

## 7. Modelos e normas de preenchimento dos impressos SIGIC

1. Considerações gerais.....	2
2. Normas de preenchimento de elementos comuns aos impressos.....	4
3. Normas de preenchimento dos impressos .....	7
3.1. Evento .....	7
3.2. Plano de Cuidados.....	10
3.3. Agendamento.....	16
3.4. Admissão .....	18
3.5. Cirurgia .....	20
3.6. Cirurgia Segura .....	23
3.7. Alta Hospitalar.....	25
3.8. Conclusão .....	27
4. Modelos dos impressos.....	29

## 1. Considerações gerais

A criação de impressos é uma forma intuitiva de apresentar o conjunto mínimo de informação de natureza clínica, administrativa e outra a registar nos sistemas de informação hospitalares e a integrar no SIGIC em conformidade com o artigo 49 alínea d) da Portaria 45/2008 sobre o Regulamento do SIGIC.

Os impressos apresentados destinam-se à aquisição de um conjunto de informação homogénea em todos os hospitais (minimal data set) que idealmente deve ser registada primariamente numa aplicação informática directamente pelo seu subscritor mas na impossibilidade servem de suporte ao registo manual que posteriormente terá de ser transportado para um sistema informático. A informação recolhida é referente a momentos distintos: sessões de hospital dia, MCDT, consultas, agendamentos, contactos, plano de cuidados (proposta), admissão, cirurgia, alta de internamento/ambulatório e conclusão.

Todos os dados recolhidos são os normalmente utilizados no processamento da actividade clínica.

Os dados recolhidos nas consultas e MDCT identificam a ocorrência de um evento clínico, os seus protagonistas e o contexto. Permitem também vir a determinar os recursos envolvidos no tratamento de um utente ou problema de saúde ou seja complementam a informação relativa ao episódio.

Os dados recolhidos na proposta servem para criar um repositório dos registos dos utentes que procuram tratamento cirúrgico e respectiva oferta de cuidados com o objectivo de suportar uma base documental. Em caso de transferência, os dados recolhidos servem para poder orientar o utente e permitir que o hospital de destino possa compreender a situação clínica e a proposta terapêutica efectuada. A formalização da proposta é o garante contratual entre utente e hospital e obriga este último na procura de soluções para a cabal resolução dos problemas identificados. Servem ainda para gerar um conhecimento local, regional e nacional da procura de tratamentos cirúrgicos. A elaboração da proposta tem obrigatoriamente de se encontrar enquadrada num evento clínico.

Os dados recolhidos na cirurgia constituem o registo da produção e vão possibilitar um conhecimento local, regional e nacional da actividade cirúrgica.

Os dados recolhidos na admissão identificam um conjunto de eventos agregados que se vai iniciar e contextualiza-se nos problemas de saúde a serem abordados.

Os dados recolhidos na alta vão complementar alguns aspectos da actividade terapêutica como o tempo de internamento e a existência ou não de complicações e encerra o episódio de internamento/ambulatório.

Depois de reunidos todos os elementos necessários ao encerramento do episódio, procede-se à conclusão do episódio (são necessários os resultados de exames complementares, consultas no pós operatório, etc.), podendo-se completar no sistema a informação necessária e dar o processo por concluído para poder vir a ser facturado.

Os dados registados são em primeira instância da responsabilidade de quem produz a informação (do médico proponente à data da proposta, do cirurgião principal à data da cirurgia, do médico responsável pela alta à data da alta, de um médico codificador à data da conclusão). O hospital deve garantir os circuitos de informação necessários para que os dados registados no sistema informático sejam efectivamente imputados a quem criou a informação. Os formulários preenchidos e os dados constantes no sistema informático são documentos que vinculam a instituição.

Os impressos apresentados representam modelos destinados a recolher a informação necessária. Poderão ser modificados, mantendo-se válidos desde que recolham a informação mínima obrigatória.

## 2. Normas de preenchimento de elementos comuns aos impressos

**Data** – data a que se refere o evento documentado [da realização da consulta (consulta), data de inscrição (proposta), data do registo do agendamento (agendamento), data do registo da admissão ao internamento (admissão), data de entrada no BO (cirurgia e cirurgia segura), data de alta (alta hospitalar) ou data da conclusão do episódio (conclusão)].

**Serviço/unidade funcional** - refere-se ao serviço/unidade funcional que se responsabiliza pelo documento e correspondente ao evento, ou seja, pela consulta, pelo plano de cuidados (proposta cirúrgica), pelo agendamento, pela admissão ao internamento, pela cirurgia (cirurgia e cirurgia segura), pela alta do utente e pela conclusão do episódio.

Nota: o serviço/unidade funcional corresponde ao do director/responsável que irá validar a proposta e que é, necessariamente, o serviço que se propõe efectuar a cirurgia. Um serviço só pode propor técnicas (procedimentos) cirúrgicas para as quais esteja habilitado e as execute.

**Médico / nº OM** – médico responsável pelo evento e respectivo número da ordem dos médicos.

**Nº episódio** – colocar o nº do episódio a que este agendamento se refere.

**Nº LIC** – colocar o nº da lista de inscritos para cirurgia a que este agendamento se refere.

**Vinheta do utente** – criada pelo sistema de informação da entidade e deve conter nome completo (com todos os nomes por extenso); filiação (obrigatório nos menores); Número do processo do hospital/Subsistema e número de beneficiário /Número do cartão do utente /Data de nascimento/Sexo/Morada completa com código postal/Contactos telefónicos.

**Unidade nosológica** – é a caracterização clínica de um problema de saúde de um utente, resultante da sua avaliação, num determinado evento, adequadamente classificado com um conjunto de códigos CID-9/10-MC sendo que um é classificado como principal (UN1) e descrição de acção subsequente, também esta classificada com um conjunto de códigos CID-9/10-MC.

Nota: No SIGIC não se codificam eventos ou episódios, codificam-se unidades nosológicas, ou seja, os problemas de saúde apresentados pelo utente e respectivas acções.

O sistema neste momento, requer a codificação em CID-9-MC mas está já adaptado ao sistema CID-10-MC e requer toda a informação necessária a uma posterior recodificação.

Neste ponto recolhem-se as informações necessárias à caracterização do problema alvo de intervenção cirúrgica. É importante que haja uma descrição suficientemente pormenorizada para que um terceiro observador possa apreender a situação tal como foi observada e compreender a situação clínica e a proposta terapêutica efectuada ou a cirurgia realizada.

O quadro onde são apresentadas as unidades nosológicas que caracterizam os problemas identificados e soluções propostas ou aplicadas (procedimentos cirúrgicos) ao

utente, contém a informação clínica fundamental do plano terapêutico ou do evento clínico (consulta, MCDT, cirurgia). O conjunto de diagnósticos refere-se a doenças/problemas que representam a actual situação clínica, para a qual o plano nomeadamente a cirurgia pretende dar resposta.

Podem ser identificadas várias situações (unidades nosológicas) independentes, sendo que uma tem de ser identificada como principal (UN1) no evento em que é registada. As restantes são designadas como secundárias (UN2, UN3, ...). As situações independentes correspondem em regra a atitudes terapêuticas distintas. Cada situação independente deve ser cabalmente descrita. O médico redige a situação em linguagem clínica de forma completa e deve colocar o conjunto de códigos CID na versão em vigor que reflectam as descrições efectuadas. Obrigatoriamente é inscrito um código designado de principal e sempre que necessário para melhor caracterização, outros designados de associados. Poderão ainda ser anexados a cada código de diagnóstico códigos de causa externa pertinentes. A patologia associada, relevante para a cirurgia/internamento, deve ser reportada junto à unidade nosológica principal, não sendo necessário repeti-la nas unidades nosológicas secundárias. Os procedimentos cirúrgicos referem-se ao conjunto de procedimentos propostos para cada situação independente descrita nos diagnósticos. Designa-se código de procedimento principal o que melhor sintetiza a técnica cirúrgica para cada unidade nosológica principal ou secundária. Aos procedimentos principais podem-se associar outros códigos de procedimentos para melhor descrever a técnica cirúrgica. Estes códigos de procedimentos serão designados de procedimentos associados.

#### **Unidades Nosológicas (UN):**

*Num evento Clínico*



A descrição dos diagnósticos e procedimentos deve ser efectuada em linguagem clínica corrente caracterizando a situação clínica e atitudes terapêuticas de forma completa. A descrição deve ser clara e técnica para que a leitura da proposta/cirurgia seja suficiente para a cabal compreensão da situação médica do utente e consequente proposta terapêutica/cirurgia.

Qualquer evento clínico tem que conter obrigatoriamente pelo menos uma unidade nosológica. A codificação deve ser o mais completa possível quer para permitir uma adequada gestão local, quer para uma gestão de transferências mais correcta no caso da proposta. Não obstante, a lateralidade estar evidenciada na descrição da unidade nosológica, é necessário descrever exaustivamente a localização da doença e do procedimento.

A responsabilidade de uma transferência inadequada por conteúdos inapropriados ou incompletos no documento da proposta, é do Hospital de Origem.

Um dos aspectos fulcrais é a expressão clara dos **objectivos (resultados esperados)**, quer os benefícios para o utente, quer as eventuais ou prováveis sequelas que podem decorrer das terapêuticas instituídas, para cada unidade nosológica independentemente estabelecida.

**Objectivos (Resultados esperados) com a terapêutica proposta** - Na definição dos resultados indica-se o impacto das terapêuticas na doença, nos sintomas, nas diversas funções do organismo do indivíduo, na sua morfologia e estética. Avalia-se assim os benefícios esperados ou objectivo da interacção. Genericamente para efeitos de sistematização classificam-se os resultados esperados em resolução/cura, melhoria/atenuação, diagnóstico, vigiar/acompanhar.

Quando para além das sequelas óbvias (por exemplo, a cicatriz decorrente da incisão) forem esperadas outras devem ser assinaladas no campo de observações.

**L (Localização)** - diz respeito aos diagnósticos e procedimentos e localiza a lesão/patologia que a tratar ou que foi tratada e o órgão/ região a ser abordado.

Deve ser preenchido com a letra adequada para identificar a lateralidade: E - Esquerdo; D - Direito; B – Bilateral; N - Não aplicável.

**Validação do documento** – o documento deve ser sempre assinado pelo médico que preencheu o documento e o médico responsável pelo documento e respectiva validação. Caso seja o médico responsável a preencher o documento, basta apenas a sua assinatura.

### 3. Normas de preenchimento dos impressos

#### 3.1. Evento

Este formulário pode ser utilizado para preenchimento de múltiplos eventos, quer em ambulatório, quer em internamento.

Idealmente os registo são efectuados numa aplicação informática e os documentos impressos são anexos ao processo do utente.

Todos os eventos clínicos devem ter um correspondente registo em que pelo menos uma unidade nosológica seja identificada (um problema de saúde traduzido em diagnóstico e correspondente acção).

Os eventos clínicos devem ser enquadrados em episódios (conjunto coerente de eventos integrados num plano).

Em seguida apresentam-se as normas de preenchimento dos campos do impresso.

**Instituição Hospitalar, Serviço/unidade funcional, médico, nº OM, Unidades nosológicas, nº episódio** – vide número dois do presente documento.

**Data evento** – Data e hora de início da realização do evento e hora de fim.

**Data requisição** – Data da requisição do evento.

**Proveniência** – Indicar quem solicita o evento (Unidade de saúde/ Serviço/ UF/ Médico/ Nº OM).

**Evento<sup>1</sup>** – Indicar se é o primeiro evento ou subsequente, no serviço/UF, na abordagem do problema. Neste último caso identificar também o evento antecedente que na ausência será assumido o último evento activo que ocorreu no serviço/UF. Se a indicação for como primeiro evento o campo do evento antecedente deve ser preenchido com identificação do evento onde foi requisitado o presente.

Assim neste campo podem ocorrer indicações em simultâneo, como por exemplo a condição de primeiro evento e de alta.

**Registo** – Indicação se o evento ocorre em regime de internamento ou ambulatório.

**Forma** – Indicação se o evento se processou em forma presencial, por teleconferência, no domicílio ou se trata de uma abordagem do processo do utente (revisão processo, relatórios, etc.).

---

<sup>1</sup> Evento - é todo o acto de natureza clínica ou administrativa que está directamente relacionado com a prestação de cuidados de saúde ao utente.

**Atendimento** – Referência sobre se o atendimento foi programado, não programado, nos serviços de urgência (ou não aplicável – para o caso de abordagem do processo).

**Identificação dos episódios a que correspondem as unidades nosológicas do evento** – indicar para cada unidade nosológica do evento, o(s) episódio(s) a que estão associados.

Em caso de este evento ter sido identificado como primeiro, é sempre criado automaticamente um novo episódio funcional, mesmo que sejam efectuadas associações a outros episódios.

Nas situações de eventos subsequentes, sem preenchimento deste campo o evento fica associado ao último episódio activo<sup>2</sup> deste serviço/unidade funcional.

A identificação do episódio é constituída pelas siglas do hospital, serviço/UF e data do primeiro evento do episódio. Na eventualidade de terem sido criados no mesmo dia mais de um episódio para a mesma unidade funcional, será acrescido, um número sequencial.

**Observações administrativas** – campo de texto livre para indicação de informação não clínica.

**História Actual** – Dados relevantes para o evento em causa.

**Antecedentes pessoais** – a indicação dos antecedentes pessoais pode ser feita através de um conjunto de perguntas pré-formatadas. O consumo de tabaco deve ser expresso em UMA – Unidade Maço Ano. O exercício físico deve ser colocado em número de horas por semana. Caso se utilize um sistema informático estes dados podem já estar registados no sistema.

**Observações antecedentes pessoais** - todas as situações que não estejam contempladas no campo anterior.

**Doenças actuais e pregressas** – Apresenta um conjunto de perguntas com respostas pré determinadas com informação de um conjunto de doenças consideradas mais relevantes. Referir se a doença é presente (activa) ou pregressa (sem manifestações actuais ou se nunca existiu). Existe também um campo de observações para descrever os aspectos relevantes ou acrescentar outras doenças.

**Exame objectivo** – compõe-se de três quadros, um que contém os dados biométricos mais relevantes, outro que contém uma revisão por sistemas e órgãos e um para descrever os aspectos mais relevantes.

Nos dados biométricos deve ser registada a seguinte informação: o peso em kg, a altura em centímetros, índice de massa corporal em  $\text{kg}/\text{m}^2$ , perímetro abdominal em centímetros, temperatura em graus centígrados, a frequência cardíaca e respiratória em ciclos/min., a tensão arterial (sistólica e diastólica) em mmHg e a oximetria em percentagem.

---

<sup>2</sup> Episódio activo - episódio que se encontra na lista de inscritos para cirurgia de um hospital, não concluído.

**Exames complementares obrigatórios em todos os utentes com ASA≥II ou para procedimentos complexos** – conjunto de exames considerados relevantes para uma boa prática clínica cirúrgica como exames mínimos para a execução da cirurgia em condições de segurança. Além de um conjunto de exames de patologia clínica, faz igualmente parte o electrocardiograma e a teleradiografia do tórax.

**MCCT efectuados ou observados no evento** – Este campo deve ser preenchido com o resultado dos MCCT mais relevantes que foram efectuados ou observados durante o evento ao utente. Deve ser anexada cópia dos relatórios dos MCCT.

**Terapêutica efectuada** – deve conter a descrição de terapêutica efectuada, quer medicamentosa, quer não medicamentosa. Se for realizado algum MCCT deverá ser preenchido o campo anterior.

**Terapêutica prescrita** – deve conter a descrição de terapêutica prescrita, quer medicamentosa, quer não medicamentosa.

**Alterações ao plano** – Este campo pode ser utilizado para colocar alterações que foram efectuadas ao plano terapêutico decorrente do evento.

**Complicações cirúrgicas ou anestésicas** – no caso de terem ocorrido qualquer tipo de complicações cirúrgicas ou anestésicas é necessário o preenchimento deste quadro, existindo um campo de observações dedicado à identificação de complicações, sequelas e efeitos secundários que não contêm da lista e para descrever de forma mais pormenorizada as situações assinaladas.

**Resumo do episódio** – Este campo pode ser utilizado para referir os eventos relevantes, a evolução do utente, intercorrências, sequelas, constrangimentos e resultados.

### 3.2. Plano de Cuidados

Um plano de cuidados corresponde à resposta do hospital a um conjunto integrado de problemas do utente, a resolver por um conjunto de actos/eventos integrados no âmbito de um serviço/unidade funcional. Na proposta são registadas as várias unidades nosológicas que fazem parte dele, não havendo limites quanto ao número de unidades propostas.

Toda a informação pertinente, ainda que não expressamente solicitada, deve ser registada nos campos de observação.

Em seguida apresentam-se as normas de preenchimento dos campos do impresso. O impresso deve ser preenchido por cada proposta cirúrgica existente no plano de cuidados, neste caso o nº do episódio é comum às duas propostas.

**Data, Instituição Hospitalar, Serviço/unidade funcional, médico, nº OM, Unidades nosológicas, nº episódio, nº LIC** - vide número dois do presente documento.

**Regime da cirurgia** - indica se o utente é proposto para ser intervencionado em ambulatório ou internamento.

Nota: se o utente é intervencionado em regime de ambulatório, mesmo que mais tarde tenha que ficar internado, este registo não deve ser alterado, permanecendo com a indicação de cirurgia de ambulatório. A classificação final do episódio em ambulatório ou internamento não depende deste registo mas sim da existência ou não de um período de internamento subsequente ou incorporando a cirurgia.

**ASA** - é o sistema de classificação do risco anestésico, segundo a Sociedade Americana de Anestesiologias, para avaliar os pacientes antes da cirurgia e classifica o risco anestésico em 6 graus. Para mais informações consultar o glossário do manual.

**Avaliação pré-operatória** - A avaliação pré operatória, dependendo da situação clínica, pode ser mais ou menos complexa. Em situações simples em que se proponha uma cirurgia sob anestesia local, a avaliação pelo médico proponente poderá ser suficiente. No pólo oposto, em casos complexos, o utente pode ter de recorrer a vários exames e observações para poder vir a ser intervencionado com segurança. Enquanto não exista uma avaliação pré operatória que dê o utente por apto, este campo, conforme o caso, mantém-se no estado Solicitado ou Não solicitado. Se é considerado que o utente não reúne condições para cirurgia, a proposta deve ser cancelada. Este campo tem 3 estados que vão mudando ao longo do tempo, a saber:

- Não solicitada - assinala os utentes para os quais ainda devem ser solicitados os MCDT necessários para a intervenção. (Se à data da proposta não for ainda previsível a data da cirurgia não devem ser marcados os MCDT para que estes não venham a ficar desactualizados para a cirurgia);
- Solicitada - assinala os utentes para os quais se agendou os MCDT, deve antes do agendamento, ser verificada a realização da avaliação e seu resultado. (Neste caso o médico proponente deve ter uma ideia, aproximada, da data da cirurgia, para poder adequar o agendamento dos MCDT a esta data, evitando assim a necessidade de repetição de exames);

- Realizada – assinala que a avaliação foi realizada;

As opções não solicitado e solicitado são facultativas e a 3<sup>a</sup> opção realizada é de registo obrigatório antes da cirurgia.

**Tipo de anestesia** – Caracteriza o tipo de anestesia proposto para a execução do procedimento.

**Classificação de Mallampati das vias aéreas** – Na anestesiologia, a classificação de Mallampati é usada para prever a facilidade de intubação do paciente, através da sua classificação em relação à facilidade de acesso às vias aéreas superiores. Utiliza uma escala visual para avaliação da via aérea superior e correlaciona-se com a dificuldade na entubação oro-traqueal dos pacientes. A escala está dividida em 4 classes:

- Classe I - palato mole, fauce, úvula e pilares amigdalianos facilmente visíveis;
- Classe II - palato mole, fauce e úvula visíveis;
- Classe III - palato mole e base da úvula visíveis;
- Classe IV - palato mole totalmente não visível /só palato duro visível.

**Resultados da avaliação pré-operatória** – após assinalar o estado da avaliação pré-operatória, neste campo deve ser registado se o utente fica apto, não apto ou apto com condições e no campo das observações fazer constar quer as condições eventuais, quer os resultados objectivos da avaliação.

- Apto – refere que o utente está apto e não se identificam condições especiais;
- Apto com condições – assinala que a avaliação dá o utente por apto mas impõe condições a ter em conta;
- Não apto – a avaliação dá o utente por não apto;
- Espaço para observações – neste espaço devem ser referidos os aspectos a ter em conta aquando da anestesia e as condições impostas se apto com condições.

**Alergias e outros constrangimentos** – Existência de alergias (sim ou não) e em caso afirmativo especificar quais, existência de outros constrangimentos (sim ou não) e em caso afirmativo especificar quais (por exemplo, deficiências motoras, condicionantes sociais, etc.).

**Riscos cirúrgicos** – Classificar os riscos cirúrgicos em baixo, intermédio ou alto. Descrever as observações que forem necessárias. Quando a técnica não comportar risco particular e o utente não apresentar factor de risco cada item deve ser classificado com baixo risco, pelo contrário se por razões inerentes à condição do utente ou da técnica o risco for superior a 10% deve ser classificado de alto risco. Nos restantes casos deve ser classificado de risco intermédio.

**Episódio antecedente** – Este campo destina-se a caracterizar o plano face ao histórico cirúrgico do utente, permitindo estabelecer uma ligação entre episódios eventualmente associados e estabelecer a razão subjacente:

- Isolado: se a intervenção agora proposta não estiver relacionada com outras cirurgias já realizadas.
- Bilateralidade: quando, sendo a patologia bilateral, já ocorreu uma intervenção a um

dos lados e agora se propõe nova intervenção ao lado oposto ao já tratado.

- **Associação p/ complicações:** quando a proposta presente tem por objectivo a correcção de uma complicação decorrente de uma cirurgia prévia.
- **Associação p/ procedimentos múltiplos:** quando a presente proposta se destina a continuar uma terapêutica cirúrgica que já previa mais do que um procedimento previsto e com pelo menos um já efectuado. (Ex: encerramento de colostomia).
- **Associação p/ continuidade terapêutica:** quando, na sequência da mesma doença, já abordada com pelo menos uma intervenção cirúrgica, se vem a verificar ser necessário efectuar uma nova cirurgia (Ex: ressecção de tecido ou órgão em situação de recidiva tumoral).
- **Nº episódio:** indicar o número do episódio antecedente.

**Nota:** A diferença entre as opções “Associação para Procedimentos Múltiplos” e “Associação para continuidade terapêutica” é que no primeiro existia um conhecimento prévio da necessidade de múltiplos episódios cirúrgicos.

***Episódio subsequente*** – (Sim / Não) Serve para indicar se está previsto vir a ocorrer outro episódio cirúrgico associado a este para cabal resolução da situação do utente (os procedimentos subsequentes destinam-se a completar a terapêutica cirúrgica da patologia em causa, incluindo-se nesta definição o tratamento contra - lateral quando a patologia o justifique). Em caso afirmativo, deve-se especificar quais os problemas a abordar e eventuais estratégias terapêuticas dos futuros episódios.

***Níveis de prioridade*** – São atribuídos, pelo médico proponente, tendo em conta o tipo de doença, a gravidade e o impacto na vida do utente, bem como a velocidade de progressão da doença.

Os critérios utilizados para o estabelecimento das prioridades devem ser sempre que possível protocolados no serviço/unidade funcional de forma a garantir uma maior equidade na atribuição das prioridades.

A justificação da atribuição da prioridade deve atender aos critérios anteriormente enunciados. Este nível pode ser alterado no decurso da espera, caso a situação clínica assim o imponha, ficando no entanto, sempre registado o valor inicial e as justificações relativas à mudança. Os níveis definidos na prioridade clínica subentendem os seguintes conceitos:

- **Nível 1** - Utentes que podem esperar sem risco de agravamento significativo do seu estado de saúde e sem repercussões graves na sua vida pessoal e social. O tempo máximo de espera considerado admissível é de 9 meses. Se o utente tiver uma neoplasia maligna o nível 1 corresponde a neoplasias de evolução lenta e o tempo máximo de espera admissível é de 2 meses;
- **Nível 2** - Utentes que não devem esperar mais de 2 meses pela cirurgia. Se o utente tiver uma neoplasia maligna o nível 2 corresponde a neoplasias de evolução lenta e o tempo máximo de espera admissível é de 45 dias;
- **Nível 3** - Utentes que deverão ser tratados num prazo máximo de 15 dias. Se o utente tiver uma neoplasia maligna o nível 3 corresponde a neoplasias de evolução lenta e o

tempo máximo de espera admissível é de 15 dias;

- Nível 4 - Entende-se por urgência diferida a situação em que um utente que se encontra em crise aguda é proposto para uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada, independentemente da porta de entrada na instituição ou do local onde o doente se situa (serviço de urgência, consulta, internamento). Neste caso a intervenção cirúrgica deverá efectuar-se logo que se reúnam as condições necessárias, no prazo que normalmente não deverá ultrapassar as 72 horas.

A justificação da prioridade clínica deve fundamentar-se sempre que:

- A prioridade seja diferente de normal (Nível 1);
- Haja alteração à prioridade já estabelecida.

**Proposta de colocação de dispositivo médico** – Deve ser assinalado este campo com a opção "sim" sempre que for previsivelmente necessária a colocação de dispositivos médicos. Em caso afirmativo, devem ser especificados quais os dispositivos e a que unidade nosológica dizem respeito.

**Necessidades específicas de equipamentos de suporte peri-operatório/ técnicas especiais** - Deve ser assinalado este campo com a opção "sim" sempre que for previsivelmente necessária a utilização de um ou vários dos recursos abaixo identificados no pré-operatório imediato, intra-operatório e pós-operatório imediato. Caso necessite de recursos não constantes da lista apresentada, dever-se-á proceder a uma descrição exaustiva que caracterize em pleno essas necessidades (campo Outras:).

**Plano terapêutico pré e pós-operatórios** – Especificam qual o plano estruturado para o utente antes e após a cirurgia, explicitando os eventos necessários e as necessidades particulares (exemplo: cinesioterapia respiratória pré-operatória, suspensão ou inclusão de medicação, exames especiais, necessidade de canadianas, etc.).

**Observações** – Este campo destina-se ao registo de informação que o médico proponente entenda necessária à completa compreensão da patologia e terapêuticas propostas.

## **Tabela de campos do plano de cuidados com as implicações da sua alteração e prazo máximo de preenchimento**

Campos do plano de cuidados	Alteração implica fazer nova proposta	Prazo máximo para preencher o campo	Prazo máximo para actualização de incorrecções do campo sem geração de NC
Identificação do utente	Sim	À data da criação da proposta	
Identificação do serviço	Sim	À data da criação da proposta	
Identificação do médico proponente	Sim	À data da criação da proposta	

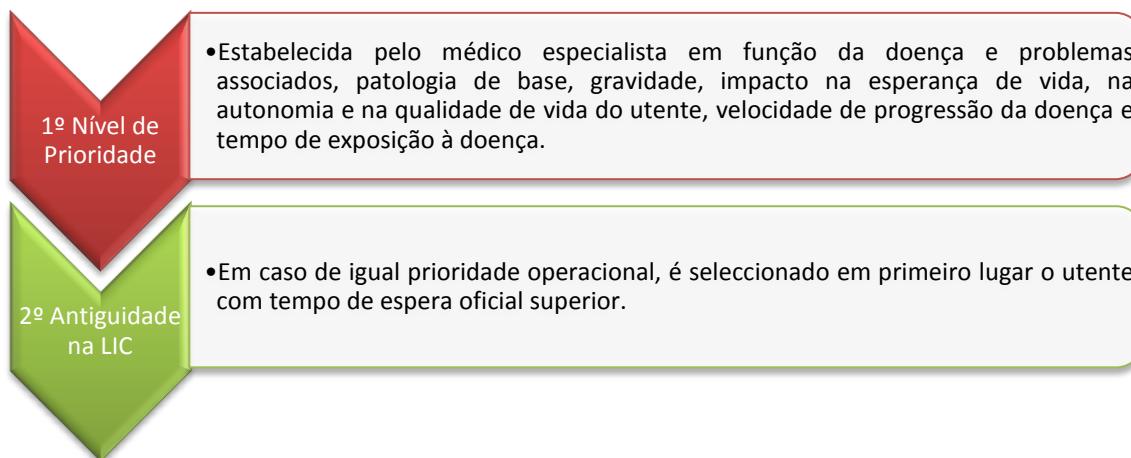
Campos do plano de cuidados	Alteração implica fazer nova proposta	Prazo máximo para preencher o campo	Prazo máximo para actualização de incorrecções do campo sem geração de NC
<b>Data de inclusão</b>	Sim	À data da criação da proposta	
<b>Unidade nosológica principal</b>	Sim	À data da criação da proposta	Até activação da proposta
<b>Lateralidade</b>	Sim	À data da criação da proposta	
<b>Regime da cirurgia</b>	Não	Até cirurgia no HO ou transferência para HD	
<b>Avaliação pré-operatória</b>	Não	Até cirurgia no HO ou HD	
<b>Tipo de anestesia</b>	Não	Até cirurgia no HO ou transferência para HD	
<b>Classificação Mallampati</b>	Não	Até cirurgia no HO ou HD	
<b>Resultados da avaliação pré-operatória</b>	Não	Até cirurgia no HO ou HD	
<b>Alergias e outros constrangimentos</b>	Não	Até cirurgia no HO ou transferência para HD	
<b>Episódio antecedente</b>	Não	À data da criação da proposta	
<b>Episódio subsequente</b>	Não	Até cirurgia no HO ou HD	
<b>Riscos cirúrgicos</b>	Não	Até cirurgia no HO ou transferência para HD	
<b>Nível de prioridade e justificação</b>	Não, mas o utente tem de ser informado sobre a alteração	À data da criação da proposta	Até activação da proposta (justificação)
<b>Proposta de colocação de dispositivo médico</b>	Não	Até cirurgia no HO ou transferência para HD	

Campos do plano de cuidados	Alteração implica fazer nova proposta	Prazo máximo para preencher o campo	Prazo máximo para actualização de incorrecções do campo sem geração de NC
<b>Necessidades específicas de suporte peri-operatório/técnicas especiais</b>	Não	Até cirurgia no HO ou transferência para HD	
<b>Plano de cuidados pré-operatório</b>	Não	Opcional	
<b>Plano de cuidados pós-operatório</b>	Não	À data da criação da proposta	
<b>Observações</b>	Não	Opcional	

### 3.3. Agendamento

Periodicamente (sendo aconselhada com uma periodicidade mínima de 2 vezes por semana), o responsável do serviço/unidade funcional cirúrgico deve planear a produção cirúrgica a realizar no próximo período. O planeamento deve ser realizado tendo por base uma listagem emitida, a pedido do serviço/UF cirúrgico, através do SIGLIC, com os utentes em condições de serem convocados para cirurgia, i.e., utentes cuja inscrição está activa na LIC, a aguardar agendamento, independentemente de serem episódios vindos de outras instituições, de acordo com a antiguidade na LIC, prioridade clínica definida no plano e cuidados e patologia/grupo de patologia. Sempre que a lista de utentes a agendar for extraída do SIH, deve ser tido em conta as regras de ordenação em vigor. O agendamento deve ter em conta a especificidade dos serviços, pelo que deve existir uma lista por serviço ou por unidade funcional.

A programação cirúrgica deve obedecer aos seguintes critérios de selecção, partindo do mais importante:



O SIGIC pressupõe o agendamento dos utentes tendo em conta, a prioridade operacional, ou seja os grupos de utentes com igual TMRG. Este conceito integra o agrupamento de patologias e prioridade clínica.

Respeitando os critérios de agendamento por prioridade operacional e antiguidade (TE), a data de agendamento da cirurgia pode variar entre 5 e 15 dias, desde que essa variação se fundamente na gestão mais eficiente dos tempos de funcionamento do BO, devendo ser explicitada no SIGLIC (consultar o volume III, área clínica, do manual).

Observados os critérios enunciados, o responsável do serviço/unidade funcional cirúrgico é livre de seleccionar como entender os candidatos para agendamento da cirurgia.

O agendamento deve ser efectuado preferencialmente no SI (aplicação informática). Na impossibilidade de o realizar, deve mandar imprimir do SI (SIGLIC ou outro) uma folha de agendamento onde a identificação do serviço, utente e unidades nosológicas já vêm preenchidas, neste caso só é necessário preencher a data em que é feito o agendamento, o médico responsável, a data da cirurgia, local e condições especiais.

Em seguida apresentam-se as normas de preenchimento dos campos do impresso.

***Data, Instituição Hospitalar, Serviço/unidade funcional, médico, nº OM, nº episódio, nº LIC, Unidades nosológicas, validação do documento*** - vide número dois do presente documento.

***Agendado para*** – o conjunto de campos associados serve de modelo genérico para qualquer agendamento (ex. consulta, MCDT, cirurgia). Contém a data hora referente ao evento (ex. cirurgia) e a data hora de comparência no local (serviço/UF/edifício/piso/sala).

***Observações*** – neste espaço devem ficar expressas todas as condições especiais (ex. jejum, medicação) e todos os objectos a trazer pelo utente (ex. medicamentos, canadiana, pijama).

***Resultado do contacto para agendamento*** – neste espaço deve ficar registado o contacto com o utente, a data do contacto, o tipo (telefone, fax, carta, mail, ou outro), se o utente aceitou ou não o agendamento.

Caso o utente tenha aceite, deve ser indicado se existe necessidade de transporte especial, a data, a hora e o serviço/unidade funcional da consulta de reavaliação.

Caso não aceite, deve ser indicado se é por motivo pessoal ou clínico, descrever o motivo da recusa e indicar se foi considerado plausível ou não. Deve ser assinalado o procedimento a tomar (novo agendamento, pendência por motivos pessoais ou clínicos ou cancelamento da(s) proposta(s) cirúrgicas(s)).

Caso não se consiga contactar o utente, também deve ser assinalado.

### 3.4. Admissão

A admissão do utente decorre após o agendamento e precede a realização da cirurgia. A admissão do utente pode ser ao ambulatório ou ao internamento e para que decorra o preenchimento deste impresso, deve ser analisado se o processo clínico do utente (sendo necessário existir um original em papel) possui todos os requisitos para a realização da cirurgia.

Em seguida apresentam-se as normas de preenchimento dos campos do impresso.

**Data, Instituição Hospitalar, Serviço/unidade funcional, médico, nº OM, nº episódio, nº LIC, Unidades nosológicas, validação do documento** - vide número dois do presente documento.

**Proveniência** – assinalar o local de onde provem o utente. No caso de ter sido por via de transferência de outro hospital, deve ser indicado o nome da instituição hospitalar, do serviço/UF e do médico. Caso a admissão tenha proveniência noutro serviço do hospital, indique qual é o serviço.

**Admissão** – colocar as horas, data, secção/equipa, edifício, piso, sala e cama na admissão do utente.

**Se mulher indicar** – se está grávida, colocar o nº semanas de gravidez. Colocar ainda o nº de gestas, de paras e assinalar se está ou não a tomar contraceptivo. Incluir outros dados considerados relevantes.

**Se recém-nascido (até aos 6 meses)** – colocar o nº semanas de gestação, o peso à nascença em gramas e o índice de Apgar do recém-nascido ao 1º, ao 5º e ao 10º minuto.

A **Escala ou Índice de Apgar** consiste na avaliação de 5 sinais objectivos do recém-nascido no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 10, sendo utilizado para avaliar as condições dos recém-nascidos. Os sinais avaliados são: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. O somatório da pontuação (no mínimo zero e no máximo dez) resulta no Índice de Apgar e o recém-nascido é classificado como sem asfixia (Apgar 8 a 10), com asfixia leve (Apgar 5 a 7), com asfixia moderada (Apgar 3 a 4) e com asfixia grave (Apgar 0 a 2).

Quando o bebé nasce, inicia-se a contagem do tempo e avalia-se o índice de Apgar no primeiro, no quinto e no décimo minutos de vida da criança.

Tabela para cálculo do índice

<b>Pontos</b>	0	1	2
<b>Frequência cardíaca</b>	Ausente	<100/min	>100/min
<b>Respiração</b>	Ausente	Fraca, irregular	Forte/Choro
<b>Tónus muscular</b>	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento activo/Boa flexão
<b>Cor</b>	Cianótico /Pálido	Cianose de extremidades	Rosado
<b>Irritabilidade</b>	Ausente	Algum movimento	Espirros/Choro
<b>Reflexa</b>			

**Peso/Altura/Pulso/TA/Freq. Cardíaca/Freq. Respiratória** - Registar o peso em kg, a altura em centímetros, a tensão arterial (sistólica e diastólica) em mmHg, a frequência cardíaca e respiratória em ciclos/min., assinalar o tipo de pulso e descrever situações anómalas observadas no utente no decorrer da admissão ao internamento.

**Tipo de admissão/Motivo de admissão/Admissão para** – assinalar uma das opções disponíveis em cada campo.

O tipo de admissão é programada quando existe uma data prévia de admissão, é não programada nas restantes situações.

A admissão é classificada de acordo com o motivo estabelecendo-se se se trata de um objectivo terapêutico e neste caso está admissão tem caractere urgente ou não, se a admissão é para serviços sociais ou para diagnóstico.

**Alergias e outros constrangimentos** – Existência de alergias (sim ou não) e em caso afirmativo especificar quais, existência de outros constrangimentos (sim ou não) e em caso afirmativo especificar quais (por exemplo, deficiências motoras, condicionantes sociais).

**Indicações especiais a ter em conta no internamento** – indicar o tipo de medicação, alimentação, mobilidade, oxigénio, monitorização, consultas ou exames a ter em conta no internamento.

**Registo dos documentos clínicos que o utente trouxe para o internamento** – indicar os documentos clínicos que o utente trouxe, nomeadamente resultados de MCDT realizados, etc.

**Quando a admissão ao internamento decorre de uma transferência** – indicar GDH do internamento anterior, o tempo de internamento anterior em dias, a razão para a transferência do utente e nas observações assinalar os diagnósticos fornecidos, procedimentos e terapêuticas no internamento anterior e as recomendações enviadas.

### 3.5. Cirurgia

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

Em seguida apresentam-se as normas de preenchimento dos campos do impresso.

**Data, Instituição Hospitalar, Serviço/unidade funcional, médico, nº OM, nº episódio, nº LIC, Unidades nosológicas** - vide número dois do presente documento.

**BO** – deve ser preenchido com o nome/número do bloco operatório onde foi realizada a cirurgia.

**Sala** – deve ser preenchido com o número da sala onde foi realizada a cirurgia.

**Constituição da equipa cirúrgica** – deve ser sempre preenchida de forma completa, identificando todos os elementos que estiveram presentes durante a cirurgia na sala do BO. No caso dos médicos, enfermeiros e técnicos é obrigatório a colocação do número de ordem profissional. Caso existam várias equipas cirúrgicas, é necessário identificar por cada unidade nosológica a equipa envolvida.

**Descrição da cirurgia** – é necessário efectuar em linguagem médica a descrição de acordo com o estado da arte do procedimento operatório efectuado. Esta descrição deve ser suficiente para que qualquer cirurgião possa assumir a responsabilidade do utente no caso de o cirurgião que o operou não possa estar disponível. Deve ainda ser assinalado na imagem as incisões realizadas ao utente.

**Regime da Cirurgia** – Indicar se a cirurgia é em regime de internamento ou de ambulatório.

**Tipo de anestesia** – caracteriza o tipo de anestesia realizado na cirurgia.

**Tipo de procedimento** – caracteriza o tipo de procedimento realizado quanto ao grau de risco de infecção.

**Encaminhamento após Bloco** - caracteriza o tipo encaminhamento dado ao utente após a saída do BO.

**Tipo de produção** – deve de indicar se a produção foi realizada em MRC, MRA ou em sub-contratação.

**Tipo de actividade** – deve indicar se realizou uma cirurgia programada, urgente, pequena cirurgia ou um MCDT.

**Recém-nascidos/Fetos** – se da cirurgia resultar um recém-nascido (ex.: cesarianas) deve ser registado o peso à nascença em gramas, o número de semanas de gestação e o índice de apgar ao 1º, 5º e 10º minuto. Se a cirurgia incidir no feto intra-uterino, deve-se referir só o número de semanas de gestação.

A **Escala ou Índice de Apgar** consiste na avaliação de 5 sinais objectivos do recém-nascido no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 10, sendo utilizado para avaliar as condições dos recém-nascidos. Os sinais avaliados são: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. O somatório da pontuação (no mínimo zero e no máximo dez) resulta no Índice de Apgar e o recém-nascido é classificado como sem asfixia (Apgar 8 a 10), com asfixia leve (Apgar 5 a 7), com asfixia moderada (Apgar 3 a 4) e com asfixia grave (Apgar 0 a 2).

Quando o bebé nasce, inicia-se a contagem do tempo e avalia-se o índice de Apgar no primeiro, no quinto e no décimo minuto de vida da criança.

Tabela para cálculo do índice

Pontos	0	1	2
<b>Frequência cardíaca</b>	Ausente	<100/min	>100/min
<b>Respiração</b>	Ausente	Fraca, irregular	Forte/Choro
<b>Tónus muscular</b>	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento activo/Boa flexão
<b>Cor</b>	Cianótico /Pálido	Cianose de extremidades	Rosado
<b>Irritabilidade Reflexa</b>	Ausente	Algum movimento	Espirros/Choro

**Tempos operatórios** – os tempos no BO devem ser preenchidos obrigatoriamente com data e hora.

**Recobro** – caracteriza o tipo de recobro do utente após a realização da cirurgia.

**Aspectos relevantes na anestesia** – descrever aspectos relevantes que tenham ocorrido durante a cirurgia relacionados com a anestesia. Descrever os fármacos administrados.

**Observações** – caracterizam constrangimentos e outras situações extraordinárias que ocorreram durante a cirurgia.

**Dispositivos médicos implantáveis** – no caso de utilização de dispositivos médicos implantáveis, normalmente conhecidos pelo nome de próteses, é necessário, quer por motivos de boa prática clínica, quer por motivos legais, caracterizar completamente o dispositivo, pelo que para cada dispositivo é necessário o preenchimento do quadro, indicando para cada um a respectiva unidade nosológica.

**Complicações cirúrgicas ou anestésicas** – no caso de terem ocorrido qualquer tipo de complicações cirúrgicas ou anestésicas é necessário o preenchimento deste quadro. Devem ser discriminados todos os efeitos secundários que não constam nas opções apresentadas no quadro.

**Nº de unidades administradas** – indicar a quantidade de sangue ou concentrado de eritrócitos, plasma ou plaquetas em unidades (U).

**Observações** – servem para acrescentar observações adicionais consideradas pertinentes relativas à cirurgia realizada.

**Cirurgia segura** – o preenchimento da informação constante na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. O documento deve ser impresso e anexo ao processo clínico. No caso de não ser possível efectuar o registo no sistema informático, o respectivo impresso deve ser preenchido e colocado no processo clínico, assim como o registo deve ser inserido posteriormente no SI.

É obrigatório assinalar o elemento da equipa nomeado como coordenador da cirurgia segura que será o responsável pelo preenchimento da informação na cirurgia segura.

### 3.6. Cirurgia Segura

Os dados da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e do Índice da Apgar Cirúrgico devem ser registados na plataforma informática disponível no endereço electrónico <https://sigic.min-saude.pt>, directamente, ou através da interface com o sistema de informação do Hospital (quando estiver disponível).

Para a execução deste registo, que obrigatoriamente é efectuado durante o acto operatório, os hospitais devem:

- Disponibilizar aos profissionais, em todos os blocos, computadores com ligação à RIS;
- Disponibilizar a todos os profissionais que procedam a estes registo, um *login* e *password* válidos que deve ser atribuída através da UHGIC respectiva, estando desde já disponibilizado o acesso dos respectivos ecrãs aos membros da UHGIC, conforme instruções do anexo I.
- Promover a implementação e operacionalidade da circular normativa, promovendo a formação interna dos profissionais envolvidos.

As regras de registo encontram-se abrangidas pelas normas dos registos no SIGIC, implicando o seu não preenchimento a geração de não conformidades de acordo com o regulamento geral que vão penalizar a instituição hospitalar.

Sempre que a instituição não tenha designado o elemento que acumula funções de responsável da ficha de Cirurgia Segura, ou este se encontre ausente, o chefe de equipa cirúrgica deve designar um responsável pelo preenchimento da ficha de cirurgia segura, que tem obrigatoriamente de ser preenchida durante a cirurgia. A ficha preenchida no SIGLIC deve ser impressa e anexa ao processo clínico. No caso de existir uma indisponibilidade inultrapassável no sistema informático, deve ser preenchido o impresso de acordo com o modelo anexo, que deve ser arquivado no processo clínico, devendo o responsável pelo preenchimento escrever neste o motivo pelo qual não foi preenchido no sistema SIGLIC e efectuar uma Comunicação na Rede seleccionando o motivo apropriado participando o incidente.

Em seguida apresentam-se as normas de preenchimento dos campos do impresso.

**Serviço/unidade funcional** - Refere-se ao serviço/unidade funcional que se responsabilizou pela proposta cirúrgica.

**Nota:** o serviço/unidade funcional corresponde ao do director/responsável que validou a proposta e que é, necessariamente, o serviço que se propõe efectuar a cirurgia. Um serviço só pode propor técnicas (procedimentos) cirúrgicas para as quais esteja habilitado e as execute.

Os dados referentes à ficha da Cirurgia Segura estão agrupados em 4 caixas:

1. Na primeira deve ser justificado o motivo pelo qual não foi preenchida a ficha no sistema informático;
2. Antes da indução da anestesia: informação a ser verificada / recolhida antes da indução da anestesia;
3. Antes da incisão da pele: Informação a ser verificada / recolhida antes da incisão da pele;
4. Antes do utente sair da sala de operação: Informação a ser verificada / recolhida antes do utente sair da sala de operação.

Após o preenchimento desta ficha ela deve ser arquivada no processo clínico.

Todas as folhas individuais têm de estar identificadas com vinheta do utente, instituição hospitalar e data da cirurgia.

### **3.7. Alta Hospitalar**

Idealmente os registos são efectuados directamente numa aplicação informática, sendo que neste caso parte dos dados provêm do próprio sistema como é o caso dos dados relativos à cirurgia. Posteriormente, o documento deve ser impresso e incluído no processo do utente. Na impossibilidade de o efectuar, os administrativos devem retirar do sistema à data da alta a folha de alta que será posteriormente completada pelo médico responsável.

O modelo aqui apresentado contém todo o conteúdo mínimo de informação necessária a recolher nesta situação.

A alta do internamento é estabelecida por um médico especialista do serviço/UF em concordância com o cirurgião responsável pela cirurgia, quando este entender que o utente tem condições de ser enviado para o domicílio ou outra unidade prestadora sem risco acrescido. Neste caso, inclui-se no conceito de alta de internamento, a transferência do utente para qualquer outra instituição de saúde ou para outro serviço/UF no mesmo hospital, desde que deixe de ficar a cargo do serviço/UF responsável pela cirurgia. Também se considera ter existido alta hospitalar no caso de óbito.

Existe um conjunto de elementos relativos ao internamento de registo obrigatório que constam no impresso da alta.

O hospital é responsável por registar e resolver todas as complicações que possam ocorrer ao utente durante a cirurgia e no período de internamento. O registo deve ser feito no documento da cirurgia ou da alta hospitalar.

Quando o utente tem alta é obrigatório entregar ao mesmo uma nota de alta com uma descrição em termos entendíveis pelo utente do problema de saúde abordado, terapêuticas instituídas, resultados obtidos, instruções para o ambulatório e próximos eventos.

Em seguida apresentam-se as normas de preenchimento dos campos do impresso.

***Data, Instituição Hospitalar, Serviço/unidade funcional, médico, nº OM, Unidades nosológicas, validação do documento*** - vide número dois do presente documento.

***Período de internamento*** – têm de ser preenchidas obrigatoriamente as datas/horas de entrada e saída do internamento/cirurgia de ambulatório.

***Nº episódio e Nº LIC*** – num internamento estão sempre enquadrados um ou mais episódios e pode conter uma ou mais cirurgias programadas (nº LIC).

***Recobro cirúrgico/UC Intermédios/UC Intensivos*** – tem de ser preenchido o número de dias de recobro cirúrgico no piso de internamento, o número de dias de internamento nos cuidados intermédios e o número de dias de internamento nos cuidados intensivos.

***Ligaçao a prótese ventilatória*** – tem de ser preenchido o número de dias ventilação através de prótese.

***Administração de sangue ou CE, plasma, plaquetas e outros*** – caso tenha sido administrado sangue ou CE, plasma, plaquetas e outros deve ser assinalado no campo para o efeito.

**Antibioterapia terapêutica** – caso tenha sido administrado antibioterapia com intensão terapêutica (não inclui profilaxia antibiótica) deve ser assinalado no campo para o efeito.

**Complicações cirúrgicas ou anestésicas** – no caso de terem ocorrido qualquer tipo de complicações cirúrgicas ou anestésicas é necessário o preenchimento deste quadro, os respectivos códigos são incluídos nas UN.

**Resumo do internamento** – O médico do utente deve neste campo preencher os eventos relevantes que ocorreram durante o internamento.

**MCDT** – Este campo deve ser preenchido com os MCDT mais relevantes que foram efectuados durante o internamento ao utente. Deverá ser anexada cópia dos relatórios dos MCDT a esta folha de alta.

**Terapêutica no internamento** – O médico do utente deve neste campo descrever a terapêutica instituída durante o internamento do utente.

**Plano Cuidados após alta de internamento** – deve ser descrito quais os procedimentos que o utente deverá adoptar após o internamento. Neste campo deve estar especificado as indicações que foram dados ao utente, bem como o plano que este deve seguir para o tratamento da sua doença.

**Destino após a alta** – descreve as várias opções que o utente pode tomar na após o internamento.

### **3.8. Conclusão**

A conclusão do episódio pode ocorrer após a realização das terapêuticas previstas no HO ou no HD, em situação de cancelamento da proposta ou por transferência da responsabilidade.

Idealmente os registos efectuam-se numa aplicação informática que disponibiliza a informação relevante das unidades nosológicas estabelecidas no âmbito desse episódio. Posteriormente este documento é impresso e junto ao processo do utente.

A conclusão é um acto que integra a responsabilidade de um médico codificador. Sintetiza os aspectos relevantes do episódio e garante a sua correcta codificação.

Em seguida apresentam-se as normas de preenchimento dos campos do impresso.

***Data, Instituição Hospitalar, Serviço/unidade funcional, médico, nº OM, nº episódio, nº LIC, Unidades nosológicas, validação do documento*** - vide número dois do presente documento.

***Período do episódio*** – Devem ser indicadas as datas de início e fim do episódio. Considera-se data de início a data do primeiro evento clínico no caso da conclusão efectuada pelo HO. Quando a conclusão é efectuada pelo HD ou pelo novo HO<sup>3</sup> a data de início é a data de aceitação da transferência (cativação). A data de fim do episódio corresponde à data da conclusão do episódio.

***Episódio*** – Deve ser assinalado se o episódio ficou completo ou incompleto. O episódio é classificado de incompleto sempre que existam unidades nosológicas propostas que não tenham sido realizadas.

***Tipo de Conclusão*** – Assinalar o tipo de conclusão e caso tenha sido por cancelamento, indicar o motivo. A conclusão é do tipo cancelamento quando nenhum evento crítico (cirurgia) é efectuado no HO ou no HD.

***Episódio Subsequente*** – é um novo episódio que se prevê que se torne necessário decorrente da presente proposta.

***Complicações cirúrgicas ou anestésicas*** – no caso de terem ocorrido qualquer tipo de complicações cirúrgicas ou anestésicas, durante a fase de realização ou catamnese, é necessário o preenchimento deste quadro.

***Resumo do episódio*** – onde são descritos os eventos relevantes, a evolução do utente durante o episódio, intercorrências, sequelas (efeitos previstos nefastos dos tratamentos), constrangimentos e os resultados em saúde obtidos com os serviços prestados (terapêuticas efectuadas).

---

<sup>3</sup> Instituição que recepciona 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.

**MCDT efectuadas no âmbito do episódio** – Este campo deve ser preenchido com os MCDT mais relevantes que foram efectuados durante o episódio. Deve ser anexada a cópia dos relatórios dos MCDT.

**Relatório anatomo-patológico** – Caso durante o episódio tenha sido enviado material para exame anatomo-patológico este resultado deve constar neste quadro. O relatório deve igualmente ser anexado.

**Terapêutica e medicamentos** – descreve genericamente as linhas terapêuticas e anexa a lista de fármacos e respectiva prescrição.

**Plano de cuidados pós episódio** – Relato das indicações para o período que se segue à realização dos eventos críticos (por exemplo a cirurgia). Referir eventos clínicos, protocolos de catamnese, recomendações e alertas.

**Destino após conclusão do episódio** – descreve as várias opções que o utente poderá tomar na após a conclusão do episódio.

**Estadiamento oncológico à data da conclusão do episódio** – No caso do episódio estar orientado para a terapêutica de doença neoplásica maligna devem ser registados neste quadro, por cada diagnóstico oncológico, os seguintes elementos:

- Classificação TNM e respectivo estádio (com a informação recolhida à data da conclusão do episódio).
- Informação à data da conclusão do episódio, sobre a persistência de doença primária ou metástica.
- Identificação sobre se já ocorreram recidivas (uma ou múltiplas).
- Identificação sobre terapêuticas dirigidas já efectuadas.
- Classificação morfológica dos tecidos examinados.

**GDH de cada unidade nosológica** – Para cada unidade nosológica independente inscrita no documento deverá ser simulado o valor correspondente do grupo de diagnóstico homogéneo (GDH). Para cada uma UN deverá corresponder um GDH apenas.

## 4. Modelos dos impressos