

8 ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

DATA: ____/____/2002

No. IDENTIFICAÇÃO: _____

ENTREVISTADOR: _____

DIAGN. PROV. : AVC ()

I) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

• NOME: _____

• PROVENIÊNCIA: CASA() OUTRO RECURSO() QUAL _____

• DATA INTERNAÇÃO ____/____/____ HORA ____:____ hs

• **CONDIÇÃO DE SAÍDA**a) VIVO () DATA: ____/____/____ TRANSFERÊNCIA ()
QUAL _____

b) ÓBITO () DATA: ____/____/____ HORA: ____:____ h

II) DADOS DE ADMISSÃO

DADOS DE ADMISSÃO	
a) Internação prévia nos últimos 30 dias	Sim -----1 Não----- 0

CONDIÇÃO CLÍNICA NA ADMISSÃO-GRAVIDADE	
b) Acesso clínico na admissão	Bom/Estável/BEG -----0 Regular/REG -----1 Crítico/MEG-----2 Não Especificado-----9
c) Nível de consciência na admissão	Alerta -----0 Acordado mas Desorientado-----1 Comatoso-----2 Não Especificado-----9
d) Nível de consciência na admissão Escala de Glasgow	Valor ----- 3 a 15 Não Realizado -----0
e) Consegue andar sem ajuda na admissão? (checar na evolução da enfermagem na entrada)	Sim -----1 Não-----0 Não Especificado-----9

f) COMORBIDADES – ESCALA DE CHARLSON MODIFICADA	Ausentes -----0 Presente -----1 a 32
CATEGORIA DIAGNÓSTICA	PESO
f1) Demência	1 ()
f2) Diabetes Mellitus com Complicações Crônicas	1 ()
f3) Diabetes Mellitus Leve ou Moderado	1 ()
f4) Disfunção Hepática	1 ()
f5) Doença Cerebrovascular	1 ()
f6) Doença Pulmonar Crônica	1 ()
f7) Doença Renal	2 ()
f8) Doença Vascular Periférica /Hipertensão	1 ()
f9) Falência Hepática Moderada ou Grave	3 ()
f10) Hemiplegia ou Paraplegia	2 ()
f11) Infarto Do Miocárdio	1 ()
f12) Insuficiência Cardíaca Congestiva	1 ()
f13) Neoplasias Malignas, Incluindo Leucemias e Linfomas	2 ()
f14) Patologias Reumatológicas	1 ()
f15) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	6 ()
f16) Tumor Sólido Metastático	6 ()
f17) Úlcera Péptica	1 ()

III) PASSAGENS DURANTE A INTERNAÇÃO:

CLÍNICA	MARCAR UM X	DATA ADMISSÃO	DATA DA ALTA/TRANSF.
a) PSM PORTA			
b) ADMISSÃO –PSM			
c) OUTRO PS			
d) UTI			
e) ENFERMARIA			

IV) QUALIDADE DO PROCESSO DE CUIDADO: FEITO NA ADMISSÃO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Suspeitar frente a um quadro agudo de alteração do nível de consciência e/ou déficit neurológico de instalação aguda.

	MARCAR UM X	DESCRIÇÃO
ADMISSÃO		
1. Avaliação clínica na entrada		
2. Avaliação neurológica na entrada		
CONDUTAS GERAIS		
3. Manutenção de vias aéreas e assistência ventilatória		
4. Medida de Pulso na entrada		
5. Medida de PA na entrada		
6. Medida de F. Resp na entrada		
7. Monitorização cardíaca		
8. Oximetria de pulso		
9. Acesso venoso		
Dextro - Identificação de hipoglicemia/hiperglicemia - correção	ENTRADA	
	EVOLUÇÃO	

10. Controle da PA apenas se Psist>220mmHg e /ou P diast >120mmHg,-a não ser que haja dissecação de Aorta, descompensação cardíaca, ou encefalopatia hipertensiva		
11. Fisioterapia respiratória		
12. Prevenção de escaras – mudança de decúbito		
13. Controle da temperatura quando T>37,5°C		
14. Busca de foco infeccioso		
15. Controle de convulsões		
16. Controle da pressão intracraniana		
17. Avaliação neurocirúrgica SN		
EXAMES COMPLEMENTARES		
18. Hemograma completo		
19. Na/k		
20. U/C		
21. Glicemia		
22. Coagulograma		
23. Líquor no caso de HSA após TC		
24. Angiografia se necessário		
25. ECG		
26. Rx tórax		
27. Tomografia de Crânio na entrada	a- () - AVCI	
	b- () - HEMORR. INTRA PARENQUIMATOSA	
	c- () - HSA	

V) DADOS DE INTERNAÇÃO E ALTA

a) TEMPO DE INTERNAÇÃO		NÚMERO em dias	<24 hs ()
INTERVENÇÕES HOSPITALARES			
TIPO	Data indicação	Data realização	
b) Arteriografia			No. Vezes
c) Cirurgias			No. Vezes
			Intervalo de tempo entre indicação cirúrgica e SO em horas
d) Diálise Peritoneal			No. Vezes
e) Drenagens			No. Vezes
f) Endoscopia			No. Vezes
g) Hemodiálise			No. Vezes
	Data introdução	Data retirada	
h) Cateterizações			No. Dias
i) Intubação			No. Dias
j) Sondagem Nasogástrica			No. Dias
k) Sondagem Vesical			No. Dias
l) Terapia Endovenosa			No. Dias
m) Ventilação Mecânica			No. Dias
n) Outros			

ADMINISTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS BIOLÓGICAS			
	MARCAR X		FAZER QUADRADOS
o) Albumina		No. Unidades	
p) Crioprecipitado		No. Unidades	
q) Papa de Hemáceas		No. Unidades	
r) Plaquetas		No. Unidades	
s) Plasma		No. Unidades	
t) Sangue Total		No. Unidades	
u) Outros			

u) OUTRAS INTERVENÇÕES			
	SIM - 1	NÃO - 2	NÃO ESPECIF. -9
Descrição			

VI) QUALIDADE DOS REGISTROS:

- FORMULÁRIO PARA ANÁLISE MÉDICA DE PRONTUÁRIOS

A) DOCUMENTAÇÃO

SIM-----1 NÃO----- 0 NÃO ESPECIFICADO---- 9 NÃO SE APLICA ----- 8	Presença	Está completa?	Legibilidade	Organização	Responsabilização
INTERNAÇÃO					
a) Ficha De PS					
b) Hist. Clín + Ex .Físico+ Hd					
SEGUIMENTO					
c) Evol. Médica					
d) Prescrição M					
e) Relat. Enferm.					
f) Exs. Compl.					
g) Descr. Cirurg/Proced. Invas.					
h) F. Anestesia					
ALTA/ÓBITO					
i) Resumo Alta					
j) Decl. Óbito					
k) Rel. Necrops.					

VII) EVENTOS ADVERSOS**FAZER 1 RELATÓRIO PARA CADA OCORRÊNCIA**

Complicações múltiplas decorrentes de uma mesma intervenção são computadas como um único evento, escolhendo-se o mais grave

Hipoglicemia – dextro \leq 70 mg/dl

MAJOR* - complicação determinou risco de vida ou persistiu até a alta

TIPO DE EVENTO	DATA	HORÁRIO	MINOR	MAJOR*	DESCRIÇÃO
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					

OBSERVAÇÕES

EVENTO ADVERSO

Causa imediata: motivo

a) CAUSA IMEDIATA		MARCAR X	No EVENTO	DESCRIÇÃO
A1) Drogas	Em falta			
	Hipotensão			
	Rebaixamento do nível de consciência			
	Alterações hematológicas			
	Quadro cutâneo			
	Outros			
A2) Quedas				
A3) Procedimentos	a) Arteriografia			
	b) Cateteres			
	c) Diálise Peritoneal			
	d) Drenagens			
	e) Endoscopias			
	f) Hemodiálise			
	g) Intubação			
	h) Sondagem Nasogástrica			
	i) Sondagem Vesical			
	j) Terapia Endovenosa			
	k) Ventilação Mecânica			
	l) Exames			
	m) Cirurgias			
A4) Transfusões				
A5) Administração De Dieta				
A6) Procedimentos De Enfermagem				
A7) Outros	Hipoglicemia			
	Ausência aval clínica			
	Ausência aval neurológica			
	Infecção de causa indeterminada			
	Ausência de controles médicos			
	Tromboses de causa desc.			
	Falta de vagas			
	Sangramentos de causa desconhecida			
	Perda de ficha de PS			
	Outros			

Tipo do Evento: característica do evento

b) COMPROMETIMENTO	MARCAR X	Nº EVENTO	DESCRIÇÃO
B1) Cardiovasculares			
B2) Gastrointestinais			
B3) Infecciosos			
B4) Metabólicos / Renais			
B5) Neurológicos			
B6) Reações Alérgicas a Drogas e/ou outras substâncias			
B7) Respiratórios			
B8) Sangramentos			
B9) Pele			
B10) Ocular			

b) COMPROMETIMENTO		MARCAR X	Nº EVENTO	DESCRIÇÃO
B11) Outros	Atraso / Não realização de controles e medicações prescritos			
	Ausência de avaliação clínica			
	Ausência de avaliação neurológica			
	Quedas			
	Ausência de controles médicos			
	Falta de vagas			

Categoria responsável

C) CATEGORIAS		MARCAR X	NÚMERO DO EVENTO	DESCRIÇÃO
C1) CATEGORIA - MÉDICO				
C1.1) Relacionados a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (infecção secundária, complicações e falência do procedimento)				
C1.2) Erros relacionados a terapêutica não invasiva				
C1.3) Reação a drogas				
C1.4) TEP, arritmia, sangramento durante a internação.				
C1.5) Ausência de avaliação	Clínica	Entrada		
		Evolução		
	Neurológica	Entrada		
		Evolução		
C1.6) Outros	Hipoglicemia			
	Falha em relação a controles (médicos)			
	Transporte			
C2) CATEGORIA - CIRÚRGICO				
C2.1) Complicações tardias				
C2.2) Dificuldades de cicatrização				
C2.3) Falência do procedimento cirúrgico				
C2.4) Infecção cirúrgica				
C2.5) Sangramentos				
C2.6) TEP, arritmia durante/após a cirurgia				
C2.7) Complicações agudas				
C2.8) Outros				
C3) CATEGORIA - INFECÇÕES HOSPITALARES				
*INFECÇÃO HOSPITALAR= infecção após 48 horas de internação				
C3.1) Vias Respiratórias				
C3.2) Vias Urinárias				
C3.3) Pele e tecido subcutâneo				
C3.4) Sepses				
C3.5) Olhos				
C3.6) Sistema Nervoso Central				
C3.7) Outros				

C4) CATEGORIA - ENFERMAGEM			
C4.1) Aspiração de alimentos			
C4.2) Extubação acidental			
C4.3) Falhas em relação à administração da medicação prescrita/ seguimento da prescrição (controles)			
C4.4) Quedas/Traumas			
C4.5) Ulceras de decúbito			
C4.6) Falhas decorrentes da manipulação de sondas e cateteres	SNG		
	SV		
	CATÉTERES		
	OUTROS		
C4.7) Outros	Encaminhamento de exames		
C5) CATEGORIA - ADMINISTRATIVO			
C5.1) Não realização de exames e procedimentos indicados por problemas organizacionais	Medicação em falta		
	Equipamentos		
	Exames / Procedimentos		
	Vagas(UTI, Enf,...)		
	Hemoderivados em falta		
	Outros		

ANEXO 2

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Formulário para Análise Médica de Prontuários

Instituto: _____ Nº de registro: _____ Data de admissão: _____
 / /
 Clínica: _____ Idade: _____ Data de saída: _____
 / /
 Sexo: _____

alta

óbito

A – DOCUMENTAÇÃO

1. Internação

	PRESENÇA		LEGIBILIDADE		ORGANIZAÇÃO		RESPONSABILIZAÇÃO	
	S	N	S	N	S	N	S	N
Ficha PS ou documento encaminhamento	S	N	S	N	S	N	S	N
Termo de responsabilidade	S	N	S	N	S	N	S	N
História clínica + exame físico + HD	S	N	S	N	S	N	S	N

S = 1 Total pontos =

2. Seguimento

	PRESENÇA		LEGIBILIDADE		ORGANIZAÇÃO		RESPONSABILIZAÇÃO	
	S	N	S	N	S	N	S	N
Evolução médica	S	N	S	N	S	N	S	N
Prescrição médica	S	N	S	N	S	N	S	N
Relatório de enfermagem	S	N	S	N	S	N	S	N
Exames complementares	S	N	S	N	S	N	S	N
Descrição cirurgia e/ou proc. invasivos	P	A	P	A	P	A	P	A
Ficha de anestesia	P	A	P	A	P	A	P	A

Total pontos =

1. Alta ou Óbito

	PRESENÇA		LEGIBILIDADE		ORGANIZAÇÃO		RESPONSABILIZAÇÃO	
	S	N	S	N	S	N	S	N
Resumo de alta	S	N	S	N	S	N	S	N
Declaração de óbito	P	A	P	A	P	A	P	A
Relatório de necrópsia	P	A	P	A	P	A	P	A

Total pontos =

Total pontos documentação =

B – ATENÇÃO AO PACIENTE

1. Diagnósticos

	Entrada	Saída
<u>Principal</u>		
Secundários (até 4)		

2. Cirurgia

S Qual (is) _____

N _____

Tempo decorrido entre a indicação cirúrgica e a cirurgia

1. Tempo de permanência

Indicar áreas por onde passou e por quantos dias

PS Total (dias) _____

N

S Qual (is): _____

Quantos dias: _____

UTI

N

S Qual (is): _____

Quantos dias: _____

Enfermaria N

S Qual (is): _____

Quantos dias:

2. Constam no prontuário os exames que deram suporte às principais condutas? S N

Em caso negativo – foram solicitados

S

N

s/inf

Em caso negativo – foram feitos

S

N

s/inf

3. Responsabilização

– É possível identificar o responsável pelo atendimento inicial? S N

– É possível identificar os responsáveis pelas condutas ao longo da internação? S N

– É possível identificar os responsáveis pela alta ou declaração de óbito? S N

4. Em caso de óbito:

Relacionada à doença principal S N

– Causa do óbito Relacionada ao tratamento S N

Estão documentados os fatores que contribuíram para o óbito S N

5. Apreciação do auditor:

Prontuário permite análise do caso S N

Parte administrativa _____

Parte médica _____