



Conselho Nacional de Auditoria e Qualidade

Boas Práticas de Registos Clínicos em Cirurgia

Data 2016.02.12 versão 0

Coordenação: Conselho Nacional de Auditoria e Qualidade

- Coordenador:
 - Carlos Santos Moreira
- Membros:
 - Carlos Carvalho Ferreira
 - David Silvério Rodrigues
 - Jacinto Oliveira Monteiro
 - Jorge Amil Dias
 - Jorge Pinto Tomaz

Participação dos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos.

Conselho Nacional de Auditoria e Qualidade

Índice

Introdução	3
Conteúdos do Episódio de Internamento	4
Registo clínico admissão ao internamento/cirurgia de ambulatório.....	4
Registos Intraoperatórios.....	7
Cuidados pósanestésicos (UCPA).....	13
Registos de Alta de internamento/cirurgia de ambulatório.....	14
Registos de Relatório de internamento/cirurgia de ambulatório.....	15
Observações	17

Introdução

Os cirurgiões deverão, de acordo com as boas praticas cirúrgicas, assegurar que:

- ✓ Todos os registos estão legíveis e legais, completos e atualizados, e que apresentam detalhes necessários para a inequívoca identificação do utente, do processo clínico, do autor do registo, do responsável pela informação e da razão de ser do evento registado;
- ✓ Todos os eventos médicos (consulta, contactos com o utente, visita, prescrição, ato terapêutico ou diagnóstico) se encontram registados, com os mesmos efectuados de forma legal e devidamente identificados, datados e assinados;
- ✓ O registo de eventos importantes ou comunicações ao utente (exemplo: prognóstico ou complicações potenciais) foram efectuados e que cada alteração ao plano de cuidados estabelecidos se encontra registada e que a respectiva nota de consentimento atualizada, consta do processo;
- ✓ O processo operatório está completo, devendo esta informação acompanhar o utente e ser suficientemente específica para que o acompanhamento seja efectuado por outro médico.

Conteúdos do Episódio de Internamento

Os registos do episódio de internamento deverão conter:

Registo clínico admissão ao internamento/cirurgia de ambulatório

No acto de admissão hospitalar para a realização de intervenção cirúrgica, o utente é observado pelo corpo clínico que confirma a indicação cirúrgica e a presença das condições necessárias para a intervenção cirúrgica, nomeadamente os resultados dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) requisitados e o consentimento informado, para o acto cirúrgico e anestésico, devidamente assinado pelo utente.

Na admissão deverá ser registada a seguinte informação:

1. Identificação do utente (conforme RNU – Registo Nacional do Utente)

- a. Nome completo;
- b. Filiação (obrigatória nos menores);
- c. Número do processo;
- d. Número de identidade ou cartão do utente;
- e. Data de nascimento;
- f. Sexo;
- g. Afinidade populacional (raça);
- h. Morada completa com código postal;
- i. Contatos telefónicos e e-mail.

2. Identificação institucional

- a. Nome da instituição hospitalar, Serviço;
- b. Médico responsável pela admissão.
- c. Tipo de admissão: eletiva (regime de internamento/ambulatório) ou urgente;
- d. Data e hora da admissão.

3. Caracterização dos problemas a abordar, definidos em termos de diagnóstico, com descrição dos problemas.

4. Identificação dos tratamentos propostos para cada um dos problemas independentes, identificados no número anterior.

5. Se mulher indicar:

- a. Se está grávida ou não;
- b. Número de semanas de gravidez (quando adequado);
- c. Número de gestas e paras;
- d. Se está a tomar ou não contraceptivos.

6. Se recém-nascido (até ao 6 meses)

- a. Nº de semanas de gestação;
- b. Peso à nascença;
- c. Índice de Apgar: 1', 5' e 10'.

7. Dados biométricos e de admissão

- a. Peso, altura, pulso, pressão arterial (mmHg);
- b. Frequência respiratória (ciclos por minuto);
- c. Motivo da admissão e proveniência.

8. Identificação de asma, de alergias, nomeadamente de ocorrência de reações a medicamentos, produtos de contraste ou outros produtos.

9. Indicações especiais a ter em conta no internamento

- a. Risco tromboembólico;
- b. Estado nutricional e cognitivo (ex.: demência);
- c. Medicação;
- d. Alimentação, mobilidade, oxigénio;
- e. Constrangimentos devidamente identificados, que justificam a tomada de medidas específicas, nomeadamente:
 - i. Próteses auditivas;
 - ii. Pace-makers ou cardioversor-desfibrilhador (CDI);

- iii. Próteses valvulares ou vasculares;
- iv. Outros.
- f. Monitorização, exames e terapêutica.

10. Registo dos documentos clínicos que o utente trouxe para o internamento

11. Validação do documento

- a. Médico que preencheu o documento (Nº Ordem, rúbrica e data);
- b. Médico responsável (Nº Ordem, rúbrica e data).

12. Consentimento informado

O médico deve esclarecer o utente ou o seu representante legal de todos os aspectos relevantes no internamento e em particular dos procedimentos propostos, seus objectivos, consequências e riscos. O documento do consentimento informado deverá se preenchido de acordo com a Norma 15/2013 de 03/10/2013 atualizada em 14/10/2014 da DGS devendo ser obrigatoriamente entregue uma cópia ao utente.

Registos Intraoperatórios

Os serviços cirúrgicos responsáveis devem elaborar um documento da intervenção cirúrgica, com toda a informação pertinente, que deve ser integrado no processo clínico, e cópia enviada ao médico assistente, com o consentimento do utente.

Registos partilhados (comuns à cirurgia e anestesia)

- 1. Identificação do utente (conforme RNU).**
- 2. Data e hora em que a intervenção cirúrgica ocorre.**
- 3. Identificação da instituição hospitalar e do serviço responsável pela intervenção cirúrgica.**
- 4. Identificação da equipa;**
 - a. 1º Cirurgião, na equipa é necessário sempre estar identificado um médico com especialidade cirúrgica concluída, que seja responsável pelo evento cirúrgico. (nome clínico e nº ordem profissional). Deve ser codificado como 1º cirurgião o médico que conduz os procedimentos cirúrgicos. No caso deste ser interno deve estar presente um especialista registado como 2º cirurgião e assinalado como chefe de equipa;

(A responsabilidade global é sempre do chefe de equipa esteja ele classificado como 1º ou 2º cirurgião. Na ausência de referência em contrário o 1º cirurgião é considerado o chefe de equipa a exceção de ser interno, neste caso e se o 2º cirurgião for especialista este é considerado o chefe de equipa);
 - b. 2º Cirurgião (nome clínico e nº ordem profissional);
 - c. Cirurgião Ajudante (nome clínico e nº ordem profissional);
 - d. Anestésista (nome clínico e nº ordem profissional);
 - e. Enfermeiro(a) Instrumentista (nome clínico e nº ordem profissional);
 - f. Enfermeiro(a) Circulante (nome clínico e nº ordem profissional);
 - g. Enfermeiro(a) Anestesia (nome clínico e nº ordem profissional);
 - h. Outros (função, nome e nº mecanográfico).
- 5. Características da intervenção cirúrgica:**
 - a. Regime da intervenção cirúrgica (ambulatório ou internamento);

- b. tipo de procedimento P, S1, S2 ou S3 (Limpo, Limpo contaminado, Contaminado ou Sujo);
- c. Destino após Bloco (Domicílio, Unidade Nível I (Enfermaria), Unidade Nível II (Intermédios), Unidade Nível III (Intensivos), Outras ou Falecido).

6. Administração de sangue ou derivados (assinalar se ocorrer).

Descrição detalhada do que foi administrado.

7. Recobro no Bloco Operatório

- a. Internamento/Ambulatório;
- b. Data/hora de saída.

8. Se Recém-nascido:

- a. Peso à nascença (em gramas);
- b. N^ª. Semanas de gestação;
- c. Índice de Apgar ao 1', 5' e 10'.

9. Tempos e local de atividade;

- a. Hora entrada na sala de Bloco Operatório;
- b. Hora início da anestesia - Início (momento em que a equipa anestésica inicia a preparação do doente) e fim do tempo anestésico (o momento em que o anestesista autoriza a saída do doente da sala de operações);
- c. Hora início de intervenção - Início (preparação do campo operatório, que inclui o posicionamento do utente) e fim (fim da execução do penso, ou na ausência de penso do último ato do cirurgião) do tempo cirúrgico;
- d. Hora fim de intervenção;
- e. Hora fim da anestesia;
- f. Data e Hora saída da sala de Bloco Operatório;
- g. Bloco (designação);
- h. Sala (designação).

10. Folha de cirurgia segura – a preencher de acordo com Norma DGS n^º 02/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013 da DGS.

11. **Resultados** de análises e exames efectuados durante a intervenção, têm de constar do processo operatório com enfoque em alterações aos resultados esperados.

12. **Complicações cirúrgicas ou anestésicas** - nomeadamente complicações hemorrágicas, choque, neurológicas, respiratórias, cardíacas, digestivas, genito-urinárias/renais, vasculares, medicamentos, sangue ou outras).

13. **No caso de ocorrência de reações alérgicas/anafiláticas:**

- a. Descrição da reação ocorrida, assim como dos fármacos e outros produtos usados (nome do laboratório, número e identificação do lote) quer antes e durante o procedimento anestésico/cirúrgico, quer para tratamento das reações;
- b. Se a reação for anafilática é fundamental, sempre que possível:
 - i. a recolha de sangue para doseamento de Triptase (1º amostra imediatamente após reanimação, 2º amostra 1-2 horas após a reação (deve ser colhida pelo menos até às 6 horas após a reação), e opcional uma 3º amostra mais de 24 horas após a reação);
 - ii. orientação do doente para estudo do agente causal para uma consulta de Imunoalergologia;
 - iii. Registo do evento, assim como a criação de um ALERTA no Processo Clínico Eletrónico do doente para posteriores intervenções cirúrgicas e/ou anestésicas.

14. **Instruções sobre os cuidados pós-operatórios.**

15. **Validação do documento** - do médico que faz o registo da cirurgia e do médico responsável - validador;

- a. Médico que preencheu o documento (Nº Ordem, rúbrica e data);
- b. Médico responsável (Nº Ordem, rúbrica e data).

O registo da intervenção e respectivo relatório devem ser efectuados logo após a cirurgia.

Registos da intervenção cirúrgica

O registo da intervenção cirúrgica deve conter obrigatoriamente a seguinte informação:

1. Diagnósticos cirúrgicos e achados operatórios

A descrição do diagnóstico deve permitir pela leitura a compreensão cabal do problema por parte de qualquer médico com formação generalista que a leia (informação sobre: extensão, órgãos afectados, e no caso de doença oncológica o estadiamento pela classificação TNM, têm de estar presente).

2. Procedimentos cirúrgicos realizados

A descrição pode indicar o nome da técnica e descrever todas as variantes introduzidas, achados operatórios, suturas efectuadas, material utilizado (fios, ...) ou descrição da técnica, sempre que incorpore aspectos distintivos relevantes ou opcionais face à descrição da mesma segundo o autor original (sempre que não é identificado o autor, a técnica tem de ser descrita); descrição das incisões, cauterizações e técnicas análogas, anastomoses, ressecções, técnicas especiais eventualmente utilizadas (ex.: microanastomoses); equipamentos inusuais (ex.: sonda de gama câmara), material de sutura e material biológico (ex.: colas biológicas) utilizado; processo de encerramento; eventuais processos de drenagem de fluidos).

3. Se a técnica ou o diagnóstico diferir do proposto, no relatório deve constar a explicação da mudança.

4. Resultados esperados com a operação realizada.

5. Descrição dos tecidos removidos, com a indicação do seu destino (ex.: anatomia patológica, bacteriologia, ...).

6. Classificação APGAR cirúrgico.

7. Dispositivos médicos implantados;

- a. Nº total de dispositivos implantados;
- b. Relativo a cada um indicar:
 - i. Designação comercial;
 - ii. Tipo de material;

- iii. Marca;
- iv. Modelo;
- v. Fabricante;
- vi. Lote;
- vii. Fornecedor;
- viii. N^o Série.

8. Registo de intercorrências (incidentes, acidentes, complicações).

9. Descrição das sequelas cirúrgicas, devidamente justificada - défices estéticos ou funcionais, naturalmente decorrentes dos procedimentos efectuados (ex.: paralisia do nervo laríngeo recorrente, na sequência de recessão alargada de tumor da tiroide que invadia a membrana cricofaríngea).

10. Validação do documento - do médico que faz o registo da cirurgia e do chefe de equipa – validador;

- a. Médico que preencheu o documento (N^o Ordem, rúbrica e data);
- b. Chefe de equipa (N^o Ordem, rúbrica e data).

O registo da intervenção e respectivo relatório devem ser efectuados logo após a cirurgia.

Registos anestésicos

Devem conter pelo menos os seguintes dados:

- 1) **Classificação ASA, Mallampati das vias áreas respiratórias.**
- 2) **Monitorização utilizada e hemodinâmica obtida ao longo do procedimento.**
- 3) **Fármacos administrados, horário, dose, via e duração da administração.**
- 4) **Fluidos intravenosos administrados com especificação do tipo e volume.**
- 5) **Técnica (s) anestésica (s) utilizadas (s).**
- 6) **Posicionamento do doente.**
- 7) **Outros procedimentos:**
 - a) Localização dos acessos;
 - b) Tipo de cateter;
 - c) Técnicas associadas para inserção – neuroestimulação, ultrassonografia).
- 8) **Registo de intercorrências (incidentes, acidentes, complicações):** - nomeadamente complicações hemorrágicas, choque, neurológicas, respiratórias, cardíacas, digestivas, genito-urinárias/renais, vasculares, medicamentos, sangue ou outras).
- 9) **Estado do doente aquando da transferência para a unidade pós-anestésica (UCPA) ou outra unidade.**
- 10) **Validação do documento** - do médico que faz o registo da cirurgia e do médico responsável – validador;
 - a) Médico que preencheu o documento (Nº Ordem, rúbrica e data);
 - b) Médico responsável (Nº Ordem, rúbrica e data).

O registo da intervenção e respectivo relatório devem ser efectuados logo após a cirurgia.

Cuidados pósanestésicos (UCPA)

Devem conter pelo menos os seguintes dados:

- 1) **Estado do doente à chegada à UCPA.**
- 2) **MCDT realizados.**
- 3) **Fármacos administrados.**
- 4) **Intercorrências (incidentes, acidentes, complicações registadas)** - nomeadamente complicações hemorrágicas, choque, neurológicas, respiratórias, cardíacas, digestivas, genito-urinárias/renais, vasculares, medicamentos, sangue ou outras).
- 5) **Estado do doente à saída da unidade.**
- 6) **Data e hora de saída da UCPA.**
- 7) **Complicações cirúrgicas ou anestésicas** - nomeadamente complicações hemorrágicas, choque, neurológicas, respiratórias, cardíacas, digestivas, genito-urinárias/renais, vasculares, medicamentos, sangue ou outras).
- 8) **Instruções sobre os cuidados pós-operatórios** - estas instruções, essencialmente relacionadas com aspectos específicos no pós-operatório de doentes submetidos a cirurgia em regime de ambulatório, são fornecidas pelo cirurgião e pelo anestesista.
- 9) **Validação do documento** - do médico que faz o registo da cirurgia e do médico responsável - validador;
 - a. Médico que preencheu o documento (Nº Ordem, rúbrica e data);
 - b. Médico responsável (Nº Ordem, rúbrica e data).

O registo da intervenção e respectivo relatório devem ser efectuados logo após a cirurgia.

Registos de Alta de internamento/cirurgia de ambulatório

Existe um conjunto de elementos necessários para recolha à data da alta, que incluem todos os existentes nos registos da cirurgia acrescidos da informação sobre o decurso do internamento.

Ao ser registada a alta de internamento/cirurgia de ambulatório deve ser emitida a nota de alta que é entregue ao utente. A nota de alta destina-se ao utente e deve responder a questões mais imediatas, como que medicação tomar, quando voltar ao hospital e como correu a cirurgia.

Este documento deve ser assinado pelo médico anexada cópia ao processo clínico e deve conter a seguinte informação em linguagem corrente:

1. **Identificação da instituição hospitalar, serviço** – identificação do médico responsável pela alta.
2. **Identificação das intervenções cirúrgicas realizadas:**
 - a. Datas das intervenções cirúrgicas;
 - b. Diagnóstico pós-operatório;
 - c. Procedimentos efetuados;
 - d. Cirurgões responsáveis;
 - e. Anestesiista responsável.
3. **Informação sobre o período de internamento:**
 - a. Data/hora da admissão e alta do internamento;
 - b. Complicações/intercorrências em período de internamento;
 - c. Terapêutica durante o internamento.
4. **Informação pós-alta:**
 - a. Destino após a alta;
 - b. Terapêutica, outros eventos clínicos e outras indicações para o pós-alta.

No caso de apenas ser emitida nota de alta e não ser feito um relatório de alta, a nota de alta deverá conter todas a informação que constaria no relatório.

Registos de Relatório de internamento/cirurgia de ambulatório

O relatório de alta destina-se essencialmente aos profissionais de saúde, contendo por isso uma linguagem técnico-científica, nem sempre facilmente perceptível ao público em geral.

O relatório de alta que contém um conjunto de informação/documentos em linguagem clínica sobre as ocorrências durante o período que o utente esteve internado, incluindo resultados da anatomia patológica, codificação, etc., e deve conter a seguinte informação:

1. **Identificação completa do utente** - (nome, nº de processo, número de utente).
2. **Identificação da instituição hospitalar e do serviço.**
3. **Datas e dados gerais do internamento:**
 - a. Data de internamento e alta;
 - b. Sala e Cama de internamento;
 - c. Admissão programada/não programada.
4. **Identificação dos diagnósticos cirúrgicos** – descrição.
5. **Identificação dos procedimentos realizados** – descrição.
6. **Complicações/intercorrências do internamento** – observação com descrição das ações tomadas e se se encontram resolvidas.
7. **Situações particulares ao internamento:**
 - a. Nº dias ventilado;
 - b. Nº dias em unidade de cuidados pós-anestésicos, cuidados intensivos e intermédios;
 - c. Administração de sangue e derivados;
 - d. Antibioterapia (discriminar se a antibioterapia é por tratamento empírico ou etiológico e/ou se se trata de profilaxia (até um máximo de

24 horas de administração).

8. No recém-nascido (até aos 6 meses):

- a. Peso à nascença;
- b. Semanas de gestação;
- c. Índice de Apgar 1', 5' e 10';
- d. Peso na altura da admissão e alta.

9. Outros campos:

- a. Destino após alta: hospital de dia, consulta externa do hospital, consulta externa de outro hospital, centro de saúde/médico de família;
- b. Saída contra parecer médico;
- c. Transferência entre hospitais: hospital de destino e motivo da transferência (realização de exames, seguimento, falta de recursos, tratamento de condição associada ou cuidados paliativos);
- d. Médico responsável pelo internamento;
- e. Médico responsável pela informação da alta;
- f. Data do registo.

Este documento deve ser assinado pelo médico e anexada cópia ao processo clínico

Observações

O registo das Intercorrências e das complicações deverá ser efectuado com particular cuidado no caso de o utente necessitar de ser admitido numa unidade de cuidados intensivos ou transferido para outra instituição hospitalar.

Em todos os processos, deve existir um registo detalhado, com todos os MCDT efectuados, tratamentos e resultados, bem como cópias da documentação entregue ao utente ou enviada a outros médicos ou profissionais de saúde.

Sempre que na intervenção cirúrgica ou no internamento ocorram situações atípicas tais como, procedimentos associados não previstos inicialmente, tratamento antibiótico por infecção adquirida na comunidade ou no hospital, suspeitada ou confirmada, e internamentos significativamente mais prolongados, deve ser efectuado um registo no processo para que clarifique a razão destas ocorrências.

Nos registos efectuados é essencial que a informação esteja suficientemente detalhada para que outro médico possa assegurar os cuidados ao utente em qualquer altura.

A importância da descrição detalhada da técnica decorre, entre outros, da possibilidade do utente poder vir a ser intervencionado posteriormente por equipa distinta, que beneficiará no restabelecimento da estratégia operatória dum relato exato dos procedimentos anteriores efectuados..

Siglas: RNU – Registo nacional do Utente