

MGIC 2011

Volume IV - Área Administrativa



Unidade Central de Gestão de Inscritos
para Cirurgia

Índice

1. Gestão do Episódio - Fases Gerais.....	4
1.1. Fase da Proposta	9
1.1.1. Etapa da Análise	10
1.1.2. Etapa da Pré-inscrição/Registo provisório na LIC	11
1.1.2.1. Criação do Plano de Cuidados (proposta cirúrgica).....	12
1.1.2.2. Consentimento do Utente	16
1.1.2.3. Validação do Plano de Cuidados (cada proposta cirúrgica).....	18
1.1.2.4. Activação da inscrição.....	21
1.1.2.5. Alteração da proposta cirúrgica.....	22
1.1.3. Etapa da Inscrição	23
1.1.3.1. Intransferível.....	23
1.1.3.2. Suspensão administrativa	23
1.1.3.3. Pendência da inscrição.....	24
1.1.3.4. Agendamento	25
1.1.3.4.1. Tempos Máximos de Resposta Garantidos	25
1.1.3.4.2. Cálculo do Tempo de Espera.....	25
1.1.3.4.3. Regras de agendamento	27
1.1.3.4.3.1. Ordenação da LIC.....	27
1.1.3.4.3.2. Tempos máximos para agendamento da cirurgia	28
1.1.3.4.3.3. Agendamentos na mesma LIC (intra)	29
1.1.3.4.3.4. Agendamento entre LIC (inter).....	29
1.1.3.4.4. Registo e Contactos do agendamento.....	30
1.1.3.4.5. Cancelamento do Agendamento	33
1.1.3.4.5.1. Responsabilidade do utente por motivos não clínicos.....	35
1.1.3.4.5.2. Motivos clínicos	35
1.1.3.4.5.3. Responsabilidade da instituição hospitalar	36
1.1.3.4.5.4. Responsabilidade de terceiros.....	37
1.1.3.5. Comparência aos eventos pré-operatórios	38
1.1.4. Etapa da Transferência	40
1.1.4.1. Gestão das Transferências até cativação de NT/VC	42
1.1.4.1.1. Preparativos para a transferência.....	42
1.1.4.1.1.1. Episódios sem condições para transferência.....	43

1.1.4.1.2. Transferências para outra instituição hospitalar	44
1.1.4.1.2.1. Tempos de Transferência e Cirurgia	45
1.1.4.1.2.2. Emissão de NT/VC e Cancelamento de NT/VC	45
1.1.4.1.2.2.1. Emissão de NT/VC.....	45
1.1.4.1.2.2.2. Regras de emissão de NT/VC.....	47
1.1.4.1.2.2.3. Cancelamento de NT/VC	47
1.1.4.1.2.2.4. Cativação de NT/VC	50
1.1.4.2. Gestão de transferência após cativação	51
1.1.4.2.1.1. Avaliação pré-operatória do utente em instituição hospitalar convencionada	51
1.1.4.2.2. Pedidos ao HO e URGIC	52
1.1.4.2.2.1. Pedido de Informação/Autorização.....	52
1.1.4.2.2.2. Pedido de Devolução de Episódio	53
1.1.4.2.2.3. Pedido de Conclusão por Cancelamento do Plano de Cuidados.....	55
1.1.4.2.2.4. Outros pedidos	56
1.2. Fase da Realização.....	56
1.2.1. Admissão ao Internamento/Cirurgia de Ambulatório	56
1.2.2. Realização da cirurgia	60
1.2.3. Alta de internamento/cirurgia de ambulatório	63
1.2.4. Nota de alta.....	64
1.2.5. Intercorrências e complicações no período de internamento	65
1.3. Fase da Catamnese (follow-up).....	66
1.3.1. Intercorrências e complicações pós-alta hospitalar	69
1.4. Fase da Conclusão	70
1.4.1. Conclusão por Cancelamento de episódio no HO	73
1.4.2. Conclusão por transferência de responsabilidade.....	76
1.4.2.1. Entre serviços/unidades funcionais da mesma instituição.....	76
1.4.2.2. Entre instituições hospitalares distintas	77
1.4.2.2.1. Por protocolo entre responsáveis de serviços/unidades funcionais.....	77
1.4.2.2.2. Por emissão de NT/VC	77
1.4.3. Conclusão do episódio no hospital que realiza a cirurgia	78
1.4.4. Conclusão do episódio no HO com cirurgia no HD	79
1.4.4.1. Regras de Facturação.....	80
1.4.4.2. Preços e metodologias para a produção adicional.....	81

2. Acções transversais ao episódio.....	83
2.1. Readmissão	83
2.2. Reinscrição	83
3. Organização da Informação do Hospital e funcionalidades do SIGLIC.....	85
3.1. Registo de informação em documento em versões	85
3.1.1. Ficha do Hospital.....	85
3.1.2. Carteira de Serviços, Contrato e Convenção	91
3.1.3. Gestão de colaboradores/utilizadores.....	91

1. GESTÃO DO EPISÓDIO - FASES GERAIS

As fases e etapas principais do processo de gestão do episódio do utente estão representadas na figura que se segue, sendo explicitadas com detalhe nos números seguintes:

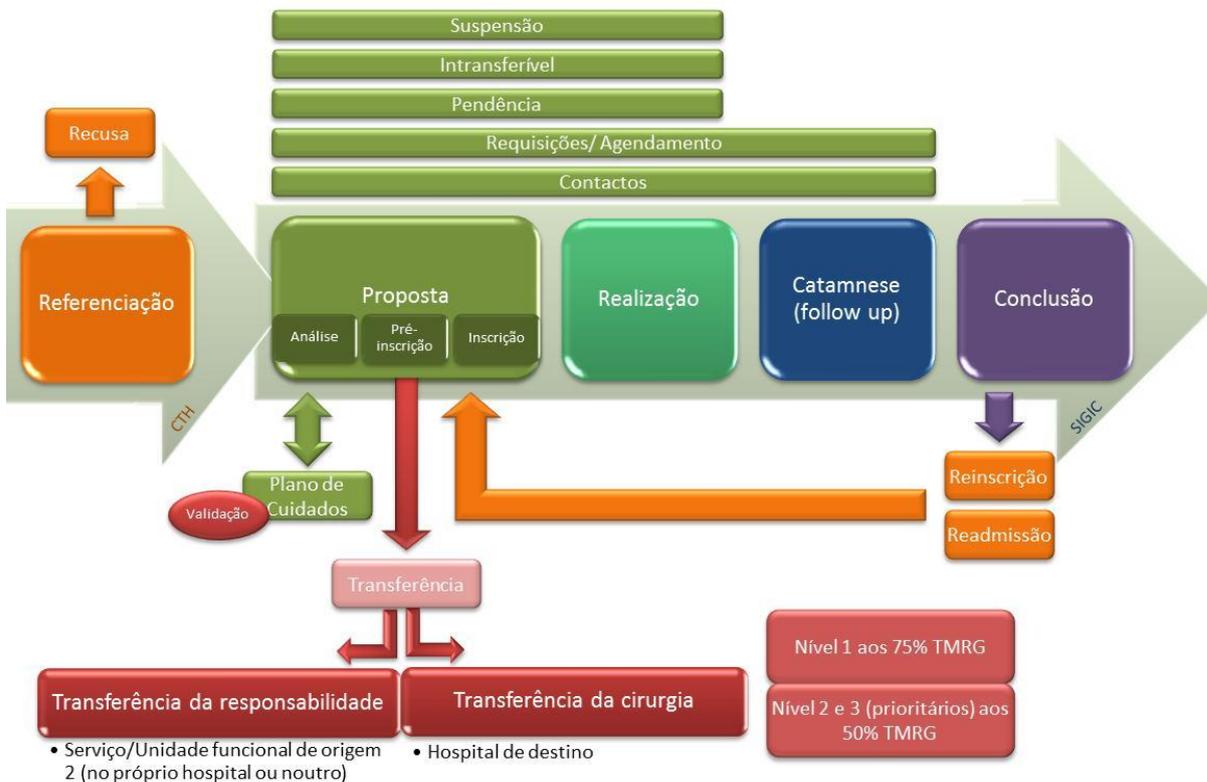
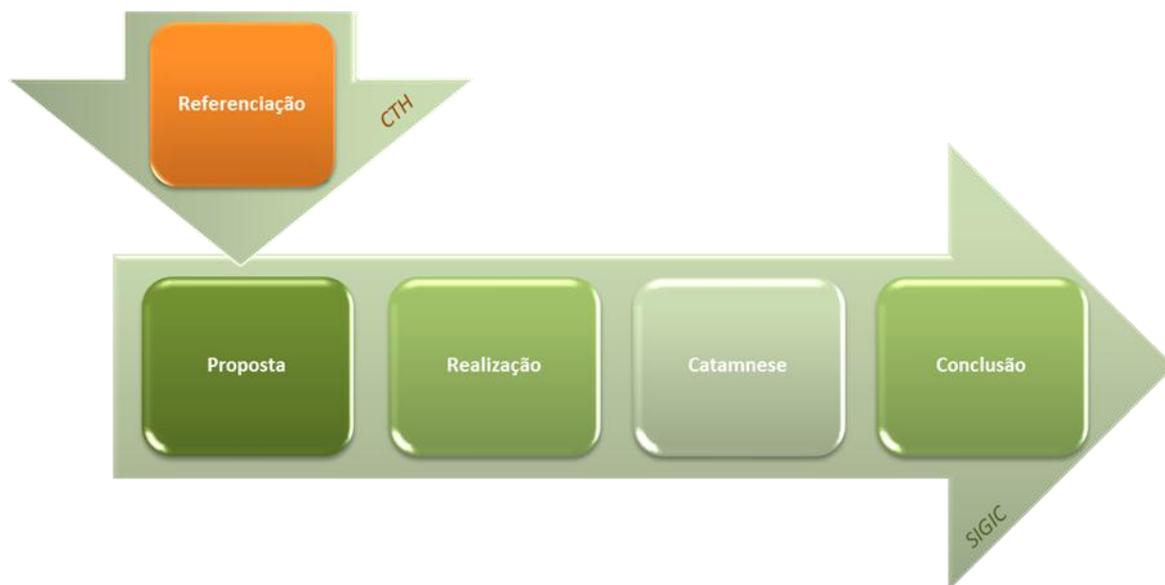


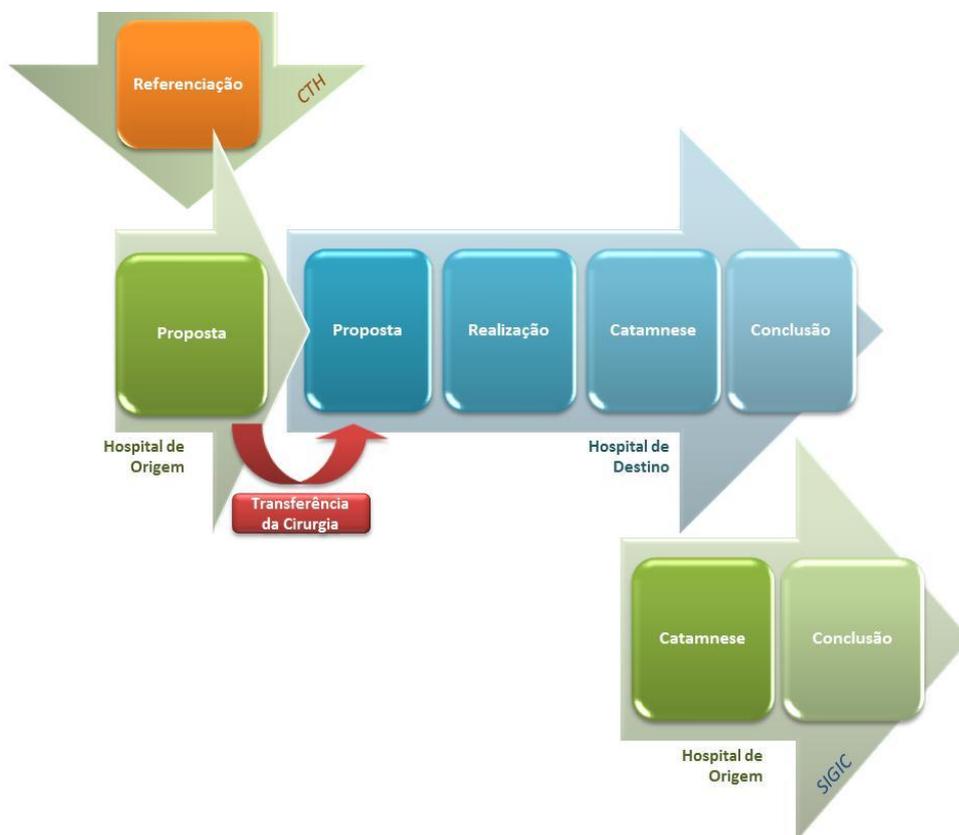
Ilustração 1 - Fases e etapas principais do processo de gestão do episódio do utente

No entanto, a gestão do episódio do utente com necessidades cirúrgicas pode desdobrar-se em três grandes processos consoante a responsabilidade das entidades pelo tratamento do utente.

1. Processo SIGIC com conclusão do episódio no HO

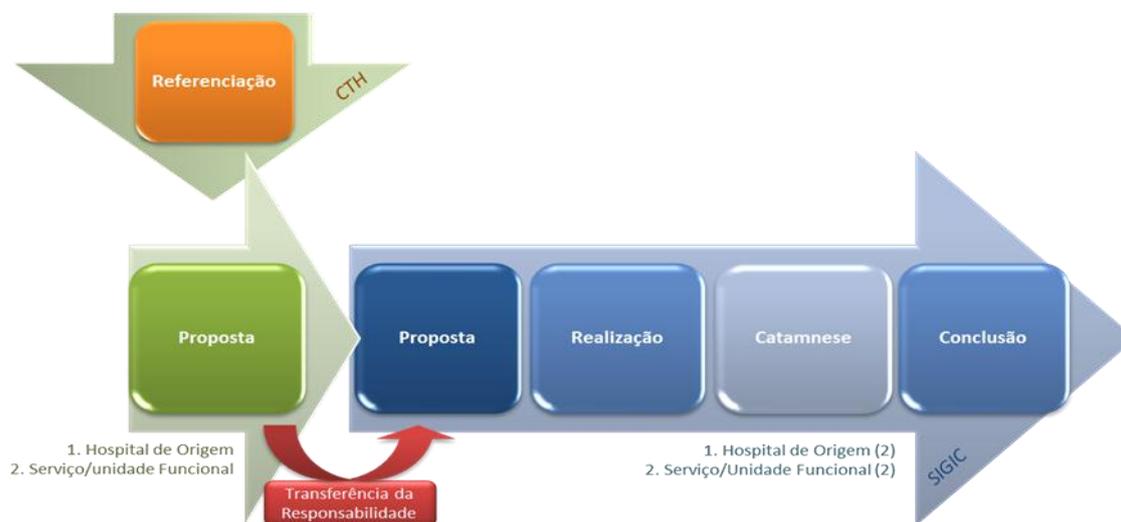


2. Processo SIGIC com conclusão do episódio no HO e HD



Quando as hipóteses de resolução da situação no hospital de origem estão esgotadas, passa-se à etapa da transferência. Esta pode ocorrer para um hospital de destino, apenas para a resolução da cirurgia e denomina-se transferência da cirurgia.

3. Processo SIGIC com conclusão do episódio no novo HO(2) ¹



Quando a transferência tem lugar para um novo serviço/unidade funcional da mesma instituição ou para outra instituição hospitalar, por acordo dos responsáveis de serviço/unidade funcional e das instituições ou no âmbito de um programa especial, designa-se transferência da responsabilidade, pois esta compreende a transferência da responsabilidade integral pelo tratamento da doença e não só do problema cirúrgico a ela associado.

Antes da descrição das várias fases do processo SIGIC, importa referir que existe uma fase de referenciação para a 1ª consulta da especialidade que, embora fazendo parte do processo de gestão de acesso à consulta da especialidade (CTH), aproveita à gestão dos episódios no âmbito do SIGIC, sendo por isso importante o conhecimento e o acesso aos eventos que a integram. Inclui o evento de referência interna ou externa à instituição para a primeira consulta de especialidade. A referenciação externa pode ser proveniente de uma instituição hospitalar do SNS (centros de saúde ou hospitais), de uma instituição do sector privado ou do sector social ou mesmo do próprio utente.

¹ Instituição que recebe o utente no âmbito de uma transferência da responsabilidade integral, com emissão e cativação de NT/VC e ocorre no âmbito de programas especiais, de acordo com tempos regulamentados, como é o caso do PTCO, e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas a responsabilidade de solução global da doença, incluindo a avaliação do doente e da doença e o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado.

A ilustração que se segue, descreve as etapas da referenciação hospitalar:

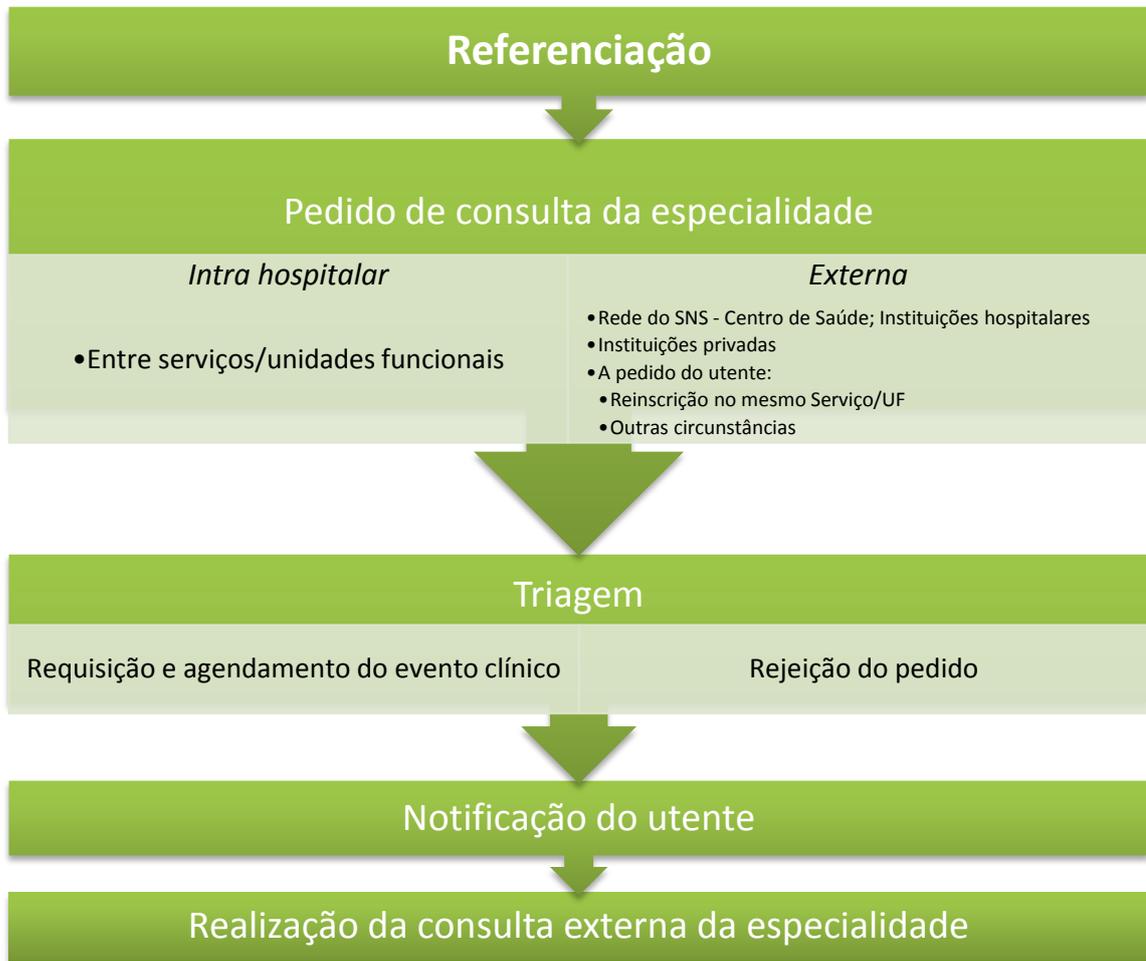


Ilustração 2- Etapas da referenciação para 1ª consulta de especialidade hospitalar

Entre a data do registo do pedido da consulta no sistema informático da Consulta a Tempo e Horas (CTH) pelo médico assistente do centro de saúde e a primeira consulta da especialidade hospitalar é recomendável a observação dos seguintes tempos máximos:



Ilustração 3 – Tempos máximos entre pedido da 1ª consulta e sua execução

Durante cada fase da gestão do processo podem ocorrer dois tipos de eventos: clínicos ou administrativos. Os eventos administrativos são aqueles que não apresentam informação clínica e não requerem nenhuma competência clínica, podendo no entanto serem realizados por assistentes técnicos ou por qualquer outro colaborador da instituição.

Num evento clínico pode existir a necessidade de realizar um procedimento administrativo. A ilustração seguinte resume o tipo de eventos administrativos que podem existir no processo, assim como alguns procedimentos administrativos no âmbito de um evento clínico.

Organização funcional dos dados Elementos Administrativos

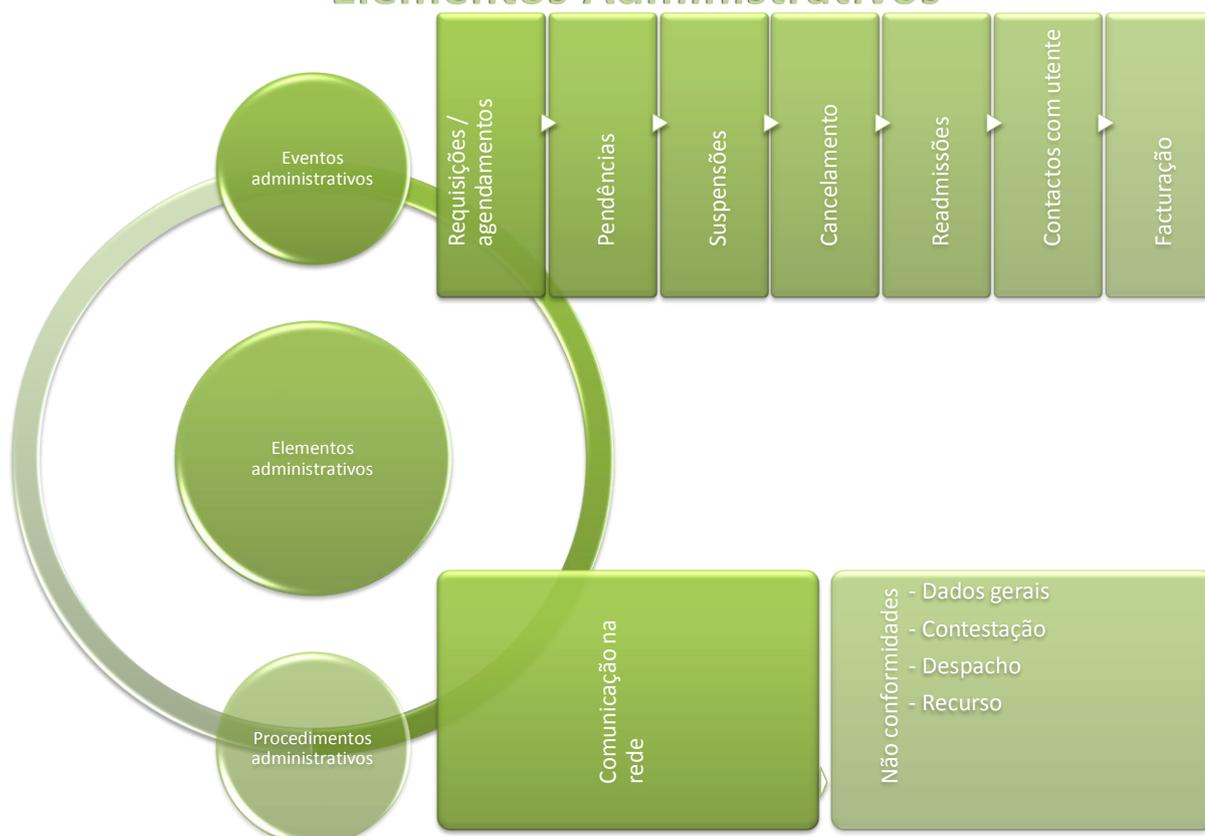


Ilustração 4 - Eventos administrativos que podem existir no processo

Nos números seguintes passa-se ao detalhe de cada uma das fases do processo e das etapas que as integram, bem como dos eventos susceptíveis de ocorrerem.

Em todas as fases e etapas do processo de gestão do episódio do utente, sempre que o assistente técnico for requisitado para inserir informação clínica no sistema de informação, deve fazê-lo com a supervisão do médico responsável, de acordo com artigo nº4 da Lei 12/2005, de 26 de Janeiro.

1.1. Fase da Proposta

A fase da proposta inicia-se com a primeira consulta da especialidade, do episódio terapêutico na instituição referenciada, referente aos problemas abordados e termina com a admissão (exclusive) que antecede imediatamente à realização do primeiro evento crítico, eventualmente a cirurgia. Todavia, pode terminar em qualquer uma das quatro etapas em que se divide, seja por conclusão por cancelamento do episódio ou seja por transferência de responsabilidade.

Na figura seguinte encontram-se representadas as etapas típicas da fase da proposta e nos números que se seguem a esta a explicitação de cada uma delas.



Ilustração 5 -Etapas da fase da proposta da gestão do processo do utente

1.1.1. Etapa da Análise

A etapa da análise agrega os eventos que decorrem desde a primeira consulta da especialidade (inclusive) até à consulta onde é criado o plano de cuidados (exclusive), ou seja, a proposta de abordagem de um ou mais problemas de saúde do utente, onde se inscrevem e caracterizam os eventos necessários à sua resolução, ordenados de forma cronológica.

Segundo as situações, esta etapa pode chegar a não existir por o plano de cuidados poder ser estabelecido logo na primeira consulta ou, pelo contrário, pode incluir mais ou menos eventos (v.g. MCDT ou até mesmo outras consultas), sempre que for considerado conveniente estudar a patologia do doente com mais detalhe.

A etapa da análise destina-se a estudar e interpretar os dados clínicos relevantes que permitem estabelecer e fundamentar a primeira versão do plano de cuidados. Os dados percebidos e obtidos em cada um dos eventos que ocorrem durante esta etapa e dos quais resultam a proposta do plano terapêutico, devem por isso constar sempre do processo clínico. E quando desta etapa resulta, com forte probabilidade, a necessidade de intervencionar o utente, a cirurgia deve ser proposta de imediato.

Nesta etapa recomenda-se também a observação dos tempos máximos para os períodos que medeiam entre a primeira consulta da especialidade e a consulta onde se regista o plano de cuidados, onde se inclui nomeadamente a proposta cirúrgica, os quais estão indicados na figura que se segue.

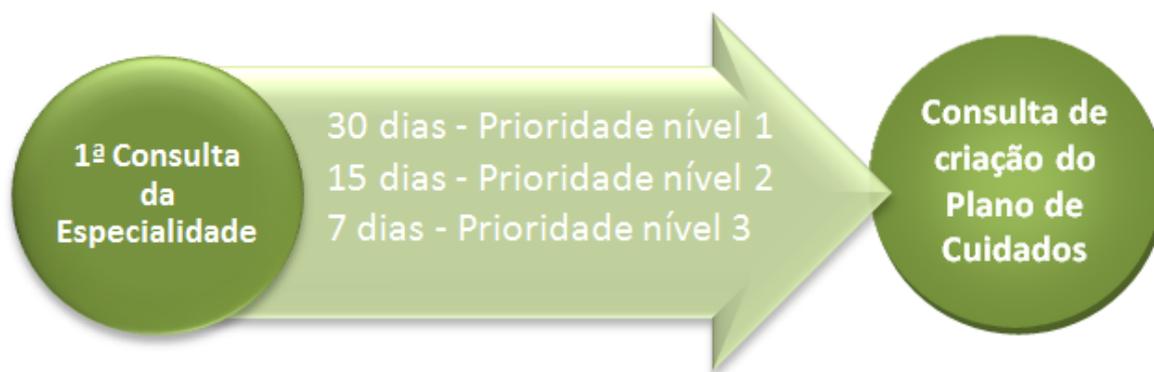


Ilustração 6 - Tempos máximos do acesso

1.1.2. Etapa da Pré-inscrição/Registo provisório na LIC

A etapa da pré-inscrição ou registo provisório na LIC inclui todos os eventos relacionados com a criação de um plano de cuidados (proposta de cirurgia) para resolução de um ou mais problemas, consentida pelo utente e validada pelo responsável do serviço/unidade funcional cirúrgico proponente (com capacidade técnica para a execução do (s) procedimento (s) proposto (s)). Após a emissão do certificado de inscrição, dá-se lugar à activação da inscrição do utente na LIC do serviço/unidade funcional da instituição hospitalar.



Ilustração 7 – Etapa da Pré-inscrição

A pré-inscrição é constituída por um conjunto de eventos, com início, em princípio, numa consulta externa, mas que pode decorrer de uma observação a um doente internado, o

preenchimento do plano de cuidados, o consentimento do utente e validação pelo responsável de serviço/unidade funcional até à activação da inscrição na LIC.

1.1.2.1. Criação do Plano de Cuidados (proposta cirúrgica)

Um plano de cuidados (que pode conter uma ou mais propostas cirúrgicas) corresponde à intenção de resposta do hospital a um conjunto integrado de problemas do utente, a resolver por um conjunto de eventos que têm como atributo agregador pelo menos um episódio de cirurgia. Este documento só pode ser criado no âmbito do processo clínico do utente, do qual, é recomendável, constem os dados e a informação organizada segundo as recomendações do manual do processo clínico, incluído no volume V. No momento do registo é criado um número de identificação único da proposta na LIC da instituição (número de LIC). Desta forma, é possível distinguir vários planos de cuidados no âmbito do processo clínico do utente.

As propostas devem ser elaboradas pelo médico, sempre que possível, directamente no sistema de informação (SI) ou em suporte de papel e posteriormente registadas. Nesta situação, deve existir na instituição um mecanismo de segurança e controlo entre o número de propostas criadas pelo médico e as recepcionadas e introduzidas no SI pelo assistente técnico² nomeado para a tarefa, na dependência directa do respectivo clínico.



Só devem ser inscritos em LIC, utentes que precisem de um procedimento cirúrgico programado e para o qual a instituição hospitalar disponha de capacidade técnica para a sua realização.

A **proposta de cirurgia** deve ser registada no SIH, elaborada pelo médico proponente da cirurgia e, desde logo, dela devem constar os seguintes dados mínimos obrigatórios:

1. Identificação completa do utente (conforme RNU)



- Nome completo
- Filiação (obrigatório nos menores)
- Número do processo
- Número do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão
- Número de cartão do SNS
- Data de nascimento
- Sexo
- Morada completa com código postal, freguesia e concelho
- Contactos telefónicos

² Este assistente técnico tem que estar sujeito a um termo de confidencialidade para que possa ter acesso aos dados clínicos do utente para introdução da informação no SI



2. Identificação institucional

Nome da instituição hospitalar
Serviço/unidade funcional proponente
Médico proponente



3. Data em que a proposta ocorre (data de inclusão)

Tem de corresponder à data da realização do evento consulta que deu origem ao plano de cuidados



4. Caracterização dos problemas a abordar, definidos em termos de diagnósticos

Descrição do(s) problema(s)
Classificação dos diagnósticos de acordo com a versão da CID na versão em vigor
Codificação das patologias associadas



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

Descrição da resolução
Classificação dos procedimentos de acordo com a versão CID na versão em vigor



6. Resultados esperados com a terapêutica proposta (para cada UN)

Descrever os efeitos a obter sobre a doença, qualidade de vida do utente e eventuais sequelas.
Resolução/Cura
Melhoria/Atenuação
Diagnóstico
Sequela
Vigiar/acompanhar
Classificação dos resultados



7. Prioridade estabelecida

Nível de prioridade;

Justificação da prioridade clínica nível 2, 3 e 4

Os critérios devem ser claros e equitativamente aplicados observando as normas estabelecidas nos casos aplicáveis (ex: portaria que estabelece o TMRG na oncologia. Por princípio devem existir no serviço ou hospital orientações internas nesta matéria).



8. Episódio antecedente (se aplicável)

Identificação do(s) episódio(s)

Associação para procedimentos múltiplos; associação para continuidade terapêutica; associação por complicações; patologia contra lateral



9. Plano de cuidados prévio

Identifica as acções ou eventos a efectuar prévias à cirurgia.



10. Plano de cuidados pós-operatório (eventos, requisições e acções especiais)

Plano que se seguirá após alta do último evento crítico e terapêutica.

Especificação das necessidades do doente no seguimento da patologia

Especificações do período e conjunto de eventos a efectuar após a instituição da terapêutica.

Caso exista informação no plano de cuidados que necessite de ser corrigida, ao fazê-lo, o sistema cria uma nova versão do documento actualizado. No caso de não poderem ser recolhidos desde logo todos os itens obrigatórios que fazem parte da proposta de cirurgia, estes devem ser completados no prazo máximo de dez, cinco e dois dias úteis, consoante se trate respectivamente de uma prioridade 1, 2 ou 3, no âmbito de outro evento clínico ou administrativo. Nesta situação, o sistema cria nova edição do plano de cuidados associado ao evento em questão.

Os dados de registo obrigatório que se seguem e devem completar a proposta, podem ser acrescentados até ao agendamento da cirurgia no hospital de origem ou até à transferência para um hospital de destino:



11. Regime da cirurgia.

Internamento; ambulatório



12. Tipo de anestesia prevista

Geral; regional periférica/central; local; sedação; sem anestesia.



13. Identificação de alergias, deficiências e outros (presença de material implantado, recusa de sangue por motivos religiosos, gravidez, ...) constrangimentos devidamente especificados e codificados.



14. Risco cirúrgico perspectivado pelo clínico nomeadamente no que se refere a embolismo, hemorragia, infecção, problemas cardíacos, respiratórios, metabólicos global.



15. Identificação das necessidade de acções peri-operatórias especiais e equipamento peri-operatório específico.

- Unidade de Cuidados Nível III (Intensivos); Unidade de Cuidados Nível II (Intermédios); Equipamento para Artroscopias; Cirurgia Vasculor Endoscópica; Equipamento para Laparoscopia; Equipamento para Toracoscopia; Equipamento para Broncoscopia Flexível/Rígida; *Ecodoppler*; Equipamento para Endoscopia Digestiva; Laser Cirúrgico; Neuro-estimulador; Radiologia (Fluoroscópios); Equipamento para Cirurgia Cardíaca com CEC; Equipamento para Cirurgia Cardíaca Endoscópica; Material para Microcirurgia; Material para Mediastinoscopia; Material para Uretrocistoscopia /RTU; Sondas Gama Câmara; Pace Maker Externo; Laringoscópio Flexível; Equipamento para Criocirurgia; Equipamento para Diálise; Equipa de Cardiologia (presença/prevenção); Equipamento para obesidade; Outras.



16. Proposta de colocação de dispositivo médico. (se aplicável)

Especificar tipo, marca e modelo.

Os restantes dados da proposta têm de ser completados, no limite, até à data da realização da cirurgia:



17. Classificação ASA

Categoria 1 a 6



18. Classificação Mallampati das vias respiratórias

Classe 1 a 4.



19. Episódio subsequente (se aplicável)



20. Identificação da entidade/subsistema no âmbito do qual a proposta é registada.



21. Avaliação pré-operatória

- Não solicitada; Solicitada; Realizada



22. Resultados da Avaliação pré-operatória

- Apto; Apto c/ condições; Não Apto

O assistente técnico deve verificar se o registo da proposta cirúrgica está conforme. Caso detecte alguma irregularidade, o assistente técnico deve solicitar a sua resolução junto às entidades intervenientes ou, caso não o consiga, informar a UHGIC do sucedido. A resolução da irregularidade no registo da proposta cirúrgica pode ter como intervenientes o médico proponente ou assistente técnico, sendo o primeiro o responsável por toda a informação preenchida.

Por fim, nas observações gerais, devem ser inscritas todas as informações consideradas pertinentes para a melhor gestão do processo. Por exemplo, pode estar inserida a informação que por motivos laborais o utente deve ser avisado da data da cirurgia com um mês de antecedência.

1.1.2.2. Consentimento do Utente

Depois da proposta cirúrgica do plano de cuidados (dados obrigatórios à data da sua criação) estar devidamente preenchida, o médico proponente entrega a nota de consentimento ao utente juntamente com a cópia da proposta cirúrgica e os direitos e deveres do utente. Este documento tem por objectivo recolher a concordância do utente:

- ✓ Com a sua inscrição na LIC;
- ✓ Com a aceitação do conjunto de normas do Regulamento SIGIC que serve de base à gestão do episódio e pode ser impresso através dos sistemas de informação SIGLIC e SIH.

A nota de consentimento tem de ser obrigatoriamente assinada pelo utente, que se não puder assinar, pode fazer-se substituir por um representante legal devidamente habilitado.



O documento da proposta cirúrgica do plano de cuidados pode conter mais duas secções distintas, uma para a nota de consentimento, outra para a validação pelo responsável de serviço/unidade funcional, caso não seja realizada directamente no sistema de informação.



A nota de consentimento deve conter a seguinte informação, assim como um campo para assinatura do utente com a data:

“Declaro que tomei conhecimento do conteúdo da presente proposta cirúrgica no âmbito do plano de cuidados, assim como dos direitos que me assistem e dos deveres em que incorro no âmbito do SIGIC e autorizo a sua inclusão na Lista de Inscritos para Cirurgia deste hospital e na base de dados do Ministério da Saúde.”

Se o plano de cuidados tiver mais do que uma proposta cirúrgica, o utente deve dar o seu consentimento para cada uma delas.

Caso o utente não dê o seu consentimento de imediato, deve enviar à UHGIC a nota de consentimento devidamente assinada, por qualquer via, no prazo máximo de dez, cinco ou dois dias úteis, caso seja respectivamente utente não prioritário (nível 1), prioritário (nível 2) ou muito prioritário (nível 3). Antes destes prazos serem atingidos, o assistente técnico deve contactar o utente a solicitar o documento em falta. Se o utente não entregar a nota de consentimento atempadamente, a proposta deve ser cancelada, o que poderá implicar num cancelamento do plano de cuidados, caso só exista uma proposta cirúrgica.



Ilustração 8 – Consentimento do utente da proposta cirúrgica

No entanto, caso o utente entregue a nota de consentimento não atempadamente, poderá ser efectuada uma reinscrição (novo episódio associado ao episódio único anterior), sendo criada uma nova proposta contendo a mesma informação clínica, com data de inclusão coincidente com a data em que a instituição teve conhecimento do pedido, ou seja à data da recepção da solicitação escrita do utente.

No que respeita às urgências diferidas, o consentimento informado do utente com a intervenção é solidário com a nota de consentimento para inscrição na LIC, não passando o episódio por todas as etapas representadas no processo SIGIC.



Para reduzir a carga burocrática do processo, aconselha-se a utilização de um documento único que inclua a proposta de cirurgia no âmbito do plano de cuidados, a nota de consentimento e a validação pelo responsável do serviço/unidade funcional. Neste caso sugere-se que este documento seja em triplicado: após assinatura do médico proponente, o original e o duplicado são entregues ao utente, para que este assine durante a consulta ou envie posteriormente o original para a UHGIC. O triplicado é enviado pelo médico proponente para o responsável do serviço/unidade funcional após a realização da consulta.

1.1.2.3. Validação do Plano de Cuidados (cada proposta cirúrgica)

Periodicamente, o assistente técnico deve extrair do SI a lista de pré-inscrições e entregá-la ao responsável do serviço cirúrgico/unidade funcional (ou alguém por si nomeado) que deve validar a proposta cirúrgica, nos prazos máximos de **dez, cinco ou dois dias úteis** a contar da inscrição provisória na LIC, consoante se trate de utentes classificados respectivamente nos níveis 1 (normal), 2 (prioritário) e 3 (muito prioritário).

Atendendo à responsabilidade objectiva dos autores da informação, a proposta cirúrgica deve ser impressa, rubricada pelo médico proponente, validada pelo responsável do serviço/unidade funcional e arquivada no processo. Além disso, devem ser registadas no SI a validação e a data da mesma, bem como a justificação e data para a eventual discordância (invalidação) do responsável do serviço com a proposta.



Ilustração 9 – Validação do Plano de Cuidados (proposta)

Se o responsável do serviço/unidade funcional concluir que a cirurgia proposta não está conforme a *legis artis* e com a orientação do serviço/unidade funcional, deve fazer constar essa indicação no respectivo campo do documento e comunicar essa decisão ao médico proponente que, no prazo de dois dias, convoca o utente para a consulta de redefinição da orientação terapêutica.

Nas situações em que há necessidade de alterar itens não críticos na proposta cirúrgica, deve proceder-se informaticamente a essa alteração e o responsável do serviço/unidade funcional deve validar a proposta de imediato.

Se os dados a alterar forem itens críticos, a proposta deve ser cancelada e deve ser criada nova com as respectivas alterações, com data de inclusão do primeiro registo efectuado. O responsável pelo serviço/unidade funcional deve validar a proposta de imediato e o utente tem de assinar a nota de consentimento nos prazos legais em vigor (dez, cinco ou dois dias úteis consoante prioridade clínica).

Itens Críticos da Proposta Cirúrgica:

- Identificação do utente
- Serviço/unidade funcional
- Identificação do médico proponente
- Data de inclusão
- Diagnósticos principais



- Procedimentos principais
- Lateralidade

Se o responsável do serviço/unidade funcional determinar que não é possível realizar a proposta cirúrgica por não estar de acordo com a *legis artis* ou com a orientação do serviço ou até porque o novo plano terapêutico não dever ser cirúrgico, o registo provisório da LIC tem de ser cancelado e o utente informado das razões.

1.1.2.4. Activação da inscrição

A inscrição do utente na LIC pressupõe que o plano de cuidados (cada proposta cirúrgica) esteja nas seguintes condições:

1º Validada pelo responsável do serviço cirúrgico/unidade funcional

2º Consentida pelo utente

3º Sem irregularidades a nível administrativo (com os itens críticos preenchidos)

4º Emissão do certificado de inscrição

Só quando se encontram reunidas as quatro condições, o registo do utente é validado no sistema de informação.

Para a activação da proposta cirúrgica, é necessário emitir o certificado de inscrição, que deve entregar ao utente, no prazo de dez, cinco ou dois dias úteis após a activação, consoante se trate de utentes classificados respectivamente nos níveis 1, 2 e 3. Este certificado é o documento comprovativo da inscrição do utente na LIC.

Este documento contém a seguinte informação:

- ✓ Nome do utente;
- ✓ Morada do utente;
- ✓ Instituição hospitalar e serviço/unidade funcional que inscreveu o utente em LIC;
- ✓ Data de registo da proposta em LIC (data de inclusão);
- ✓ Tempo máximo de resposta garantido de acordo com o tipo de patologia/grupo de patologia e nível de prioridade clínica do utente;
- ✓ Código individual de acesso aos dados pessoais (administrativos e clínicos) do utente;
- ✓ Contactos da Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (morada, endereço de correio electrónico, telefone, fax);
- ✓ Contactos da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (fax);
- ✓ Contactos da Entidade Reguladora da Saúde para envio de reclamações por carta ou através do livro de reclamações online.

Efectivada a inscrição do utente na LIC, a aplicação SIGLIC gera um código de acesso individual e introduz o mesmo no certificado de inscrição, que deve ser obrigatoriamente impresso a

partir do SIGLIC e enviado por carta registada para a morada oficial do utente ou entregue em mão contra recibo comprovativo. Mais tarde o utente, querendo, pode alterar este código a partir do e-SIGIC. A instituição deve garantir que este código é secreto e apenas o utente tem conhecimento do mesmo.

Sempre que o utente realizar um pedido de informação a uma das unidades do SIGIC, deve fornecer este código, para que os elementos dessas unidades tenham acesso à informação do utente. A qualquer momento, o utente pode alterar o seu código de acesso.

1.1.2.5. Alteração da proposta cirúrgica

As razões que levam à necessidade de modificar um parâmetro da proposta podem resultar das seguintes situações:

1. Novos dados recolhidos que permitem actualizar, completar a proposta (ex: patologia associada, ASA).

Referente a dados não críticos na proposta cirúrgica e dependendo da informação, podem ser inseridos até:

- ✚ À data do agendamento da cirurgia no hospital de origem
- ✚ À data da transferência para um hospital de destino;
- ✚ À data do agendamento da cirurgia no hospital de destino;

2. A situação do utente alterou-se e, como tal, a informação registada não corresponde à realidade actual.

Quando a situação do utente implique perda de indicação cirúrgica, a proposta deve ser cancelada. Se existir uma alteração do nível de prioridade clínica do utente, o médico deve justificar a mudança da mesma na proposta cirúrgica. Neste caso, é produzida uma nova edição da proposta que fica associada a um evento de reavaliação do estado do utente. No entanto o utente deve ser informado da alteração.

3. A proposta foi introduzida com erros.

Após a criação da proposta cirúrgica, a instituição hospitalar deve validar a existência de incorrecções do documento. Para isso deve recorrer à lista de irregularidades identificadas na proposta cirúrgica (alarmes) na aplicação informática de suporte ao SIGIC. Estas listagens devem ser retiradas com periodicidade máxima semanal e enviadas ao responsável pela informação para correcção. No caso de dúvidas/erros nos dados de identificação do utente, o assistente técnico deve

validar a informação através de outros sistemas de informação ou mesmo por contacto directo com o utente. Se a informação a corrigir for do foro clínico (ex: falta de justificações, erros de codificação), a proposta deve ser remetida ao médico proponente ou responsável da codificação. Até à data da activação da inscrição, a proposta tem de estar corrigida.

1.1.3. Etapa da Inscrição

A partir do momento em que é realizada a proposta cirúrgica para o tratamento do utente, o episódio fica no estado inscrito na LIC. No entanto, este estado pode apresentar vários atributos que classificam a inscrição. Os atributos são compatíveis, podendo estar assinalados vários no mesmo momento para o mesmo episódio, excepto nas situações de pendência e suspensão, uma vez que os dois atributos não são conciliáveis. Por exemplo, um episódio pode estar classificado como intransferível devido a situações clínicas, encontrar-se pendente pois o utente está a realizar tratamentos, e ter um agendamento activo, para realizar a cirurgia assim que terminar a terapêutica médica:

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| ✗ Intransferível | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ✗ Pendência | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ✗ Suspensão | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| ✗ Agendamento | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

1.1.3.1. Intransferível

Os episódios em que o HO considere que a transferência pode ser clínica ou socialmente prejudicial para o utente e este der o seu consentimento expresso, devem ser classificados como intransferíveis, devendo os motivos que determinam essa classificação ser registados como justificação e os documentos que fundamentam a condição de intransferível, anexados ao processo clínico (justificação do atributo intransferível e consentimento do utente para a mesma). O consentimento expresso do utente tem de ser realizado por escrito e anexado ao processo.

Quando atingidos os tempos regulamentares em vigor (TMRG), a sinalização deste atributo poderá não impedir a transferência do utente. Este receberá uma carta a informá-lo da situação e a disponibilizar uma emissão de NT/VC caso esteja interessado, visto o hospital não ter apresentado solução em tempo útil.

1.1.3.2. Suspensão administrativa

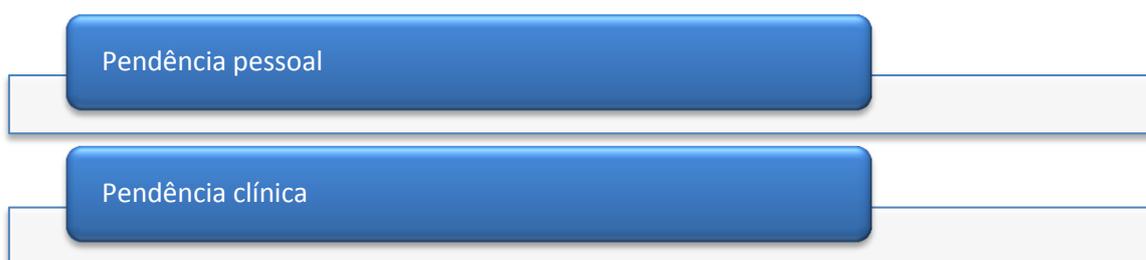
A suspensão é um atributo do episódio na LIC que o impede de ser movimentado (transferido), mas não interrompe a contagem do tempo de espera do utente.

A suspensão é um acto administrativo que está previsto para impedir a movimentação do episódio que, nalgumas etapas do processo, até pode ser gravosa para o utente. Trata-se de uma situação excepcional que, quando ocorre, deve durar o mínimo tempo possível. Pode ser determinada pelo hospital, pela URGIC ou pela UCGIC. A suspensão é determinada por motivos exclusivamente técnicos ou por falta de informação, adequadamente justificados no SIGLIC, não podendo ultrapassar **cinco** dias consecutivos ou **dez** dias interpolados.

1.1.3.3. Pendência da inscrição

Quando um utente se encontra na lista de inscritos para cirurgia significa que necessita e encontra-se disponível para uma intervenção cirúrgica no sentido de resolver o seu problema ou conjunto de problemas. A pendência é um atributo do episódio criado para auxiliar no processo de suspensão do TE, quando o utente não se encontra disponível para a realização de eventos no HO (incluindo cirurgia).

As pendências podem ser de dois tipos:



A **pendência pessoal** pode ser requerida pelo utente, antes da sua transferência, pelo máximo de três vezes, por um período total de tempo igual ou inferior ao TMRG do episódio. O utente tem de requerer por escrito esta pendência, mesmo que comunique a sua decisão por telefone e a instituição hospitalar deve aceitar qualquer motivo apresentado como plausível, pois esse tempo de espera é sempre da responsabilidade do utente (TE pára de contar na contagem oficial do TE e para a instituição hospitalar).

O assistente técnico deve anexar o respectivo documento ao processo clínico. A pendência pessoal deve ser registada no sistema de informação com a introdução obrigatória de data de início, data de fim e descrição do motivo apresentado. O utente deve ser informado que a pendência do seu episódio não pode ultrapassar o TMRG da sua prioridade e patologia, com risco de cancelamento da sua inscrição em LIC.

A **pendência clínica** pode ser requerida pelo médico, desde que o utente dê o seu consentimento por escrito, por um período de tempo acumulado não superior a quatro meses, sempre que se verifique uma situação clínica que impede temporariamente a realização da cirurgia. Neste contexto, entende-se por situação clínica, o estado de saúde do utente que impede a execução de procedimentos com um grau de risco adequado, realização de tratamentos ou exames de diagnóstico, durante um determinado período de tempo. A justificação do médico e o documento escrito do consentimento do utente para a pendência por motivos clínicos devem constar no SIGLIC e no processo do utente.

Se, aquando da reformulação do plano de cuidados, for previsto um tempo de pendência superior a quatro meses, o episódio deve ser cancelado. Assim que o utente voltar a ter indicação cirúrgica, o clínico elabora nova proposta, que poderá ter uma alteração da prioridade clínica e devem ser desencadeados os procedimentos administrativos subseqüentes a uma nova inscrição.

1.1.3.4. Agendamento

1.1.3.4.1. Tempos Máximos de Resposta Garantidos

Com a publicação da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro foram definidos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), discriminados por patologia/grupo de patologia e por nível de nível de prioridade, existindo na actualidade os seguintes agrupamentos:

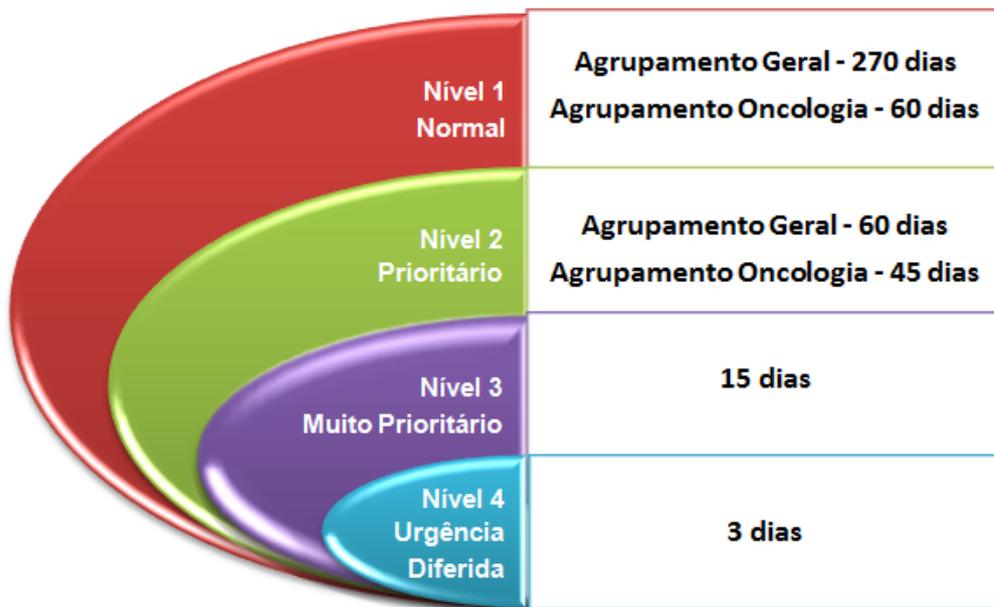


Ilustração 10 – Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)

1.1.3.4.2. Cálculo do Tempo de Espera

Para efeito de agendamento da cirurgia, é necessário determinar a antiguidade do episódio na LIC através do cálculo do tempo de espera.

O tempo de espera (TE) corresponde ao número de dias de calendário decorridos entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica pelo médico especialista e o momento da observação, da conclusão por cancelamento ou da realização da cirurgia, excluindo os tempos de pendência (pessoal ou clínica) e o período que vai desde a emissão de NT/VC até à sua cativação ou cancelamento. O exemplo descrito de seguida procura ilustrar o cálculo do tempo de espera:

- O episódio está classificado com nível de prioridade normal (1), e o utente é portador de uma patologia do agrupamento geral. Solicitou ao hospital uma pendência por motivos profissionais, enquanto aguardava no HO. Após esse período e quando atingiu os 75% do TMRG, foi-lhe emitido um VC que utilizou num determinado HD. Posteriormente, não compareceu a um evento solicitado pelo hospital de origem para actualização do seu processo clínico, cujo agendamento o utente tinha aceite (tempo de espera não imputável ao HD).

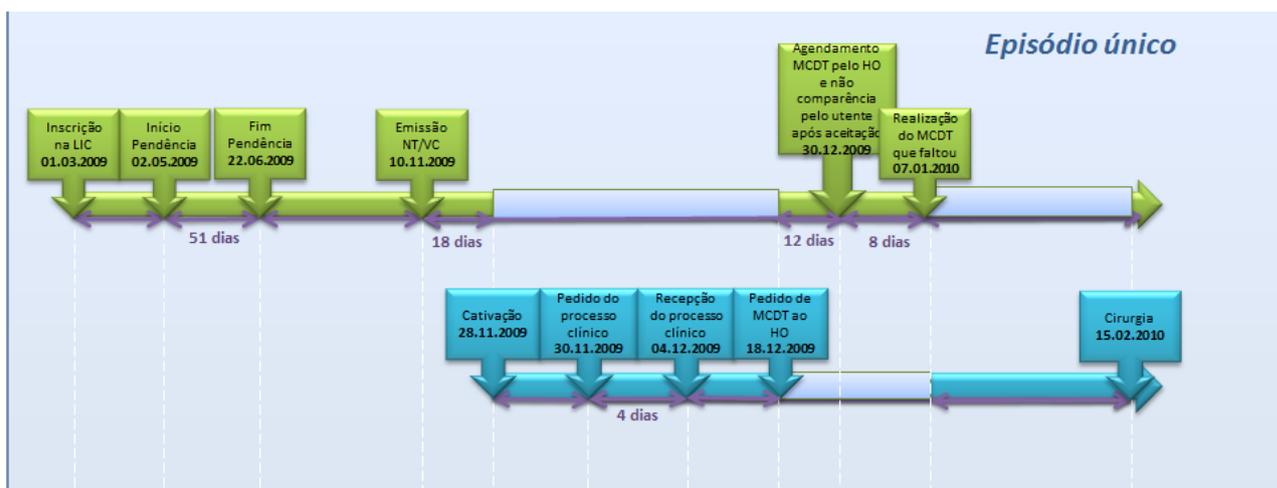


Ilustração 11- Exemplo

O cálculo do TE é essencial para determinar a antiguidade do utente e assim ordenar correctamente a LIC, de acordo com a prioridade e patologia. No entanto, para efeitos de identificação de problemas do processo de gestão da LIC nos hospitais de origem e de destino, não devem ser contabilizados tempos que não sejam da sua responsabilidade. Por exemplo, os cinco dias que o hospital de destino pode aguardar pelo processo clínico do utente não são da sua responsabilidade.

- $\text{Tempo de Espera Integral (TEI)} = '15.02.2010' - '01.03.2009' = 351 \text{ dias}$
- $\text{Tempo de Espera do Utente (TE)} = 351 - 51 - 18 = 266 \text{ dias}$
- $\text{Tempo de espera do utente após cativação até à cirurgia} = '15.02.2010' - '28.11.2009' = 79 \text{ dias}$
- $\text{Tempo de espera do HD} = 79 - 4 - 12 - 8 = 55 \text{ dias}$

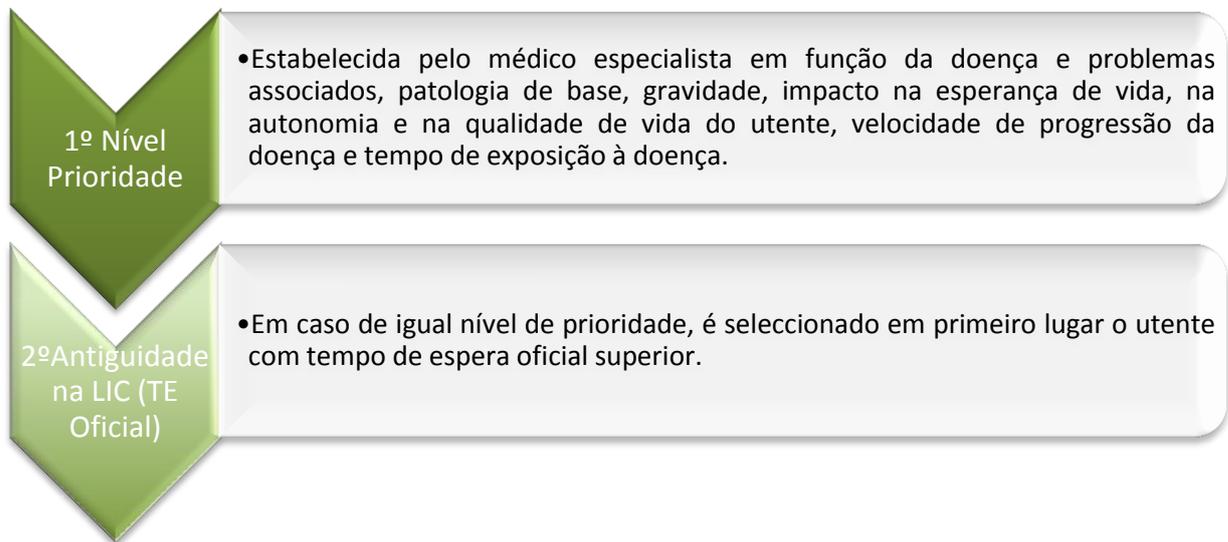
Este utente pode aguardar pela sua cirurgia após cativação do NT/VC no HD até 25% do TMRG, o que para a sua prioridade operacional corresponde a aproximadamente 70 dias, tendo aguardado 79 dias. Para efeitos de penalização, o tempo máximo de espera não foi, todavia, ultrapassado pelo hospital de destino, uma vez que este não é responsável pelo período de tempo de envio do processo clínico e do tempo de actualização do mesmo pelo HO. Apesar disso, o utente

podia nesta situação ter solicitado, a partir do 70º dia de TE, a devolução do seu episódio ao HO ou a emissão de novo vale cirurgia.

1.1.3.4.3. Regras de agendamento

1.1.3.4.3.1. Ordenação da LIC

De acordo com o Regulamento do SIGIC, a ordenação dos episódios para agendamento deve ser realizada tendo em conta dois critérios - prioridade e antiguidade na LIC - conjugados, a partir da publicação da Portaria n.º 1529/2008, com os tempos máximos de resposta garantidos definidos. Assim:



A ordenação para agendamento deve ser realizada pela seguinte ordem de prioridade operacional:

Prioridade Operacional	Prioridade Clínica	Grupo de patologia	TMRG
270	1	Geral	270 dias
60	1	Oncológico	60 dias
	2	Geral	60 dias
45	2	Oncológico	45 dias
15	3	Geral Oncológico	15 dias
3	4	Geral Oncológico	3 dias

Dentro de cada prioridade operacional, os agendamentos devem ser realizados tendo em conta a antiguidade na LIC, traduzida pelo TE, ou seja, serão agendados em primeiro lugar os utentes com maior TE.

1.1.3.4.3.2. Tempos máximos para agendamento da cirurgia

De acordo com a classificação da prioridade e patologia/grupo de patologia do utente, é definido o tempo máximo para a realização do agendamento (registo), assim como os tempos de antecedência para a notificação do utente da data da cirurgia pela entidade hospitalar.

Prioridade Clínica	Prioridade operacional	Grupo de Patologia	Notificação do utente da data da cirurgia (dias)	TE para transferência/agendamento (dias)
1	270	Patologia Geral	20	203
	60	Oncologia	20	45
2		Patologia Geral	10	30
	45	Oncologia	10	23
3	15	Todas Patologias	5	5 (a pedido)
4	3	Todas Patologias	Logo que possível	-

A data do agendamento da cirurgia não deve ultrapassar o TMRG. O agendamento só impede a transferência do episódio nas situações em que não tenha sido excedido o tempo máximo de resposta garantido em vigor.

Para um utente classificado com prioridade clínica de nível 1, agrupamento geral ou seja prioridade operacional 270, a entidade hospitalar pode registar o agendamento da cirurgia até ao 202º dia do tempo de espera oficial, impedindo a emissão de NT/VC e conseqüentemente a transferência para outras unidades hospitalares. Todavia, o agendamento não impede a transferência se a data da cirurgia agendada exceder o TMRG. Se, por exemplo, é registado um agendamento ao 190º dia do TE de uma cirurgia que será realizada ao 290º dia do TE, a transferência pode ocorrer a qualquer momento, a partir do 203º dia, uma vez que o agendamento não está conforme.

Se o TMRG tiver sido ultrapassado, o agendamento tem de ser registado com um máximo de 20 dias de antecedência em relação à data da cirurgia, ou seja, o registo do agendamento não deve ser realizado com uma antecedência superior a 20 dias à data da cirurgia agendada. Caso o agendamento seja registado com uma antecedência superior, não há impedimento à transferência do episódio se estiverem reunidas todas as condições necessárias para a mesma.

1.1.3.4.3.3. Agendamentos na mesma LIC (intra)

De forma a respeitar o princípio de equidade no acesso à cirurgia, o regulamento do SIGIC estabelece um conjunto de regras que visa garantir a aplicação deste princípio. Assim, as entidades hospitalares são incentivadas a respeitar a ordenação do agendamento mencionada anteriormente.

Respeitando os critérios de agendamento por prioridade operacional e antiguidade (TE), a data de agendamento da cirurgia pode variar entre **cinco** e **quinze** dias úteis, desde que essa variação se fundamente na gestão mais eficiente dos tempos de funcionamento do BO.

1.1.3.4.3.4. Agendamento entre LIC (inter)

Sempre que dois serviços/unidades funcionais ofereçam o mesmo procedimento, precisam ambos de:

- ✿ Ou assegurar que têm tempos aproximados de resolução;
- ✿ Ou transferir utentes de maior prioridade e com maior antiguidade para o serviço/unidade funcional com melhor tempo de resolução.

Assim, sempre que um serviço/unidade funcional apresentar melhores tempos de resolução na realização de uma determinada intervenção cirúrgica, ao agendar um seu utente deve verificar se existe algum utente no outro serviço que, tendo a mesma prioridade e tipo de patologia, tem mais 30 dias de tempos de espera que aquele que irá ser operado. Se assim for, não deve intervencionar o utente com menor tempo de espera.

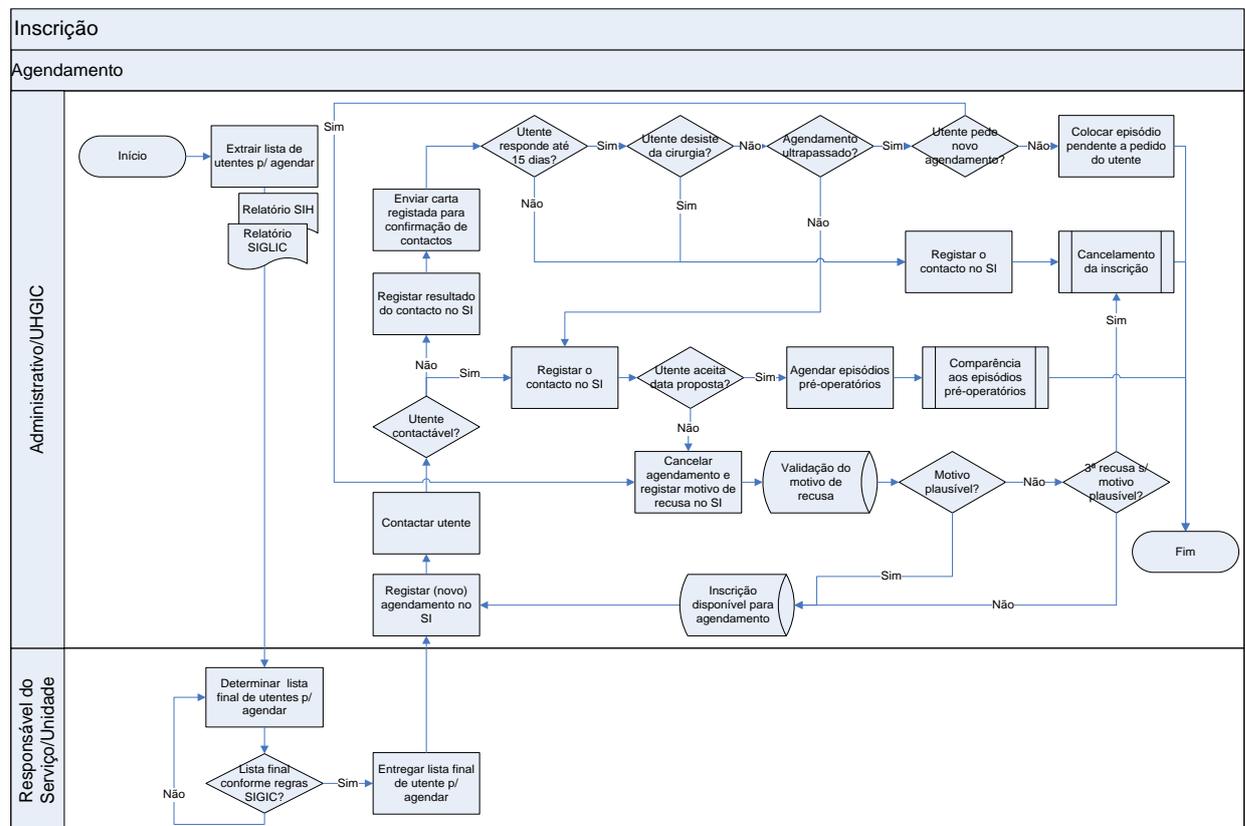
Para uma instituição hospitalar garantir a equidade no agendamento sem preocupação maior de gestão, necessita de apresentar uma LIC cujos tempos máximos de espera entre serviços não sejam superiores a 30 dias.

1.1.3.4.4. Registo e Contactos do agendamento

A aplicação informática de suporte ao SIGIC disponibiliza informação referente ao agendamento da cirurgia. É recomendável que o processo e as boas práticas para este tipo de agendamento sejam igualmente observados em todos os eventos que necessitam de planeamento e convocação do utente.

Independentemente do tipo de evento a agendar, o hospital deve desenvolver práticas que promovam a recolha da informação necessária para a correcta gestão do episódio. Por exemplo, quando um utente não comparece a uma consulta pré-operatória para a qual foi notificado atempadamente, o agendamento deve ser cancelado e o motivo registado. Se a justificação apresentada não for um motivo considerado como plausível pela instituição deverá haver uma conclusão por cancelamento por incumprimento do regulamento.

No esquema seguinte é apresentado o conjunto de acções a realizar para registo e contacto para o agendamento.



Nota: Todos os contactos realizados com o utente, independentemente do meio de comunicação utilizado, devem ser registados no sistema de informação.

1. Extrair lista de utentes para agendar

A lista de agendamento (LIC ordenada por prioridade operacional e antiguidade do utente) pode ser retirada do SIGLIC ou do sistema de informação hospitalar. Contudo, qualquer que seja a fonte, devem ser tidas em conta as regras de ordenação da LIC para o agendamento. Esta tarefa pode ser desempenhada por elementos da UHGIC ou pelos respectivos serviços cirúrgicos, conforme organização interna. A lista deve ser entregue ao responsável de serviço/unidade funcional.

2. Elaborar e entregar lista final de utentes para agendar

O responsável de serviço/unidade funcional deve planear a produção cirúrgica, tendo em conta a lista que recebeu. Para que ocorra uma gestão mais eficiente dos tempos de funcionamento do bloco pode existir a necessidade de alterar a ordenação. No entanto devem ser respeitadas as tolerâncias na variação na data da marcação da cirurgia, como previstas no regulamento.

3. Registrar os agendamentos no SI

Os agendamentos devem ser registados no SI logo após a entrega da lista de agendamento, antes mesmo dos contactos com os utentes, ainda que estes possam vir a não aceitar a data proposta. Este registo é importante para se cumprir mais tarde as regras do Regulamento do SIGIC, em matéria de recusa das datas de agendamento por parte dos utentes, que podem originar a conclusão por cancelamento da inscrição.

4. Contactar os utentes

O contacto para agendamento da cirurgia pode não ser tarefa exclusiva do assistente técnico. Para gerir com maior eficácia as situações clínicas ou a proposta de reagendamento apresentada pelo utente no decurso do contacto, este pode ser realizado pelo cirurgião. Os contactos devem ser estabelecidos através de todos os meios de comunicação disponibilizados pelo utente, devendo ser realizado prioritariamente por telefone e, se possível, em horário pós-laboral. Para isso, sugere-se o recurso ao pessoal assistente técnico que dá apoio ao hospital após as 18 horas, devendo-se, em qualquer caso, assegurar que estes profissionais estão na posse de todos os elementos necessários para contactar o utente.

A notificação dos agendamentos cirúrgicos deve anteceder a data da marcação da cirurgia em pelo menos **vinte, dez e cinco** dias úteis, consoante os utentes se encontrem classificados respectivamente nos níveis de prioridade clínica 1, 2 e 3. No caso de incumprimento do hospital dos tempos regulamentares, o utente pode recusar o agendamento com motivo plausível. A data proposta ao utente para a realização da cirurgia após este tipo de recusa devem ter um intervalo entre si de, pelo menos, 5 ou 10 dias, consoante se trate de utentes classificados respectivamente nos níveis 2 e 1.

Aquando do contacto para notificação da data do agendamento ou no prazo de **dois** dias, o utente deve ser informado da documentação a apresentar no dia da sua intervenção e dos eventuais procedimentos preparatórios que deve efectuar, ou seja, dieta, medicação, exames, tratamentos ou

consultas pré-operatórias e outras indicações que sejam consideradas necessárias, tais como a necessidade de jejum num período de tempo prévio à intervenção. O responsável pelo contacto deve garantir o agendamento dos eventos pré-operatórios antes da data do internamento ou fornecer a informação necessária para que utente possa proceder à marcação oportuna dos respectivos eventos. Qualquer acontecimento da responsabilidade da instituição hospitalar que impeça, ainda que temporariamente, a realização dos eventos pré-operatórios e obrigue ao adiamento da cirurgia, requer o cancelamento do agendamento e a descrição do respectivo motivo. A nova data para a realização da cirurgia não deve superar a anterior em mais de 5 ou 10 dias, consoante se trate respectivamente de utentes classificados nos níveis 2 e 1.

Se o utente for informado presencialmente sobre a data de agendamento da cirurgia, a informação deve ser registada no SI, nomeadamente a data do contacto (presencial) e teor do mesmo.

Todos os contactos com o utente têm de ficar registados no sistema informático e anexados ao processo clínico assim como o seu resultado, assegurando-se no mínimo a recolha da seguinte informação:

- Data do contacto;
- Tipo de contacto utilizado (i.e., telefone, fax, carta, etc.);
- Motivo do contacto (agendamento,...);
- Resultado do contacto
 - Incontactável/Aceitou/Não aceitou;
 - Necessidade de transporte especial;
 - Preocupações expressas pelo utente;
 - Tipo de recusa (pessoais, clínicas);
 - Descrição da recusa;
 - Classificação do motivo de recusa apresentado (plausível/não plausível);
 - Acção subsequente (novo agendamento, pendência clínica ou pessoal cancelamento das propostas);
 - Motivo de cancelamento (caso exista);
 - Consulta para averiguar a indicação cirúrgica (reinscrição).
- Responsável pelo contacto (nome da pessoa que realizou o contacto).

5. Utente incontactável

Sempre que o utente estiver incontactável, deve ser enviada uma carta registada (carta ou telegrama), dando-se-lhe um prazo de **quinze** dias para a resposta. No caso de não se obter resposta, o agendamento deve ser cancelado por motivo utente incontactável e o episódio cancelado posteriormente pelo mesmo motivo, com envio de carta de saída da LIC ao utente, no prazo máximo de **cinco** dias úteis.

6. Utente recusa agendamento

O assistente técnico/cirurgião responsável pelo contacto dos utentes para agendamento da cirurgia pode, num único contacto, dar alternativas de datas ao utente para o caso de recusa da primeira/segunda proposta de agendamento. No entanto, para que exista uma correcta gestão dos agendamentos, é necessário registar todo e qualquer contacto e, em cada um deles, os vários agendamentos que podem ter sido propostos ao utente. Deste modo, sempre que um utente for informado de uma possível data de agendamento, esta deve ser inserida no SI e, caso não seja aceite pelo utente, deve também ser registada a justificação da recusa da data do agendamento. Só assim, pode ser fundamentada uma acção posterior de cancelamento da inscrição em LIC.

De modo a evitar situações sucessivas de cancelamento do agendamento por recusa, o assistente técnico deve, durante o contacto com o utente, questionar se a sua falta de disponibilidade para a data sugerida é pontual ou se é previsível encontrar-se indisponível por um período de tempo prolongado (mais de 15 dias). Caso se confirme esta última situação, deve sugerir ao utente que peça o adiamento temporário da sua cirurgia através do pedido de pendência pessoal da sua inscrição para o respectivo período, apresentando ao hospital a justificação do mesmo, por escrito.

No caso da programação cirúrgica ter sido efectuada com muita antecedência, sugere-se que a instituição hospitalar efectue um segundo contacto para confirmar a disponibilidade do utente, confirmando a data da intervenção, dois a três dias antes do internamento. Neste contacto, devem ser de novo explicitadas as condições necessárias inerentes à sua admissão (tais como o local e horário de recepção, material necessário e documentação a apresentar), com o objectivo de minimizar as faltas dos utentes e suas consequências.

1.1.3.4.5. Cancelamento do Agendamento

O cancelamento do agendamento de qualquer evento deve ser realizado preferencialmente logo após a sua recusa ou falta de comparência ao mesmo.

Sempre que o evento não é realizado ou há necessidade de o adiar, é essencial cancelar o agendamento registado no SI, utilizando o motivo de cancelamento correcto, pois só assim estão fundamentadas as acções de cancelamento da inscrição na LIC ou outras. Esse cancelamento deve ser realizado no prazo de 10 dias úteis, após o qual a instituição hospitalar incorre numa irregularidade no processo. Os vários motivos de cancelamento de um agendamento da cirurgia existentes na aplicação informática de suporte ao SIGIC estão subdivididos em quatro grandes categorias:

1. Responsabilidade do utente por motivos não clínicos;

2. Motivos clínicos;

3. Responsabilidade da instituição hospitalar;

4. Responsabilidade de terceiros.



Recomenda-se como prazo aceitável, **cinco** dias úteis para apresentação da justificação, por parte do utente, da falta aos eventos agendados.

Após este prazo a instituição hospitalar deve cancelar a inscrição, nos termos do Regulamento do SIGIC e do manual.

A entidade hospitalar pode criar uma nomenclatura própria de motivos no seu SI, no entanto tem sempre de relacioná-los (mapeá-los) com os seguintes motivos existentes no SIGLIC:

1.1.3.4.5.1. Responsabilidade do utente por motivos não clínicos

Utente recusa s/ motivo plausível

- Utente recusa data de agendamento do evento sem apresentar motivo plausível. Deve ser registado o motivo apresentado.

Utente recusa c/ motivo plausível

- Utente recusa data de agendamento do evento apresentando motivo plausível. Deve ser registado o motivo apresentado.

Utente falta a evento s/ motivo plausível

- Utente falta ao evento (cirurgia, consulta, MCDT, ...) sem apresentar motivo ou sem motivo plausível. Caso se adeque, deve ser registado o motivo apresentado.

Utente falta a evento c/ motivo plausível

- Utente falta ao evento (cirurgia, consulta, MCDT, ...) mas apresenta motivo plausível. Deve ser registado o motivo apresentado.

Utente desiste da cirurgia

- Quando o utente no decurso do contacto do agendamento ou posteriormente desiste da realização da cirurgia e pretende o cancelamento da sua inscrição. Deve ser registada a razão apresentada.

Utente incontactável

- Motivo utilizado após ter recorrido a todos os meios de contacto disponibilizados pelo utente, sendo o último obrigatoriamente por carta registada ou telegrama, sem resposta nos 15 dias posteriores ao envio. Devem ficar registados os contactos efectuados (data e via).

1.1.3.4.5.2. Motivos clínicos

Óbito

- Situação de morte do utente. Deve ser registada a data do óbito.

Outros motivos clínicos

- Motivos clínicos que impedem a realização da cirurgia. Pode ser devido a instabilidade clínica, realização de tratamentos que impeçam a intervenção ou mesmo perda de indicação cirúrgica.

1.1.3.4.5.3. Responsabilidade da instituição hospitalar

Suplentes agendados não operados

- Para que exista uma gestão eficaz do BO, pode ser necessário agendar um número superior de utentes relativamente ao tempo de BO disponível. Deve ser usado este motivo, caso não seja possível operar um utente agendado nesta situação.

Incapacidade de resposta do BO

- Insuficiência de recursos físicos ou humanos a nível do bloco operatório.

Incapacidade de resposta do serviço/enfermaria

- Insuficiência de recursos físicos ou humanos a nível do serviço/enfermaria do serviço/unidade funcional.

Operado no âmbito de outro episódio no hospital

- Situação clínica de um utente resolvida no mesmo tempo cirúrgico durante a resolução de outra situação. Deve ser registado o episódio funcional que resolveu o plano de cuidados.

Perda de capacidade de intervenção

- Quando a instituição hospitalar perde a capacidade para executar a intervenção e cancela o agendamento, para realizar uma transferência da responsabilidade por acordo entre instituições hospitalares (caso seja um HO) ou para devolver o utente ao HO (caso seja um HD).

Operado no serviço de urgência do HO

- Quando o utente foi intervencionado no decurso de um agravamento súbito da sua situação clínica no serviço de urgência da instituição hospitalar em que se encontra inscrito. Deve ser registada a data da cirurgia.

Erro administrativo

- Este motivo deve ser utilizado sempre que a necessidade de cancelar o agendamento decorre de um erro de introdução do registo. Deve ser descrito o motivo.

1.1.3.4.5.4. Responsabilidade de terceiros

Operado noutra instituição

- Operado no âmbito de outro episódio no âmbito do SIGIC ou fora dele. Deve ser registado o nome da instituição e a data da cirurgia.

A pedido do HO p/ agendamento

- Este motivo só deve ser utilizado por um HD para cancelar o agendamento de uma cirurgia que o HO irá realizar.

Operado de forma programada no HO

- Este motivo só deve ser utilizado por um HD para cancelar um agendamento de uma cirurgia que o HO realizou indevidamente.

Erro no processo de transferência

- Este motivo deve ser utilizado quando ocorre um erro da tutela ou de terceiros no processo de transferência do episódio que obriga ao cancelamento do agendamento e respectiva devolução do episódio. Deve ser registado o motivo apresentado.

Greve

- Cancelamento decorrente de greve dos profissionais da instituição hospitalar que sejam impeditivos da realização da cirurgia.

A instituição hospitalar deve solicitar ao utente a comunicação da sua decisão de recusa do agendamento por qualquer meio escrito, carta, fax, correio electrónico, comprovada, sempre que seja adequado, por documento oficial comprovativo da impossibilidade de aceitação da data proposta. Antevendo a dificuldade da recolha por escrito das intenções manifestadas pelo utente, realça-se a necessidade do registo e teor pormenorizado dos contactos efectuados com o mesmo, de forma a constituir fundamento da acção de cancelamento do agendamento e outras. Em sede de auditoria, todos os episódios que não contenham esta fundamentação, são considerados não conformes.

Os motivos apresentados pelos utentes para a recusa de um agendamento ou falta a um evento podem ser classificados como plausíveis ou não. A determinação da lista de motivos plausíveis é da responsabilidade de cada instituição hospitalar, não podendo, contudo serem excluídos os seguintes motivos definidos em lei (Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro):

- ◆ Maternidade, paternidade e adopção;
- ◆ Assistência a membros do agregado familiar;
- ◆ Licença de casamento;
- ◆ Falecimento do cônjuge, parente ou afim;
- ◆ Prestação de prova em estabelecimento de ensino;

- ◆ Baixa ou prescrição médica;
- ◆ Deslocação a estabelecimento de ensino para reuniões necessárias sobre a educação do menor a cargo;
- ◆ Trabalhador eleito para estrutura de representação colectiva dos trabalhadores, no âmbito dessas funções;
- ◆ Candidato a cargo público, nos termos da correspondente lei eleitoral, no âmbito dessas funções;
- ◆ Instituição hospitalar notifica os utentes da data de realização da cirurgia num prazo inferior a vinte, dez ou cinco dias, correspondente ao nível de prioridade 1, 2 e 3 respectivamente.

De acordo com o contexto em que a instituição está inserida e a sua política, pode existir a necessidade de aceitar outros motivos como plausíveis. Assim sendo, a instituição hospitalar deve listá-los e publicá-los, informando os serviços para os devidos efeitos.

Os reagendamentos decorrentes dos cancelamentos imputáveis à instituição hospitalar, não devem distar mais de **dez** ou **cinco** dias da data de agendamento anterior, para prioridade clínica 1 e 2 respectivamente, respeitando-se sempre os TMRG em vigor. Os motivos de cancelamento são os seguintes:

- Suplentes agendados não operados;
- Incapacidade de resposta do BO;
- Incapacidade de resposta do serviço/enfermaria;
- Utente recusa c/ motivo plausível (motivo: agendamento notificado pela entidade hospitalar fora dos prazos legais em vigor).

O utente pode recusar duas vezes a data proposta para o agendamento sem apresentar motivo plausível, ainda que sejam sempre respeitados pelo hospital os direitos dos utentes e os prazos legais em vigor para a notificação do agendamento. Aquando do terceiro agendamento, após recusa dos dois primeiros sem motivo plausível, o utente deve ser alertado que uma terceira recusa sem motivo plausível dará origem a um cancelamento da inscrição.

1.1.3.5. Comparência aos eventos pré-operatórios

Após a aceitação do agendamento proposto, devem ser iniciados os preparativos do utente para a cirurgia, tendo em conta a data prevista. O assistente técnico responsável deve contactar o utente no prazo máximo de 2 dias a contar da data da notificação do agendamento para marcação dos eventos clínicos pré-operatórios, onde será reavaliada a sua situação clínica e eventualmente efectuada a actualização de MCDT e conformidade da proposta. O processo clínico do utente deve ser actualizado atendendo às linhas programáticas definidas pela instituição hospitalar e pelo serviço/unidade funcional cirúrgico para compor este conjunto de informação.

O utente deve ser informado da documentação a apresentar no dia da sua intervenção e de eventuais procedimentos preparatórios que deva efectuar tendo em vista a cirurgia, (dieta, medicação, exames, tratamentos ou consultas pré-operatórias e outras indicações que sejam consideradas necessárias, tais como a necessidade de jejum num período de tempo prévio à intervenção).



A instituição hospitalar deve garantir que a avaliação do utente para a cirurgia é efectuada com a antecedência necessária a fim de não comprometer o programa operatório³.

Como norma, a instituição hospitalar deve protocolar os exames complementares de diagnóstico e as indicações de avaliação pré-anestésica, assim como estabelecer o prazo de validade dos estudos pré-operatórios. As marcações devem ter em conta a validade dos estudos e a data previsível de cirurgia para evitar repetições de exames.

A UHGIC deve assegurar o acompanhamento do utente desde o início do processo. Deste modo, qualquer eventualidade que impeça a cirurgia, ainda que temporariamente, será automaticamente actualizada no registo do utente na LIC, evitando-se agendamentos inconsequentes.

Recomenda-se que a instituição hospitalar na véspera dos eventos notifique o utente, via telefone ou SMS, do respectivo agendamento do evento, de forma a evitar faltas de comparência aos eventos.

Após a comparência do utente aos episódios pré-operatórios, deve ser efectuada o registo informático da realização desses eventos. Destaca-se que a falta de comparência do utente aos eventos, tem de ser registada no processo clínico, assim como o motivo e a sua classificação de plausível ou não.

A inscrição do utente deve ser cancelada na LIC, sempre que aquele não comparece a um episódio pré-operatório ou à cirurgia e se verifique uma das seguintes situações:

- a) Falta sem apresentar um motivo plausível;
- b) Falta mais de 2 vezes mesmo apresentando motivo plausível.

Caso o utente não compareça a um evento pré-operatório mas apresente um motivo plausível e não ultrapasse o número máximo de faltas permitidas (duas), o assistente técnico deve cancelar o agendamento do utente no sistema de informação, passando o registo a estar novamente disponível para novo agendamento.

³ Programa operatório – lista de participantes (utentes e equipas) numa determinada actividade do bloco operatório.

Obrigatoriamente o hospital deve realizar uma consulta de reavaliação (pré-operatória ou pré-transferência) que serve para actualizar o processo clínico do utente classificado com nível de prioridade 1, para a realização da cirurgia ou para a transferência (70% do TMRG).

1.1.4. Etapa da Transferência

Sempre que a instituição hospitalar de origem não consiga garantir a realização ou o agendamento da cirurgia até 100% do TMRG, o serviço/unidade funcional tenha perdido a capacidade técnica para realizar a cirurgia ou apresente piores tempos de acesso que outro que tenha a mesma capacidade cirúrgica, pode dar-se início à etapa de transferência. As transferências encontram-se organizadas da seguinte forma:



Ilustração 12 – Tipos de Transferência

Transferência da responsabilidade do episódio na mesma Instituição hospitalar (intra-hospitalar)

Quando por qualquer razão o serviço/UF estabelece que não vai prosseguir com as acções previstas no plano de cuidados e por esse motivo ocorre uma transferência da responsabilidade do tratamento integral do utente entre serviços/unidades funcionais da mesma instituição, o episódio funcional é concluído por transferência e é criado um novo plano de cuidados associado a um novo episódio funcional, que carece de ser validado pelo responsável do novo serviço e objecto de renovação do consentimento por parte do utente. Não obstante, o episódio único mantém-se e o TE do utente agrega os TE dos dois episódios funcionais. Estas transferências são promovidas pelo próprio hospital.

Transferência da responsabilidade do episódio entre instituições hospitalares por acordo entre responsáveis de serviço/unidade funcional (inter-hospitalar por acordo)

Se a transferência ocorrer no âmbito da rede de referência nacional, a instituição que transfere deve proceder ao registo da transferência integral do plano de cuidados do utente e a instituição que recebe, deve validar a informação. Assim, o episódio é concluído por transferência da responsabilidade, no hospital que envia e, no que recebe, é inscrita uma nova proposta cirúrgica, devendo as situações serem registadas nos SIH das respectivas instituições.

Nesta modalidade de transferência, o conceito de episódio único do utente não se altera, mantendo-se agregada no SIGLIC a informação de ambos os hospitais e a contagem ininterrupta do tempo de espera, embora seja exigida revalidação do plano de cuidados por parte do responsável do novo serviço/unidade funcional e novo consentimento do utente.

Transferência da responsabilidade do episódio entre instituições hospitalares por utilização de NT/VC (inter-hospitalar por emissão de NT/VC)

A transferência da responsabilidade integral para a instituição que recebe o utente, com emissão e cativação de NT/VC, ocorre no âmbito de programas especiais, de acordo com tempos regulamentados, como é o caso do PTCO, e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas a responsabilidade de solução global da doença, incluindo a avaliação do doente e da doença e o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado. Assim é necessário que haja validação do responsável de serviço/UF, no entanto a nota de consentimento do utente é coincidente com o acto de cativação pelo utente. Estas transferências estão sujeitas às regras gerais, excepto no que respeita aos requisitos para avaliação da proposta e ao período de catamnese.

Transferência da cirurgia

Esta transferência, operada pela emissão e cativação de NT/VC, implica apenas a transferência da prestação dos procedimentos cirúrgicos relativos ao(s) problema(s) identificado(s) e às eventuais intercorrências da responsabilidade da instituição hospitalar ou complicações identificadas até 60 dias após a alta hospitalar. Após a cirurgia, os restantes tratamentos complementares, quando necessários e a avaliação dos serviços prestados no HD, são da responsabilidade do HO que inscreveu o utente em LIC.

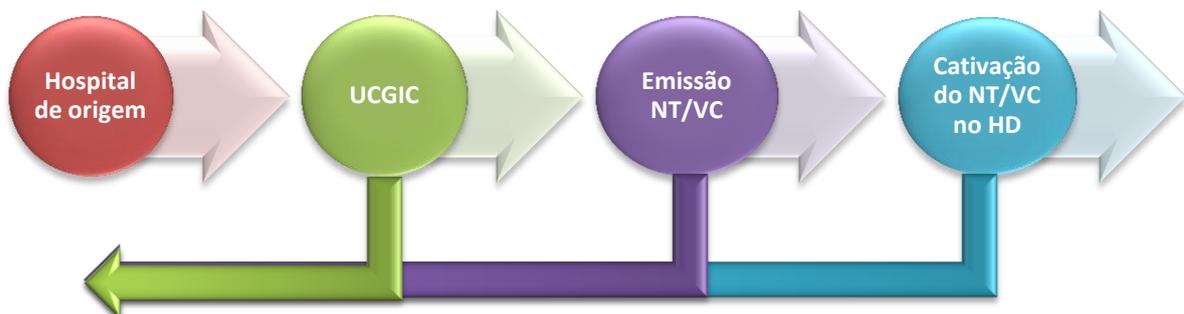


Ilustração 13 – Etapas da transferência

Nos próximos números é descrito o processo de transferência por emissão de NT/VC, quer seja com transferência integral do episódio, quer apenas da cirurgia.

1.1.4.1. Gestão das Transferências até cativação de NT/VC

1.1.4.1.1. Preparativos para a transferência

Nos casos em que o episódio é transferível, o hospital de origem é responsável pela preparação do processo clínico do utente, para posterior envio ao hospital de destino seleccionado pelo utente.



A aplicação SIGLIC sinaliza os utentes que atingem 45% (prioridade 2 e 3) e 70% (prioridade 1) do TMRG, assim como de todos os que atingem 95% daquele tempo, solicitando a preparação do processo.

Sempre que haja agendamento da cirurgia ou se atinja 70% do TMRG, o utente classificado no nível de prioridade 1 (patologia geral) deve ser convocado para reavaliação da sua situação clínica, eventual actualização de MCDT e verificação da conformidade da proposta. Esta consulta de reavaliação serve para completar e actualizar o processo clínico do utente para a cirurgia ou para uma eventual transferência.

A preparação do processo clínico do utente que inclui a revisão do plano de cuidados inicial, os resultados dos eventos clínicos pré-operatórios (exames, consultas e tratamentos) e qualquer informação adicional que o hospital considere importante para a realização da cirurgia proposta ao utente. Pressupõe-se que no processo clínico se encontre registada toda a informação necessária e pertinente -à construção de um juízo independente sobre a adequação da proposta cirúrgica à patologia do utente e à preparação para a realização da cirurgia.

Embora não esteja estabelecido nenhum prazo para actualização do processo clínico, entre a data do último MCDT/observação clínica e a data da consulta no HD, o processo clínico deve estar actualizado seja para efeito da transferência, seja para efeito da realização da cirurgia. O hospital deve proceder de acordo com a *legis artis*, para que o processo clínico se encontre suficientemente completo e actual, de modo a permitir documentar o médico, com actualidade, sobre a situação clínica do utente, programar e realizar a cirurgia.



Como indicação geral, os exames não devem ter mais de 2 meses de antiguidade à data da cirurgia.

A informação relativa à existência de patologias ou problemas associados, relevantes para os tratamentos e necessidades peri-operatórias específicas do utente, deve estar actualizada no SIH e

constar do processo do utente. A UHGIC deve verificar atempadamente se o processo contém a informação devidamente actualizada, caso contrário, deve providenciar a actualização da mesma. Todos os elementos relevantes do processo devem ser digitalizados para poderem ser transferidos para o HD.

Após a transferência do utente, o processo clínico deve ser enviado ao hospital de destino no prazo máximo de cinco dias úteis. O envio do processo clínico ao HD ou novo HO⁴ e o pagamento das despesas inerentes a esse envio são da responsabilidade da instituição hospitalar de origem.

1.1.4.1.1.1. Episódios sem condições para transferência

Existem situações que impedem a transferência de episódios para outras instituições hospitalares. Essas situações podem ser de dois tipos: as que carecem de correcção ou complemento da informação registada no processo e proposta para que ocorra a transferência e as que só são passíveis de serem resolvidas na instituição hospitalar de origem.



Ilustração 14 – Situações que impedem a transferência de episódios para outras instituições hospitalares

⁴ Instituição que recebe o utente no âmbito de uma transferência da responsabilidade integral, com emissão e cativação de NT/VC e ocorre no âmbito de programas especiais, de acordo com tempos regulamentados, como é o caso do PTCO, e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas a responsabilidade de solução global da doença, incluindo a avaliação do doente e da doença e o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado.

Deste modo, o HO deve analisar os motivos impeditivos da transferência e agir em conformidade com a situação identificada, para que possa ser oferecida ao utente outra hipótese de resolução da sua necessidade cirúrgica.

As situações que requerem análise e correcção/complemento da informação dizem respeito a erros de codificação, exigindo-se por isso a rectificação dos códigos inválidos e dos dados ou falta dos mesmos no processo do utente.



Ilustração 15 – Análise das situações que impedem a transferência de episódios para outras instituições hospitalares

A falta de oferta pode ser transitória e verifica-se quando a capacidade de cativação do HD se encontra acima do limite estipulado ou definitiva, quando não existe oferta do procedimento noutros prestadores de cuidados cirúrgicos.

Os episódios classificados como intransferíveis, sem oferta no exterior, com patologias impeditivas de transferência ou suspensos por indicação do serviço/UF devem ser sinalizados, a partir dos 75%/50% do TMRG e comunicados ao responsável do serviço/UF para que este decida em conformidade.

Tal como já foi referido, os episódios com agendamento activo válido ou suspensão/pendência activa adequada, impedem a emissão de NT/VC e consequentemente a transferência para outros prestadores.

1.1.4.1.2. Transferências para outra instituição hospitalar

A transferência para outra instituição hospitalar, através da emissão de NT/VC, pode ocorrer com responsabilidade integral para a instituição que recebe ou apenas com responsabilidade cirúrgica. O primeiro caso ocorre no âmbito de programas especiais, como o PTCO e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas também a responsabilidade pela solução da doença, incluindo o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado. O segundo caso surge quando o HO não garante a realização da cirurgia no tempo máximo de resposta garantido, mantendo-se, no entanto, o acompanhamento integral do utente na esfera da responsabilidade da instituição de origem.

Ambas as transferências estão sujeitas às mesmas regras, excepto nas fases pós-cirúrgicas.

1.1.4.1.2.1. Tempos de Transferência e Cirurgia

A transferência de utentes para outras instituições hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos TMRG estabelecidos por prioridade e por patologia/grupo de patologia, presumindo-se a falta de garantia quando a cirurgia não for agendada dentro dos prazos legais em vigor.

1.1.4.1.2.2. Emissão de NT/VC e Cancelamento de NT/VC

1.1.4.1.2.2.1. Emissão de NT/VC

Quando são atingidos os tempos de espera em vigor para a transferência, os episódios são transferidos para a UCGIC. Iniciada esta fase de transferência, a instituição hospitalar de origem fica impedida de realizar o agendamento de consultas, tratamentos pré-cirúrgicos ou a intervenção cirúrgica, excepto o pedido do HD ou da URGIC de consultas e MCDT em falta, com vista à actualização do processo clínico. Nas situações em que a transferência é da responsabilidade integral do tratamento do utente, o HO deixa de ter qualquer responsabilidade sobre o mesmo.

No entanto, é necessário reunir previamente um conjunto de informações/condições para que a emissão de NT/VC possa ocorrer:

1. Dados pessoais do utente correctamente preenchidos:
 - a) Morada completa (incluindo código postal);
 - b) Data de nascimento registada.
2. Proposta cirúrgica correctamente codificada:
 - a) Códigos de diagnóstico e procedimento válidos.
3. Episódio classificado como transferível;
4. Utente sem patologia associada impeditiva de transferência;
5. Instituições hospitalares com disponibilidade:
 - a) Que ofereçam todos os procedimentos propostos;
 - b) Que não tenham a aguardar utentes com mais do que 25% TMRG (mais tolerância do registo nos prazos legais em vigor);
 - c) Que apresente as condições de suporte peri-operatório necessárias ao utente.

Automaticamente, podem no limite ser emitidos dois NT/VC. Sempre que possível, a primeira emissão (75% TMRG para nível de prioridade 1 e 50% TMRG para nível de prioridade 2), é realizada para instituições hospitalares do SNS, através de nota de transferência. No caso de indisponibilidade de hospitais no distrito de residência do utente, é emitido um vale cirurgia para todos os hospitais disponíveis. Se o utente optar por permanecer no HO ou o episódio for devolvido à origem, aos 100% do TMRG é-lhe emitido novo VC. Se utente mantiver a sua oponibilidade à transferência, o sistema não realiza mais emissões automáticas de VC, podendo emitir manualmente apenas a seu pedido, decorridos, no mínimo, 30 dias, sobre a data de expiração do prazo de validade do VC recusado.

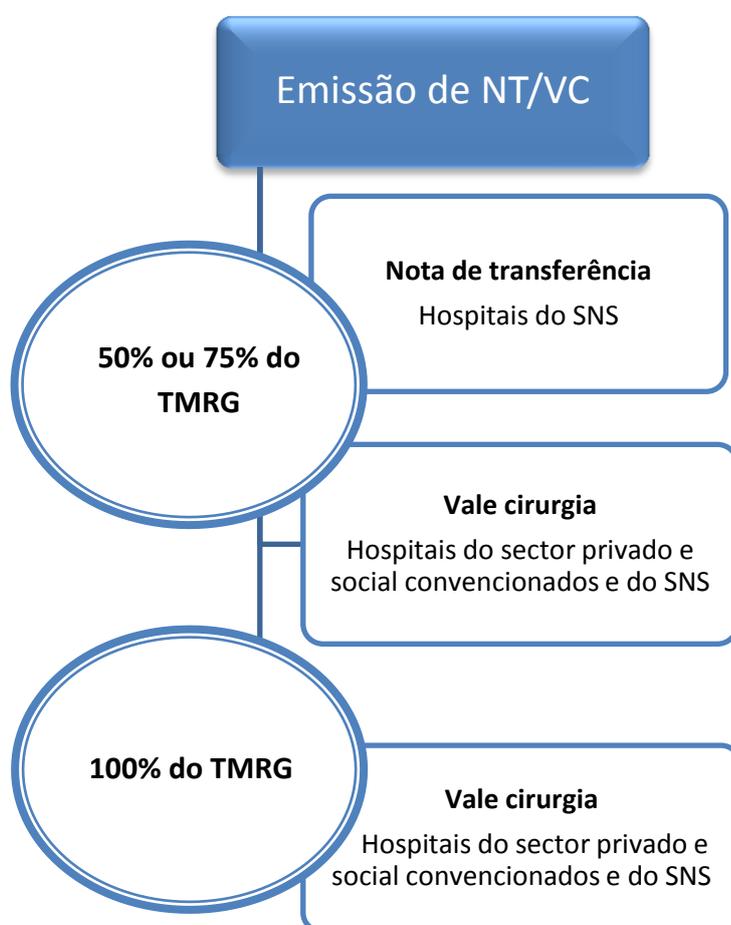


Ilustração 16 – Emissão de NT/VC

Caso o utente contacte a UHGIC/URGIC, a pedir a emissão de NT/VC, o assistente técnico deve solicitá-lo à UCGIC, através do SIGLIC. Em situação de dúvida da entrega do NT/VC ao utente, o assistente técnico pode identificar o número de registo da carta, associado ao NT/VC emitido, através da aplicação SIGLIC, podendo pesquisar na página da internet dos CTT, na área de pesquisa de objectos, o percurso da correspondência enviada com o NT/VC.

1.1.4.1.2.2.2. Regras de emissão de NT/VC

O processo de selecção de hospitais para encaminhamento e emissão do NT/VC é automático e inclui um algoritmo com as regras do regulamento do SIGIC.

Assim, para cada episódio transferido aos 75%/50% do TMRG, o SIGLIC procura as instituições hospitalares do SNS⁵ com capacidade para realizar o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) classificado(s) na proposta, de acordo com a seguinte ordem: em primeiro lugar, do concelho da área de residência do utente; seguidamente, dos concelhos limítrofes; e, por último, do distrito. Caso exista disponibilidade para receber o utente, a UCGIC emite através do SIGLIC uma nota de transferência a favor do mesmo, propondo-lhe a selecção de uma das unidades hospitalares constante da listagem anexa de hospitais do SNS disponíveis, de acordo com as regras de emissão, nomeadamente, no que diz respeito a disponibilização dos procedimentos do plano de cuidados e a capacidade para receber utentes do exterior.

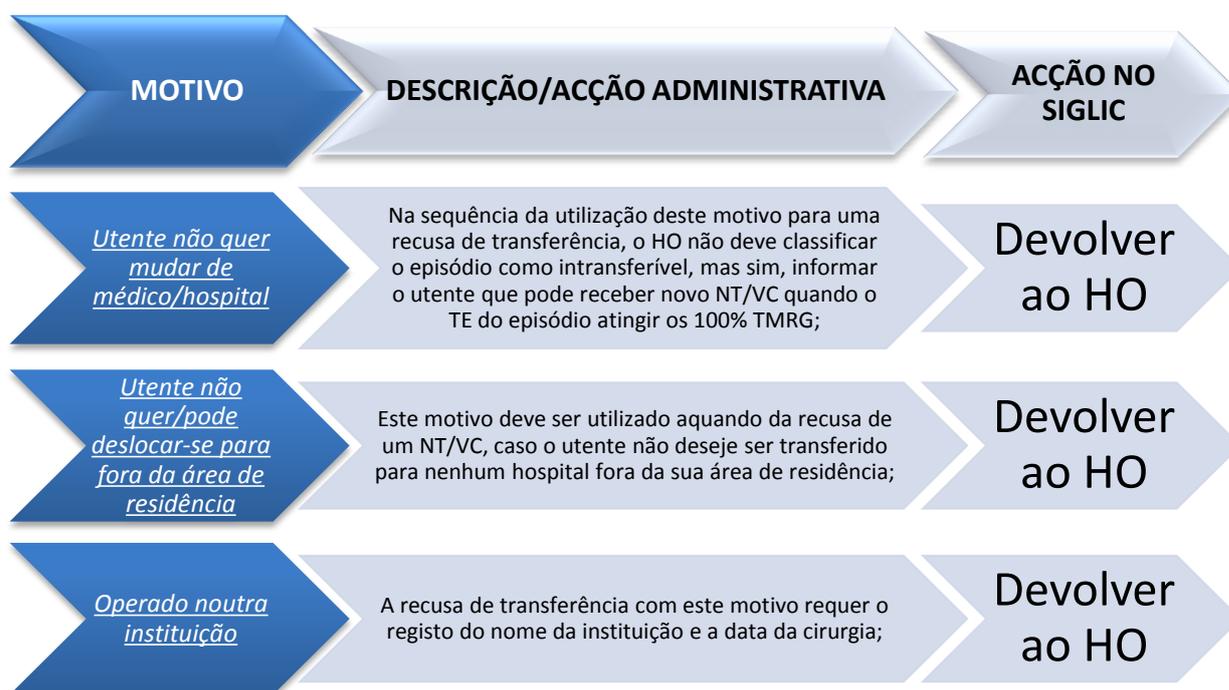
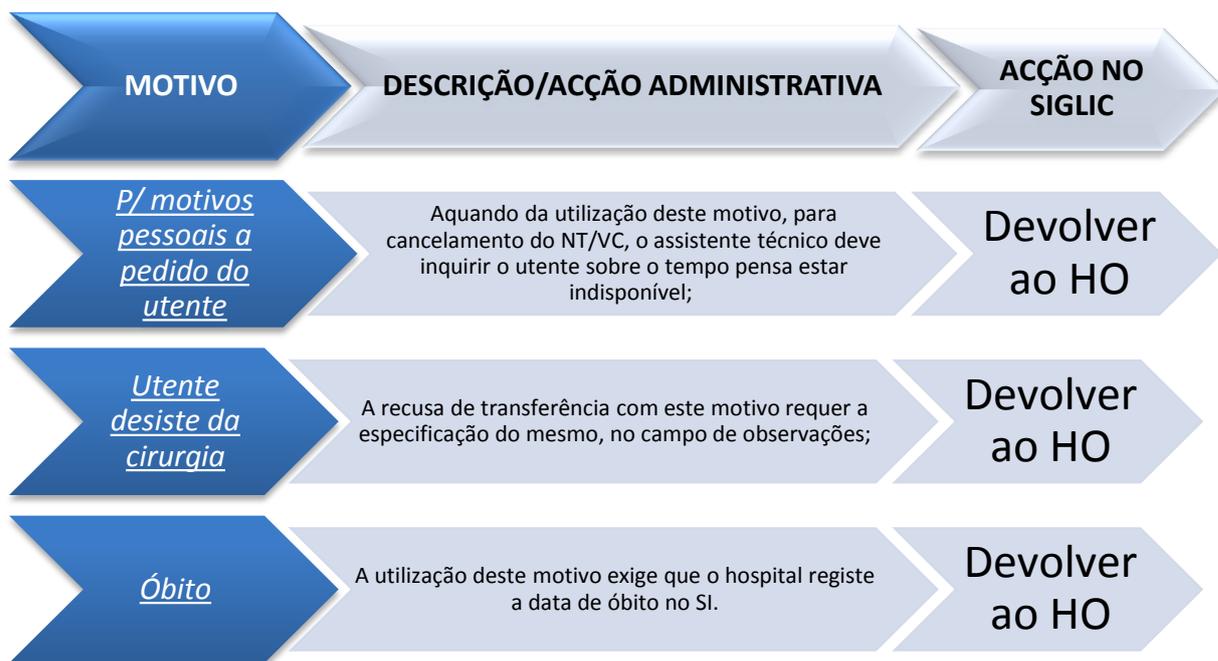
Não havendo disponibilidade para transferir o utente nas condições descritas, a UCGIC emite um vale cirurgia que o utente pode cativar em qualquer hospital disponível, que constam do directório anexo.

Quer a nota de transferência, quer o vale cirurgia habilitam o utente a marcar a cirurgia directamente numa das entidades de destino, referenciadas no directório anexo à proposta de transferência. O utente poderá cativar noutra instituição que não conste no VC, mas que se encontre disponível, no entanto, terá de suportar todas as despesas de deslocação inerentes.

1.1.4.1.2.2.3. Cancelamento de NT/VC

Um NT/VC pode ser cancelado tanto pela UCGIC, como pela URGIC e pela UHGIC do hospital de origem do utente. Associado ao NT/VC recebido, encontra-se um impresso com as hipóteses de justificação de recusa. Caso o utente se oponha à transferência, deve enviar a sua recusa para qualquer uma das três unidades do SIGIC, que devem cancelar a transferência com um dos seguintes motivos constantes do impresso:

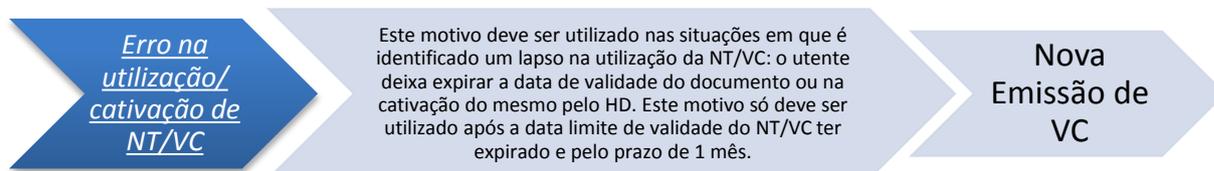
⁵ Nos casos em que o TE do utente é superior a 100% do TMRG, é emitido um vale cirurgia.



Para além dos motivos de cancelamento de NT/VC referidos no quadro anterior, existem outros que são da responsabilidade do HO:



Existe ainda um motivo que responsabiliza o utente ou o HD pela não utilização do NT/VC, obrigando ao cancelamento do mesmo:



Existem três motivos de cancelamento de NT/VC que só são utilizados pela UCGIC ou pela URGIC:

- ✘ Não activação do NT/VC dentro do prazo;
- ✘ Devolução dos CTT;
- ✘ Erro administrativo no processo de transferência.

1.1.4.1.2.2.4. Cativação de NT/VC

A cativação do NT/VC consiste no registo da vontade do utente em efectivar a transferência para um novo hospital e pode ser realizada por fax, correio, mensagem de correio electrónico ou serviços online do Portal da Saúde (e-SIGIC). Consoante o tipo de transferência, com ou sem responsabilidade integral no tratamento do utente, assim devem ser executados os procedimentos adequados no âmbito cativação.

A transferência da responsabilidade implica a realização de um novo processo de validação e consentimento da proposta cirúrgica. O acto da cativação traduz o consentimento do utente para o tratamento integral da doença na nova instituição. A validação do plano de cuidados pelo responsável de serviço manifesta o acordo da instituição no tratamento proposto para o utente e obriga a mesma a executar todos os procedimentos necessários à resolução da patologia subjacente à proposta, incluindo exames, consultas, tratamentos pré e pós-operatórios. Após estas formalidades do processo, o novo hospital de origem fica obrigado a emitir e entregar ao utente um certificado de inscrição com a informação do programa e do tratamento específico em que se encontra inserido.

Na transferência apenas com responsabilidade cirúrgica, o consentimento do utente para a transferência é manifestado através do pedido de cativação, sendo entregue de imediato o certificado de cativação e dispensada nova validação pelo responsável de serviço/UF.



Transferência da responsabilidade integral no tratamento do utente

- Cativação de NT/VC pelo utente - Nota consentimento
- Validação da proposta pelo responsável de serviço/UF
- Emissão e entrega do certificado de inscrição



Transferência da cirúrgica

- Cativação de NT/VC pelo utente
- Emissão e entrega do certificado de cativação

1.1.4.2. Gestão de transferência após cativação

1.1.4.2.1.1. Avaliação pré-operatória do utente em instituição hospitalar convencionada

Após a cativação da NT/VC, o HD deve convocar o utente transferido, num prazo não superior a cinco dias úteis, para avaliar a proposta cirúrgica e desencadear os mecanismos necessários à realização da cirurgia. Só após a cativação do vale cirurgia, o HD pode ter acesso a quaisquer dados clínicos, nomeadamente aos dados da proposta cirúrgica e ao processo clínico enviado pelo HO. O HD deve dispor dos exames complementares necessários à caracterização cabal da patologia e órgãos afectados, de forma a poder executar os procedimentos propostos. Estes exames são da responsabilidade do HO que os deve realizar em tempo. O HD deve proceder à avaliação da situação clínica actual do utente, realizando os meios complementares inerentes à rotina pré-operatória. Assim, compete ao HD, nos casos necessários, realizar um conjunto mínimo de exames que caracterizem o utente à data da cirurgia, os tratamentos pré-operatórios e as consultas pré-operatórias, cujo custo está incluído no valor a pagar pelo episódio cirúrgico. Estão incluídos no vale cirurgia, para além da cirurgia, os seguintes exames:

- ⊕ Electrocardiograma;
- ⊕ Radiografia convencional ao tórax;
- ⊕ Análises de rotina ao sangue e urina:
 - Hemograma;
 - Glicemia;
 - Uremia;
 - Creatininemia;
 - Tempo de protrombina;
 - Tempo parcial de tromboplastina (activado);
 - Ionograma;
 - Proteinograma;
 - TGO (ASAT – aspartato amino transferase);
 - TGP (ALAT – alanina amino transferase);
 - Gama glutamil transpeptidase;
 - Urina tipo II.

Os meios complementares de diagnóstico que não constam da lista, não são considerados MCDT inerentes à rotina pré-operatória, pelo que devem ser solicitados ao HO, se necessários.

1.1.4.2.2. Pedidos ao HO e URGIC

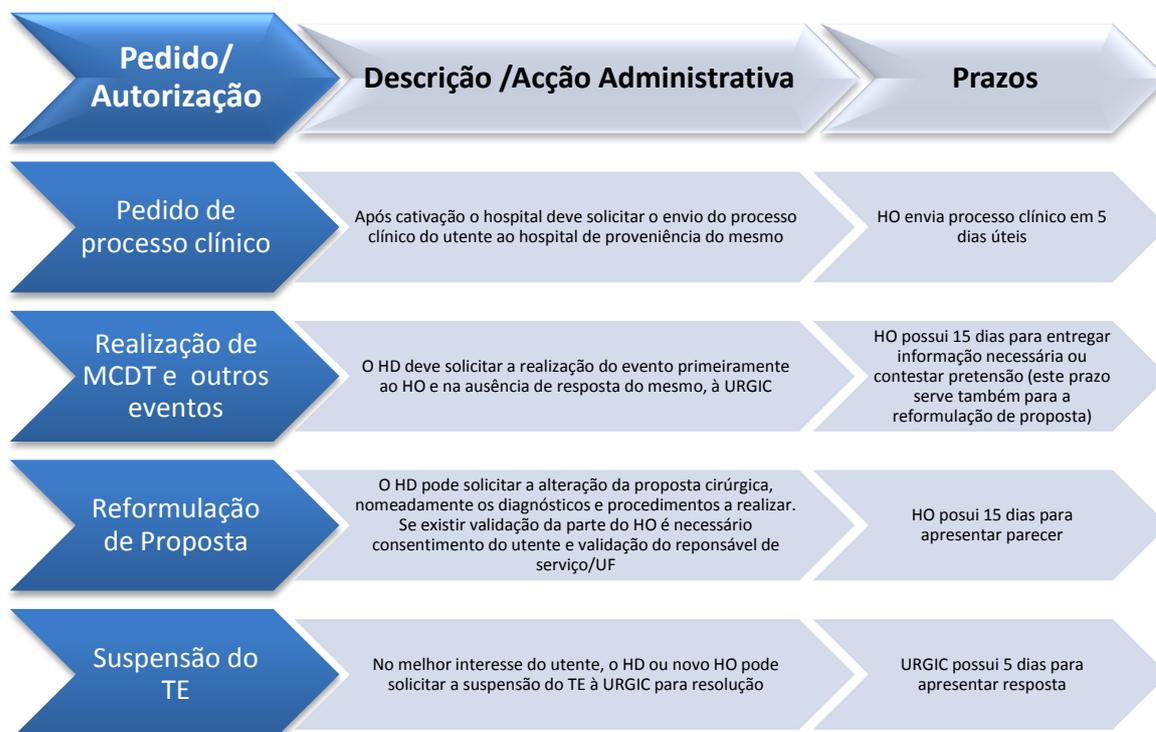
O HD ou o novo HO têm ao seu dispor uma funcionalidade na aplicação SIGLIC que auxilia o processo de gestão do episódio. Assim, devem utilizar o ecrã comunicação na rede para dialogar com qualquer unidade do SIGIC, nomeadamente a UHGIC do hospital de proveniência do utente, a URGIC da sua região de saúde ou a UCGIC.

As comunicações podem ser agrupadas em quatro tipos diferentes:

- ✚ Pedido de informação/autorização;
- ✚ Pedido de devolução de episódios (com e sem responsabilidade);
- ✚ Pedido de conclusão por cancelamento do plano de cuidados (com responsabilidade);
- ✚ Outros pedidos.

1.1.4.2.2.1. Pedido de Informação/Autorização

Este tipo de comunicação é dirigido ao HO ou à URGIC e visa os seguintes pedidos ou autorizações:

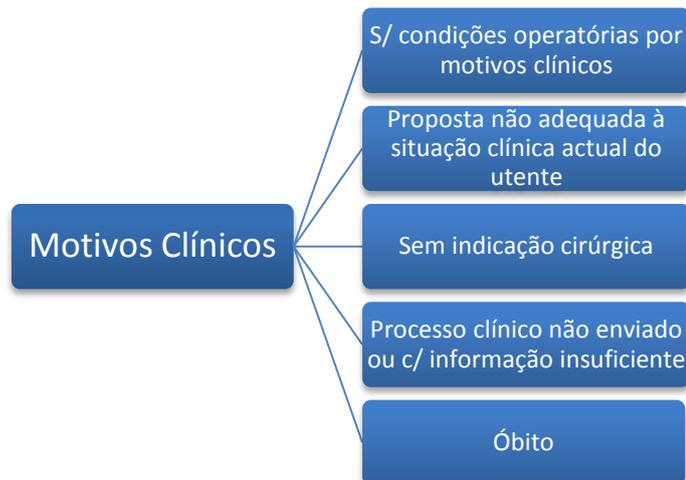


Nas situações em que o HD solicita actualização do processo clínico pelo HO (Realização de MCDT e outros eventos), ocorre uma suspensão da transferência no HD para que o utente volte ao HO para actualização do processo, realizando os eventos necessários.

Caso o HO não consiga responder à solicitação do HD por facto imputável ao utente (ex. não comparência aos exames agendados), a contagem do TE, suspende-se até à realização dos exames (cf. nº. 8 do art.º 10º. da Portaria nº. 852/2009, 7 de Agosto). Se o utente não invocar, entretanto, uma justificação para a sua falta aos eventos agendados que possa ser considerada plausível, o episódio terá de ser cancelado nos termos do Regulamento do SIGIC e de acordo com os procedimentos constantes neste manual.

1.1.4.2.2.2. Pedido de Devolução de Episódio

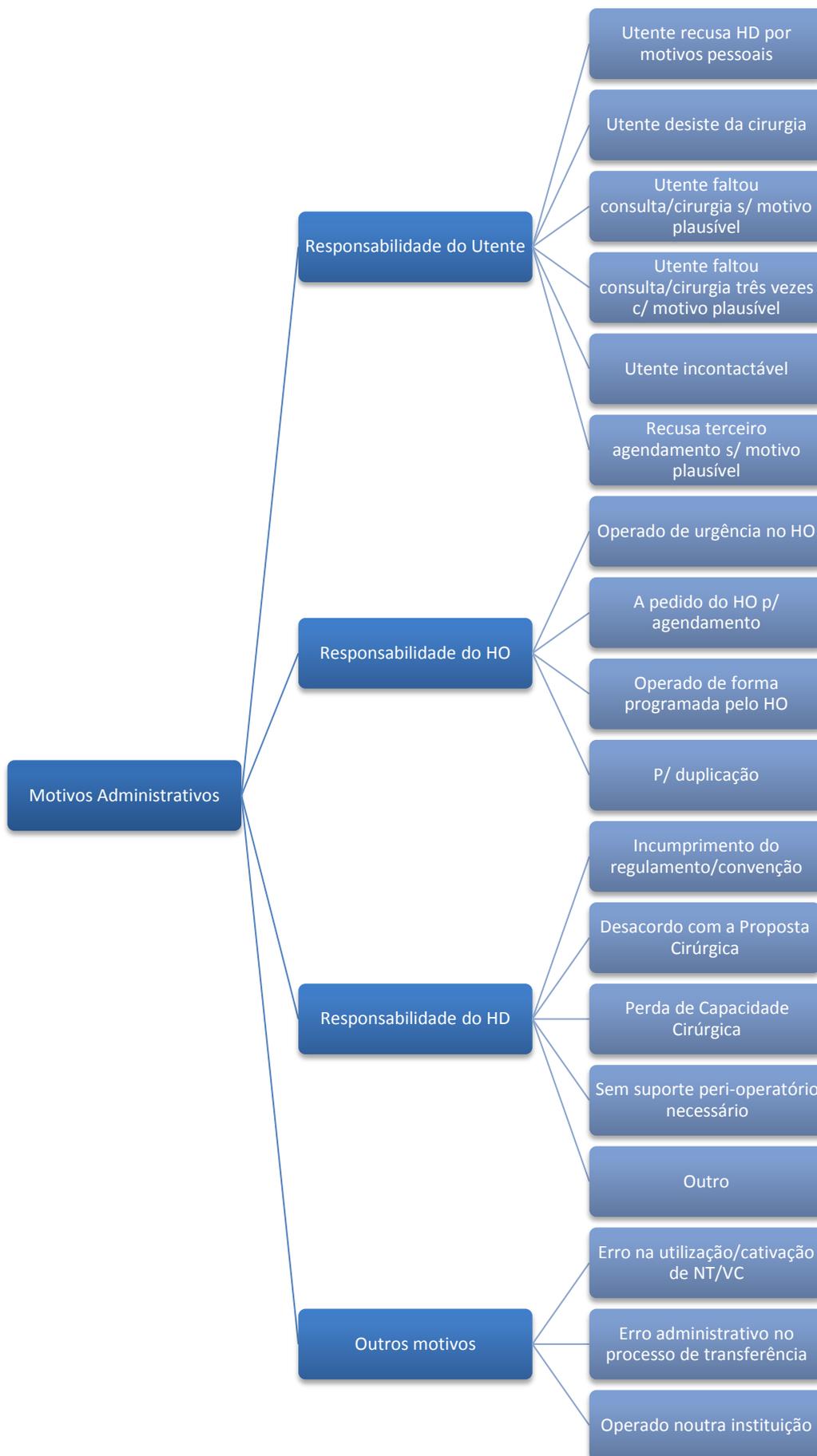
O HD pode solicitar à URGIC a devolução do episódio ao HO por impossibilidade de realização da cirurgia, por motivos clínicos ou administrativos. Assim:



A selecção de um motivo do foro clínico deve ser acompanhada de um relatório médico que detalhe e justifique plenamente o motivo da devolução, de autoria do responsável clínico ou do médico que efectuou a consulta da especialidade que originou a subsequente opinião clínica.

Do relatório médico deve constar uma declaração do utente nos seguintes termos:

“Tomei conhecimento que o hospital vai realizar a devolução do meu episódio, nos termos do presente relatório médico, o qual me foi explicado pelo médico que o assinou, que compreendi e aceitei/não aceitei (riscar o que não se aplicar) ”



A selecção de um motivo do foro administrativo deve ser acompanhada de um documento que detalhe e justifique plenamente o motivo da devolução, de autoria do responsável da UHGIC.

Se a devolução do episódio for a pedido do utente, este deve apresentar por escrito a sua fundamentação, declarando ainda no documento justificativo o seguinte:

“Tomei conhecimento que o hospital vai realizar a devolução do meu episódio, nos termos da minha declaração /informação URGIC/ informação UHGIC (riscar o que não se aplicar), compreendendo que, caso a URGIC ou o HO não aceite a minha justificação, serei cancelado da LIC. Tomo ainda conhecimento que, desde que se mantenha a minha indicação cirúrgica, posso solicitar reinscrição na LIC a todo o momento, devendo para tal contactar a UHGIC do meu HO.”

No âmbito de uma devolução, o HD fica obrigado a entregar a seguinte documentação à URGIC:

- ✓ Nota de transferência/Vale cirurgia;
- ✓ Relatório médico ou justificação administrativa;
- ✓ Declaração do utente.

Nesta situação, o episódio do utente será cancelado no hospital de origem.

1.1.4.2.2.3. Pedido de Conclusão por Cancelamento do Plano de Cuidados

Tratando-se de uma transferência da responsabilidade pelo tratamento integral do utente, esta é gerida pela instituição na óptica de HO. Assim sendo, se for necessário concluir por cancelamento a proposta ou o plano de cuidados, o novo HO convencionado pode fazê-lo através de um pedido à URGIC, devendo aduzir para o efeito um dos seguintes motivos:

- Utente desiste da cirurgia;
- Utente incontactável;
- Utente faltou consulta/cirurgia s/ motivo plausível;
- Utente faltou consulta/cirurgia três vezes c/ motivo plausível;
- Utente recusa terceiro agendamento s/ motivo plausível;
- Operado de urgência no HO;
- Operado noutra instituição;
- Sem indicação cirúrgica para o PTCO;
- Óbito.

O hospital deve apresentar à URGIC, o relatório médico ou o documento de justificação que detalhe o motivo de cancelamento, assim como a declaração do utente em como tomou conhecimento.

Caso a URGIC aceite o motivo de cancelamento e o episódio seja retirado da LIC, o novo HO deve emitir uma carta de saída da LIC a enviar ao utente.

1.1.4.2.2.4. Outros pedidos

Existem outras situações que podem necessitar de serem comunicadas à URGIC ou UCGIC, sempre através da comunicação na rede, tais como:

- ✚ Falta de sincronismo da base de dados;
- ✚ Resultado da validação sobre indicadores disponibilizados;
- ✚ Outros.

1.2. Fase da Realização

A fase da realização inicia-se com a admissão para a realização do primeiro evento crítico que pode corresponder à cirurgia e prolonga-se até à alta do último evento crítico, incluindo as seguintes etapas:



Ilustração 17 – Fase da realização

1.2.1. Admissão ao Internamento/Cirurgia de Ambulatório

No acto da admissão, o assistente técnico com a supervisão médica deve confirmar a existência das condições necessárias para a realização da cirurgia:

- ✓ Registo do agendamento conforme (agendamento para o dia, procedimento(s) e equipa previstos);
- ✓ Documentação pessoal e clínica essencial à cirurgia;
- ✓ Cumprimento dos procedimentos preparatórios para a cirurgia;

- ✓ Todos os resultados de MCDT requisitados;
- ✓ Efectivação das consultas pré-operatórias necessárias;
- ✓ Consentimento informado para o acto cirúrgico e anestésico do utente;
- ✓ Processo clínico em suporte de papel completo segundo norma em vigor na instituição ou no serviço/unidade funcional e desde que contenha os documentos mínimos estabelecidos pelo presente manual (MGIC), no Volume V.

O assistente técnico deve ainda registar com a supervisão médica a admissão ao internamento/cirurgia de ambulatório no sistema de informação, tendo em conta a seguinte informação:



1. Identificação completa do utente (conforme RNU)

Nome completo
Filiação (obrigatório nos menores)
Número do processo
Número do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão
Data de nascimento
Sexo
Morada completa com código postal, freguesia e concelho
Contactos telefónicos



2. Identificação institucional

Nome da instituição hospitalar
Serviço/unidade funcional proponente
Médico responsável pela admissão



3. Data e hora de admissão

Data e hora de admissão
Secção/equipa
Número edifício, piso, sala e cama



4. Caracterização dos problemas a abordar, definidos em termos de diagnósticos

Descrição do(s) problema(s)
Classificação dos diagnósticos de acordo com a versão da CID na versão
vigor
Codificação das patologias associadas



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

Descrição da resolução

Classificação dos procedimentos de acordo com a versão CID na versão em vigor



6. Se mulher indicar

Se está grávida ou não;

Nº de semanas de gravidez (quando adequado);

Nº de gestas;

Nº de paras;

Se está a tomar ou não contraceptivos;

Outros dados considerados relevantes.



7. Recém-nascido (até ao 6 meses)

Nº de semanas de gestação;

Peso a nascença;

Índice de Apgar: 1'; 5' e 10';

Outros dados considerados relevantes.



8. Dados biométricos

Peso (kg);

Altura (cm);

Pulso;

TA (mHg);

Freq. Cardíaca;

Freq. Respiratória (ciclos por minuto);

Descrever situações anómalas observadas.



9. Dados de Admissão

Tipo de admissão (programada, não programada);

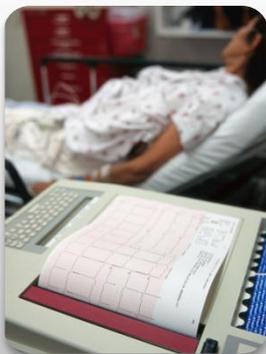
Motivo de admissão (tratamento electivo, urgente, sociais ou diagnóstico);

Proveniência (outro serviço, serviço de urgência, outro hospital/serviço, serviço de urgência de outro hospital, consulta, utente, cirurgia de ambulatório);

Admissão para (internamento, cirurgia de ambulatório, hospital de dia, quimioterapia, radioterapia ou hotelaria (lares de acolhimento das instituições hospitalares.)



10. Identificação de alergias, deficiências e outros constrangimentos devidamente especificados.



11. Indicações especiais a ter em conta no internamento

- Medicação;
- Alimentação;
- Mobilidade;
- Oxigénio;
- Monitorização;
- Consultas;
- Exames.



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



13. Quando a admissão ao internamento decorre de uma transferência

- GDH do internamento anterior;
- Tempo de internamento anterior (dias);
- Razão para a transferência;
- Observações.



14. Validação do documento

- Médico que preencheu o documento (nº ordem dos médicos, rúbrica, data);
- Médico validador (nº ordem dos médicos, rúbrica, data).

O modelo do impresso, com a informação mínima obrigatória pode ser consultado no Volume V, deste manual.

Se uma cirurgia proposta em regime de ambulatório der origem *a posteriori* a um internamento superior a 24 horas, o registo efectuado não deve ser alterado. No caso de existir uma admissão e alta hospitalar, sem que ocorra pelo menos um evento crítico. Estes eventos serão classificados na fase da Proposta, na etapa da inscrição. Se uma proposta for realizada num internamento médico, a admissão nesse episódio passará também a fazer parte do episódio terapêutico. A fase da Proposta terá tempo igual a zero (0).

1.2.2. Realização da cirurgia

A data de saída da inscrição do utente da LIC coincide com a data da intervenção cirúrgica. Os serviços/unidades funcionais responsáveis devem elaborar um relatório da intervenção cirúrgica, com toda a informação pertinente, que deve ser integrado no processo clínico e do qual deve ser enviada cópia ao médico assistente do utente, com o consentimento deste.

O relatório da cirurgia deve ser fornecido pelo sistema informático e deve conter obrigatoriamente a seguinte informação:



1. Identificação completa do utente

- Informação que vem na vinheta do utente, nomeadamente com a identificação do nº processo e do nº episódio no hospital



2. Data em que a cirurgia ocorre, ou seja, data em que o procedimento cirúrgico é efectuado.



3. Identificação da instituição hospitalar e do serviço/UF

- Instituição hospitalar
- Serviço de cirurgia ou unidade funcional



4. Identificação das Unidades Nosológicas

- Diagnósticos cirúrgicos: descrição, códigos CID da versão em vigor e lateralidade
- Procedimentos cirúrgicos: descrição, códigos CID da versão em vigor e lateralidade; localização precisa



5. Resultados esperados e os procedimentos instituídos na proposta.

6. Identificação da equipa



- 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.
- 2º cirurgião (nome clínico e nº ordem profissional)
- Cir. ajudante (nome clínico e nº ordem profissional)
- Anestesista (nome clínico e nº ordem profissional)
- Enf. instrumentista (nome clínico e nº ordem profissional)
- Enf. circulante (nome clínico e nº ordem profissional)
- Enf. anestesia (nome clínico e nº ordem profissional)
- Outros (função, nome e nº mecanográfico)

7. Detalhe da cirurgia realizada



- Descrição da cirurgia/localização de incisões
- Características da cirurgia:
 - Regime de cirurgia (ambulatório ou internamento)
 - tipo de produção (MRC, MRA, pequena cirurgia, Urgente ou outro)
 - tipo de anestesia (Geral, Regional central, Regional periférica, Local, Sedação ou sem Anestesia). Podem ser assinaladas multiplas opções, excepto a opção sem anestesia.
 - tipo de procedimento P, S1, S2 ou S3 (Limpo, Limpo contaminado, Contaminado ou Sujo)
 - Administração de sangue ou derivados (assinalar se ocorrer)
 - Destino após Bloco (Domicílio, Unid. Nível I (Enfermaria), Unid. Nível II (Intermédios), Unid. Nível III (Intensivos), Outras ou Falecido)
 - Na descrição pode indicar o nome da técnica e descrever todas as variantes introduzidas, achados operatórios, suturas efectuadas, material utilizado (fios, ...)



8. Recobro no BO

- Internamento/ambulatório
- Data/hora de saída



9. Recém-nascido

- Peso à nascença (em gramas)
- Nº Semanas de gestação
- Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos



10. Tempos e local de actividade

- Hora entrada na sala de BO
- Hora início da anestesia
- Hora início da intervenção
- Hora fim da intervenção
- Hora fim da anestesia
- Data e Hora saída da sala de BO
- Bloco (designação)
- Sala (designação)
- Aspectos relevantes sobre a anestesia



11. Aspectos revelantes da anestesia

Devem ser descritos todos os aspectos relevantes incluindo todos os fármacos administrados durante o período que o utente esteve no BO.



12. Observações

Entre outras, descrever espécimens enviados para análise.



13. Dispositivos médicos implantados

- Nº total de dispositivos implantados
- Designação comercial
- Tipo de material
- Marca
- Modelo
- Fabricante
- Lote
- Fornecedor
- Nº Série
- Preço (+ IVA)

⁶ cf. o n.º 3, do Despacho nº 16397/2010 de 28 de Outubro e Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de Junho



14. Complicações cirúrgicas ou anestésicas

- Complicações hemorrágicas;
- Choque;
- Complicações neurológicas;
- Complicações respiratórias;
- Complicações cardíacas;
- Complicações digestivas e outras abdominais;
- Complicações genito-urinárias/renais;
- Complicações vasculares;
- Medicamentos/sangue;
- Outras.



15. Administração de (nº de unidades):

Sangue ou concentrado de eritrócitos

Plasma

Plaquetas



16. Observações

Entre outros aspectos deve ser anexada a informação sobre cuidados a ter no pós-operatório imediato



17. Cirurgia Segura



18. Validação do documento

- Médico que preencheu o documento (Nº ordem dos médicos, rúbrica, data);
- Chefe de equipa (Nº ordem dos médicos, rúbrica, data).
- No caso do médico que preenche ser o chefe de equipa deve constar só um campo.

1.2.3. Alta de internamento/cirurgia de ambulatório

O assistente técnico, após comunicação do médico, é responsável pelo registo no sistema de informação da alta de internamento/cirurgia de ambulatório, sendo que a data do registo não deve ultrapassar os prazos legais em vigor. Cabe ao mesmo confirmar se o registo da alta do processo está conforme, podendo recorrer em caso de dúvida aos restantes intervenientes do processo.

Aquando do registo da alta de internamento/cirurgia de ambulatório no SI, deve ser emitida a nota de alta a fornecer ao utente e o relatório de alta a fornecer ao médico assistente, com o consentimento daquele. Ambos os documentos devem ser assinados pelo médico e anexados ao processo clínico.

1.2.4. Nota de alta

- ✓ A nota de alta é um documento essencial, elaborado pelo médico que efectiva a alta, que deve ser entregue ao utente, em suporte de papel como consta no n.º 124, da Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro. Deve ser um documento simples com informação abreviada e escrito em linguagem compreensível ou seja o seu conteúdo deve ser apresentado em linguagem comum para que seja compreendido pelo utente.

Os dados mínimos obrigatórios a constar no documento devem ser os seguintes:



1. Identificação da instituição hospitalar, serviço/UF e utente

- Identificação do episódio (utente/plano de cuidados)
- Identificação da instituição hospitalar, serviço/UF
- Identificação do médico responsável pela alta



2. Identificação das cirurgias realizadas

- Datas das cirurgias
- Diagnósticos pós-operatório
- Procedimentos efectuados
- Cirurgiões responsáveis



3. Informação sobre o período de internamento

- Data/hora da admissão e alta do Internamento
- Complicações/Intercorrências em período de internamento
- Terapêutica durante o internamento



4. Informação pós-alta

- Destino após a alta
- Terapêutica, outros eventos clínicos e outras indicações para o pós alta

Além dos dados supra referidos, é necessário detalhar a terapêutica medicamentosa no internamento e a terapêutica e outras indicações, para o pós alta.

1.2.5. Intercorrências e complicações no período de internamento

O hospital é responsável por registar no SI e resolver todas as complicações⁷ e intercorrências⁸ que possam ocorrer ao utente durante a cirurgia e o período de internamento. O registo deve ser efectuado no documento da cirurgia, se se refere a uma ocorrência intra operatória ou nos registos da alta hospitalar. Se a complicação obrigar a nova intervenção cirúrgica, esta deve ser registada no SIH como um evento associado ao episódio funcional.

Todas as intercorrências verificadas durante o internamento devem ser registadas no SIH e associadas ao registo cirúrgico. A instituição hospitalar é responsável por estas ocorrências e deve tomar as medidas apropriadas à sua abordagem durante o internamento, independentemente de serem ou não da sua responsabilidade. Se a responsabilidade da complicação/intercorrência for do hospital, este tem o ónus da sua resolução, ainda que esta ultrapasse o período de internamento e mesmo o do episódio⁹. Utentes com complicações/intercorrências que não são da responsabilidade do hospital, podem vir a ser transferidos para o hospital, de acordo com as regras de referenciação, uma vez garantida a resolução da situação referente aos procedimentos efectuados e verificada a possibilidade do utente poder ser transferido sem dano.

O registo no SI de complicações e intercorrências deve ser efectuado no respeito pelos prazos estipulados em vigor, caso contrário o hospital incorre numa não conformidade.

Sempre que durante a cirurgia ou o internamento ocorram situações atípicas tais como procedimentos associados não previstos inicialmente, terapia antibiótica em situações sem infecção prévia e internamentos significativamente mais prolongados, deve ser efectuado um registo no processo clínico e no SI, que clarifique a razão destas ocorrências.

⁷ Todas as situações novas indesejáveis de doença ou limitação funcional não esperada que surjam na sequência e durante um período máximo de 60 dias após a instituição das terapêuticas e não sejam comprovadamente imputáveis a situações independentes dos procedimentos instituídos.

⁸ Todas as situações passíveis de causar limitações à normal função de órgãos e sistemas do utente, não directamente decorrentes da patologia ou dos cuidados prestados, como acidentes ou eclosão de patologias independentes.

⁹ De acordo com o programa em causa, os episódios têm prazos para determinação da responsabilidade, no caso geral 2 meses após alta do internamento e no PTCO 3 anos.

1.3. Fase da Catamnese (follow-up)

Esta fase consiste no acompanhamento do tratamento cirúrgico prestado ao utente e deve incluir os eventos de seguimento previstos no plano de cuidados. O episódio só passa para este estado quando é registado o primeiro evento de seguimento, normalmente a primeira consulta pós-cirúrgica, logo após a alta do último evento crítico. Esta fase termina com a consulta de síntese.

Os eventos clínicos que podem ter lugar nesta fase são os seguintes:

- ✚ Consultas de seguimento (*follow-up*), incluindo a consulta de síntese
- ✚ Realização de MCDT
- ✚ Tratamentos pós-cirúrgicos (fisioterapia, quimioterapia, radioterapia)

Podem também ocorrer os seguintes eventos administrativos, que auxiliam na marcação e realização dos eventos clínicos:

- ✚ Requisições/agendamento de eventos
- ✚ Contacto com os utentes

A fase de catamnese é constituída pelos seguintes eventos:

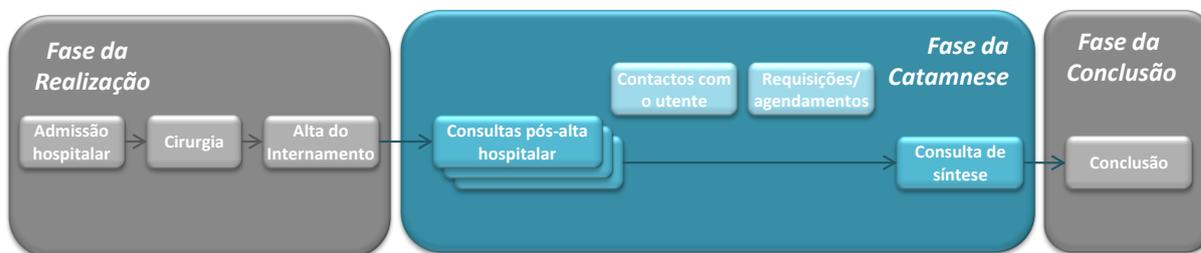


Ilustração 18 – Fase da Catamnese

Esta fase pode variar conforme a instituição hospitalar e tipo de cirurgia em causa. Se se tratar de uma cirurgia de tratamento da obesidade, num centro de tratamento de obesidade (CTO) no âmbito do programa especial PTCO, esta fase pode durar até três anos, se tudo correr bem. Se se tratar de um hospital de origem, cujo utente foi operado num hospital de destino, o utente deve ser acompanhado, nesta fase, por ambos os hospitais, HD e HO. No HD ocorrem as consultas normais pós cirúrgicas e o HO deve convocá-lo para prosseguir com os tratamentos ou consultas posteriores necessárias, estando além disso obrigado a convocá-lo sempre para uma consulta de revisão destinada a:

1. Avaliar o utente;
2. Concluir sobre a prestação no HD;
3. Verificar se há necessidade de outras acções.

O assistente técnico deve retirar regularmente as listagens dos utentes operados em hospitais de destino para poder agendar a consulta de revisão, até 45 dias após a alta hospitalar do utente.

Na sequência da avaliação, o hospital de origem pode encaminhar o utente para o HD com vista à resolução de complicações que tenham sido identificadas dentro do prazo de 60 dias após a alta hospitalar. Caso o hospital de destino não resolva as situações identificadas, o HO deve tratar as ocorrências e cobrar o valor respectivo ao HD.

O relatório de alta é um conjunto de informações/documentos, em linguagem clínica, sobre as ocorrências durante o período de internamento, incluindo anatomia patológica, codificação (folha de codificação), etc. que deve instruir o processo da conclusão. Tem de ser realizado e enviado, até 30 dias após a alta, ao HO e ao utente e caso este solicite, feita cópia para o seu médico assistente.

Os elementos necessários para preenchimento do relatório são os seguintes:



1. Identificação completa do utente

- Informação que vem na vinheta do utente, nomeadamente com a identificação do nº processo e do nº episódio no hospital



2. Identificação da instituição hospitalar e do serviço/UF

- Instituição hospitalar
- Serviço ou unidade funcional cirúrgica responsável pelo episódio



3. Datas e dados gerais do internamento

- Data de internamento
- Data da alta de internamento
- Data de alta clínica
- Proveniência (consulta (nome), urgência, serviço/UF de outro hospital (transferência) ou do mesmo hospital)
- Edifício e piso
- Sala de internamento
- Cama de internamento
- Admissão programada/não programada



4. Plano de cuidados/episódios associados a este internamento (inscrever nº episódio e nº de LIC)

- Nº dias ventilado
- Nº dias em cuidados intermédios
- Nº dias em UCI
- Administração de sangue ou derivados
- Antibioterapia terapêutica



5. Identificação das Unidades Nosológicas

- Diagnósticos cirúrgicos: descrição, código CID na versão em vigor e lateralidade;
- Procedimentos cirúrgicos: descrição, código CID na versão em vigor e lateralidade



6. Complicações/intercorrências no internamento

- Complicações durante o internamento, assinalando as não resolvidas
- Intercorrências durante o internamento, assinalando as não resolvidas
- Observações sobre complicações e intercorrências
- Devem ser descritas as acções tomadas relativas à abordagem das complicações/intercorrências



7. Situações particulares no internamento

- Nº dias ventilado
- Nº dias em cuidados intermédios
- Nº dias em UCI
- Administração de sangue ou derivados (descrever quais as quantidades)
- Antibioterapia terapêutica
- Nº dias no recobro cirurgico do internamento
- Nº dias em U.C. intermédias.



8. Recém nascidos

- Peso à nascença
- Semanas de gestação
- Índice de Apgar



9. Outros campos

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

Exceptuando os casos integrados em programas especiais e não ocorrendo nenhum outro internamento, o relatório de alta pode coincidir com o relatório da conclusão.

1.3.1. Intercorrências e complicações pós-alta hospitalar

A instituição hospitalar que operou o utente, é responsável por resolver todas as complicações e intercorrências da sua responsabilidade que possam ser identificadas até 60 dias após a alta hospitalar. A instituição hospitalar deve assegurar a continuação dos tratamentos necessários na sequência dos procedimentos instituídos, bem como o registo dos mesmos. Exceptuam-se desta obrigação, os cuidados crónicos que advenham naturalmente, como consequência obrigatória ou muito provável, do procedimento realizado (por exemplo, os cuidados com colostomas).

Tratando-se de uma instituição convencionada, se existir um internamento na unidade de cuidados intensivos (UCI) por complicação/intercorrência, passados os primeiros três dias de admissão na unidade, o utente pode ser transferido para um hospital do SNS sem quaisquer encargos para a instituição. Passado o período de 60 dias e existindo ainda complicações ou intercorrências da responsabilidade do hospital por resolver, este deve acordar com o utente os processos para a resolução das mesmas, recorrendo caso necessário à mediação da UHGIC do hospital de origem. Salvo outro acordo, decorridos os 60 dias, o hospital deve prosseguir com os tratamentos que sejam ainda necessários. Na fase de catamnese, se existirem eventos isolados respeitantes a complicações ou intercorrências, deverão ficar associados ao episódio funcional em questão. Se os eventos necessários para a sua resolução forem prolongados (sessões de fisioterapia, radioterapia ou quimioterapia, internamento médico ou cirúrgico) devem ser registados no âmbito de outro episódio funcional, o qual ficará associado por complicações ao primeiro. A conclusão do primeiro episódio só poderá ser registada, quando o episódio de complicações for concluído, não podendo exceder o período de tolerância de registos (10 dias úteis).

Numa instituição do SNS, se existirem eventos isolados respeitantes a complicações ou intercorrências, deverão ficar associados ao episódio funcional em questão até à data de conclusão.

Após essa data ou se se tratar de eventos prolongados ficarão registados num episódio único associado ao que lhe deu origem.

O processo clínico do doente deve conter todos os documentos relacionados com esta fase referida Volume V-Anexos e apêndices.

1.4. Fase da Conclusão

A conclusão é um processo administrativo de encerramento do episódio que visa garantir a qualidade da informação respeitante a episódios terapêuticos, mediante recolha de dados essenciais e respectiva validação. É uma tarefa que deve ser realizada pelo assistente técnico (recolha e registo da informação) e pelo médico codificador (validação da informação). Este assistente tem de estar nomeado pela instituição para o trabalho em questão, sob a responsabilidade do médico codificador e com um termo de confidencialidade assinado.

Para encerrar o episódio, o assistente técnico deve proceder à recolha/registo de um conjunto de informação específica validada pelo médico codificador, a ser introduzida no SI aos 60 dias após a alta do internamento/cirurgia de ambulatório (vide Volume V) com período de tolerância de registo (10 dias úteis), a saber:



1. Identificação completa do utente

- Informação que vem na vinheta do utente, nomeadamente com a identificação do nº processo e do nº episódio no hospital.



2. Identificação da instituição hospitalar e do serviço/UF

- Instituição hospitalar;
- Serviço ou unidade funcional cirúrgica.



3. Tipo de conclusão

- Período do episódio (data de início e fim);
- Episódio completo/incompleto;
- Com realização completa;
- Com realização em HD;
- Por cancelamento e motivos de cancelamento.



4. Identificação das Unidades Nosológicas

- Diagnósticos cirúrgicos: descrição, códigos CID versão em vigor e lateralidade;
- Procedimentos cirúrgicos: descrição, códigos CID versão em vigor e lateralidade; localização precisa.



5. Episódio antecedente (se aplicável)

- Identificação do(s) episódio(s);
Associação para procedimentos múltiplos; associação para continuidade terapêutica; associação para complicações; contra lateral; isolado.



6. Episódio subsequente (se aplicável)



7. Complicações/intercorrências cirúrgicas ou anestésicas

- Complicações hemorrágicas;
- Choque;
- Complicações neurológicas;
- Complicações respiratórias;
- Complicações cardíacas;
- Complicações digestivas e outras abdominais;
- Complicações genito-urinárias/renais;
- Complicações vasculares;
- Medicamentos/sangue;
- Outras.



8. Resumo do episódio

- Relatar eventos relevantes, evolução do utente, intercorrências, constrangimentos e resultados.



9. MCDT

- MCDT e procedimentos terapêuticos realizados.



10. Relatório anatomo-patológico



11. Terapêutica e medicamentos

- Descrever terapêutica instituída;
- Administração de sangue ou derivados;
- Antibioterapia terapêutica.



12. Plano de cuidados pós-operatório

- Incluir exames e eventos realizados;
- Protocolos de catamnese;
- Recomendações e alertas.



13. Destino após conclusão do episódio:

- Para o domicílio (consulta externa do hospital; consulta externa de outro hospital; centro de saúde/médico de família; sem outra especificação);
- Falecido (data, hora e causa directa do óbito, código de diagnóstico);
- GDH do episódio de internamento;
- Cuidados continuados (convalescença; média duração; longa duração; serviço domiciliário; cuidados paliativos);
- Transferido para que hospital/serviço/UF (realização de exames; seguimento; por falta de recursos, tratamento condição associada).

14. Estadiamento oncológico



- T; M; N; estadio;
- Doença primária activa;
- Doença metástase activa;
- Não recidiva/1ª recidiva;
- Terapêuticas já efectuadas (cirurgia; radioterapia; quimioterapia; outros);
- Codificação da morfologia (descrição do tecido, CID morfologia).



15. GDH episódio

- Preencher um GDH por cada unidade nosológica independente.



16. Validação do documento

- Médico que preencheu o documento (nº ordem dos médicos, rúbrica, data);
- Chefe de equipa - validador (nº ordem dos médicos, rúbrica, data);
- Médico que codificou o documento (nº ordem dos médicos, rúbrica, data).



Documentos constantes do processo de conclusão do episódio

- Plano de cuidados
- Relatório cirúrgico
- Relatório dos eventos associados ao episódio, incluindo os resultados dos MCDT, nos casos apropriados;
- Acordos estabelecidos para resolução de complicações ou intercorrências
- Nota e relatório de alta

Existem os seguintes tipos de conclusões:

1. Conclusão por cancelamento de episódio no HO;

2. Conclusão por transferência da responsabilidade do episódio.;

3. Conclusão do episódio no hospital que realiza a cirurgia;

4. Conclusão do episódio HO com cirurgia no HD.

1.4.1. Conclusão por Cancelamento de episódio no HO

Após a inscrição de um utente na LIC e em qualquer altura do processo SIGIC, pode existir motivo para concluir por cancelamento o plano de cuidados pela instituição hospitalar de origem. Esta situação consiste no fecho do episódio por saída da LIC devido a incumprimento do regulamento imputável ao utente, por perda de indicação cirúrgica, por desistência ou por erro administrativo do HO.

Quando ocorre um cancelamento de uma inscrição em LIC, a instituição hospitalar de origem formaliza a saída da LIC mediante emissão de documento, onde consta a data e o motivo de saída da LIC, que é entregue ao utente pessoalmente ou através de carta registada, no período máximo de **5 dias úteis**.

Nos quadros seguintes, são descritas as situações que podem levar ao cancelamento do episódio, as respectivas acções a realizar pelo HO, o motivo pelo qual devem cancelar e a data a que corresponde a saída do utente da LIC.

Motivos de cancelamento imputáveis à instituição hospitalar de origem			
Situação	Acção HO	Motivo de cancelamento da inscrição	Data de saída da LIC
O HO comete um erro administrativo ao duplicar o episódio ou ao associá-lo ao processo errado	Registar o tipo de erro no acto de cancelamento da inscrição	Erro do HO	Data do registo de cancelamento
Utente é operado de urgência na instituição hospitalar de origem	Registar a data de cirurgia no acto de cancelamento da inscrição	Operado de urgência no HO	Data da realização da urgência
Utente é operado para resolução da patologia no âmbito de um outro episódio, no mesmo tempo cirúrgico para seu benefício	Registar o n.º de episódio terapêutico que resolveu a sua patologia no acto do cancelamento da inscrição	Operado no âmbito de outro episódio programado no HO	Data da realização da cirurgia

Motivos de cancelamento da responsabilidade do utente			
Situação	Acção HO	Motivo de cancelamento da inscrição	Data de saída da LIC
Utente não contactável por todos os meios de contacto por ele indicados e registados no SI e que não respondeu, em 15 dias, à carta registada enviada pelo HO para a morada oficial do utente	Cancelar a inscrição	Utente incontactável	Data em que foi verificada o incumprimento do regulamento
O utente faltou a um evento sem apresentar justificação ou com motivo não plausível	Solicitar por escrito o motivo, no caso de ser apresentado, e registar o mesmo, no acto de cancelamento de agendamento. Cancelar a inscrição	Utente faltou consulta/cirurgia s/ motivo plausível	Data em que foi verificada o incumprimento do regulamento
O utente faltou a três eventos mesmo apresentando motivos plausíveis	Solicitar por escrito os motivos e registar os mesmos no acto de cancelamento de cada um dos agendamentos. Cancelar a inscrição	Utente faltou consulta/cirurgia 3 vezes c/ motivo plausível	Data em que foi verificada o incumprimento do regulamento
O utente recusa terceiro agendamento de um evento sem motivo não plausível	Solicitar por escrito os motivos e registar os mesmos no acto de cancelamento de cada um dos agendamentos. Cancelar a inscrição	Utente recusa terceiro agendamento s/ motivo plausível	Data em que foi verificada o incumprimento do regulamento
Episódio devolvido pela URGIC com a indicação que o utente não deseja ser intervencionado no HD por motivos pessoais	Cancelar a inscrição Reinscrever utente	Utente recusa HD por motivos pessoais	Data da devolução de episódio ao HO

Motivos de cancelamento da responsabilidade do utente			
Situação	Ação HO	Motivo de cancelamento da inscrição	Data de saída da LIC
Utente não entrega nota de consentimento no prazo legal em vigor	Cancelar a inscrição provisória	Sem consentimento do utente	Data em que foi verificada o incumprimento do regulamento
Utente não utiliza a nota de transferência ou vale cirurgia dentro do prazo legal em vigor	Cancelar a inscrição	Não activação do NT/VC dentro do prazo	Data em que foi verificada o incumprimento do regulamento
Utente pretende que o seu episódio seja cancelado, pois não deseja a realização da sua cirurgia	Solicitar por escrito e registar motivo da desistência no acto de cancelamento	Utente desiste da cirurgia	Data em que HO tomou conhecimento formal
Utente pede para ser transferido para outra instituição do SNS como seu novo HO por mudança de residência ou outro motivo	Cancelar a inscrição	Pedido transferência da responsabilidade pelo utente	Data da validação do episódio criado na nova instituição

Outros motivos clínicos			
Situação	Ação HO	Motivo de cancelamento da inscrição	Data de saída da LIC
Utente perde indicação cirúrgica ou não é possível realizar a cirurgia por contra-indicação	Cancelar a inscrição	Perda de indicação cirúrgica	Data do evento onde é identificada a situação
Utente sem indicação cirúrgica no âmbito do PTCO após avaliação em consulta AMTCO	Cancelar a inscrição	Sem indicação cirúrgica para PTCO	Data do evento que valida a perda de indicação cirúrgica
Utente operado para resolução de problema noutra instituição hospitalar	Registar o nome da instituição hospitalar no qual foi resolvida a presente inscrição a cancelar	Operado noutra instituição	Data em que HO tomou conhecimento formal
Falecimento do utente	Identificar e registar data de óbito no acto de cancelamento	Óbito	Data de óbito

Motivos de cancelamento da responsabilidade de terceiros

Situação	Acção HO	Motivo de cancelamento da inscrição	Data de saída da LIC
URGIC ou UCGIC solicita o cancelamento do episódio	Cancelar a inscrição	Indicação da tutela	Data em que o HO tomou conhecimento formal
Cancelamento de episódios por necessidade de reestruturação do contrato ou convenção ou devido a outros normativos	Cancelamento automático da inscrição	Contrato/Convenção/Outros normativos	Data do registo do cancelamento

1.4.2. Conclusão por transferência de responsabilidade

1.4.2.1. Entre serviços/unidades funcionais da mesma instituição

Sempre que ocorre uma transferência da responsabilidade integral do plano de cuidados do utente entre serviços/unidades funcionais da mesma instituição hospitalar, o episódio funcional deve ser concluído por transferência e criado novo.

O assistente técnico desencadeia o processo de validação de um novo plano de cuidados pelo respectivo responsável de serviço/unidade funcional e pedido de consentimento ao utente.

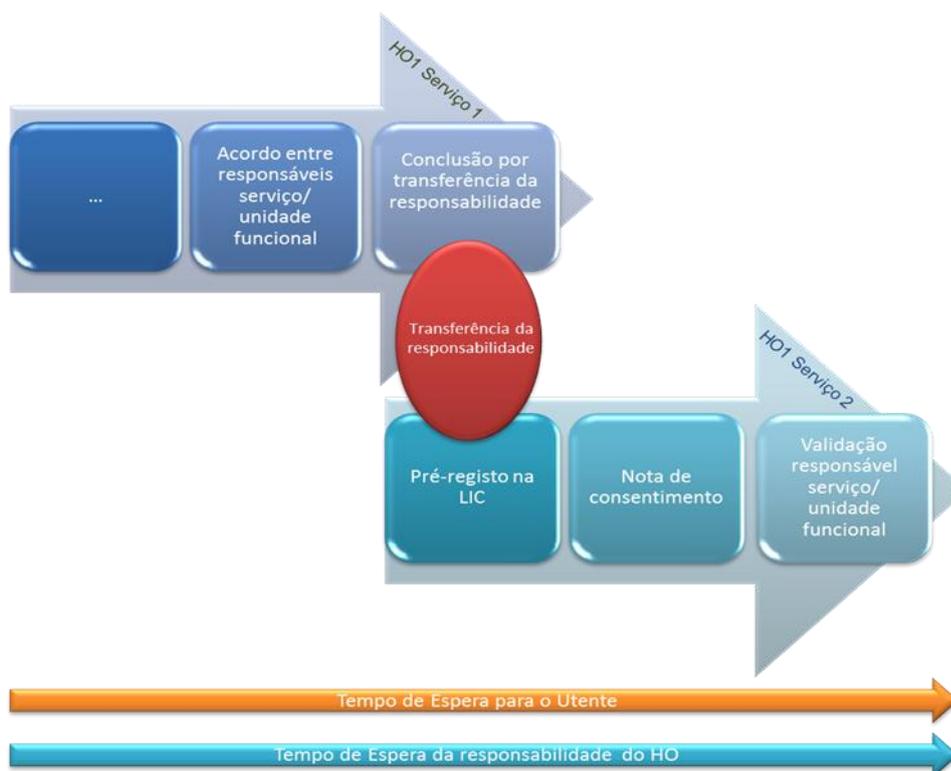


Ilustração 19 – Transferência da responsabilidade entre serviços/UF da mesma instituição

1.4.2.2. Entre instituições hospitalares distintas

1.4.2.2.1. Por protocolo entre responsáveis de serviços/unidades funcionais

Se a transferência ocorrer no âmbito da rede de referência nacional, por acordo entre os responsáveis dos serviços/unidades funcionais implicados na mesma, o episódio, no hospital que envia, é *concluído por transferência da responsabilidade* e é inscrito um novo plano de cuidados na instituição que recebe o utente.

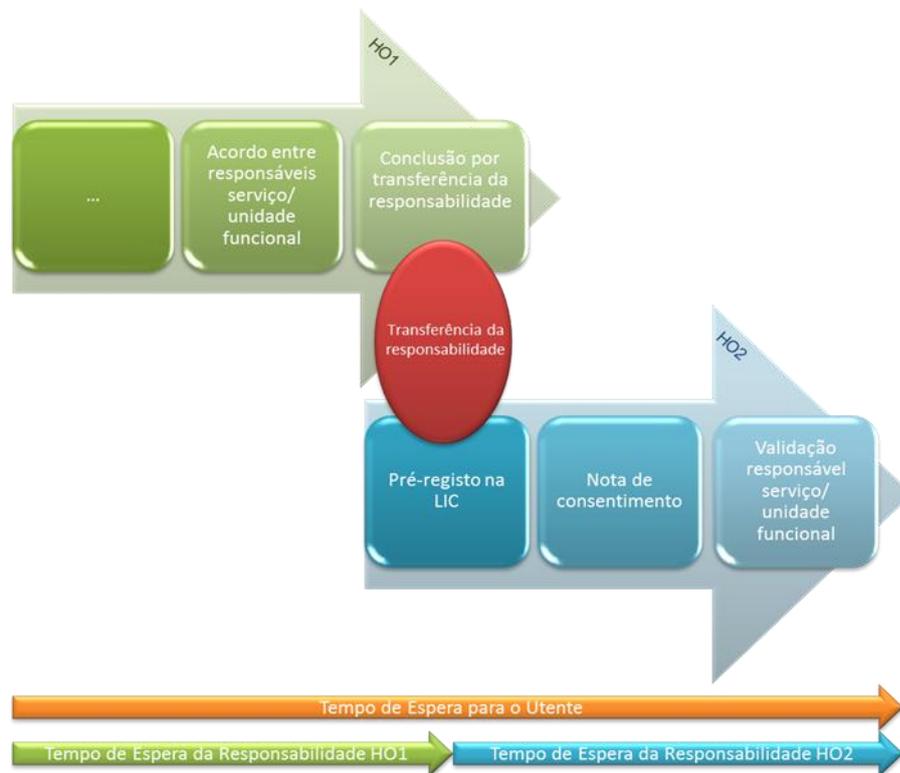


Ilustração 20 – Transferência da responsabilidade entre instituições hospitalares distintas por acordo

1.4.2.2.2. Por emissão de NT/VC

Sempre que ocorre uma transferência integral do plano de cuidados do utente entre diferentes instituições hospitalares, no âmbito de um programa específico como é o caso do PTCO, o SIGLIC emite uma NT/VC, que, após cativação, deve ser validado pelo responsável de serviço/unidade funcional que efectiva a transferência.

No SIH do hospital de origem, o episódio passa automaticamente ao estado de *concluído por transferência da responsabilidade*, passando o hospital que recebe o utente a novo HO, com a responsabilidade pelo seu tratamento integral e com a obrigação de o intervencionar no TMRG.

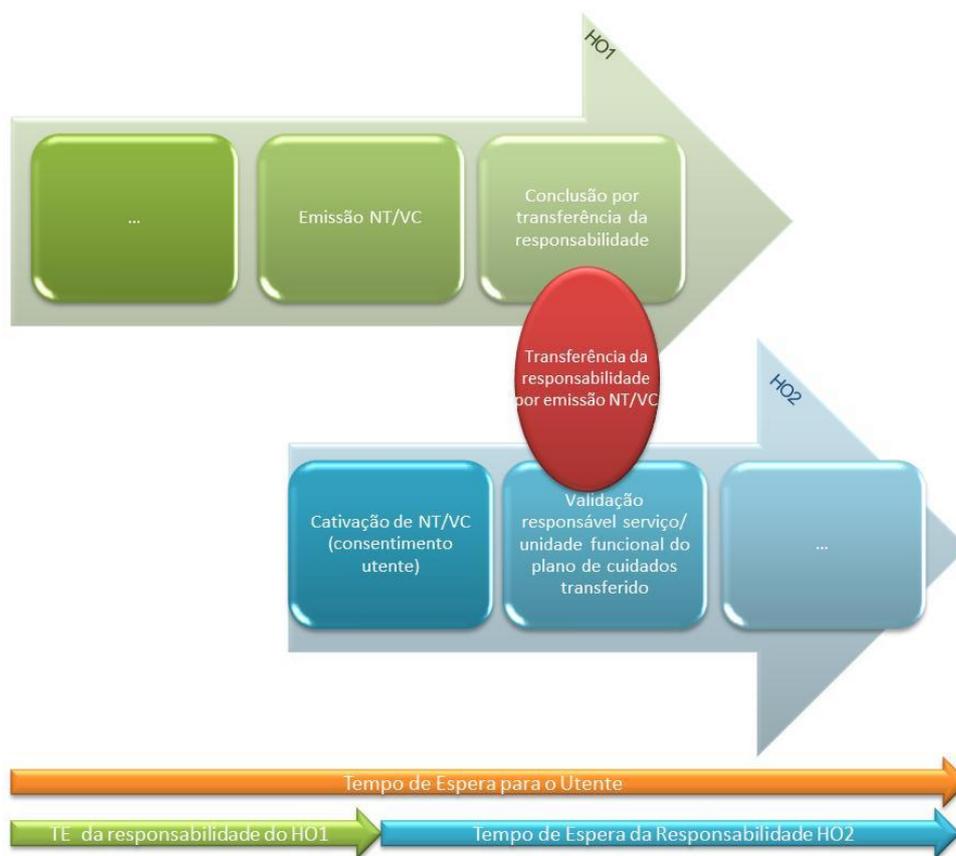


Ilustração 21 - Transferência da responsabilidade entre instituições hospitalares distintas por emissão de NT/VC

1.4.3. Conclusão do episódio no hospital que realiza a cirurgia

A conclusão do episódio no HO ou no HD consiste no fecho do episódio por realização de cirurgia.

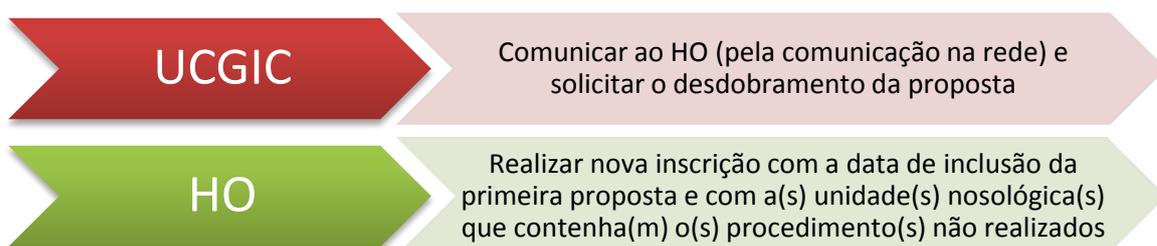
Após o registo da conclusão, o assistente técnico deve verificar se o sistema detectou alguma irregularidade no episódio, podendo para o efeito apoiar-se nos avisos do SIGLIC e corrigir a informação. Se a conclusão do episódio não for realizada aos sessenta dias após a alta hospitalar com a tolerância de registo (10 dias úteis), o SIGLIC procede automaticamente à sua conclusão, caso não exista uma resolução registada de uma complicação/intercorrência relacionado com o episódio.

Quando a resolução do(s) problema(s) for diferente da que consta do plano de cuidados, a instituição hospitalar tem de fundamentar a diferença com as seguintes justificações:

- ✚ Identificação intra-operatória de unidades nosológicas relevantes na cirurgia relativas a complicações;
- ✚ Identificação intra-operatória de unidades nosológicas relevantes na cirurgia relativas a novas situações identificadas;

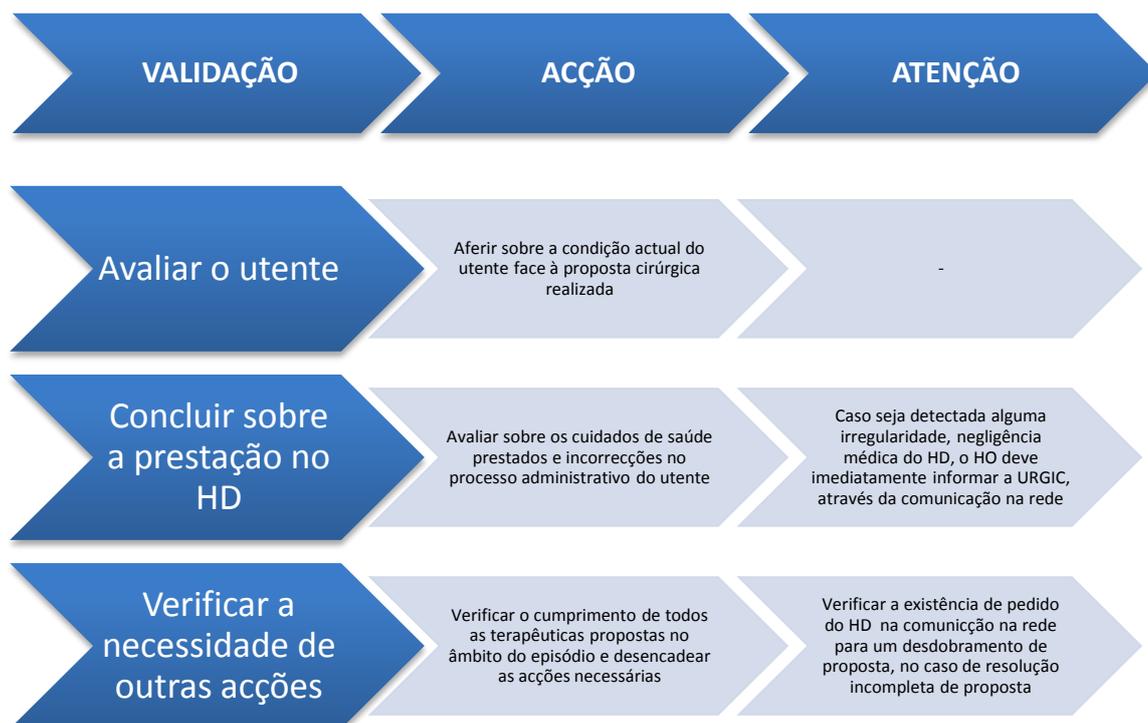
- ✚ Não execução de todas as unidades nosológicas ou procedimentos por não ser necessário (episódio incompleto);
- ✚ Não execução de todas as unidades nosológicas ou procedimentos para benefício do utente (episódio incompleto).

Sempre que a última opção for assinalada, ou seja existe uma resolução incompleta do plano de cuidados, o assistente técnico deve proceder da seguinte forma:



1.4.4. Conclusão do episódio no HO com cirurgia no HD

Todos os episódios que apresentem cirurgia registada, efectuada por um HD e conseqüente conclusão, necessitam também de ser concluídos no HO. Este processo decorre da necessidade do HO realizar as seguintes validações (n.º 128 da Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro):



Assim, o HO deve convocar o utente até 60 dias após a alta de internamento/cirurgia de ambulatório para realizar uma consulta de revisão e consequente relatório.

1.4.4.1. Regras de Facturação

A conclusão da facturação corresponde ao fecho económico dos episódios. Nos hospitais do SNS este processo é executado segundo as regras constantes do contrato-programa. Nas instituições convencionadas, no programa geral (exclui PTCO e outros programas especiais) a facturação é efectuada no SIGLIC, após a elaboração do relatório de conclusão, de acordo com as seguintes etapas:

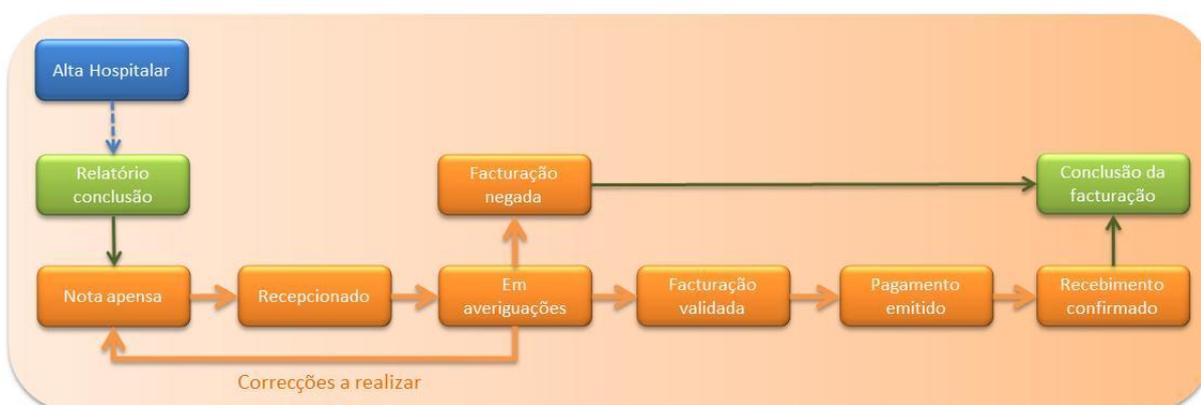


Ilustração 22 – Regras de facturação

Este processo inicia-se aquando da emissão da nota apensa à factura e termina quando é processado e efectuado o pagamento ao hospital convencionado.

Juntamente com a nota apensa e para que a ARS possa proceder à facturação, devem ser enviados os seguintes documentos:

- Vale cirurgia;
- Identificação de todos os eventos realizados (consultas, MCDT,...);
- Identificação das intercorrências e complicações. No caso de terem dado origem a novo episódio terapêutico, tem de ser anexada a informação relevante para efeito de identificação do episódio associado;
- Cópia do ofício e relatório clínico enviado ao HO;
- Identificação das próteses utilizadas (descrever dados e informação obrigatória).

1.4.4.2. Preços e metodologias para a produção adicional

Aquando da geração da nota apensa, o sistema informático valida um conjunto de informações para calcular o valor a pagar pelo episódio. A facturação está sujeita às regras definidas na Portaria n.º852/2009, de 7 de Agosto, devendo processar-se da seguinte forma:



Obtém-se então um valor do GDH para cada uma das UN:

UN (1) → GDH (1)

UN (2) → GDH (2)

2ª Parte

Se a UN está classificada como NM (art. 7º, nº 12), independentemente se a UN possui ou não procedimentos com complexidade (art. 7º, nº 14)

Valor da UN NM = Valor do GDH (1) + [valor do GDH(1) x 30%], caso não ultrapasse o valor da tabela de preços da portaria nº 132/2009, Se ultrapassar, **valor da UN = Valor GDH** da tabela de preços da portaria nº 132/2009.

Se o GD possui procedimentos com complexidade (art. 7º, nº 13):

Valor da UN = Valor do GDH (1) + [valor do GDH(1) x 20%], caso não ultrapasse o valor da tabela de preços da portaria nº 132/2009, Se ultrapassar, **valor da UN = Valor GDH** da tabela de preços da portaria nº 132/2009

3ª Parte

Identificar UN com valor de GDH mais elevado. Essa UN é o GDH principal. (A) = Valor de UN principal (este valor decorre da aplicação das regras anteriormente descritas)

Caso exista mais do que uma UN, calcular 45% do valor da UN principal, (B)

Calcular o valor a considerar para as UN com GDH secundários, (C) = $\sum(\text{Valor GDH}) \times 45\%$

Se $C > B$, então valor a pagar ao hospital é $A+B$;

Se $C < B$, o valor a pagar ao hospital é $A+C$

Se tiver sido autorizado pela ARS o pagamento excepcional da prótese, ao valor anterior acresce o valor da prótese (Não poderão ser pagos as próteses de UN que gerem os GDH 115, 116, 118, 209, 210, 211, 212, 548, 755, 756, 758, 806, 807, 817, 818, 849, 850, 851, 852, 853 e 854).

2. ACÇÕES TRANSVERSAIS AO EPISÓDIO

2.1. Readmissão

Um cancelamento de uma inscrição pode ocorrer por vários motivos. Sempre que uma conclusão por cancelamento for realizado indevidamente e a instituição ou o utente detectem o erro, deve aquela proceder à readmissão da proposta, desde que a necessidade cirúrgica para resolução do problema ainda se mantenha.

A readmissão consiste na activação do episódio que foi indevidamente cancelado da LIC pela instituição hospitalar. Nesta situação, o utente mantém a sua posição na LIC, não perdendo a sua antiguidade. Esta acção tem de ser fundamentada por escrito pelo utente ou no SI pela unidade do SIGIC que identificou o erro. Se existir um contacto do utente, o assistente técnico deve registar o mesmo no SI e anexar o documento em papel ao processo clínico. Os contactos da UCGIC e URGIC são realizados pela comunicação na rede, sendo associados ao episódio funcional.

As readmissões têm lugar sempre que o utente fizer prova de um cancelamento indevido (utilizar motivo erro HO) ou quando a instituição hospitalar determinar que o motivo apresentado pelo utente é plausível para activação da inscrição cancelada (utilizar motivo plausível apresentado pelo utente). Em ambas as situações, as justificações devem ser registadas no sistema de informação e anexadas, em suporte de papel, ao processo clínico do utente.

2.2. Reinscrição

A reinscrição ocorre posteriormente a uma conclusão por cancelamento de uma proposta. Pode ser solicitada pelo utente ou por uma das unidades do SIGIC em favor do utente e ocorre sempre que a indicação cirúrgica ainda se mantenha, sendo criado um novo plano de cuidados no qual faz parte integrante uma nova proposta. Esta é em tudo semelhante à proposta cancelada, diferindo na data de inclusão, sendo iniciada nova contagem do tempo espera.

Só pode existir reinscrição no âmbito de episódios cancelados com os seguintes motivos:

-  Utente não dá o seu consentimento para inscrição na LIC nos prazos legais em vigor;
-  Utente recusa, pela terceira vez, uma data para a realização da cirurgia sem apresentar motivo plausível;
-  Utente falta aos episódios pré-operatórios ou à intervenção cirúrgica proposta sem justificar a falta com motivo que possa ser aceite como plausível;
-  Utente falta, por três vezes, aos episódios pré-operatórios ou à intervenção cirúrgica proposta mesmo apresentando motivos plausíveis;
-  Utente recusa a intervenção cirúrgica no HD após cativação do vale cirurgia ou da nota de transferência, se o motivo invocado para a recusa não for considerado plausível pela URGIC ou UCGIC;

- ✚ Utente fica incontactável pelos meios de contacto que indicou, inscritos no SIGLIC ou no sistema de informação do hospital de origem;
- ✚ Utente não activa ou cancela a nota de transferência ou o vale cirurgia dentro dos prazos legais em vigor;
- ✚ Utente desiste da cirurgia por motivos pessoais;
- ✚ Utente pede uma pendência pessoal, por um período total de tempo superior ao tempo máximo de resposta garantido na prioridade em que foi classificado.

Sempre que o utente solicitar uma reinscrição na LIC, o assistente técnico deve encaminhar o pedido, para que o serviço/unidade funcional marque a consulta para reavaliação, o mais rapidamente possível, a fim de o médico averiguar se a necessidade cirúrgica se mantém. Se assim for, o utente é de novo inscrito na LIC, com data de inclusão igual à data da consulta, e realização dos procedimentos administrativos necessários a uma nova inscrição, nomeadamente novo consentimento do utente e validação do responsável do serviço/unidade funcional. Este novo episódio funcional deve ficar associado ao episódio cancelado, sendo parte integrante do episódio único do utente (resolução de um mesmo problema do utente já identificado).

3. ORGANIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO DO HOSPITAL E FUNCIONALIDADES DO SIGLIC

3.1. Registo de informação em documento em versões

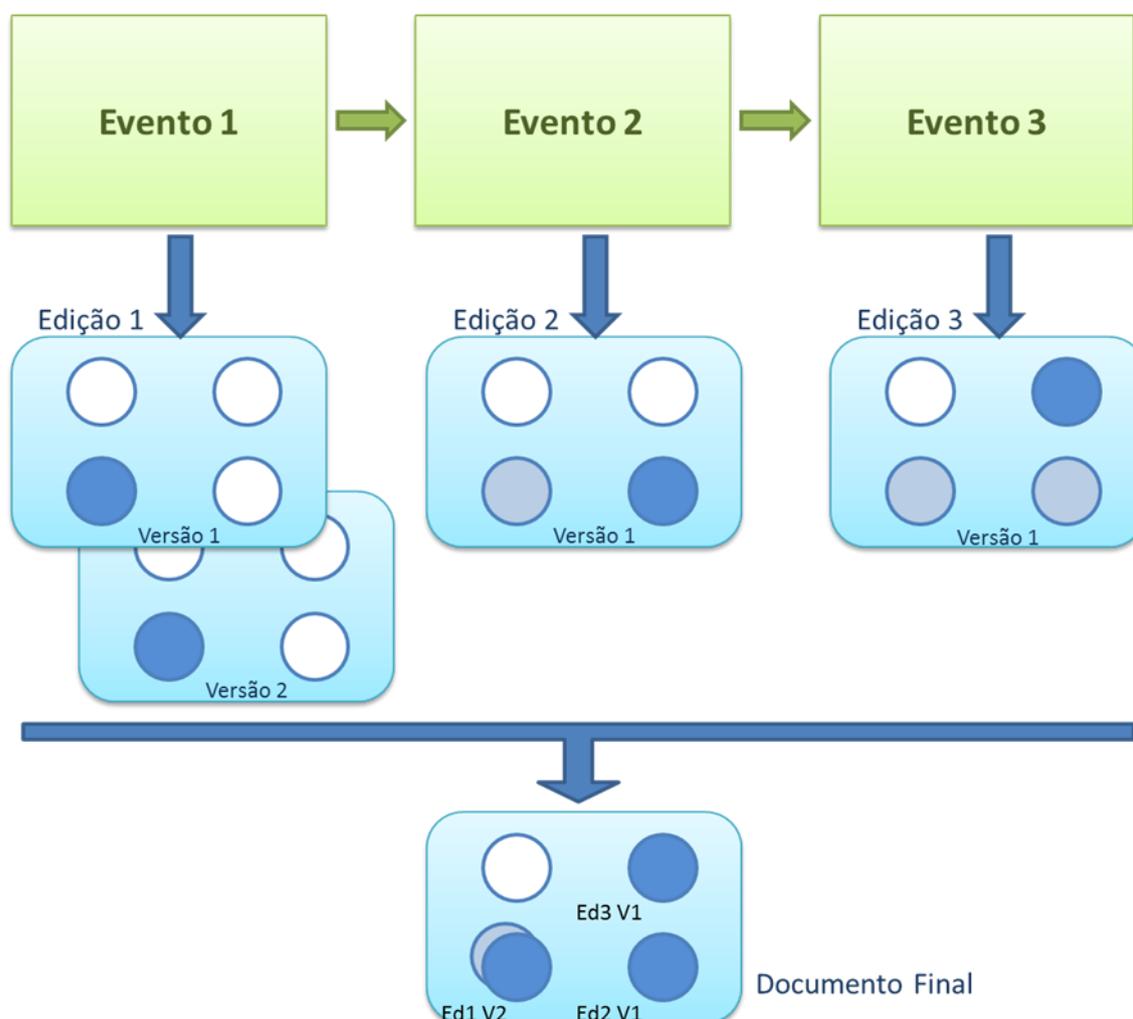


Ilustração 23 – Registo de informação em documento em versões

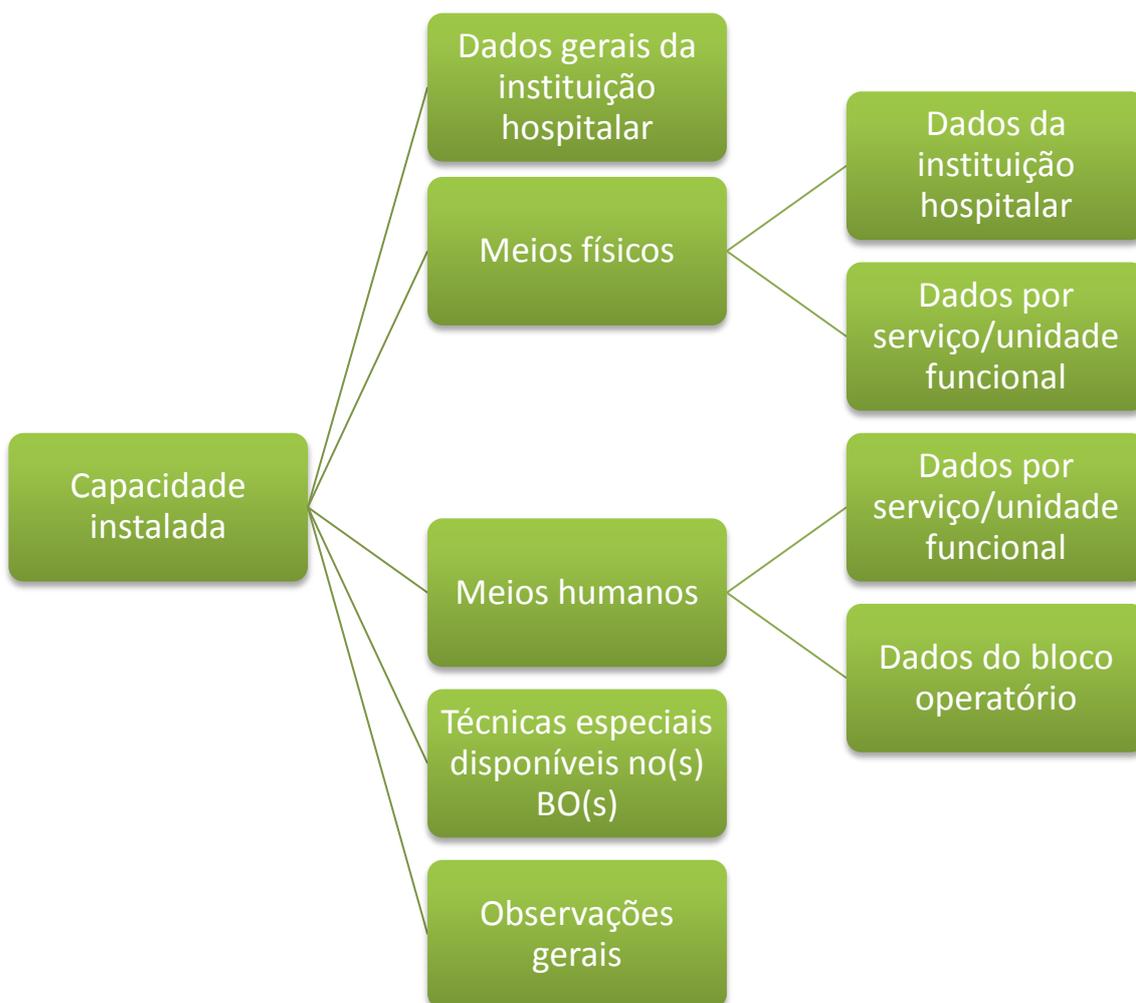
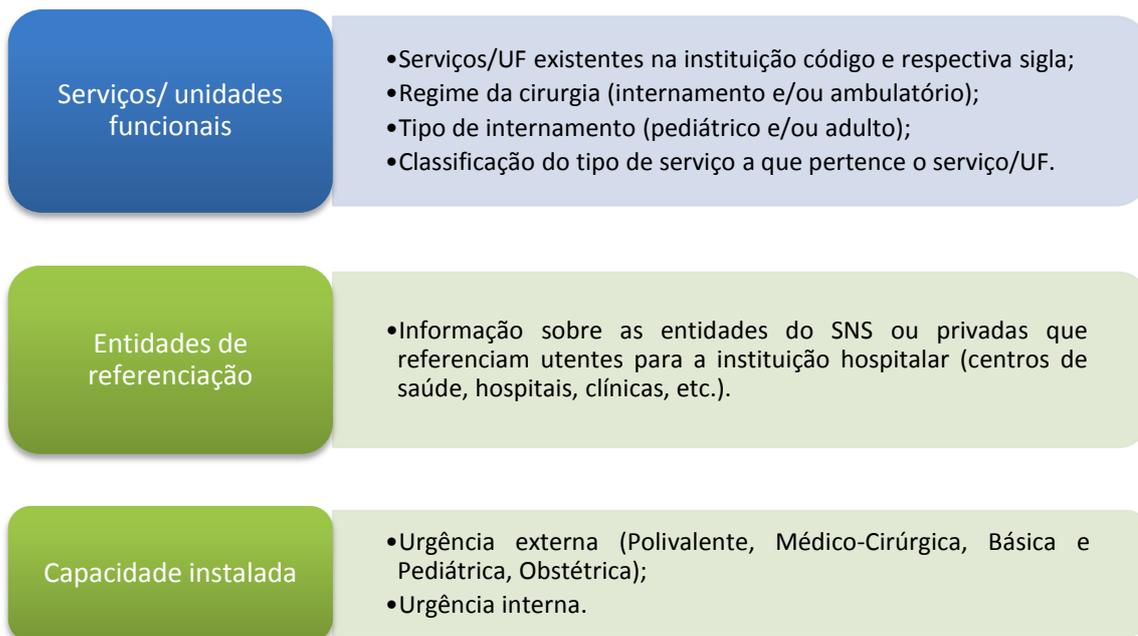
3.1.1. Ficha do Hospital

A ficha do hospital é um documento disponibilizado na aplicação SIGLIC que serve para recolher informação essencial sobre as instituições hospitalares e os seus recursos. Na figura seguinte apresenta-se um resumo da informação que consta da ficha do hospital:



O assistente técnico responsável pela actualização da ficha do hospital deve recolher, junto do conselho de administração e dos serviços/unidades funcionais correspondentes, a seguinte informação referente à instituição hospitalar:

<p>Moradas e outros contactos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Morada completa da sede da instituição hospitalar; • Telefone, fax e email da UHGIC para contactos gerais do utente (linha directa de acesso); • Nome, telefone, fax e email do coordenador da UHGIC; • Nome, telefone, fax e email do coordenador da codificação; • Nome, telefone, fax e email do presidente do conselho de administração; • Nome, telefone, fax e email do director clínico.
-----------------------------------	--



Capacidade instalada
Detalhe dados gerais da
Instituição Hospitalar

- Nº total de pessoal médico (médicos, cirurgiões e internos);
- Nº total de pessoal de enfermagem;
- Nº total de técnicos de MCDT;
- Nº total de pessoal assistente técnico;
- Nº total de pessoal auxiliar;
- Nº total de outros profissionais;
- Nº camas médicas (excluir as camas materno-infantis);
- Nº de camas cirúrgicas (excluir as camas das unidades de cuidados intermédios e intensivos, assim como as camas com ventilação assistida);
- Nº camas materno-infantis;
- Nº camas na(s) unidade(s) cuidados intermédios;
- Nº camas na(s) unidade(s) cuidados intensivos;
- Nº camas com ventilação assistida fora do BO (camas com ventilação assistida fora BO e unidade de cuidados intermédios e intensivos);
- Disponibilidade de imagiologia convencional (disponível, não disponível, disponível 24 horas);
- Disponibilidade de ecografia (disponível, não disponível, disponível 24 horas);
- Disponibilidade de TAC/MRN (disponível, não disponível, disponível 24 horas);
- Disponibilidade de laboratório de patologia clínica (disponível, não disponível, disponível 24 horas);
- Disponibilidade de imuno-hemoterapia (disponível, não disponível, disponível 24 horas).

Capacidade instalada
Meios físicos
Dados da Instituição
Hospitalar

- Nº de camas na(s) sala(s) de indução anestésica no BO;
- Nº de camas na(s) sala(s) de recobro no BO;
- Nº total de salas do BO (Corresponde ao nº total de salas disponíveis em todos os blocos operatórios existentes na instituição hospitalar, incluindo as exclusivas à urgência e cirurgia de ambulatório);
- Nº total de horas semanais disponíveis nas salas do BO (Corresponde ao nº total de horas semanais disponíveis nas salas em todos os blocos operatórios existentes na instituição hospitalar, incluindo as exclusivas à urgência e cirurgia de ambulatório);
- Nº de salas de BO exclusivas para ambulatório;
- Nº de horas semanais de salas disponíveis de BO exclusivas para ambulatório;
- Nº de salas de BO exclusivas para urgência;
- Nº de horas semanais de salas disponíveis de BO exclusivas para urgência;
- Permanência/Não permanência de cirurgião 24 horas;
- Permanência/Não permanência de anestesista 24 horas.

Capacidade instalada
Meios físicos
Dados por
serviço/unidade
funcional

- N^o de horas semanais de salas disponíveis no BO para produção em MRC em internamento (n^o de horas semanais disponíveis nas salas de BO para produção em regime de internamento, em modalidade remuneratória convencional, ou seja, em horário normal de trabalho das equipas cirúrgicas);
- N^o de horas semanais de salas disponíveis no BO para produção em MRC em Ambulatório (n^o de horas semanais disponíveis nas salas de BO para produção em regime de ambulatório, em modalidade remuneratória convencional, ou seja, em horário normal de trabalho das equipas cirúrgicas);
- N^o de horas semanais de salas disponíveis no BO para produção em MRA em internamento (n^o de horas semanais disponíveis nas salas de BO para produção em regime de internamento, em modalidade remuneratória alternativa, ou seja, fora do horário normal de trabalho das equipas cirúrgicas);
- N^o de horas semanais de salas disponíveis no BO para produção em MRA em ambulatório (n^o de horas semanais disponíveis nas salas de BO para produção em regime de ambulatório, em modalidade remuneratória alternativa, ou seja, fora do horário normal de trabalho das equipas cirúrgicas);
- N^o de camas de enfermaria (no caso de existirem camas partilhadas entre serviços/unidades funcionais, deverá ser realizada uma estimativa de percentagem de ocupação através da seguinte fórmula – Σ dias internamento do serviço no ano (todos os episódios) / Σ dias internamento de todos os serviços que partilham as mesmas camas (todos os episódios) X n^o total de camas);
- N^o de camas de recobro cirúrgico (idem).

Capacidade instalada
Meios humanos
Dados por
serviço/unidade
funcional

- N^o de cirurgiões e N^o de cirurgiões internos;
- N^o total de horas semanais de trabalho dos cirurgiões e dos cirurgiões internos (Não inclui horas extraordinárias. Refere-se as horas prestadas por todos os colaboradores independentemente do vínculo laboral, nos vários serviços, incluindo o serviço de urgência);
- N^o de horas semanais afectas ao BO dos cirurgiões e dos cirurgiões internos (não inclui horas de urgência, nem actividade em modalidade remuneratória alternativa – MRA);
- N^o de horas semanais afectas ao SU dos cirurgiões e dos cirurgiões internos;
- N^o de pessoal de enfermagem;
- N^o total de horas semanais de trabalho do pessoal de enfermagem;
- N^o de pessoal auxiliar;
- N^o total de horas semanais de trabalho do pessoal auxiliar;
- N^o de outros profissionais;
- N^o total de horas semanais de trabalho de outros profissionais.

Capacidade instalada
Meios humanos
Dados do(s) BO(s)

- Nº de anestesistas e Nº de anestesistas internos;
- Nº total de horas semanais de trabalho dos anestesistas e dos anestesistas internos (Não inclui horas extraordinárias. Refere-se a horas prestadas por todos os colaboradores independentemente do vínculo laboral, nos vários serviços incluindo o serviço de urgência);
- Nº de horas semanais afectas ao BO dos anestesistas e dos anestesistas internos (não inclui horas de urgência, nem actividade em modalidade remuneratória alternativa – MRA)
- Nº de horas semanais afectas ao SU dos anestesistas e dos anestesistas internos;
- Nº de pessoal de enfermagem;
- Nº total de horas semanais de trabalho do pessoal de enfermagem;
- Nº de pessoal auxiliar;
- Nº total de horas semanais de trabalho do pessoal auxiliar;
- Nº de outros profissionais;
- Nº total de horas semanais de trabalho de outros profissionais.

Capacidade instalada
Técnicas especiais
disponíveis no(s) BO(s)

- Lista de recursos técnicos instalados e em funcionamento na instituição hospitalar, em particular o equipamento de diagnóstico e terapêutica, no âmbito de BO.

Capacidade instalada
Observações gerais

- Informações adicionais sobre a capacidade instalada do hospital que não constam nas restantes pastas. Por exemplo, o hospital faz subcontratação de médicos anestesistas para suprir as suas necessidades ou algumas salas de BO estão fechadas para obras.

Condições de
pagamento às equipas
em MRA

- Informação sobre as condições específicas de pagamento às equipas cirúrgicas em actividade cirúrgica programada realizada em MRA. Esta funcionalidade, juntamente com a definição das equipas-tipo, permite simular o pagamento aos colaboradores das equipas cirúrgicas autorizados a trabalhar em regime MRA. Esta ferramenta está disponível caso a instituição hospitalar tenha interesse em utilizá-la.

Acompanhamento da
actividade cirúrgica
programada do hospital

- Conjunto de indicadores do hospital, a uma determinada data, sobre registo da actividade cirúrgica programada, em ambulatório e em internamento, e sobre a produção realizada face à contratada no âmbito do acompanhamento do contrato-programa do hospital com a ACSS.

Estatística sobre a LIC do hospital

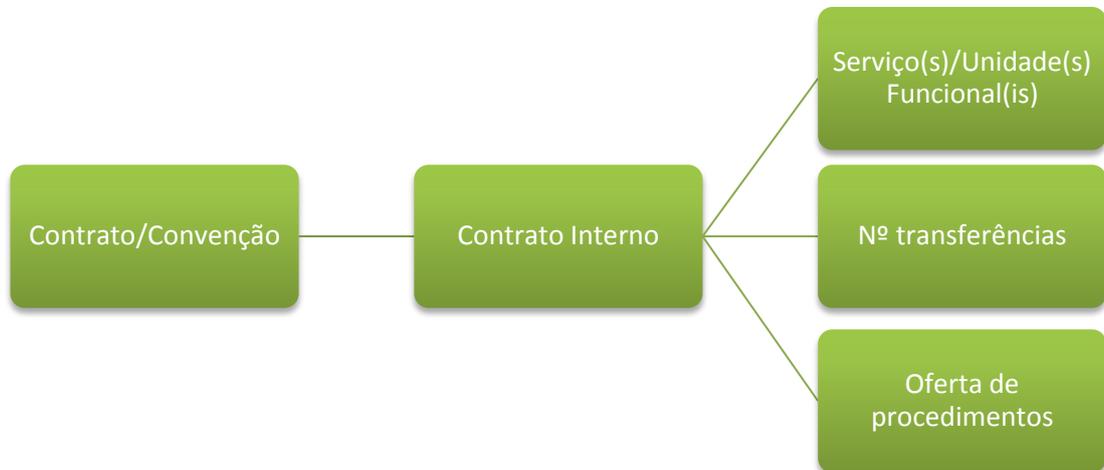
- Conjunto de indicadores sobre a actividade cirúrgica programada do hospital, nomeadamente sobre LIC, operados, produção cirúrgica em MRA e MRC, cancelados, transferidos, devolvidos, entre outros.

3.1.2. Carteira de Serviços, Contrato e Convenção

A carteira de serviços dos serviços/unidades funcionais é o conjunto de problemas que o serviço/unidade funcional tem capacidade para tratar tendo em conta os seus recursos físicos (equipamentos, número de camas, etc.) e as competências dos seus recursos humanos. Cabe à UHGIC actualizar não só a informação no SI relativa à carteira de serviços, como também os contratos ou convenções celebradas para receber utentes como hospital de destino.

Se a instituição hospitalar pertencer ao SNS pode preencher a informação constante do Contrato, com a duração de um ano, para receber utentes de outros HO, de acordo com a sua disponibilidade.

Se for um hospital convencionado, a instituição tem uma convenção por cinco anos e recebe utentes da(s) ARS com quem assinou a(s) respectiva(s) convenção(s), de acordo com a oferta disponibilizada.



3.1.3. Gestão de colaboradores/utilizadores

No ecrã da gestão de colaboradores/utilizadores deve estar contido o registo de todos os colaboradores/utilizadores da instituição hospitalar (funcionários do hospital com acesso à aplicação SIGLIC), assim como dos colaboradores que sejam subscritores de documentos no âmbito de execução do plano de cuidados. Assim, é essencial a recolha da seguinte informação relativa a cada colaborador:

