento “Alta a Pedido” mesmo quando inexistir periclitacão à vida, para se documentar o respeito à vontade do paciente.

A “Alta a Pedido” e a “Recusa ao Tratamento” constam na “Declaração dos Direitos do Paciente e da Família” respeitadas institucionalmente.

DOCUMENTAÇÃO EM PRONTUÁRIO (INSTITUCIONAL):

O hospital dispõe de documentos específicos para registro de recusa ao tratamento ou procedimento e alta a pedido. Nas situações em que o paciente ou familiar se recuse a assinar a equipe deverá documentar tal recusa no mesmo impresso;

Recusa de tratamento em casos de risco de morte ou possibilidade de dano irreparável à saúde: a não aceitação de um tratamento nessas condições deverá ser caracterizada, devendo tal fato ser registrado sob a forma de Boletim de Ocorrência (Autoridade Policial) ou em anotação em Prontuário e/ou livro de ocorrências, sempre com testemunhas.

Evasão em casos de risco de morte ou possibilidade de dano irreparável à saúde: a saída de um paciente nessas condições deverá ser caracterizada como evasão do paciente e de seus responsáveis do ambiente de atendimento, devendo tal fato ser registrado sob a forma de Boletim de Ocorrência (Autoridade Policial) ou em anotação em Prontuário e/ou livro de ocorrências, sempre com testemunhas.

REGISTRO:

Prontuário do Paciente.

6- CRITÉRIOS PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES DO HIAE PARA OUTRAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

DEFINIÇÃO:

Todas as transferências de pacientes do Hospital Israelita Albert Einstein para qualquer outra instituição de saúde devem garantir a continuidade do tratamento ao paciente. As informações sobre o paciente e seus tratamentos devem ser enviadas juntamente com o paciente. Essa determinação pode ser cumprida através de cópia do prontuário do paciente ou por um resumo de internação.

OBJETIVO:

Definir a responsabilidade e a conduta do hospital e dos seus funcionários em todas as transferências de pacientes para outras instituições de cuidados ao paciente e definir os direitos dos pacientes nesses processos.

INDICAÇÃO:

Todo paciente transferido do HIAE para outras instituições de saúde.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

Todas as transferências de pacientes devem ser autorizadas pelo médico titular do paciente.

O hospital somente autorizará as transferências dos seus pacientes para outras instituições se elas apresentarem condições de prosseguir os tratamentos já iniciados do paciente e em atender os novos tratamentos essenciais indicados.



Caso o paciente solicite sua transferência para uma instituição que não ofereça os cuidados necessários, o paciente ou responsável legal deverá deixar sua vontade expressa formalmente no documento “Alta a Pedido”, desde que não implique em risco iminente de morte.

Sempre que o paciente for transferido para outra instituição, o HIAE (unidade de origem do paciente) deverá entrar em contato previamente com a instituição que vai receber o paciente para transferir todas as informações relevantes sobre ele e seus tratamentos, discutindo a continuidade do tratamento e obtendo uma autorização da instituição de destino para a transferência do paciente. O HIAE deve se certificar de quem é o responsável nominal por receber o paciente e se existe alguma condição especial como local específico ou horário mais adequado.

A responsabilidade no momento da transferência do paciente é da área que está enviando o paciente e deverá estar descrita no manual operacional da área, juntamente com a descrição da rotina de transferência.

A responsabilidade pelo paciente durante a transferência é da equipe de transporte, que deverá ter todas as condições para atestar a situação do paciente.

A rotina de transferência inclui o envio da documentação completa sobre a assistência prestada até o momento no HIAE. Os exames complementares devem estar anexados à documentação. Os impressos Institucionais para transferência são “Resumo de Internação” e “Autorização para Transferência Externa”.

Sempre que um paciente for transferido para fora do HIAE, ele deverá receber cuidados adequados durante todo o seu processo de transferência, até que o paciente seja entregue a outra instituição, ou ao serviço de remoção adequado à complexidade do caso.

Até que os pacientes transferidos para fora do HIAE sejam recebidos pela outra instituição, todos os tratamentos prescritos devem ser mantidos.

Pacientes com condições clínicas instáveis (hemodinamicamente instáveis) só poderão ser transferidos com anuência do médico plantonista do setor e do médico responsável pela remoção até o hospital de destino; pacientes em 2ª fase de trabalho de parto (5 cm de dilatação), com possibilidade de piorar na sua transferência não devem ser transferidos, exceto quando o médico plantonista do setor e o médico responsável pela remoção até o hospital de destinos e o médico autorizem a transferência.

Situações de conflito com pacientes e familiares devem ser tratados em conjunto com o Diretor de Prática Médica ou seu representante.

REGISTRO:

Prontuário do Paciente.

7- SAÍDA TEMPORÁRIA DO PACIENTE DO HOSPITAL DURANTE A INTERNAÇÃO

DEFINIÇÃO:

O Hospital Israelita Albert Einstein NÃO PERMITE a saída temporária e eventual de pacientes do hospital durante o período de internação, sem alta hospitalar.

OBJETIVOS:

Prevenir riscos decorrentes da liberação de pacientes que solicitam se ausentar durante a internação e que não tenham condições de alta hospitalar.

Prevenir riscos de acidentes pessoais ou contra terceiros, fora do HIAE, estando internado e sob a responsabilidade da Instituição.

Assegurar que essa prática não ocorra no HIAE.

Evitar conflitos com fontes pagadoras.

Resguardar as responsabilidades do HIAE e da equipe assistencial.

INDICAÇÃO:

Pacientes internados no HIAE que solicitam autorização para se ausentar do hospital por um período, sem alta hospitalar.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

O Hospital Albert Einstein não permite a saída temporária e eventual de pacientes do hospital durante o período de internação, sem alta hospitalar.

São consideradas situações de exceção aquelas em que o HIAE não disponha da tecnologia para atender a uma necessidade do paciente ou necessidades de avaliações médicas obrigatoriamente realizadas em outras instituições de saúde. Nessas situações, o paciente deverá ser conduzido em veículo providenciado pelo hospital e acompanhado por profissional designado pela Instituição, com autorização do médico assistente, registrada em prontuário. Quando o médico decidir assinar a alta deve-se documentar no formulário e no sistema somente quando o médico (ou seu assistente) comparecer ao hospital e regularizar a documentação.

O paciente com alta hospitalar (assinada pelo médico) deverá retirar seus pertences do apartamento, desocupando o leito e disponibilizando-o no sistema do Hospital Israelita Albert Einstein.



Não é permitida no Hospital Israelita Albert Einstein a alta hospitalar por ordem telefônica. O paciente só é considerado de alta e, portanto, liberado mediante o registro do médico em prontuário.

REGISTRO:

Prontuário:

Evolução Multiprofissional e Resumo de Internação.

8- TRANSFERÊNCIA DE TITULARIDADE MÉDICA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO HIAE

DEFINIÇÃO:

Todo paciente hospitalizado no HIAE tem o direito de solicitar transferência de titularidade do médico responsável por sua assistência durante o período de hospitalização compreendido entre a internação e a alta.

OBJETIVO:

Normatizar a transferência de titularidade médica de acordo com os regulamentos do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

INDICAÇÃO:

Todos os pacientes hospitalizados no HIAE que solicitem, por si ou através de seus responsáveis nomeados ou legais, a transferência de responsabilidade de atendimento médico.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

Todo o paciente dentro de sua autonomia ou seu responsável que decida por transferir a responsabilidade da assistência médica durante o período de hospitalização deverá cumprir as seguintes regras:

- O paciente ou responsável poderá solicitar a assistência de outro médico a ser responsável por seu tratamento comunicando o médico titular ou a enfermagem em situações de conflito.
- Quando a enfermagem recebe a solicitação, o enfermeiro deverá notificar o atual médico titular, solicitando sua anuência, assim como obter a anuência do novo médico indicado.
- O enfermeiro providencia o “Termo de Transferência de Titularidade Médica para Assistência ao Paciente Durante Internação no HIAE” e solicita do paciente ou seu responsável que assine a solicitação, identificando o novo médico a ser chamado.
- O enfermeiro deverá contatar o médico solicitado pela família, que deverá avaliar e tratar o paciente solicitante mesmo sem a autorização prévia do antigo titular.

- Caso haja discordância entre o primeiro titular e o médico solicitado a assumir o caso, o Diretor da Prática Médica do HIAE, ou quem ele delegar, permanecerá provisoriamente como responsável pela assistência e assim que possível e após a avaliação do médico solicitado deverá ser realizada a transferência administrativa da titularidade.

Os casos de conflito serão conduzidos pelo SAM (Serviço de Atendimento Médico) e na sua ausência o Plantão Médico Administrativo deverá ser acionado.

Todos os atos acima mencionados devem estar registrados no prontuário do paciente, nos impressos de “Evolução Médica”, “Evolução Multiprofissional” e “Termo de Transferência de Titularidade Médica para Assistência ao Paciente Durante Internação no HIAE”, garantindo a continuidade da assistência.

REGISTROS:

- Prontuário do Paciente.
- Cadastro do Paciente.

9- ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM ESTADO DE COMA E/OU PACIENTE EM ESTADO TERMINAL

DEFINIÇÃO:

Diversos aspectos de natureza clínica, ética, jurídica, religiosa e econômica envolvem os pacientes em coma ou em estado terminal. Esse documento regulamentam o atendimento desse grupo de pacientes.

OBJETIVO:

As avaliações realizadas nesse grupo de pacientes têm por objetivo:

- Identificar aspectos que possam causar impacto na continuidade do cuidado, que possam melhorar o prognóstico de paciente viável ou que possam prolongar a vida de paciente com prognóstico fechado.
- Identificar aspectos e necessidades da família de ordem espiritual, emocional, cultural, social, financeira e educacional, que estejam ligados aos fatores relacionados no item 1.
- Identificar aspectos e necessidades de educação da família na possibilidade de alta para o domicílio.
- Identificar aspectos culturais e religiosos e necessidades da família na possibilidade de óbito.

INDICAÇÃO:

É aplicável a todos os pacientes assistidos no HIAE que se encontram em estado de coma e/ou em estado terminal.



INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

O processo avaliação multiprofissional deve ser mantido para o paciente comatoso e/ou terminal.

Pacientes que necessitam de suporte para a sobrevivência, que impliquem em cuidados intensivos com ventilação mecânica serão admitidos na CTI com base no prognóstico de qualidade de vida (critério de recuperabilidade).

Pacientes comatosos e/ou terminais com prognóstico fechado, receberão suporte básico para a manutenção da vida nas Unidades de Internação e suporte medicamentoso de analgesia e sedação para oferecer conforto e alívio dos sintomas; receberão também suporte Avançado mediante PCR.

A equipe assistencial mantém a avaliação de riscos e necessidades considerando-se o aspecto espiritual, emocional, cultural, social e financeiro, respeitando as condições e solicitações da família.

O plano educacional do paciente contempla as necessidades e orientações à família, garantindo sua participação na tomada de decisões para assistência hospitalar, bem como, quando viável, a alta, para a compreensão dos cuidados e procedimentos prestados ao paciente em casa.

É direito e dever da família assinar as condições gerais de admissão e consentimentos na impossibilidade do paciente fazê-los por vontade própria. Na ausência do consenso familiar, quando o caso, prevalecerá o consenso médico.

A equipe multiprofissional mantém a família informada com relação ao prognóstico e risco de óbito, avaliando as necessidades de suporte e garantindo as medidas de conforto.

Critérios de Transferência do Comatoso:

- Ala - CTI: dependerá da decisão médica em consenso com a família desde que esteja em conformidade com as políticas Institucionais de critérios de admissão em CTI.
- CTI - Ala: dependerá da decisão médica em consenso com a família desde que esteja em conformidade com as políticas Institucionais de suporte à vida.
- HIAE - Outro Hospital ou Casa de Repouso: dependerá da decisão médica em consenso com a família desde que esteja em conformidade com as políticas Institucionais de transferência externa.
- HIAE - Residência: dependerá da decisão médica em consenso com a família desde que esteja em conformidade com as políticas Institucionais de alta e esteja definido o serviço que prestará atendimento de internação domiciliar.

REGISTRO:

Prontuário do Paciente.

CENTRO CIRÚRGICO

APRESENTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CENTRO CIRÚRGICO DO 2º ANDAR

- Com seis salas cirúrgicas, é destinado à realização de cirurgias em que o paciente pode receber alta no mesmo dia. Área anexa ao Day Clinic. Especializada no atendimento de especialidades de dermatologia, oftalmologia, ortopedia, cirurgia geral, otorrinolaringologia, cirurgia pediátrica, urológicas e plásticas.

O Centro Integrado Minimamente Invasivo possui quatro salas cirúrgicas, uma específica para a realização de Procedimentos Vasculares. É o primeiro do Brasil a contar com um Equipamento de angiografia vascular dentro de um centro cirúrgico.

O conjunto de soluções de engenharia clínica e de recursos digitais possibilita a realização de cirurgias minimamente invasivas guiadas por imagem, combinadas ou não com procedimentos convencionais, além de permitir que o tratamento e o diagnóstico sejam realizados simultaneamente.

Instalado em uma sala cirúrgica, o equipamento de angiografia vascular tem alta resolução e tempo de utilização ilimitado, ao contrário do equipamento portátil utilizado anteriormente com restrição. Seus recursos exclusivos tornam possível a reconstrução tridimensional angiográfica, o que contribui para melhor planejamento terapêutico e maior precisão.

No caso específico das salas digitais, também chamadas de salas inteligentes, o grande diferencial está relacionado à qualidade das Imagens e à sistemática de gravação e arquivamento.

Há três câmeras estrategicamente instaladas para a captação das imagens: na parede, que dá uma visão global da sala; no foco e também a endoscópica, que mostram as imagens internas do paciente. Ao entrar na sala, a Equipe cirúrgica define de qual câmera solicitará a gravação ou visualização das imagens.

Todas as imagens podem ser transmitidas para outros pontos dentro do Hospital ou para outras instituições hospitalares de ensino.

A conexão digital possibilita que a equipe tenha acesso ao banco de Imagens e exames pré-operatórios (Sistema PACS) inclusive de outras modalidades com tomografia, ressonância magnética, ultrassom e medicina nuclear.





CENTRO CIRÚRGICO DO 5º ANDAR

O Centro Cirúrgico do 5º Andar está localizado no Bloco D. Possui 14 salas equipadas para a realização de procedimentos de alta complexidade como transplantes de rim, fígado, pâncreas e coração, cirurgias cardíacas, ortopédicas e neurológicas, funcionando 24 horas por dia. Disponibiliza para as Equipes Cirúrgicas, profissionais habilitados dos serviços da Engenharia Clínica, Central de Materiais e Esterilização, Farmácia e da Enfermagem.

As salas cirúrgicas neste andar são todas amplas e contam com equipamentos de ponta que facilitam o dia a dia das equipes cirúrgicas. Neste andar, a sala número 6 é utilizada especificamente para atendimento de cirurgias urológicas via endoscópica e é equipada com mesa de RX, holmium laser, US para cirurgias de cálculos vesicais e ureterais e sistema de vídeo endoscópio.

A maioria destas salas oferece a possibilidade de visualização do Sistema PACS (Monitores de 32 a 40 polegadas).

Há também a possibilidade de realização de cirurgias Robóticas (Robô Da Vinci), mediante consulta prévia com a Coordenação do Centro Cirúrgico e Diretoria Médica.

Obs.: Nos casos de dúvidas em relação ao agendamento de cirurgias (complexidade cirúrgica, porte cirúrgico, tempo de cirurgia, materiais consignados etc.), entrar em contato com a Coordenação da Enfermagem e/ou Serviço de Apoio pertinente.

DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS

O Centro Cirúrgico do 2º andar funciona 5 dias da semana, de segunda a sexta, das 7h às 22h, e aos sábados, das 7h às 19h. Conta com uma sala de Recuperação Anestésica com disponibilidade de 10 leitos. O Centro Cirúrgico do 5º andar funciona 7 dias da semana, 24h. Conta com uma sala de Recuperação Anestésica com o mesmo número de leitos do Centro do 2º andar.

NORMAS PARA UTILIZAÇÃO DO BLOCO CIRÚRGICO DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - CENTRO CIRÚRGICO, DAY CLINIC E CENTRO OBSTÉTRICO

É responsabilidade da Equipe Cirúrgica cumprir as normas técnicas e administrativas da instituição listadas a seguir:

ARTIGO 1 - Elaborar prontuário sobre pacientes com registros indispensáveis

à elucidação dos casos, a qualquer momento, bem como, preocupar-se com anotações diárias “de exceção” e eventuais intercorrências pessoais ou com familiares.

ARTIGO 2 – Preencher corretamente os formulários da instituição.

ARTIGO 3 - Zelar pelo bom nome do Hospital, manter bom relacionamento com a administração, profissionais, servidores e a comunidade.

ARTIGO 4 – Respeitar a hierarquia administrativa, a estrutura organizacional e as funções das Unidades Administrativas.

ARTIGO 5 - Observar rigorosamente os horários fixados, cumprir pontualmente o horário de início da cirurgia estabelecido com a equipe de anestesistas.

Obs.: Para atrasos superiores a 30 minutos, por parte do titular da equipe cirúrgica, que impossibilite o início imediato do procedimento cirúrgico no horário programado, a sala reservada, será disponibilizada a outra equipe cirúrgica, respeitando-se o horário agendado para a próxima cirurgia. A equipe cirúrgica deverá aguardar o posicionamento da equipe de enfermagem para novo escalonamento da cirurgia, dependendo da dinâmica do dia.

ARTIGO 6 - Obedecer à padronização de medicamentos, materiais e insumos implantados pelo Hospital, devendo justificar perante a Diretoria da Prática Médica e Diretoria Clínica, qualquer modificação. O médico que solicitar qualquer alteração deverá acompanhar os trâmites até o momento da finalização.

ARTIGO 7 - É estritamente proibida a entrada e utilização de equipamentos particulares de equipes médicas sem prévia verificação e avaliação da equipe de engenharia clínica do centro cirúrgico.

GUARDA DE MATERIAIS

Os vestiários disponibilizados às equipes cirúrgicas, armários específicos para guarda de roupas, botas e tamancos. O fechamento e a tranca dos armários é de responsabilidade do usuário. Botas e tamancos cirúrgicos devem ser guardados e trancados em armários específicos às equipes cirúrgicas. Não os deixe no centro cirúrgico sem as devidas condições de segurança. O HIAE não se responsabiliza por pertences pessoais ou valores deixados fora dos armários. Para sua tranquilidade disponibilizamos de cofre para guarda de valores ou pertences valiosos. Comunique a recepção.





EQUIPE DE ANESTESIA

ARTIGO 1 – As equipes de anestesia devem seguir as rotinas e os protocolos institucionais definidos pela Coordenação do Serviço de Anestesia do HIAE, realizando o correto preenchimento dos formulários da Instituição.

ARTIGO 2 - A responsabilidade de contato com as Equipes Anestésicas relacionadas às cirurgias eletivas é de responsabilidade da equipe médica.

ARTIGO 3 - Em caso de procedimento de Urgência e Transplante, a equipe responsável pelo contato com a equipe médica é a do agendamento cirúrgico.

HORÁRIO PARA AGENDAMENTO DE CIRÚRGIA

CIRURGIA ELETIVA – 7h às 19h, de segunda a domingo.

CIRURGIA DE URGÊNCIA – Serviço disponível 24 horas.

AGENDAMENTO PRÉVIO – Limitado a 30 dias da data do agendamento. Sujeito a necessidade de confirmação da cirurgia. É obrigatório o encaminhamento de FAX 48 horas antes da data de realização da cirurgia.

ALTERAÇÃO DE DADOS – O remanejamento de cirurgia só poderá ser realizado pelo cirurgião ou pela equipe cirúrgica após contatar a equipe do agendamento, para verificar o impacto da alteração na dinâmica do dia. Após validar com o Comitê Gestor do Centro Cirúrgico serão registradas todas as informações relacionadas às alterações (módulo eletrônico e gravação).

AGENDAMENTO DE LITOTRIPSIA

Horários disponíveis:

2ª, 3ª, 5ª e 6ª Feira – 07h30, 08h30, 09h30, 10h30, 13h, 14h, 15h, 16h.

4ª Feira - 07h30, 08h30, 09h30, 10h30, 12h, 13h, 14h, 15h.

Sábado – 07h30, 08h30, 09h30.

AGENDAMENTO DE EXCIMER LASER:

Horário de funcionamento: das 14h às 21h30, de 2ª a 6ª feira.

Em casos de urgência, é realizado contato prévio com o serviço de agendamento. Os procedimentos do Excimer Laser podem ser LASIK, PRK e Cross-Link.

Alteração de dados: O remanejamento de cirurgia só poderá ser realizado pelo cirurgião ou pela equipe cirúrgica após contatar a equipe do agendamento, para verificar o impacto da alteração na dinâmica do dia. Após validar com o Comitê Gestor do Centro Cirúrgico serão registradas todas as informações relacionadas às alterações (módulo eletrônico e gravação).

Cancelamento de Cirurgias: As Equipes cirúrgicas devem comunicar o cancelamento de procedimentos cirúrgicos previamente agendados a Equipe de Agendamento do Centro Cirúrgico no menor prazo possível.

Disponibilidade de Salas: Nos casos de falta de disponibilidade de salas a Equipe do Agendamento verificará outras opções de horário para realização do procedimento, após verificação da dinâmica do setor.

MATERIAIS CONSIGNADOS, PRÓTESES E SÍNTESES

ARTIGO 1 - “É vedado ao médico exercer simultaneamente a medicina e a farmácia, bem como obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em decorrência da sua atividade profissional.” (Código de Ética Médica, Capítulo VIII, Artigo 99 do CRM).

ARTIGO 2 - Para a cirurgia eletiva, o material deverá ser solicitado com pelo menos 72 horas de antecedência da data prevista para a cirurgia.

ARTIGO 3 - Os pedidos de materiais consignados solicitados com menos de 24 horas da realização do procedimento cirúrgico podem comprometer a confirmação do Agendamento do procedimento cirúrgico. Nestes casos o Centro Cirúrgico entrará em contato com os Fornecedores e verificará a possibilidade de encaminhamento dos materiais, em casos em que não houver a possibilidade da disponibilização do material devido ao curto espaço de tempo, a Equipe será comunicada da impossibilidade do Agendamento do Procedimento e verificação de outras alternativas.

ARTIGO 4 - Nos casos em que a compra de materiais consignados seja realizada pelo próprio cliente, deve-se encaminhar FAX para a Coordenação de Enfermagem do CC ou Gerente de Planejamento, para autorização e assinatura. Será acrescida para estes casos uma taxa de Administração variável definida pelo Departamento Comercial que será cobrada do paciente após a realização do Procedimento Cirúrgico. Em casos de dúvidas entrar em contato com o Departamento Comercial – ramal 50459. O não cumprimento deste artigo pode ocasionar problemas em relação à sistemática de cobrança destes materiais consignados.

ARTIGO 5 - Em caso de utilização de materiais consignados é necessário o encaminhamento de FAX para a equipe do agendamento cirúrgico, especificando-se o fornecedor e a quantidade de material ou envio de e-mail para agendamentocirurgico@einstein.br.

ARTIGO 6 - Não serão disponibilizados quaisquer tipos de materiais, equipamentos, instrumentais e óticas pertencentes ao bloco cirúrgico para a realização de procedimentos fora da instituição.

IDENTIFICAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (LATERALIDADE)

DEFINIÇÃO

Estabelecer sistema de identificação do sítio cirúrgico ou de procedimento terapêutico invasivo, para evitar possível erro na execução do procedimento: troca de lado ou do local do procedimento.

OBJETIVOS

Minimizar riscos de cirurgia ou procedimento errado, em local errado, no paciente errado.

INDICAÇÃO

Todos os pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos ou terapêuticos invasivos, que impliquem em lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

1. A Atividade realizada é de inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou terapêutico invasivos.
2. Todo procedimento cirúrgico ou terapêutico invasivo que possibilite lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ser marcado pelo cirurgião ou médico executor do procedimento.
3. A marcação do local operatório ou do procedimento deverá ser feita no paciente consciente, com marcador padronizado (caneta) e sinalização recomendada (alvo) pelo médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado, antes da entrada do paciente no centro cirúrgico ou na sala de exames. As cirurgias que requerem marcação especial (plástica, varizes) poderão utilizar marcação específica.
4. A marcação recomendada é um círculo ou dois círculos circunscritos simulando um alvo.
5. Na entrada do centro cirúrgico ou sala de exames, o enfermeiro ou técnico que receber o paciente deverá conferir a sinalização com o consentimento informado, carimbar no impresso PZ1M6 e preencher os dados correspondentes.
6. Nos casos não agendados ou casos de urgência, o local deverá ser confirmado com marcação adequada e padronizada pelo médico responsável antes do início da cirurgia ou dos procedimentos terapêuticos invasivos e deverá ser registrado no prontuário pela equipe de enfermagem no campo anotações do impresso PZ1M6.



7. O paciente não será posicionado na sala de cirurgia sem a marcação.

8. Para procedimentos cirúrgicos a marcação é obrigatória.

Para procedimentos terapêuticos invasivos a marcação é recomendada.

As exceções são:

- Casos de órgãos únicos.
- Casos em que o local da intervenção não foi previamente definido. Ex.: cateterização cardíaca, laparotomia exploradora.
- Dente e face - indique nome e local no consentimento informado. Evite abreviaturas.
- Crianças prematuras - indique órgão e lateralidade no consentimento informado.
- Recusa do paciente - deve ter documento confirmando a recusa.



Fluxo de Agendamento Cirúrgico

INÍCIO

EQUIPE MÉDICA

Ligar para o ramal 50227 disponibilizando informações para o agendamento (identificação, data, horário, tipo de procedimento).

EQUIPE DO AGENDAMENTO

Verificar disponibilidade na data e horário solicitado.

Ocorre a possibilidade do agendamento?

Verificar alternativas de horários e salas.

Paciente maior que 18 anos

SCRIPT

Solicita identificação do responsável e telefone para contato

EQUIPE MÉDICA

Verifica a necessidade de uso de algum equipamento. Em caso afirmativo, disponibiliza especificações.

Nos casos de dúvidas em relação a cobertura de ITENS por conta do convênio, solicita contato com a equipe comercial no ramal 50459.

EQUIPE DE AGENDAMENTO

Verifica se ocorre disponibilidade do equipamento através da visualização da lista de equipamentos do período.

Equipamento Disponível

EQUIPE DE AGENDAMENTO

Nos casos em que não for possível realizar o agendamento no centro cirúrgico (indisponibilidade de sala de emergência, reservas de salas confirmadas) verificar a possibilidade de agendamento no centro Obstétrico (segundas e terças das 12 as 17 horas).

EQUIPE DO AGENDAMENTO

Verifica os critérios para o agendamento da cirurgia (sexo feminino, tempo de cirurgia < 3 horas, cirurgias limpas, não utilização de material consignado). Agendar apenas as seguintes cirurgias: Histeroscopia, curetagem, retirada de nódulo sem reconstrução, retirada de cisto do ovário, colpoperineoplastia e cauterização química. Quando não aplicável comunica as equipes cirúrgicas.

FIM

EQUIPE MÉDICA

Verifica se ocorre a necessidade de medicamento ou material especial. Enxerto, prótese.

Material e medicamentos normatizados

Encaminha FAX com descrição do material (3747.2513) ou envia e-mail para o agendamento cirúrgico (agendamentocirurgico@einstein.br).

EQUIPE DO AGENDAMENTO

Verifica previsão da duração do procedimento

EQUIPE DO AGENDAMENTO

Verifica de existem procedimentos associados, relacionados a endoscopia, laboratórios, imagem e assistências da RAVA e oftalmo.

Existem assistências dos serviços de apoio?

EQUIPE DO AGENDAMENTO

Seleciona a área de apoio no sistema de agendamento cirúrgico para que seja encaminhado um e-mail aos grupos de apoio que entrarão em contato com as equipes cirúrgicas para esclarecimentos se necessário.

Nova lista de materiais e medicamentos definidos pela equipe?

EQUIPE DO AGENDAMENTO

Confirma todas as informações (identificação do solicitante, tipo de cirurgia, data, horário, nome do cirurgião e do anestesista e local).

FIM

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA/ UNIDADE SEMI-INTENSIVA/ UNIDADE CORONARIANA (CTI: UTI/USI/UCO)

PROCEDIMENTO

1. ENCAMINHAMENTO:

Os pacientes internados na Unidade de Primeiro Atendimento (UPA) são avaliados pelos plantonistas e/ ou médicos assistentes. Se houver necessidade serão encaminhados à unidade do CTI. A vaga não precisa ser cedida pelo médico plantonista do CTI, ela é solicitada automaticamente pela equipe de enfermagem, e o paciente é transferido dentro da disponibilidade de leitos. Os dados clínicos serão passados diretamente pelo médico da UPA para o médico do CTI, durante o processo de admissão.

Os pacientes internados nas alas são avaliados pelos médicos assistentes ou médicos plantonistas do CTI, sendo transferidos para uma das unidades por solicitação deles. Os dados clínicos são transmitidos pelos médicos que fizeram a pré-avaliação e a transferência ao médico de plantão.

Os pacientes internados na USI ou UCO são avaliados pelo médico assistente e/ou pelo médico plantonista e podem ser encaminhados a UTI por solicitação deles.

Em todos os casos o médico assistente é informado da necessidade do encaminhamento do paciente ao CTI e consultado se ele está de acordo.

A qualquer momento o médico assistente pode pedir à enfermagem que solicite uma vaga no CTI para seu paciente. No processo de atendimento do Código Amarelo os pacientes podem ser transferidos para a UTI sem comunicação prévia ao médico assistente, para priorizar a segurança da assistência.

2. ADMISSÃO:

Os pacientes admitidos no CTI podem ser provenientes de qualquer setor interno do hospital, unidades avançadas e outros serviços externos, seguindo-se os fluxos descritos no encaminhamento.

Ao chegar ao CTI o paciente é recebido e avaliado pela enfermeira da unidade, que recebe os dados clínicos do setor de onde o paciente é proveniente. Em paralelo, o médico plantonista avalia, examina e recebe as informações do médico do outro setor que fez a avaliação.

O médico assistente do paciente é informado que o paciente foi para o o CTI (pela equipe do setor original ou a do CTI), então eles discutem sobre a conduta e procedimentos a serem realizados.



3. INTERNAÇÃO:

Durante a internação o paciente fica aos cuidados da Equipe Profissional do CTI que se reveza em plantões. A equipe médica trabalha em turnos de 12 horas. As passagens de plantão ocorrem as 7h e as 19h.

Todos os pacientes são examinados no período da manhã e ao longo do dia quantas vezes forem necessárias. Na UTI, alguns pacientes selecionados, além de estarem sob os cuidados do médico plantonista, também são vistos pela equipe da visita horizontal, que é formada por médicos que fazem parte do corpo clínico da UTI e que passam visita para supervisionar o acompanhamento dos médicos residentes.

Os exames a serem solicitados e as condutas a serem tomadas são, na maioria das vezes, discutidas com o médico assistente, com exceção dos casos de Urgência ou Emergência.

Na UTI, a visita dos familiares ocorre em três períodos: das 9h às 9h30; das 14h30 às 15h30; das 20h30 às 21h30. Esses horários podem sofrer pequenas alterações se o paciente estiver em procedimento médico ou de higienização. Os familiares recebem informações gerais além dos termos de compromissos explicativos sobre as visitas e acompanhamentos. Na USI e UCO a visita é liberada, com algumas restrições por indicação médica ou familiar.

O médico plantonista fornece informações sobre os pacientes aos familiares que solicitarem. Elas são objetivas e restritas ao quadro atual, sugerindo-se aos familiares que entrem em contato com o médico assistente para orientações específicas ou discussões mais aprofundadas.

Todos os procedimentos da especialidade tais como passagem de sondas, catéteres, entre outros são realizados pela equipe do CTI, mas podem também ser feitos por outros membros do corpo clínico se o médico assistente assim preferir e estiver habilitado.

4. ALTA:

O médico plantonista do CTI pode indicar alta para o paciente e com a autorização do médico assistente ele é encaminhado a outro setor (outras unidades ou alas).

O médico assistente pode indicar e prescrever a alta, sugerindo que entre em contato com o plantonista para ajustes de segurança, conveniência e conforto dos pacientes.

5. EXAMES:

Os exames de rotina geralmente são solicitados pelo médico assistente ou pelo médico plantonista na prescrição do dia anterior. Ao longo do dia, a

solicitação de exames deve ser feita na própria prescrição.

Alguns exames só podem ser realizados fora do setor. Nesses casos, os pacientes serão acompanhados por um anestesista. Se não houver necessidade de acompanhamento, o médico assistente ou o plantonista deve discriminar a dispensa na prescrição.

6. PRESCRIÇÕES:

As prescrições de rotina são feitas pelo médico plantonista, a partir das 17 horas para o dia seguinte. As prescrições feitas pelo médico residente são supervisionadas e revisadas pelo médico plantonista ou pela equipe da visita horizontal.

Qualquer alteração na prescrição do dia corrente é transcrita pela enfermagem ou pelo médico plantonista para a prescrição do dia seguinte.

Os médicos assistentes podem solicitar mudanças na prescrição através de contato telefônico com a equipe médica ou de enfermagem. A equipe profissional de plantão fica responsável pela recepção, documentação e validação dos processos de mudança.





1. UNIDADES

A CMC compreende as unidades de internação de pacientes adultos no HIAE. Em consequência da necessidade de melhorias nas acomodações e no layout dos postos de enfermagem, para proporcionar segurança, conforto aos pacientes e melhor funcionalidade para a equipe médica e interdisciplinar, a CMC iniciou em 2008 uma série de reformas em sua área física. Localizados no prédio Manoel T Hidal fazem parte da CMC as unidades de internação do 2º andar (Geriatria e Day Clinic, que em breve será transferido para o Prédio 1, dando lugar a uma unidade de Uro e Nefrologia), 3º andar (Neurologia, Unidade de Cuidados Avançados em Medicina Psicossomática e Endocrinologia), 6º andar (Oncologia e TMO), 9º andar (Ortopedia, Reumatologia, Cirurgia Plástica Masculina, Cirurgia de Cabeça e Pescoço), 10º andar (Cirurgia Vascular e Cirurgia GastroIntestinal), 11º andar (Cardiologia, Doenças Infecciosas e Pacientes Crônicos), 12º andar (Pneumologia e Cirurgia Torácica). No Bloco B, 5º andar, a CMC conta com uma unidade de Transplantes e no mesmo andar no Bloco C, em breve será inaugurada uma unidade de iodo/braquiterapia. Localizada no Prédio Josef Feher, no 7º andar temos leitos destinados a Cirurgia Plástica Feminina e Ginecologia.

2. ROTINAS E REGRAS - ATENDIMENTO NO HIAE

Os médicos da Unidade Morumbi do HIAE devem ter como prioridade em sua atuação a oferta de assistência médica de qualidade, o que é viabilizado, principalmente, por meio de obediências às regras de atuação do corpo clínico e por meio da atuação conjunta com a equipe multiprofissional que atende aos pacientes. As normas mais relevantes são:

- Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.
- Fornecer informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica do pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.
- Para melhor adequação da relação interprofissional e por conseguinte mais eficiência do plano assistencial, portar-se de maneira respeitosa com todos os componentes da equipe multiprofissional do andar, evitando atitudes que configurem autoritarismo e desrespeito pessoal.
- Obedecer à política que define os critérios de internação e transferência de pacientes da CMC.



- Obedecer rigorosamente ao fluxo institucional de internação e alocação de pacientes em leitos, evitando reservar leitos diretamente no andar.
- Obedecer às normas de preenchimento de prontuários, com todas as anotações de internação, alta, prescrição, autenticação de ordens verbais, evolução médica com letra legível e com identificação adequada.
- Disponibilizar BIP ou telefones para contato, respondendo prontamente, quando acionados pela equipe multiprofissional, e atualizando regularmente seu cadastro junto à diretoria clínica.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política antitabagismo, evitando autorizar o tabagismo nas dependências do hospital, em particular nos quartos.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para pacientes psiquiátricos, obedecendo aos critérios estritos para internação desses pacientes e colaborando com a adesão às recomendações de restrição de saídas do leito e obrigatoriedade de permanência de acompanhantes.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à entrada de profissionais externos à Instituição, no cuidado ao paciente (enfermeiros, cuidadores, etc.).
- No trato com a equipe assistencial não fazer distinção de origem, raça, sexo, religião, cor idade ou qualquer forma de preconceito.
- Adesão a protocolos institucionais para atendimento de urgência/emergência: Código Azul e Código Amarelo.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para prevenção de infecções hospitalares, incluindo uso racional de antibioticoterapia profilática em procedimentos cirúrgicos.
- Adesão a protocolos médicos institucionais, respeitando sua avaliação clínica do caso (analgesia, heparinização).
- Atuar de acordo com normas institucionais relacionadas à alta do paciente, assinando a alta em horário que viabilize a não-ocorrência de nova diária, preferencialmente até 8 horas da manhã.
- Atuar de acordo com normas Institucionais relacionadas à alta do paciente evitando dar licenças aos pacientes. Na eventual necessidade desta prática, seguir a norma de dar alta e reinternação posterior.

- Participar do Programa de Educação Médica Continuada (EMC), que é um programa de incentivo facilitador da atualização do conhecimento médico.
- No atendimento ao paciente não fazer distinção de origem, raça, sexo, religião, cor idade, diagnóstico ou qualquer forma de preconceito.
- Portar sempre crachá de identificação ao se deslocar dentro das instalações do hospital.
- Participar ativamente de fóruns de especialidades da Instituição.
- Referir-se à Enfermeira Coordenadora de cada andar para auxílio na resolução de problemas administrativos e assistenciais.
- Em caso de dúvida ou sugestões, procure pela Diretoria de Prática Médica ou Central de Relacionamento.





MATERNIDADE

Em janeiro de 2005 a Maternidade, os Berçários e a Medicina Fetal foram certificados conforme a norma ISO 9001: 2000. Em abril de 2009 fomos novamente certificados pela JCI-Joint Commission International, sem nenhuma restrição. A seguir apresentamos um breve descritivo dos serviços e recursos disponíveis na Maternidade.

1. MATERNIDADE

A Maternidade conta com 45 apartamentos localizados no 8° e 9° andares do Edifício Manoel Tabacow Hidal, com possibilidade de montagem de suítes (dois quartos conjugados) sempre que a Taxa de Ocupação do dia for inferior a 75%. Para períodos de alta ocupação contamos com 11 leitos de contingência no 7° andar do mesmo prédio, sendo as pacientes transferidas para o 8° e 9° andares à medida que vagam os leitos dessas unidades. Além disso, possui 4 quartos especialmente projetados para a realização do parto vaginal sem a necessidade de transferência para o Centro Obstétrico, conhecidos como P.P.P. ou “pré-parto, parto e pós-parto”, onde a paciente permanece após o parto, com a ideia de mimetizar um quarto familiar. Estes apartamentos foram projetados para proporcionar maior conforto às parturientes que optem também por métodos não farmacológicos de alívio da dor das contrações. Em vista disso, seguimos, na medida do possível, uma política de manter pelo menos uma sala sempre disponível, sendo que quando há apenas uma unidade disponível, a paciente será transferida após o parto para um leito normal, ou em caso de parto cesáreo ela irá retornar do Centro Obstétricos para um apartamento comum.

Em função da rigorosa segurança observada, dispomos de acessos controlados por cartão eletrônico na Maternidade e no Berçário, circuito interno de TV e recepcionistas em cada unidade de internação que solicitam identificação formal para todos os visitantes. Os médicos têm acesso livre e basta aproximar o seu crachá com cardax eletrônico para que as portas automáticas de acesso sejam abertas. No caso do esquecimento do crachá será necessário informar o número do CRM para que as recepcionistas confirmem a regularidade do cadastramento hospitalar.

Contamos com um setor específico para internação de patologia obstétrica, com enfermeiras obstetrias habituadas a lidar com alto risco e maior quantidade de recursos disponíveis, além da possibilidade de contar com médicos plantonistas especializados que estão à disposição para ajudar na evolução das pacientes assim como intervenções imediatas quando necessário ou solicitado.



2. CENTRO OBSTÉTRICO

O Centro Obstétrico é um dos mais bem equipados do País e possui quatro salas de cirurgia (parto e cesarianas) e três salas de pré-parto, além da sala de triagem obstétrica. As salas de pré-parto são amplas e privativas, equipadas com aparelho de monitoragem fetal eletrônica, com telemetria para central, tv a cabo, em ambiente que permite ao pai ou a outro familiar acompanhar o trabalho de parto. As salas de parto são completamente equipadas para qualquer nível de complexidade cirúrgica, possuem área para o recém-nascido ao lado da mãe, janela de cristal líquido com visor e intercomunicador para que os familiares também acompanhem o nascimento se os pais desejarem. É possível agendar procedimentos cirúrgicos eletivos no centro obstétrico, mas a natureza do serviço prestado exige que uma das salas de parto esteja sempre livre para atendimento de emergências, sendo as três salas restantes destinadas a procedimentos eletivos agendados. Os horários de agendamento podem sofrer alterações em função da gravidade dos casos atendidos, sendo prioritário o atendimento de emergências obstétricas.

Solicita-se ao médico que envie o formulário de “Informações pré-natais” juntamente com a solicitação de internação habitualmente redigida em receituário próprio. Trata-se de impresso específico para que o médico registre de maneira sucinta as principais intercorrências pré-natais. Este impresso está no site Medicalsuite junto com o “kit internação Centro Obstétrico”, e deverá ser entregue preenchido e assinado à nossa enfermeira no ato da admissão na Maternidade sendo a ideia identificar corretamente todas as oportunidades de prevenção e de tratamento de diferentes afecções perinatais. Ademais, solicitamos que oriente a sua paciente a trazer cópias dos laudos de exames de rotina do pré-natal sempre que possível.

O processo de “time-out” está bem estabelecido na Maternidade, sendo ele configurado antes do ato cirúrgico, logo após a internação, quando o médico responsável pela paciente confere a internação (anamnese e exame físico obstétrico) realizada pela enfermeira, faz a hipótese diagnóstica e aponta a conduta assumida em local específico no prontuário, assinando com CRM o prontuário da paciente. A adequada adesão ao protocolo de prevenção da doença estreptocócica neonatal faz parte deste processo.

Trazemos novas tecnologias que possam auxiliar no cuidado ao paciente. Recentemente incorporamos os testes rápidos para o diagnóstico de bolsa rota, outro para trabalho de parto prematuro, assim como equipamentos que aumentam a segurança do atendimento obstétrico, como balão intra-utero para controle de hemorragia, disponibilidade de radiologia intervencionista 24 horas por dia, todos os dias da semana além de um suporte de uma UTI adulta já reconhecida pela sua excelência, além de banco de sangue próprio, disponível



todo o tempo. As novas tecnologias são discutidas em Fóruns da especialidade e publicadas em newsletter institucional.

3. MEDICINA FETAL

A equipe médica de Medicina Fetal oferece apoio completo para o médico obstetra clínico, para avaliação do bem-estar fetal (ultrassonografia obstétrica, Dopplervelocimetria, perfil biofísico fetal) em atendimento de rotina, urgência e emergência. Realiza também exames para avaliação do risco materno-fetal e procedimentos invasivos diagnósticos ou terapêuticos (amniocentese, biópsia de vilos coriais, cordocentese, transfusão intra-uterina e colocação de “shunt” fetal, fetoscopia e/ou laser). Atua como consultoria qualificada para o corpo clínico auxiliando no estabelecimento da conduta a ser seguida em casos mais complexos.

4. EQUIPE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

A Maternidade conta com uma equipe de oito médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia com treinamento intensivo e pós-graduação em hospitais universitários de excelência, todos com mestrado ou doutorado e especialização em ultrassonografia obstétrica, capacitados para atender qualquer nível de complexidade obstétrica e também ao parto normal, além de atendimento em inglês quando solicitado. O objetivo da equipe é oferecer segurança para médicos, pacientes e familiares. As atribuições do plantonista incluem prestar assistência a emergências obstétricas no Centro Obstétrico (CO); auxiliar procedimentos cirúrgicos no CO quando necessário; atuar como facilitador interno dos obstetras quando solicitado; atender intercorrências em pacientes internadas quando solicitado pela enfermagem; atender emergências obstétricas e ginecológicas na Unidade de Pronto Atendimento; auxiliar a enfermeira obstetra no acompanhamento do Trabalho de Parto se necessário; prestar assistência aos obstetras do corpo clínico em casos de gestação de alto risco quando solicitado e reportar-se ao Coordenador frente a conflitos internos.

5. EQUIPE DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

A equipe de enfermagem permanece como elo entre pacientes e médicos do corpo clínico e mantém suas atribuições habituais como recepção e primeiro atendimento na Maternidade, realização de cardiocotografia e internação de parturientes, além da assistência integral durante o período de internação após o parto ou durante a gestação. Todas participam de reciclagem e treinamentos práticos constantes, promovidos pela Instituição.

6. RELACIONAMENTO COM O CORPO CLÍNICO

Atualmente contamos com 1.000 ginecologistas e obstetras cadastrados no Hospital Israelita Albert Einstein. A expectativa da coordenação da Maternidade é de um relacionamento cordial e respeitoso entre médicos autônomos e médicos contratados, assim como entre os profissionais de enfermagem e de apoio administrativo.

No Centro Obstétrico ocorrem situações de emergência médica com potencial para desgastes de relacionamento. Apesar de todo o esforço de nossa equipe de enfermagem em coordenar a atividade cirúrgica e ocupação de salas visando o cumprimento de horários agendados, é possível que ocorram atrasos em momentos de alta ocupação ou de admissão de emergências obstétricas. Solicita-se compreensão ao corpo clínico e apoio às equipes contratadas. Do mesmo modo, as fases de altas taxas de ocupação impedem a montagem de suítes solicitadas pelas famílias. Frente à impossibilidade de cessão de suítes, solicita-se que o corpo clínico colabore na explicação desta impossibilidade momentânea do hospital minimizando o desgaste.

Finalmente, solicita-se que os colegas autônomos observem as recomendações científicas atuais sobre os padrões de condutas médicas e cirúrgicas na área da Ginecologia e Obstetrícia. A medicina tem evoluído rapidamente e a Diretoria Clínica tem facilitado o acesso às bases de dados eletrônicos de forma gratuita para todo o médico cadastrado. As referências mais indicadas para o nosso corpo clínico incluem as recomendações do Ministério da Saúde, além dos protocolos da FEBRASGO, assim como as nossas Diretrizes Assistenciais publicadas e atualizadas anualmente em nosso site: http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes_ginecologia.asp



UNIDADE NEONATAL

Nesta unidade são internados todos os recém nascidos (RN) após seu nascimento na Maternidade do HIAE. Em todos os nascimentos, um médico neonatologista da equipe contratada do HIAE realiza o atendimento e reanimação em sala de parto e acompanha, junto com os demais membros da equipe contratada, a evolução clínica até a alta hospitalar.

Os pacientes que forem atendidos por seu médico particular (membros do corpo clínico do HIAE) serão atendidos e acompanhados pelos mesmos. No caso de alteração clínica que necessite atendimento imediato, os RN serão avaliados por um dos médicos da unidade neonatal que toma as medidas necessárias e que solicita o contato imediato com o médico titular.

Os RN nascidos em outras maternidades poderão ser admitidos na Unidade Neonatal em quarto da maternidade (exclusivamente para tratamento de fototerapia) ou, se necessário, em leito de UTIN externa mediante a disponibilidade de vagas até 28 dias de vida ou 40 semanas de idade gestacional corrigida.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NA UNIDADE NEONATAL

I - NOS BERÇÁRIOS DE BAIXO RISCO (8º E 9º ANDARES BLOCO D)

RN proveniente do Centro Obstétrico ou LDR, com peso de nascimento $\geq 2.000\text{g}$ e idade gestacional >34 semanas (excluindo-se os RN que preencham critérios de internação UTI/CI abaixo citados), sem intercorrências clínicas. Também, RN provenientes da UTI/CI, após alta destes setores, desde que as respectivas mães ainda estejam internadas.

O RN é recebido pela enfermeira do setor que recebe as informações da enfermeira do setor proveniente. O RN poderá permanecer no berçário ou no quarto junto da mãe durante as 24 horas, com exceção dos momentos de passagem de plantão, exame físico diário do recém nascido pelo neonatologista e realização de exames e vacinas. Neste setor, pode ser realizado tratamento de fototerapia.

A alta hospitalar é dada entre 48 - 72h de vida, se o RN estiver estável, sem necessidade de fototerapia ou outras terapêuticas, sem perda de peso excessiva ($>10\%$) e com boa aceitação do aleitamento.

II - NA UTI NEONATAL

Neste setor permanecem os recém-nascidos de alto risco, com necessidade de monitorização e cuidados constantes da equipe multiprofissional.



1. Prematuridade e/ou muito baixo peso (admissão de sala de parto):
Peso de nascimento < 1.500 g e/ou;
Idade gestacional < 32 semanas.
2. RN com malformações complexas.
3. RN com alterações respiratórias, hemodinâmicas, cardiocirculatórias, neurológicas, digestivas, logo após o nascimento ou em qualquer outro momento, se instáveis.
4. RN submetidos a procedimentos invasivos – cateteres vasculares, drenos, diálise, ex-sanguíneo transfusão.
5. RN em pós-operatório de cirurgia de grande porte ou de médio porte (este, se instável).
6. Necessidade de suporte ventilatório (ventilação mecânica, CPAP, ou FiO₂ >30%).
7. Distúrbios renais (anúria /oligúria, insuficiência renal aguda, diálise).
8. Discrasias sanguíneas (Sepse, neutropenia com comprometimento de 1 ou mais órgãos- CIVD, trombocitopenias graves, coagulopatias, anemia grave).
9. Distúrbios do equilíbrio hidroeletrólíticos e ácidos básicos graves (acidose, distúrbios do cálcio, fósforo, sódio, potássio e magnésio).

CRITÉRIOS DE ALTA DA UTIN PARA CI OU BERÇÁRIOS

1. RN estável, sem necessidade de monitorização intensiva ou invasiva, sem uso de drogas de infusão contínua.
2. RN com necessidades de FiO₂ < 30 %, sem taquipnéia importante.
3. RN portadores de doença crônica. Porém com necessidades de FiO₂ > 30 %.
4. RN sem apnéias de repetição (>3 em 24 horas).
5. RN em retirada de suportes nutricional endovenoso, respiratório, medicamentoso.

RN de termo ou próximo ao termo que esteja estável, sem desconforto respiratório, sem indicação de CI (vide abaixo) e cujas mães ainda estejam internadas na maternidade podem ser transferidos aos berçários.

III - CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

A. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO APÓS O NASCIMENTO OU PROVENIENTE DO BERÇÁRIO DE BAIXO RISCO

1. RN com necessidade de infusão de soro com glicose ou eletrólitos.
2. RN, sem desconforto respiratório, com peso de nascimento entre 1.500 e 2.000g, Idade Gestacional entre 32 e 34 semanas provenientes da sala de parto.
3. Necessidade de incubadora para manter a temperatura corpórea.
4. Necessidade de antibióticos por via endovenosa, provenientes da UTI, berçários ou sala de parto para tratamento de processo infeccioso, com

controles clínicos e laboratoriais estáveis.

5. Necessidade de fototerapia por doença hemolítica grave ou após exsanguíneo transfusão, sem necessidade de monitorização de UTI.

B. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO APÓS INTERNAÇÃO NA UTIN

1. RN com necessidade de monitorização de FC, FR, ou Sat O₂.
2. RN pré-termo estável, com peso maior do que 1.300, em fase de ganho de peso, sem soro ou NPP.
3. RN com necessidade de FiO₂ < 30%.
4. RN com doença pulmonar crônica e necessitando de O₂ e/ou medicamentos e fisioterapia.com distúrbios de deglutição com necessidade de acompanhamento de enfermagem ou de fonoaudióloga.
6. RN com necessidade de drenos ou sondagens, estáveis.
7. Pacientes com cardiopatias congênitas e com estabilidade hemodinâmica.

CRITÉRIOS DE ALTA DO SETOR DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

PARA CASA:

1. RN pré -termo com ganho de peso adequado (> 10g/kg/dia) e peso > 1.750g e Idade gestacional > 34 semanas, sem dificuldades para receber alimentação por via oral.
2. RN estável, após término de tratamento (infeccioso, correção de distúrbios metabólicos, hidroeletrolíticos entre outros).
3. RN estável sem necessidade de monitorização ou fisioterapia (ou seguidos por assistência domiciliar “home care”).
4. RN sem queda de saturação importantes, inclusive às mamadas, por pelo menos 48 horas e sem crises de apnéia por pelo menos 5 dias.
5. RN que mantém temperatura corporal adequada em berço comum por pelo menos 24 - 48h.

INTERNAÇÃO

Durante a internação o paciente fica aos cuidados do médico privado e/ou da equipe médica da Unidade Neonatal.

NOS BERÇÁRIOS DE BAIXO RISCO

- Os RN são examinados no período da manhã (7h-9h30min) e quantas vezes necessárias ao longo do dia. As informações para os pais e obstetra são feitas a seguir. No período da tarde e noite, as intercorrências e resultados dos exames são vistos e informado aos pais e, se necessário, ao obstetra e pediatra particular.



- A permanência dos RN junto aos pais, o aleitamento materno e orientações sobre vacinas e cuidados após a alta são amplamente estimulados. Além da visita rotineira ao quarto da mãe para informações sobre o RN, os médicos visitam os pais sempre que solicitados, ao longo do dia e da noite.
- Os pacientes podem ser acompanhados pelos médicos residentes sob supervisão total dos médicos diaristas e plantonistas.

Na UTI/CI

- Os RN são examinados e realizados evolução clínica em dois períodos (manhã e noite). Além disso, eles são constantemente avaliados nas intercorrências, resultados de exames e fornecidas informações aos pais, obstetra e pediatra particular. O estímulo para a manutenção do leite materno é realizado por todos os membros da equipe.

Os médicos residentes evoluem e prescrevem alguns RN sempre com supervisão intensa e rigorosa pelos médicos da equipe.

Os exames a serem solicitados e as condutas a serem tomadas são na maioria das vezes discutidas com o médico assistente, com exceção dos casos de urgência ou emergência.

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA - PEDIÁTRICA

A equipe profissional do CTI realiza esforços contínuos para assegurar a excelência de qualidade na prestação dos cuidados aos pacientes. Para tal, prioriza o treinamento contínuo das equipes profissionais envolvidas no atendimento de seus pacientes e o investimento em tecnologia médica de ponta.

O CTI mantém um programa de qualidade tendo sido certificado pelas normas ISO 9002 em maio de 1998.

A proposta do CTI Pediátrico, assim como de toda a pediatria, é de atuar em harmonia com os médicos titulares de cada paciente e buscar atender sempre que possível às necessidades pessoais da criança, assim como de seus pais e demais familiares que acompanham a internação.

Os profissionais do CTI-P acreditam na importância da participação da família em todo o processo terapêutico da criança internada. Por isso esta participação será estimulada durante toda a internação, em qualquer uma das unidades do CTI-P.

Criamos condições para que os pais permaneçam junto à criança, de forma a assegurar o suporte emocional necessário à sua plena recuperação, reduzindo os traumas comuns a esse tipo de procedimento.

É importante que os pais conheçam algumas de nossas rotinas para que o trabalho da equipe multidisciplinar possa ser plenamente desenvolvido.

INFORMAÇÕES

Local: Unidade Morumbi - 12º Andar – Bloco A

Fone: (11) 3747-1242



CLÍNICA DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

A Clínica de Especialidades Pediátricas consiste em uma unidade ambulatorial com atendimento integrado multidisciplinar nas várias subespecialidades pediátricas com apoio da Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudióloga, Nutrição, Enfermagem e Psicologia.

No cenário atual, operamos com 5 consultórios e 1 sala de atendimento para pequenos procedimentos tais como: aplicação e retirada de gesso, aplicação de medicação intramuscular e endovenosa e curativos entre outros. Na média registramos taxa de ocupação mensal de 45%.

A faixa etária de atendimento é compreendida entre o período neonatais e 18 anos incompletos.

O funcionamento atual da Clínica de Especialidades Pediátricas é o trabalho norteado pela parceria entre o especialista e o pediatra titular, realizada por meio de um intercâmbio constante de informações com a equipe, via contatos telefônicos e emissão de relatórios.

Os especialistas são escolhidos de acordo com as necessidades de mercado e demanda dos demais serviços do hospital (UPA, consultórios de pediatras generalistas, unidades de internação e Fone Saúde). São selecionados de acordo com critérios de referência em suas especialidades, aliados ao perfil exigido para atendimento no HIAE.

Os critérios para participação dos médicos na Clínica de Especialidades Pediátricas são os seguintes:

- Residência médica reconhecida na área de Pediatria ou na Especialidade e;
- Título de Especialista em Pediatria e na Especialidade ou Doutorado ou Estágio equivalente no exterior na Especialidade e;
- Atuação profissional na Especialidade há pelo menos 5 anos e;
- Atividade científica permanente e;
- Atendimento das exigências do cadastro médico do HIAE.

Pretende-se um modelo de abordagem e de manejo dos problemas de saúde da criança e do adolescente, que envolva uma ação integrada de vários profissionais, enfocando aspectos preventivos, educativos e terapêuticos, relacionados à higiene pessoal e ambiental, dietoterapia, imunização, psicoprofilaxia, atividade física, adequação do desenvolvimento neurológico, da personalidade e da linguagem, e de orientação quanto à utilização correta de medicamentos e outros recursos terapêuticos. Para tanto, este trabalho depende da atuação coordenada dos vários profissionais.



O objetivo deste atendimento global é fornecer subsídios para que a criança possa manter suas atividades dentro de uma normalidade funcional, sem sequelas físicas ou psicossociais em longo prazo.

A educação dos pais e das crianças é parte integrante fundamental para que ocorra o envolvimento com todos os elementos da equipe e para que a aderência ao tratamento e prevenção seja a mais completa possível.

Esta parceria entre os pais, as crianças, os pediatras e a equipe multidisciplinar objetiva obter meios para o controle adequado das doenças e outros problemas de saúde.

Portanto, os objetivos deste serviço resumem-se em:

1. Estruturar no HIAE um centro de excelência no atendimento das especialidades pediátricas.
2. Organizar o atendimento das doenças pediátricas envolvendo uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional, incorporando as unidades de apoio: fisioterapia respiratória, nutrição, enfermagem pediátrica, fonoaudiologia e psicologia. Ampliar a área de atuação destes profissionais em nível ambulatorial.
3. Desenvolver um modelo de atuação em doenças pediátricas que envolva cuidados especializados, orientação segundo um plano multidisciplinar integrado, educação em saúde e reabilitação.

Pretende-se alcançar tais objetivos, atuando por meio das seguintes estratégias:

1. Promoção do HIAE como um centro especializado e de excelência no manejo de doenças complexas da infância e da adolescência.
2. Desenvolvimento de um sistema de educação para os pacientes e seus familiares que resultem numa parceria no manejo da sua própria doença.
3. Otimização e redução dos custos no diagnóstico, no tratamento e na recuperação das doenças pediátricas complexas mantendo a qualidade no atendimento.
4. Estabelecimento e execução dos planos multiprofissionais e interdisciplinares para o controle e manejo das doenças pediátricas complexas em nível ambulatorial com avaliações programadas e monitorização continuada. Manter o pediatra geral continuamente informado do plano terapêutico do seu paciente e estabelecer uma parceria no atendimento.
5. Contemplação da missão do HIAE em promover a saúde através do exercício da medicina e da geração do conhecimento com excelência de qualidade.
6. Estabelecimento de vínculos entre os pediatras gerais da comunidade e o HIAE através de uma consultoria dinâmica com os especialistas.





Atualmente dispomos das seguintes sub-especialidades pediátricas:

- Alergia e imunológica
- Cirurgia cardíaca
- Cirurgia pediátrica
- Distúrbios do sono
- Gastroenterologia
- Hebiatria
- Hepatologia
- Nefrologia
- Neurologia
- Ortopedia
- Pneumologia
- Reumatologia
- Cardiologia
- Cirurgia plástica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Genética
- Hematologia
- Infectologia
- Neurocirurgia
- Nutrologia
- Otorrinolaringologia
- Psiquiatria
- Urologia

A Gestão Materno Infantil entende que a Clínica de Especialidades Pediátricas é uma unidade estratégica fundamental na captação de pacientes pediátricos, com doenças de alta complexidade. Podemos citar como ponto forte, a possibilidade de oferecer em um único local um atendimento integrado.

Além do atendimento pelos especialistas, a Clínica de Especialidades Pediátricas desenvolve alguns programas para atendimento multidisciplinar e integral de algumas condições com a participação de nutricionistas, psicólogas, fisioterapeutas e fonoaudiólogas. Atualmente os programas em andamento são os seguintes: Síndrome de Down; Obesidade; Atendimento ao prematuro; Transplante hepático.

CENTRO DE IMUNIZAÇÕES – MANUAL

INTRODUÇÃO

O Centro de Imunizações do HIAE conta com 3 unidades.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Unidade Morumbi: segunda a sexta-feira, das 8h às 18h e, aos sábados, das 8h às 15h30.

Unidade Alphaville: segunda a sábado, das 9h às 18h.

Unidade Ibirapuera: segunda a sexta-feira, das 9h às 18h e, aos sábados, das 7h às 12h.

As funções básicas do Centro de Imunização são a administração de imunobiológicos e o esclarecimento de dúvidas relativas a essa aplicação para os médicos e pacientes. Imunobiológicos são considerados todos os produtos farmacológicos produzidos a partir de micro-organismos vivos, seus subprodutos ou componentes capazes de imunizar ativamente (vacinas) ou passivamente (imunoglobulinas).

O atendimento no Centro de Imunizações é realizado pela equipe de enfermagem previamente treinada e habilitada, mediante um protocolo institucional descrito no Manual de Imunizações do HIAE (atualmente na 4ª. Edição). O responsável pelo treinamento e habilitação da equipe de enfermagem é o Coordenador do Centro de Imunizações.

A equipe de enfermagem segue a prescrição do médico para administração dos imunobiológicos e quando não há prescrição segue a orientação dos calendários de vacinação institucionais. Os calendários de vacinação do HIAE são atualizados anualmente pelo Centro de Imunizações e são aprovados pelo Departamento Materno-Infantil. O responsável pela atualização do calendário de vacinação é o Coordenador do Centro de Imunizações.

Um dos pontos fundamentais do atendimento de enfermagem é a análise da carteira de vacinas e a avaliação de risco da aplicação que são realizadas de maneira padronizada.





1. ANÁLISE DA CARTEIRA DE VACINAS:

O objetivo é avaliar a necessidade de imunização para garantir esquema completo e redução das taxas de morbidade e mortalidade por várias doenças imunopreveníveis.

ASSISTENTE DE ATENDIMENTO	Realiza abertura do cadastro conforme rotina “Cadastro de Pacientes Centro de imunizações”. Se necessário imprime Histórico de Vacinas do sistema informatizado.
EQUIPE DE ENFERMAGEM	Avalia os imunobiológicos já realizados no cliente. Avalia os imunobiológicos recomendados para a idade. Compara com o esquema do calendário HIAE. Marca, a lápis, as doses a serem realizadas para a idade. Marca, a lápis, as próximas doses necessárias. Orienta o cliente e família. Registra “Avaliação” no impresso “Pagamento” (CI 04) com caneta marca texto. Orienta o cliente ou responsável a entregar o impresso “Pagamento” no caixa. Lança no sistema informatizado “Consulta Vacinação HIAE” e registra os imunobiológicos orientados.