



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 1/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS	2
2. OBJETIVOS	2
3. JUSTIFICATIVAS.....	2
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	3
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	3
6. TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE	4
6.1 Registro em Prontuário.....	4
6.2 Passagem de Plantão	6
6.2.1 Ferramenta SBAR	6
6.3 Plano terapêutico singular	8
6.4 Resumo da Transição do Cuidado na Unidade de Internação.....	9
7. TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE UNIDADES DIFERENTES.....	10
7.1 Transferência interna de pacientes entre unidades do HU-UFPA.....	10
8. TRANSIÇÃO DO CUIDADO EXTRA HOSPITALAR.....	11
8.1 Fluxo do processo de transição do cuidado extra-hospitalar	11
8.2 Ferramentas para a Transição do Cuidado no Âmbito Extra-hospitalar	12
8.3. Responsabilidades da Equipe Multiprofissional na Transição do Cuidado.....	13
9. MONITORAMENTO	15
10. REFERÊNCIAS	15
11. HISTÓRICO DE REVISÃO	17
APÊNDICE A – MODELO DE PASSAGEM DE PLANTÃO SBAR – ENFERMAGEM	18
APÊNDICE B – MODELO DE PASSAGEM DE PLANTÃO SBAR - MEDICINA	19
APÊNDICE C - MODELO DE PASSAGEM DE PLANTÃO SBAR - FISIOTERAPIA	20
APÊNDICE D - TRANSFERÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA ADULTO	21
APÊNDICE E - TRANSFERÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA PEDIÁTRICA/NEONATAL.....	23
APÊNDICE F – TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO ENTRE UNIDADES DE INTERNAÇÃO	25
APÊNDICE G – PLANO TERAPEUTICO SINGULAR.....	26
APÊNDICE H - LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	27



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 2/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

1. SIGLAS E CONCEITOS

- **Comunicação efetiva:** comunicação que inclui comportamentos e procedimentos para transmitir, receber e interpretar informações com clareza, precisão, de forma completa, sem ambiguidades e respeito mútuo entre emissor e receptor.
- **Evento adverso grave:** Evento adverso em que foi necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico/cirúrgica ou causou grandes danos permanentes ou em longo prazo, perturbação/risco fetal ou anomalia congênita.
- **HU-UFPA:** Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
- **Mnemônico:** Que pode ser utilizado para aumentar ou ampliar a memória; que facilita a memorização; diz-se dos mecanismos utilizados para desenvolver a memória (exercícios).
- **Never events:** eventos catastróficos, que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde.
- **Transição do cuidado:** conjunto de ações planejadas para garantir a coordenação segura e a continuidade do cuidado na transferência de pacientes entre diferentes locais do sistema de saúde (como admissão, alta, transporte e transferência entre serviços), ou entre diferentes níveis de cuidado dentro de uma mesma instituição (mudança de equipe e turno de trabalho, transferências entre unidades de internação e transferências entre unidades de internação e unidades de procedimentos).
- **VIGIHOSP:** Software de notificação de incidentes relacionados a assistência à saúde.
- **Passagem de Plantão:** É a transição de cuidado entre equipes do mesmo setor.
- **SBAR:** Mnemônico utilizado para padronizar a comunicação estruturada: Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação.

2. OBJETIVOS

- Reduzir a ocorrência de incidentes decorrentes de falhas de comunicação na transição do cuidado no HU-UFPA.

3. JUSTIFICATIVAS

As falhas de comunicação entre profissionais de saúde são uma das principais causas de incidentes na assistência à saúde, contribuindo com 60% dos eventos adversos, 80% dos eventos



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 3/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

graves e 50% dos *never events* (JCI, 2012; MÜLLER et al., 2018; UMBERFIELD et al., 2019). As falhas mais comuns incluem:

- Omissão de informações;
- Falta de clareza na mensagem;
- Transmissão de informações no contexto errado;
- Envio de informações à pessoa errada;
- Comunicação com dados incorretos ou ofensiva.

Essas falhas geram atrasos e suspensão de atendimentos, erros cirúrgicos e de medicação, quedas, hospitalizações prolongadas, lesões graves e mortes (ISMP, 2019; UMBERFIELD et al., 2019). Este protocolo institui ferramentas que garantem a inclusão de informações essenciais na transição do cuidado, visando prevenir tais falhas.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Este protocolo aplica-se a todos os profissionais e ambientes de prestação de cuidados de saúde do HU-UFPA.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Todos os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de se comunicarem de forma efetiva, independentemente da categoria profissional, tanto verbal quanto escrita, a fim de promover uma assistência integral e segura aos pacientes.

Embora a comunicação verbal seja indispensável, ela **não** deve ser a única forma utilizada, especialmente em processos como transferência de pacientes, passagem de plantão, entre outros, pois as informações transmitidas verbalmente tendem a se perder ao longo da internação. Por isso, o registro escrito das informações é essencial, seja no prontuário ou em formulários/documentos específicos.

Adicionalmente, toda comunicação deve contemplar os dados de identificação segura do paciente, conforme o PRT.CP-NSP.001, sendo realizada de forma respeitosa, não violenta e seguindo o princípio da urbanidade.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 4/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

6. TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

A comunicação é essencial em todas as formas de transição do cuidado no ambiente hospitalar, incluindo:

- Entre equipes do mesmo setor;
- Entre equipes de setores distintos;
- Entre equipes de diferentes instituições;
- Entre equipe e paciente/responsável.

Os modelos a serem seguidos durante a internação incluem o registro em prontuário, a passagem de plantão e o plano terapêutico singular.

6.1 Registro em Prontuário

O prontuário deve conter informações suficientes para identificar o paciente, apoiar o diagnóstico, justificar o tratamento, documentar a evolução e os resultados do tratamento, promover a continuidade do cuidado entre os diversos profissionais e servem, ainda, a inúmeras finalidades relacionadas ao ensino, pesquisa, esclarecimento de processos éticos e judiciais, bem como para a avaliação da qualidade da assistência prestada, entre outros (COFEN, 2016; JCI, 2011; BRASIL, 2004). Para tanto, é necessário que sejam completos, precisos, fidedignos, legíveis, com terminologia própria da profissão e identificação adequada do profissional (nome completo, assinatura e registro profissional).

Algumas medidas devem ser consideradas para garantia da comunicação efetiva por meio do prontuário, sendo:

- a) A Unidade/setor/divisão deve definir a periodicidade mínima de atualização da evolução em prontuário por categoria profissional, a qual deve constar no Manual de Normas e Rotinas da Unidade.
- b) Unidade/setor/divisão deve elaborar Rotinas para estabelecer padrões mínimos de registros relacionados aos cuidados do paciente, incluindo:
 1. Identificação do Paciente (nome e data de nascimento minimamente);
 2. Anamnese;
 3. Exame Físico;
 4. Diagnóstico/hipóteses diagnósticas/motivo da internação;
 5. Presença de comorbidades e alergias;
 6. Tratamento/Cuidados realizados;



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 5/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

7. Anotações diárias sobre a evolução do estado do paciente.
8. Outras informações complementares podem ser inclusas, a depender da categoria e finalidade, tais como:
 - I. Procedência do paciente;
 - II. Condições de chegada e alta (deambulando, em maca, cadeira de rodas etc.);
 - III. Presença de acompanhante ou responsável;
 - IV. Riscos aos quais o paciente está submetido durante a internação;
 - V. Condições de higiene e eliminações;
 - VI. Estado nutricional, aceitação da dieta;
 - VII. Uso de próteses ou órteses, se houver;
 - VIII. Exames complementares;
 - IX. Presença/entrega de pertences, exames do paciente, documentos etc.
- c) Os registros realizados por uma categoria profissional deverão ser realizados imediatamente após as condutas, estando disponíveis para visualização por todas as categorias.
- d) Todas as anotações devem ser precedidas pela data e hora, sendo obrigatória a identificação de todos os profissionais prestadores do atendimento, com assinatura e número do Conselho de Classe.
- e) Se forem verificados erros ou enganos nos registros, esses devem ser apontados e corrigidos em um registro posterior, que faça referência aos problemas encontrados. Rasuras e corretivos invalidam os documentos como prova processual.
- f) Deve-se evitar espaços em branco e o uso de abreviaturas. Se o uso das abreviaturas for imprescindível, utilizar apenas terminologia própria da área da saúde, e que estejam contempladas no siglário da instituição (APÊNDICE H). Mesmo nesses casos, deve-se ter cuidado para que o uso não favoreça a ambiguidade de sentido e prejudique a compreensão.
- g) Não se recomenda a prática de “copiar e colar” nos registros de prontuário, uma vez que esta favorece a ocorrência de erros de comunicação e, conseqüentemente, de incidentes por registros incorretos e/ou desatualizados.
- h) A guarda do sigilo das informações contidas em prontuário é reconhecida como dever ético a todos os profissionais, e promove uma relação de confiança mútua que permitirá ao paciente o relato de suas queixas e antecedentes e, ao profissional de saúde, o registro adequado deles. Esse dever está garantido pelo Código Penal, artigo 154 que criminaliza a ação de revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que teve



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 6/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

ciência em razão da função de ministério, ofício ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

- i) O prontuário físico deve ser armazenado de forma organizada e em sequência lógica de ocorrência, devendo sempre ser revisado quanto à organização antes da movimentação entre unidades do hospital.

6.2 Passagem de Plantão

A passagem de plantão é um dos principais processos de comunicação no ambiente hospitalar, pois garante a continuidade da assistência por meio da transmissão de informações essenciais sobre os pacientes entre profissionais, equipes e, em alguns casos, entre profissionais, pacientes e familiares. Quando realizada apenas de forma verbal, sua eficácia pode ser comprometida por fatores humanos, como subjetividade na seleção de informações, perda de foco, esquecimentos e repetições (SILVA et al., 2016).

A adoção de um instrumento escrito e estruturado padroniza, direciona e sintetiza as informações, contribuindo para a melhoria da qualidade dos dados transmitidos e para a otimização do tempo. Um conjunto reduzido de informações altamente relevantes é mais eficaz do que um volume extenso de dados com menor importância (SILVA et al., 2016).

Embora possa haver resistência inicial devido ao receio de que o preenchimento do instrumento estruturado consuma tempo, ferramentas baseadas em checklists são de fácil utilização, especialmente considerando que o profissional já acompanhou a evolução do paciente durante o plantão.

A passagem de plantão deve ocorrer presencialmente a cada troca de turno, envolvendo todas as categorias profissionais, com preenchimento obrigatório do instrumento estruturado. Cada unidade, setor ou divisão deve elaborar rotinas ou POPs para definir aspectos como o local da passagem de plantão e se esta ocorrerá entre pares de uma mesma categoria profissional ou de forma multiprofissional.

Uma das ferramentas recomendadas é o SBAR (Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação), que facilita a comunicação estruturada e eficaz entre os profissionais.

6.2.1 Ferramenta SBAR

O SBAR é um mnemônico para comunicação do estado de saúde de forma breve, concisa e objetiva: cada letra lembra quais informações tem importância crítica nas situações que requerem decisão mais rápida. É uma das ferramentas de comunicação estruturada mais utilizadas em razão de sua simplicidade.

Além de ser utilizado na passagem de plantão, o SBAR pode ser aplicado para a comunicação verbal sobre alteração da condição do paciente ou risco identificado na terapêutica,

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 7/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025	Próxima revisão: 27/03/2027
		Versão: 02	

transferência de pacientes etc. Com o SBAR é possível que o emissor se organize para transmitir de forma clara as informações do plantão. O profissional treinado para usar o SBAR consegue absorver e entender melhor os dados que lhes são repassados.

Nos Apêndices A, B e C, estão os modelos de SBAR para as áreas de Enfermagem, Medicina e Fisioterapia, respectivamente.

O quadro 1 apresenta um exemplo de utilização da ferramenta SBAR.

Quadro 1 - Ferramenta SBAR

SBAR	Orientação	Exemplo 1	Exemplo 2
<p>Situação</p> <p>O que está acontecendo com o paciente?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifique-se. 2. Identifique a unidade do paciente. Identifique o paciente. 3. Descreva resumidamente o problema, o que é, quando aconteceu ou começou, e quão grave. 	<p>Olá doutor, aqui é a enfermeira XXX da Enfermaria Cirúrgica e estou acompanhando o paciente Sr. PPP.</p> <p>Ele teve uma dor torácica de forte intensidade há cerca de 5 minutos, acompanhada de dispneia e sudorese.</p>	<p>Bom dia, Dr. João. Sou a 'profissional' (ex.: enfermeira ou farmacêutica) Maria. O paciente Francisco José da Silva, internado na unidade coronariana, encontra-se com prescrição de diltiazem SR por sonda nasoesférica.</p>
<p>Breve histórico</p> <p>Qual é o contexto e histórico clínico?</p>	<p>Cite aspectos importantes da sua história clínica, exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico principal, • procedimentos realizados, • alergias, • medicamentos em uso, • resultados de exames, • Sinais vitais recentes. 	<p>É um homem de 68 anos, com história prévia de doença cardíaca, que sofreu uma colectomia ontem, sem complicações.</p>	<p>O paciente tem 72 anos e foi admitido com dor precordial há dois dias. Apresenta quadro de angina instável e está em uso de metoprolol intravenoso, ácido acetilsalicílico e clopidogrel em dose de manutenção, e diltiazem SR. Está, atualmente, em uso de sonda nasoesférica.</p>



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 8/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

Avaliação O que mudou?	Diga o que você considera que seja o problema: <ul style="list-style-type: none"> • mudanças em relação à avaliação anterior, • condição instável ou se agravando, • Informe sinais vitais e outros dados de estado atual. 	Pedi um eletrocardiograma e minha preocupação é que ele esteja tendo um infarto ou embolia de pulmão.	Frequência cardíaca 90 bpm, pressão arterial 150x80 mmHg, ECG e ausculta pulmonar realizados sem alterações relevantes; analgesia já realizada e paciente ainda queixa dor precordial”
Recomendação O que eu faria para corrigi-lo?	Diga qual a sua recomendação mais imediata ou solicitação: <ul style="list-style-type: none"> • tratamentos específicos, • exames necessários, • o paciente precisa ser avaliado agora? 	Seria muito importante que o Sr. viesse aqui imediatamente.	O diltiazem SR seja administrado por sonda devido à possível sobredosagem. Sugiro a substituição pelo diltiazem comprimido comum que pode ser triturado.

Fonte: Adaptado de IHI (2017), ISMP (2019) e SES-DF (2018).

6.3 Plano terapêutico singular

O Plano Terapêutico Singular (PTS) é um documento multiprofissional elaborado com a finalidade de estabelecer, discutir e gerenciar as diretrizes terapêuticas entre os membros da equipe assistencial para o paciente internado. Este plano é essencial para organizar a internação, abrangendo desde a terapêutica proposta até exames, agendamento de cirurgias e previsão de alta.

Deve ser elaborado pelo médico diarista, em conjunto com a equipe multiprofissional, logo após a admissão do paciente. Além disso, é indispensável revisá-lo periodicamente durante as visitas multidisciplinares, de modo a avaliar a evolução das metas, redefinir objetivos, quando necessário, e planejar uma alta segura. O PTS responde à questão central: “O que queremos para este paciente?”, direcionando os esforços assistenciais de forma clara e coordenada.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 9/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025	Próxima revisão: 27/03/2027
		Versão: 02	

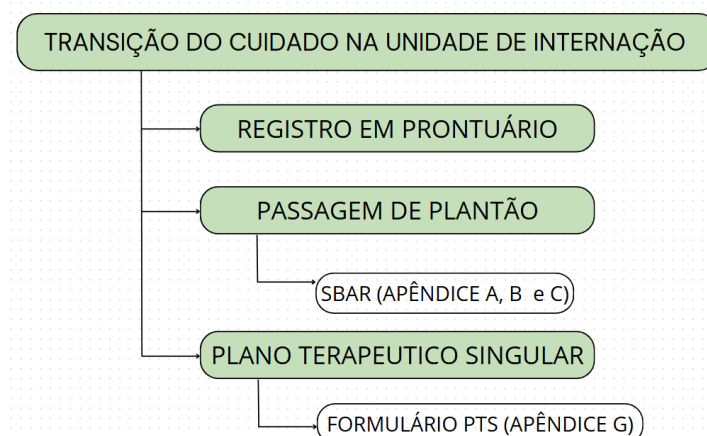
Um PTS bem estruturado promove desospitalização precoce, redução de custos institucionais, otimização da taxa de ocupação de leitos e melhoria da qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente.

O APÊNDICE F apresenta uma proposta de modelo institucional de PTS que pode ser utilizado como referência pelas unidades. No entanto, as unidades têm a liberdade de desenvolver seus próprios modelos, considerando as especificidades de cada área, como foi realizado na UCM (PRT.UCM.002). É importante que o PTS contemple minimamente as seguintes etapas:

1. **Diagnóstico:** A partir de uma avaliação clínica abrangente, considerar aspectos fisiológicos/orgânicos, psicológicos e sociais, permitindo identificar os riscos e vulnerabilidades do paciente.
2. **Definição de Metas:** Após o diagnóstico, a equipe deve sugerir metas de curto, médio e longo prazo, negociadas com o paciente e/ou seus familiares. Exemplos incluem: “Antibioticoterapia intravenosa por 10 dias, sem febre em 24 horas, promover a alta” ou “Extubação em 24 horas, alta da UTI no segundo dia de pós-operatório”.
3. **Divisão de Responsabilidades:** Especificar claramente as tarefas atribuídas a cada membro da equipe, identificando o responsável (nome ou categoria profissional), atividades e prazos.
4. **Reavaliação:** Revisar o plano periodicamente, discutindo os avanços e ajustando ações para atingir os resultados esperados.

O PTS preenchido deve ser registrado no prontuário do paciente, preferencialmente no prontuário eletrônico, para garantir acesso rápido e acompanhamento contínuo pelos profissionais envolvidos.

6.4 Resumo da Transição do Cuidado na Unidade de Internação



Fonte: próprio autor.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 10/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025	Próxima revisão: 27/03/2027
		Versão: 02	

7. TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE UNIDADES DIFERENTES

7.1 Transferência interna de pacientes entre unidades do HU-UFOD

O processo de transferência do atendimento de um paciente para outro profissional e outra equipe de saúde envolve: transferência de informações e responsabilidades compartilhadas nessa transição.

As transferências devem fornecer informações completas, precisas e atualizadas sobre as condições do paciente, plano de cuidados, tratamentos realizados, doenças ou recomendações. A adoção de instrumento de transferência permite que as informações essenciais sejam transmitidas sem eventuais esquecimentos. (VAN-DÚNEM *et. al*, 2020).

- Sempre que possível, a transferência deverá ser comunicada aos familiares e ocorrer na presença dos mesmos ou responsável;
- O enfermeiro e o médico devem manter contato por telefone com a clínica de destino do paciente para passar o quadro clínico do paciente. O registro deste contato deve ser realizado na evolução do paciente;
- Entregar o prontuário e formulário de transferência de cuidado entre unidades de internação (APÊNDICE E), juntamente com exames, medicamentos e demais pertences do paciente;
- Unidade/setor/divisão deve elaborar Rotinas/*checklist* de transferência segura, conforme o perfil de seus pacientes, devendo constar as seguintes informações: motivo da transferência; principais hipóteses diagnósticas; principais procedimentos e intervenções realizadas e, os riscos identificados.
- Adotar medidas de prevenção de quedas durante a transferência entre unidades, conforme PRT.NSP.003.
- Para transferências entre unidades e Centro Cirúrgico, adotar o instrumento do APÊNDICE C, para pacientes adultos e, APÊNDICE D, para pediátricos/neonatais.
- Outras unidades com fluxos de transferências entre si devem acordar as informações mínimas necessárias para a continuidade do cuidado, utilizando, preferencialmente, a ferramenta SBAR:

a) IDENTIFICAÇÃO e SITUAÇÃO

- I. No mínimo 2 identificadores do paciente: nome completo, data nascimento;
- II. Nome da mãe;
- III. Prontuário;



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 11/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

IV. Idade.

b) BREVE HISTÓRICO

V. Motivo da internação / diagnóstico / Procedimento cirúrgico;

VI. Alergias.

c) AVALIAÇÃO

VII. Nível de consciência;

VIII. Oxigenação;

IX. Isolamento/precauções;

X. Avaliação de riscos de lesão por pressão e quedas;

XI. Dispositivos invasivos;

XII. Medicamentos trazidos pelo paciente / dispensados para o turno;

XIII. Intercorrências e alterações.

d) RECOMENDAÇÕES

XIV. Procedimentos e exames agendados;

XV. Preparos, procedimentos, curativos;

XVI. Outros.

8. TRANSIÇÃO DO CUIDADO EXTRA HOSPITALAR

A transição do cuidado extra-hospitalar refere-se ao processo de continuidade da assistência prestada ao paciente após a sua alta ou transferência do ambiente hospitalar para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), seja em nível ambulatorial, domiciliar ou em outro serviço especializado. Esse processo deve ser conduzido de forma segura e planejada, visando à manutenção da integralidade do cuidado e à prevenção de complicações e reinternações.

8.1 Fluxo do processo de transição do cuidado extra-hospitalar

A transição do cuidado extra-hospitalar envolve etapas essenciais que garantem a segurança e a qualidade assistencial. O processo inicia-se com o planejamento da alta, momento em que a equipe multiprofissional avalia a estabilidade clínica do paciente, suas condições sociais e os recursos disponíveis para assegurar a continuidade do tratamento após a saída do hospital.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 12/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

Após essa avaliação, segue-se a etapa de orientação e educação, na qual o paciente e seus familiares recebem informações detalhadas sobre:

- Uso correto de medicações;
- Dieta adequada;
- Cuidados domiciliares;
- Sinais de alerta para complicações;
- Reabilitação e acompanhamento, se necessário.

A documentação adequada é uma etapa essencial, sendo fundamental a elaboração do Sumário de Alta e, quando aplicável, do Plano Terapêutico. Ambos devem conter dados clínicos relevantes, tratamentos instituídos e o plano terapêutico para o acompanhamento do paciente.

Por fim, o encaminhamento e a contrarreferência são realizados para garantir a continuidade do cuidado na unidade de destino. Essa etapa envolve:

- Contato prévio com o serviço que receberá o paciente;
- Formalização do encaminhamento por meio de documentos adequados;
- Sempre que possível, agendamento da primeira consulta ou retorno assistencial.

8.2 Ferramentas para a Transição do Cuidado no Âmbito Extra-hospitalar

O Sumário de Alta e Plano Terapêutico deverão conter, minimamente, as seguintes informações:

- **Identificação do paciente:** Nome completo, idade, número do prontuário, unidade de internação e contato para eventuais esclarecimentos;
- **Diagnóstico:** Diagnóstico principal na internação e na alta, além de diagnósticos secundários;
- **Tratamentos realizados:** Procedimentos, cirurgias, uso de medicações, terapias e cuidados especiais;
- **Resumo clínico:** Achados relevantes de exames, intercorrências e restrições;
- **Plano terapêutico:** Recomendações para uso de medicações, suporte nutricional, reabilitação e acompanhamento multiprofissional.

Os profissionais envolvidos devem desenvolver planos de alta específicos, garantindo que o paciente e seus familiares recebam todas as informações necessárias para um cuidado extra-hospitalar seguro e eficiente.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 13/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

8.3. Responsabilidades da Equipe Multiprofissional na Transição do Cuidado

Equipe Médica	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as necessidades do paciente; • Estabelecer o plano terapêutico e registrar no prontuário; • Esclarecer ao paciente e acompanhante sobre o diagnóstico e plano de tratamento; • Elaborar o Sumário de Alta e, quando aplicável, o Plano Terapêutico; • Registrar em prontuário eletrônico (AGHUX) as informações sobre a alta hospitalar.
Equipe de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar e orientar pacientes e acompanhantes sobre os cuidados domiciliares recomendados; • Entregar informações de cuidados padronizadas ao paciente e acompanhante; • Devolver medicamentos e pertences pessoais do paciente se aplicável; • Registrar em prontuário eletrônico (AGHUX) as informações sobre a alta hospitalar.
Equipe de Farmácia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente e acompanhante sobre o uso de medicamentos prescritos; • Registrar em prontuário eletrônico (AGHUX) as informações e orientações sobre os medicamentos de alta.
Equipe de Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente e acompanhante sobre cuidados nutricionais e dieta pós-alta; • Realizar contato com serviço municipal de referência para dieta via sonda, se necessário; • Registrar no prontuário eletrônico (AGHUX) as informações sobre a alta hospitalar.
Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar problemas sociais que dificultem a alta hospitalar; • Realizar contato com a Rede de Atenção à Saúde para continuidade do tratamento; • Contribuir para que os direitos do paciente e seus familiares sejam garantidos; • Registrar no prontuário eletrônico (AGHUX) as informações sobre a alta hospitalar.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 14/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025	Próxima revisão: 27/03/2027
		Versão: 02	

Equipe de Psicologia	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado emocional do paciente e identificar dificuldades para a alta hospitalar; • Auxiliar na orientação familiar sobre cuidados domiciliares e possíveis desdobramentos psíquicos advindos de nova condição de saúde; • Elaborar contrarreferência por escrito, quando necessário, visando adesão ao acompanhamento extra-hospitalar; • Discutir com a equipe multiprofissional o contexto psíquico do paciente; • Registrar no prontuário eletrônico (AGHUX) as informações sobre a alta hospitalar
Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar paciente e acompanhante sobre plano terapêutico e condutas fisioterapêuticas. • Orientar e treinar paciente e acompanhante quantos aos cuidados domiciliares necessários particularmente para cada paciente; • Elaborar contrarreferência por escrito, quando necessário, visando adesão ao acompanhamento extra-hospitalar; • Registrar em prontuário eletrônico (AGHUX) as informações sobre a alta hospitalar.
Equipe de Fonoaudiologia	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer o plano terapêutico fonoaudiológico pós alta, • Comunicar equipe multiprofissional sobre a conduta fonoaudiológica, em prioridade equipe de enfermagem e médica; • Orientar paciente e acompanhante sobre plano terapêutico/ atendimento fonoaudiológico/ conduta fonoaudiológica. • Registrar em prontuário eletrônico (AGHUX) as informações sobre terapia fonoaudiológica/ atendimento fonoaudiológico/ conduta fonoaudiológica.
Odontologia	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer o plano terapêutico pós alta e registrar no prontuário; • Esclarecer ao paciente e familiares sobre o diagnóstico e plano de tratamento; • Registrar em prontuário eletrônico (AGHUX) as informações sobre a alta hospitalar.
Equipe de Terapia Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar familiares e/ou cuidadores a respeito da retomada das rotinas, possibilidades e limitações, cuidados para atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, estimulando a autonomia e independência do paciente no domicílio;



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 15/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025	Próxima revisão: 27/03/2027
		Versão: 02	

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar alterações em componentes de desempenho ocupacional, e auxiliar na articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos da atenção das RAS, em particular com a atenção primária. • Registrar no prontuário eletrônico (AGHUX) as informações sobre a alta hospitalar.
--	--

Fonte: próprio autor.

Com a implantação e execução adequadas dessas diretrizes, a transição do cuidado extra-hospitalar será realizada de forma mais segura, reduzindo complicações e garantindo a continuidade da assistência ao paciente.

9. MONITORAMENTO

O monitoramento será realizado pela Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente pelo acompanhamento de notificações no VIGIHOSP.

O acompanhamento será por número de incidentes relacionados à falha de comunicação (incompleto/inadequado ou não efetuado quando indicado), em transferência entre unidades ou passagem de plantão.

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Anexo 3: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 25 set. 2013. Seção 1, nº 186, p. 113. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em 15 mar. 2020.

HU-UFGD. EBSE RH. POP.UCM.061 - PLANO DE ALTA HOSPITALAR MULTIDISCIPLINAR NA CLÍNICA MÉDICA. V1. 2023. Disponível em: [pop-ucm-061-plano-de-alta-hospitalar-multidisciplinar-na-clinica-medica.pdf](#)

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **SBAR Tool**: A framework for communication between members of the health care team about a patient's condition. IHI:2017 Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/sbartoolkit.aspx>



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 16/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). Prevenção de erros de medicação na transição do cuidado. **Boletim ISMP**, v. 8, n. 2, março 2019. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/04/boletim_ismp_30a_edicao.pdf

JOINT COMMISSION (JCI). Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted Solutions Tool for Hand-Off Communications. **Joint Commission Perspectives**, v. 32, n. 8, p.1-2, 2012. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/blogs/tst_hoc_persp_08_12pdf.pdf?db=web&hash=BA7C8CDB4910EF6633F013D0BC08CB1C. Acesso em: 11 março 2021.

MÜLLER, M. *et al.* Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **BMJ Open**, v.8, n. e022202, 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/8/e022202.full.pdf>. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022202

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES-DF). Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. **Segurança do Paciente: comunicação efetiva. 2018.** Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/2.-Seguranca-do-Paciente-comunicacao-efetiva.pdf>

SILVA, M. F. *et al.* Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e3600015, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>.

UMBERFIELD, E. *et al.* Using Incident Reports to Assess Communication Failures and Patient Outcomes. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 45, n. 6, p. 406–413, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jciq.2019.02.006>. Acesso em 1 fev. 2021.

VAN-DÚNEM, A.S.A. *et al.* Uso de ferramentas para transferência de cuidado em unidades de terapia intensiva: protocolo de revisão sistemática de estudos observacionais. **Glob Acad Nurs.**, v. 1, n. 3, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200060>



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 17/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	18/05/2022	Elaboração do Protocolo
02	11/03/2025	Revisão do Protocolo

Elaboração Graciela Mendonça dos Santos Bet – UGQSP Jackeline Camargos Pereira – UGQSP	Data: 18/05/2022
Revisão Gessica Linhares Melo Viana - UGQSP	Data: 11/03/2025
Análise Paulo Serra Baruki – Chefe da DMED Magda Laíse Oliveira – Chefe da UFCLI Raquel Bressan de Souza – Chefe da UMULTI	Data: 11/03/2025 Data: 17/03/2025 Data: 20/03/2025
Validação Fuad Fayez Mahmoud - Setor de Gestão da Qualidade	Data: 26/03/2025
Aprovação CP-NSP – ata-SEI 54 (47983370) Colegiado Executivo	Data: 21/03/2025 Data: 27/03/2025

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.003351/2025-85

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 18/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

APÊNDICE A – MODELO DE PASSAGEM DE PLANTÃO SBAR – ENFERMAGEM

Modelo 1 - Passagem de Plantão I-SBAR: identificação, situação, breve histórico, avaliação, recomendações.

PASSAGEM DE PLANTÃO											
		UNIDADE: _____		Categoria profissional: Enfermagem			Data ___/___/____.		Turno: _____		
IDENTIFICAÇÃO/ SITUAÇÃO		BREVE HISTÓRICO BREVE HISTÓRICO	AVALIAÇÃO							RECOMENDAÇÃO	
LEITO	Nome, DN, Idade, Prontuário, Data de Adm.	Motivo da Internação, Comorbidades, Alergias	Glasgow Sedação Oxigenioterapia	Tipo de Dieta e Via	NAS SCP	Grau de Risco para LP e Quedas	Dispositivos/ Data de inserção	Precauções/ Isolamentos	Intercorrências/ Alterações	Jejum Exames pendentes Preparo para Procedimentos Curativos Outras Pendências Condutas e Riscos	

*DN: Data de Nascimento; Adm.: Admissão; NAS: Nursing Activities Score; SCP: Sistema de Classificação de Pacientes; LP: Lesão por Pressão.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 19/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025 Versão: 02	Próxima revisão: 27/03/2027

APÊNDICE B – MODELO DE PASSAGEM DE PLANTÃO SBAR - MEDICINA

PASSAGEM DE PLANTÃO		UNIDADE: _____	Categoria profissional: MEDICINA		Data ____/____/____	Turno: _____
IDENTIFICAÇÃO E SITUAÇÃO		BREVE HISTÓRICO	AVALIAÇÃO			RECOMENDAÇÃO
Identificação		Admissão/Diagnóstico	Exames relevantes	ATB/Dispositivos/Culturas	Intercorrências	Pendências / Condutas
LEITO _____	NOME: DN: Pront: Idade: Admissão HU: Admissão na unidade: Procedência: ALERGIA:					
LEITO _____	NOME: DN: Pront: Idade: Admissão HU: Admissão na unidade: Procedência: ALERGIA:					
LEITO _____	NOME: DN: Pront: Idade: Admissão HU: Admissão na unidade: Procedência: ALERGIA:					

*ATB.: Antibióticos; DN: Data de Nascimento; Pront.: Prontuário.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CP-NSP.006 – Página 20/45	
Título do Documento	COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: TRANSIÇÃO DO CUIDADO	Emissão: 27/03/2025	Próxima revisão: 27/03/2027
		Versão: 02	

APÊNDICE C - MODELO DE PASSAGEM DE PLANTÃO SBAR - FISIOTERAPIA

	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DESCREVER O LEITO, NOME COMPLETO, NÚMERO DO PRONTUÁRIO, IDADE, DATA DE NASCIMENTO, DATA DE ADMISSÃO NO SETOR E PROCEDÊNCIA.	LEITO A – NOME COMPLETO PRONTUÁRIO 0000000 IDADE – DN 00/00/000 ADMISSÃO NO SETOR: 00/00/0000 PROCEDÊNCIA	LEITO B – NOME COMPLETO PRONTUÁRIO 0000000 IDADE – DN 00/00/000 ADMISSÃO NO SETOR: 00/00/0000 PROCEDÊNCIA	LEITO C – NOME COMPLETO PRONTUÁRIO 0000000 IDADE – DN 00/00/000 ADMISSÃO NO SETOR: 00/00/0000 PROCEDÊNCIA	LEITO D – NOME COMPLETO PRONTUÁRIO 0000000 IDADE – DN 00/00/000 ADMISSÃO NO SETOR: 00/00/0000 PROCEDÊNCIA
S	SITUAÇÃO FRASE CONCISA SOBRE O PROBLEMA, COMO, A CAUSA DA INTERNAÇÃO, HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, CAUSA DE PREOCUPAÇÃO E/OU PÓS OPERATÓRIO, SE HOUVER.	SITUAÇÃO	SITUAÇÃO	SITUAÇÃO	SITUAÇÃO
B	BREVE HISTÓRICO DETALHES E CONTEXTO PERTINENTES AO PROBLEMA E RELEVANTES AO MOMENTO, COMO: HISTÓRIA PRÉVIA, COMORBIDADES, HÁBITOS DE VIDA, HISTÓRIA ATUAL, CIRURGIAS, DATAS DE PRINCIPAIS EVENTOS, COMO INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL, TRAQUEOSTOMIA, TEMPO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA, USO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA, FALHA DE DESMAME E EXTUBAÇÃO, ALTURA E PESO (REAL OU PREDITO), ENTRE OUTROS.	BREVE HISTÓRICO	BREVE HISTÓRICO	BREVE HISTÓRICO	BREVE HISTÓRICO
A	AValiação FAZER UM RELATO CONCISO DA SITUAÇÃO ATUAL, EXPONDO A AVALIAÇÃO REALIZADA DURANTE O TURNO DE TRABALHO, BEM COMO AS ANÁLISES E CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO EM QUESTÃO. INCLUIR, SE NECESSÁRIO, ESTADO NEUROLÓGICO, AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA, AVALIAÇÃO CARDIOCIRCULATÓRIA E METABÓLICA, AVALIAÇÃO NEUROMUSCULAR E SENSORIAL, INTERCORRÊNCIAS, EXAMES COMPLEMENTARES E/OU OUTRAS INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS DA FISIOTERAPIA, QUE SE FIZEREM NECESSÁRIAS.	AValiação CLARA, CONCISA, DIRETA, ORGANIZADA E CONTÍNUA	AValiação CLARA, CONCISA, DIRETA, ORGANIZADA E CONTÍNUA	AValiação CLARA, CONCISA, DIRETA, ORGANIZADA E CONTÍNUA	AValiação CLARA, CONCISA, DIRETA, ORGANIZADA E CONTÍNUA
R	RECOMENDAÇÃO ANOTAR AS RECOMENDAÇÕES E PENDÊNCIAS DO PLANTÃO COM JUSTIFICATIVAS. O FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL SUGERE AÇÕES EM RELAÇÃO AS PROVIDÊNCIAS A SEREM TOMADAS PELO PRÓXIMO PROFISSIONAL (AVALIAÇÃO ESPECÍFICA, ALGUM TRATAMENTO OU EXAMES NECESSÁRIOS), QUE POR ALGUM MOTIVO NÃO PUDEAM SER CONCLUÍDOS NO PLANTÃO	RECOMENDAÇÕES	RECOMENDAÇÕES	RECOMENDAÇÕES	RECOMENDAÇÕES



APÊNDICE D - TRANSFERÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA ADULTO

PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE ORIGEM, NA ADMISSÃO DO PACIENTE PARA CIRURGIA ELETIVA OU, APÓS A INDICAÇÃO CIRÚRGICA DE PACIENTES JÁ INTERNADOS.

Identificação	Nome completo: _____	
	Prontuário: _____	Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
	Unidade de internação/origem do encaminhamento: _____ Leito: _____	
	Pulseira: () SIM, identificação completa, correta e legível. <i>Se necessário, solicite impressão na recepção.</i>	
Situação	Procedimento: _____ Cirurgião: _____	
	Data da cirurgia: ____/____/____	Hora da cirurgia: _____ () Eletiva () Urgência
	TCLE Anestésico () SIM () NA	Antibiótico Profilático prescrito no prontuário? () SIM () NA <i>Caso não esteja, solicitar prescrição ao plantonista/residente.</i>
	TCLE Cirúrgico () SIM () Emergência, providenciar. <i>Encaminhar apenas se o TCLE estiver assinado no prontuário, exceto se emergência.</i>	Risco cirúrgico () SIM () NA Obs: _____ () ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V <i>Preencher a classificação conforme registro do risco cirúrgico.</i>
Documentos encaminhados: () prontuário físico com registro atual de anamnese e exame físico () Raio-X () ECG () USG () TC () RNM () Exames laboratoriais () Outros - quais: _____		
Breve Histórico	Isolamento/Precaução: () SIM () NÃO Qual: () Aerossóis () Gotículas () Contato	
	ALERGIA: () SIM () NÃO Qual: _____	
	Reserva de Sangue (quando solicitada no planejamento cirúrgico): Solicitada reserva no banco de sangue: () SIM () NA Coletado tipagem/prova cruzada: () SIM () NA	
	Comorbidades: _____ Reserva de UTI: () SIM () NA	
Se mulher em idade fértil, está gestante ou suspeita de gestação? () NÃO () NA () SIM, comunicar equipe.		
Profissional responsável pelo preenchimento: _____ Data: ____/____/____		

PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE ORIGEM, MINUTOS ANTES DO ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRÚRGICO.

Avaliação	Sinais Vitais PA: ____x____ mmHg T ____°C FR: ____rpm FC: ____bpm SpO2: ____%
	Termos () Termo de Consentimento Cirúrgico assinado () Termo de Consentimento Anestésico assinado
	Jejum () Desde ____ horas de ____/____/____ Banho: () Sim () Sem indicação () Não, pois _____
	Tricotomia () Sim, até 2 horas antes () Sim, há mais de 2 horas () Sem necessidade
	Diurese () Esvaziamento vesical () Uso de fralda () SVD, desprezado ____ml () Sem roupa íntima
	Acessórios () Retirado próteses () Retirado adornos () Retirado roupa íntima
	Acesso venoso () Cateter periférico em: _____ () Cateter central em: _____ () Acessos identificados () Acessos pérvios () Soluções de infusão identificadas
	Drogas em uso Drogas vasoativas e/ou Sedativas: Droga: _____ Vazão: _____ Droga: _____ Vazão: _____ Droga: _____ Vazão: _____ Antibióticos em uso: Antibiótico _____ Hora da última administração _____
	Hipoglicemiantes () Anticoagulantes () * <i>Verificar com o médico a necessidade de suspensão.</i>
	Transporte () maca/cama com grades elevadas () cadeira de rodas - <i>somente em casos de anestesia local</i>
Recomendações: _____	
Encaminhado ao bloco cirúrgico: ____/____/____ ____:____ horas Por: _____	



TRANSFERÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA ADULTO

PREENCHIMENTO PELA SALA CIRÚRGICA ANTES DO ENCAMINHAMENTO À SRPA

Procedimento Realizado: _____

Tipo de Anestesia: () Geral () Raqui () Local () Outra _____

Complicações/Intercorrências () NÃO () SIM, descreva: _____

Sedativos:

Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Drogas Vasoativas:

Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Obs: Sempre que possível, manter vazão da admissão no Centro Cirúrgico.

PREENCHIMENTO PELA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - ENFERMAGEM

() **Curativo:** Local _____ Tipo _____

Cuidados: _____

() **Dreno:** Tipo _____ Local _____ Nº _____ Cuidados _____

() **TOT** ou () **TQT** Nº _____ FiO2: _____ % PEEP _____

() **SNG** Nº _____ () **SNE** Nº _____ () **SVD** Nº _____ () **IRRIGAÇÃO VESICAL**

() **Uso da Pulseira com Identificação correta e legível (identificação do paciente)**

() Prontuário completo (exames, prescrição médica)

() Grades da maca/cama ELEVADAS () Cadeira de rodas

() **TODOS** os dispositivos inseridos identificados () Acessos venosos prévios () Soluções de Infusão Identificadas

Última ANALGESIA administrada Hora: _____ Qual: _____ Dose: _____

Último ANTIEMÉTICO administrado Hora: _____ Qual: _____ Dose: _____

CONTROLES	Hora	PA	FC	FR	SpO2	T °C	Dor (0-10)	Assinatura

Profissional responsável pelo preenchimento: _____ Data: __/__/____

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - ANESTESISTA

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK – ADULTOS	Atividade Motora sob comando	Capaz de mover os 4 membros	Valor	Adm.	30'	60'	120'
		Capaz de mover os 2 membros	2				
	Incapaz de mover os membros	1					
	Respiração	Respira ou tosse livremente	0				
		Dispneia ou limitação da respiração	2				
		Apneia	1				
	Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	0				
		PA 20% - 49% do nível pré-anestésico	2				
		PA 50% do nível pré-anestésico	1				
	Consciência	Lúcido, orientado ao tempo e espaço	2				
		Desperta se solicitado	1				
		Não responde	0				
	Saturação de O2	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2				
		Necessita O2 para manter SAT. maior 90%	1				
Menor que 90% com O2 suplementar		0					
TOTAL							

Recomendações Médicas: _____

Anestesista: _____

Encaminhado por: _____ Data: __/__/____ Hora: _____ Para a unidade: _____



APÊNDICE E - TRANSFERÊNCIA PRÉ-OPERATÓRIA PEDIÁTRICA/NEONATAL

PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE ORIGEM, NA ADMISSÃO DO PACIENTE PARA CIRURGIA ELETIVA OU, APÓS A INDICAÇÃO CIRÚRGICA DE PACIENTES JÁ INTERNADOS.

Identificação	Nome completo: _____
	Nome da mãe: _____
	Prontuário: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
	Unidade de internação/origem do encaminhamento: _____ Peso: _____
	Pulseira: () SIM, identificação completa, correta e legível. Se necessário, solicite impressão na recepção.
Situação	Procedimento: _____ Cirurgião: _____
	Data da cirurgia: ____/____/____ Hora da cirurgia: _____ () Eletiva () Urgência
	TCLE Anestésico () SIM () NA Antibiótico Profilático prescrito no prontuário? () SIM () NA Caso não esteja, solicitar prescrição ao plantonista/residente.
	TCLE Cirúrgico () SIM Risco cirúrgico () SIM () NA Obs: _____ () Emergência, providenciar. () ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V Encaminhar apenas se o TCLE estiver assinado no prontuário, exceto se emergência. Preencher a classificação conforme registro do risco cirúrgico.
	Documentos encaminhados: () prontuário físico com registro atual de anamnese e exame físico () Raio-X () ECG () USG () TC () RNM () Exames laboratoriais () Outros - quais: _____
Breve Histórico	Isolamento/Precaução: () SIM () NÃO Qual: () Aerossóis () Gotículas () Contato () SIM () NÃO Qual: _____
	Reserva de Sangue (quando solicitada no planejamento cirúrgico): Solicitada reserva no banco de sangue: () SIM () NA Coletado tipagem/prova cruzada: () SIM () NA
	Comorbidades: _____ Reserva de UTI: () SIM () NA
Profissional responsável pelo preenchimento: _____ Data: ____/____/____	

PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE ORIGEM, MINUTOS ANTES DO ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRÚRGICO.

Avaliação	Sinais Vitais PA: _____ x _____ mmHg T _____ °C FR: _____ rpm FC: _____ bpm SpO2: _____ %
	Termos () Termo de Consentimento Cirúrgico assinado () Termo de Consentimento Anestésico assinado
	Jejum () Desde _____ horas de ____/____/____ Banho: () Sim () Sem indicação () Não, pois _____
	Tricotomia () Sim, até 2 horas antes () Sim, há mais de 2 horas () Sem necessidade
	Diurese () Esvaziamento vesical () Uso de fralda () SVD, desprezado _____ ml () Sem roupa íntima
	Acesso venoso () Cateter periférico em: _____ () Cateter central em: _____ () Acessos identificados () Acessos pérvios () Soluções de infusão identificadas
	Drogas em uso Drogas vasoativas e/ou Sedativas: _____ Antibióticos em uso: _____ Droga: _____ Vazão: _____ Antibiótico _____ Hora da última administração _____ Droga: _____ Vazão: _____ Droga: _____ Vazão: _____
	Hipoglicemiantes () Anticoagulantes () *Verificar com o médico a necessidade de suspensão.
	Transporte () Grades da maca elevadas ou; berço com laterais elevadas () Incubadora com portinholas travadas () cadeira de rodas - somente em casos de anestesia local
Recomendações: _____	
Encaminhado ao bloco cirúrgico: ____/____/____ _____:____ horas Por: _____	



TRANSFERÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA PEDIÁTRICA/NEONATAL

PREENCHIMENTO PELA SALA CIRÚRGICA ANTES DO ENCAMINHAMENTO À SRPA

Procedimento Realizado: _____

Tipo de Anestesia: () Geral () Raqui () Local () Outra _____

Complicações/Intercorrências () NÃO () SIM, descreva: _____

Sedativos:

Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Drogas Vasoativas:

Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Droga: _____ Dose: _____ Vazão: _____

Obs: Sempre que possível, manter vazão da admissão no Centro Cirúrgico.

PREENCHIMENTO PELA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - ENFERMAGEM

() Curativo: Local _____ Tipo _____

Cuidados: _____

() Dreno: Tipo _____ Local _____ Nº _____ Cuidados _____

() TOT ou () TQT Nº _____ FiO2: _____ % PEEP _____

() SNG/SOG Nº _____ () SNE Nº _____ () SVD Nº _____

() Uso da Pulseira com Identificação correta e legível (identificação do paciente)

() Prontuário completo (exames, prescrição médica)

() Incubadora com portinholas TRAVADAS () Maca/berço com grades ou laterais ELEVADAS

() TODOS os dispositivos inseridos identificados () Acessos venosos pérvios () Soluções de Infusão Identificadas

Última ANALGESIA administrada Hora: _____ Qual: _____ Dose: _____

Último ANTIEMÉTICO administrado Hora: _____ Qual: _____ Dose: _____

CONTROLES	Hora	PA	FC	FR	SpO2	T °C	Dor (0-10)	Assinatura

Profissional responsável pelo preenchimento: _____ Data: __/__/____

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - ANESTESISTA

ÍNDICE DE STEWARD PEDIÁTRICO		Valor	Adm.	30	60	120
Apresenta boa manutenção Respira facilmente	1					
Requer manutenção de O2	0					
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	Está desperto	2				
	Responde a estímulos verbais ou táteis	1				
	Não responde	0				
MOVIMENTAÇÃO	Movimenta membros intencionalmente	2				
	Faz movimentos não-intencionais	1				
	Não se movimenta	0				
TOTAL						

Recomendações Médicas: _____

ANESTESISTA: _____

Encaminhado por: _____ Data: __/__/____ Hora: _____ Para a unidade: _____



APÊNDICE F – TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO ENTRE UNIDADES DE INTERNAÇÃO

NOME COMPLETO: _____	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ PRONT.: _____	
NOME DA MÃE: _____ PESO: _____	
DIAGNÓSTICO/HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____	
Cirurgia realizada nesta internação? () NÃO () SIM - Inserir dados da última cirurgia realizada:	
Tipo _____ Em ____/____/____	
(medicamento/alimento): _____	
Isolamentos/Precauções: () NÃO () CONTATO () GOTÍCULAS () AEROSSÓIS () Por imunossupressão	
Coleta de swab de vigilância: () Não se aplica () NÃO Pq? _____ () SIM em ____/____/____	
ITENS DE VERIFICAÇÃO	
IDENTIFICAÇÃO	Paciente identificado corretamente e com pulseira legível? () SIM () NÃO Pq? _____ Prontuário certo encaminhado com paciente? () SIM () NÃO _____
DIETA	Tipo: _____ () JEJUM desde _____ horas Via: () Oral () SNE () SNG/SOG () Gastrostomia () Parenteral
SUPORTE VENTILATÓRIO	() Ar ambiente () Cat. Nasal ____ L/min () Másc. Reservatório ____ L/min () Cx. Hood ____ % () Venturi ____ % () CPAP ____ % () BIPAP ____ % () VM ____ % () Outro _____
ACESSO VENOSO	() Nenhum () AVP em _____ () PICC em _____ () AVC em _____ () Portocath () Flebotomia prévia em _____
DRENO/SONDA	() NÃO () SVD ____/____ () Dreno ____/____ () Outro _____
CURATIVO	() NÃO () SIM, _____
MEDICAMENTO	Paciente trouxe medicações de casa? () NÃO () SIM _____ As medicações do paciente foram encaminhadas com ele? () SIM () NÃO _____ Há algum cuidado relevante sobre as medicações? _____
CIRURGIA	Há cirurgias agendadas? () NÃO () SIM em ____/____/____ às _____ horas. Se SIM: Termo de consentimento cirúrgico assinado: () SIM () NÃO _____ Reserva de sangue: () Sem necessidade () SIM () NÃO _____ Reserva de UTI: () Sem necessidade () SIM () NÃO _____
EXAME	Há exames agendados? () NÃO () SIM Tipo de exame: _____ em ____/____/____ às _____ horas Tipo de exame: _____ em ____/____/____ às _____ horas

DATA DA TRANSFERÊNCIA: ____/____/____ ORIGEM: _____, Saída: _____ horas.
DESTINO: _____, Chegada: _____ horas.

PROFISSIONAL QUE ENCAMINHOU _____

PROFISSIONAL QUE RECEPCIONOU _____



APÊNDICE G – PLANO TERAPEUTICO SINGULAR

NOME DO PACIENTE: _____ **DATA DE NASCIMENTO:** ____/____/____ **Nº PRONT.** _____

METAS DE CUIDADO POR CATEGORIA

REAVIAÇÃO

CATEGORIA	PROFISSIONAL (ASSINATURA E CARIMBO)	HORA E DATA DE ABERTURA	PROBLEMA ATIVO	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO DO RESULTADO	PROFISSIONAL (ASSINATURA E CARIMBO)
MÉDICO		Data: _____ Hora: _____	1. _____ 2. _____ 3. _____		Data: ____/____/____ Resultado () Atingido () Não atingido () Suspenso () Em Andamento Justificativa:	
ENFERMEIRO		Data: _____ Hora: _____	1. _____ 2. _____ 3. _____		Data: ____/____/____ Resultado () Atingido () Não atingido () Suspenso () Em Andamento Justificativa:	
FISIOTERAPEUTA		Data: _____ Hora: _____	1. _____ 2. _____ 3. _____		Data: ____/____/____ Resultado () Atingido () Não atingido () Suspenso () Em Andamento Justificativa:	
NUTRICIONAISTA		Data: _____ Hora: _____	1. _____ 2. _____ 3. _____		Data: ____/____/____ Resultado () Atingido () Não atingido () Suspenso () Em Andamento Justificativa:	
		Data: _____ Hora: _____	1. _____ 2. _____ 3. _____		Data: ____/____/____ Resultado () Atingido () Não atingido () Suspenso () Em Andamento Justificativa:	

APÊNDICE H - LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PADRÃO	SIGNIFICADO
-	Ausente
+	Presente
+ -	Mais ou menos
1/2	Meio ou metade
1/3	Um terço
1T	Um tempo
2T	Dois tempos
3T	Três tempos
4T	Quatro tempos
AJ	Altura do joelho
AAA ou aaa	Anictérico Acianótico Afebril
AAS	Ácido Acetil Salicílico
ABD ou Abd	Abdome
ABO	Sistema sanguíneo ABO
AC ou ALCON	Alojamento Conjunto, permitido com sentido de lugar.
AC	Ausculata Cardíaca
ACM	A Critério Médico
ACOMP.	Acompanhante
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
AD	Água Destilada, a depender do contexto.
AD	Átριο Direito, a depender do contexto.
ADH	Hormônio Antidiurético
AE	Átριο Esquerdo, a depender do contexto.
AE	Altura Estimada, a depender do contexto.
A/E	A esclarecer
AESP	Atividade elétrica sem pulso
AGE	Ácidos Graxos Essenciais
AIDS ou SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIG	Adequado para Idade Gestacional
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AINE	Anti-inflamatório não esteroide
AIT	Acidente Isquêmico Transitório
ALONG.	Alongamento
ALT	Alanina Transaminase (anteriormente denominada de TGP)
Alt.	Altura
AME	Atrofia Muscular Espinhal, a depender do contexto.
AME	Aleitamento Materno Exclusivo, a depender do contexto.
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
Amp ou AMP	Ampola
AP	Ausculata pulmonar
Art.	Artéria
ASA	Escala utilizada para avaliar risco cirúrgico (classe de I-V da American Society of Anesthesiologists).

Asp.	Aspiração
ATB	Antibiótico (antimicrobiano)
ATM	Articulação Têmporo Mandibular
Aval.	Avaliação
AU	Altura Uterina
AV	Átrio Ventricular
AVC	Acesso Venoso Central
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEh	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AVEi	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
AVP	Acesso Venoso Periférico
Ax.	Axilar
B1	Primeira Bulha aórtica
B2	Segunda Bulha aórtica
BAN	Batimento de asa do nariz
BANF	Bulhas Arritmicas Normo Fonéticas
BAV	Bloqueio Atrioventricular
BAVT	Bloqueio Atrioventricular Total
BB ou Bb	Beta bloqueador
BCF	Batimento Cardíaco Fetal
BCP	Broncopneumonia
BE	Equivalente em inglês a Excesso de Base
BEG	Bom Estado Geral
BH	Balanço Hídrico
BIC	Bomba de infusão contínua
BIPAP	Pressão Positiva Intermitente Bifásica - Bi Level Positive Pressure Airway
BK	Bacilo de Koch - <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
BNP	Peptídeo Natriurético Cerebral
BO	Banho de ofurô, a depender do contexto.
BO	Boletim de ocorrência, a depender do contexto.
BOOP	Bronquiolite obliterante com pneumonia em organização
BP	Baixo peso
bpm	Batimentos por minuto
BR	Bolsa Rota
BRA	Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina
BRD	Bloqueio de Ramo Direito
BRE	Bloqueio de Ramo Esquerdo
BV	Baixo Ventre
CA	Circunferência Abdominal, a depender do contexto.
CA	Câncer, a depender do contexto.
CAD	Cetoacidose Diabética
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
Cal	Calorias
CAPD	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
Caps	Cápsula
CATE	Cateterismo Cardíaco

CB	Circunferência do Braço
CC	Circunferência da Cintura, a depender do contexto.
CC	Centro Cirúrgico, permitido com sentido de lugar.
cc ou cm3	Centímetro Cúbico
CÇA	Criança
CCGG	Cuidados Gerais
CCIRAS	Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
CCO	Centro Cirúrgico Obstétrico
Cd ou CD	Conduta, a depender do contexto.
CD	Coronária Direita - artéria, a depender do contexto.
CDL	Cateter Duplo Lumen
CEC	Circulação Extra Corpórea
CH	Concentrado de Hemáceas
CHO	Carboidrato
C/I	Comprimento por idade
cia	companhia
CIA	Comunicação Interatrial
CIPE	Cirurgia Pediátrica
CIUR ou RCIU	Crescimento Intrauterino Restrito
CIV	Comunicação interventricular
CIVD	Coagulação Intravascular Disseminada
CME	Centro de Material e Esterilização
CMV	Citomegalovírus
CN	Cateter Nasal
CO2	Dióxido de Carbono / Gás Carbônico
Cód.	Código
Comp.	Comprimento, a depender do contexto.
CP	Circunferência da Panturrilha, a depender do contexto.
cp ou comp. ou COMP	Comprimido, a depender do contexto.
CPAP	Continuous Pressure Airway Positive - Pressão Contínua Positiva de Vias Aéreas
CPM	Conforme prescrição médica
CPRE	Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada
CPT	Capacidade Pulmonar Total
CRF	Capacidade Residual Funcional
CST	Complacência Estática
CTG ou CTB	Cardiotocografia Basal
CU	Cateter umbilical, a depender do contexto.
CU	Cicatriz umbilical, a depender do contexto.
CV	Capacidade Vital
CVC	Cateter Venoso Central
CVE	Cardioversão Elétrica
CVF	Capacidade Vital Forçada
CVU ou CU	Cateter Venoso Umbilical
cx	caixa
d	dias

D (seguido de número)	Dia de medicação
D	Direito, relacionado a lateralidade.
DB	Descompressão Brusca
DBP	Displasia Broncopulmonar
DC	Débito Cardíaco
DD	Decúbito Dorsal
DDAVP	Desmopressina
DEA	Desfibrilador Elétrico Automático
Dextro	Dextrose - Relativo a glicemia capilar
DFP	Dependência Funcional Plena
DFPa	Dependência Funcional Parcial
dg	Drágea
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DHRN	Doença Hemolítica do Recém Nascido
DI	Dia de Internação
DIAS.T.	Diastólica
DIH	Dia de Internação Hospitalar
DIP	Doença Inflamatória Pélvica, a depender do contexto.
DIP	Doença Infecto parasitária, a depender do contexto.
DIU	Dispositivo Intrauterino
DLD	Decúbito Lateral Direito
DLE	Decúbito Lateral Esquerdo
DLP	Dislipidemia
DM 1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM 2	Diabetes Mellitus tipo 2
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DN	Data de Nascimento
DNA	Ácido Desoxiribonucleico
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
DNVe	Distúrbio Neurovegetativo
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
Dobuta	Dobutamina
Dopa	Dopamina
DP	Diálise Peritoneal
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPP	Descolamento Prematuro da Placenta, a depender do contexto.
DPP	Data Provável do Parto, a depender do contexto.
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DU	Dinâmica Uterina, a depender do contexto.
DU	Débito Urinário, a depender do contexto.
DUM	Data da Última Menstruação
DV	Decúbito Ventral
DVA	Droga vasoativa

DVE	Derivação Ventricular Externa
DVP	Derivação Ventrículo Peritoneal
E	Esquerdo, relacionado a lateralidade.
E/I	Estatura por Idade
EB	Exercícios de Balanço
EBS	Eercícios na Bola Suíça
EC	Exercícios de Cócoras
EP	Escalda Pés
EA	Evento Adverso, a depender do contexto.
EAO	Estenose Aórtica
EAP	Edema Agudo de Pulmão
EBP	Extremo Baixo Peso
EBV ou VEB	Vírus <i>Epstein-Barr</i>
ECG	Eletrocardiograma, relativo ao exame.
ECG	Escala de Coma de Glasgow, relativa ao exame de nível de consciência.
ECN	Enterocolite Necrosante / Enterocolite Necrotisante
ECO ou ECO TT	Ecocardiograma transtorácico
ECO TE	Ecocardiograma transesofágico
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
EED	Esofagogastroduodenoscopia
EEG	Eletroencefalograma
EF	Exame Físico
EHI	Encefalopatia Hipóxia-Isquêmica
EIC	Espaço Intercostal
EIM	Erro Inato do Metabolismo
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
EM	Estenose Mitral
EME	Estado de Mal Epilético
EMLD	Episiotomia Médio Lateral Direita
ENMG	Eletroneuromiografia
env	Envelope
EOA	Emissão Otoacústica
EOAPD	Emissão Otoacústica Evocadas por Produto de Distorção
EOAT	Emissão Otoacústica Transientes
EOT	Entubação Orotraqueal
EP	Embolia Pulmonar, a depender do contexto.
EP	Estenose Pulmonar, a depender do contexto.
EPISIO	Episiotomia
EPISIOR	Episiorrafia
ERVB	Exploração Radiológica de Vias Biliares
ESF RESP	Esforço Respiratório
ESV	Extrassístole Ventricular
ESSV	Extrassístole Supra Ventricular
EtCO2	CO2 Expirado Final / Capnografia
ETO	Esterilização por oxido de etileno
EV	Endovenoso (a)

EVA	Escala Visual Analógica
Ex.	Exame(s)
Exerc.	Exercícios
EXSO	Exsanguineotransusão
Exp	Expiração, a depender do contexto.
Exp	Expansão, a depender do contexto.
Ext.	Extremidades
FA	Fibrilação Atrial
FAB	Ferimento por arma branca
FAF	Ferimento por arma de fogo
FANT	Fontanela Anterior Normotensa
FAP	Fator de Ativação Plaquetária
FAV	Fístula Arteriovenosa
FC	Frequência Cardíaca
FD	Flanco Direito
FE	Flanco Esquerdo
FENTA	Fentanil
FEVD	Fração de Ejeção do Ventrículo Direito
FEVE	Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
FID	Fossa Ilíaca Direita
FIE	Fossa Íliaca Esquerda
FIO2	Fração Inspiratória de Oxigênio
FISIOT	Fisioterapia
FI	Flaconete
Flebo	Flebotomia
FLS	Fezes Líquidas Sanguinolenta
FMMI	Força Muscular dos Membros Inferiores
FMMS	Força Muscular dos Membros Superiores
FO	Fundo de Olho, a depender do contexto.
FO	Ferida Operatória, a depender do contexto.
FONO	Fonoaudiologia
FOP	Forame oval patente
FP	Fezes Pastosas
fr ou FR	Frasco, a depender do contexto
FR	Frequência Respiratória
Fr-amp ou FA	Frasco-ampola
FRIC CIS Q	Fricção e Cisalhamento - Relativo ao Braden - Q
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
FSL	Fezes Semi-líquidas
FSP	Fezes Semi-pastosas
FV	Fibrilação Ventricular
g	Grama(s)
Gesta	Número de Gestações
G-	Gram Negativo
G+	Gram Positivo
Gas	Gasometria

GB	Glóbulos Brancos
GDP	Gastroduodenopancreatectomia
GECA	Gastroenterocolite Aguda
GI	Gastrointestinal
GIG	Grande para Idade Gestacional
g/Kg/PI	gramas por quilo de peso ideal
g/Kg/PA	gramas por quilo de peso atual
Glic.	Glicose
GO	Ginecologia e Obstetrícia
GPCA	Gesta Para Cesárea Aborto - Indicando a quantidade de gestações, partos, cesáreas e abortos
Gran	Granulócitos
Gran. Tóx.	Granulações tóxicas
gt(s)	Gota (s)
GTM	Gastrostomia
GV	Globulos Vermelhos
GVC	Gasometria Venosa Central
h	Hora(s)
H+ ou H2	Hidrogênio
H1N1	Vírus Influenza H1N1
H2O	Água
H3N2	Vírus Influenza H3N2
HAC	Hipertensão Arterial Crônica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HAP	Hipertensão Arterial Pulmonar
Hb	Hemoglobina
HB	Hepatite B
HBPM	Heparina de Baixo Peso Molecular
HBsAg	Antígeno de Superfície para Hepatite
HBV	Vírus da Hepatite B
HC	Hospital do Coração
HCM	Hemoglobina Corpuscular Média
HCO3-	Bicarbonato
HCV	Vírus da Hepatite C
HD	Hipocôndrio Direito, a depender do contexto.
HD	Hemodiálise, a depender do contexto.
HD	Hipótese Diagnóstica, a depender do contexto.
HDA	Hemorragia Digestiva Alta, a depender do contexto.
HDA	História da Doença Atual, a depender do contexto.
HDB	Hemorragia Digestiva Baixa
HDF	Hemodiafiltração
HDI	Hemodiálise Intermitente
HDP	História de doença pregressa
HE	Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King
HE	Hipocôndrio Esquerdo
HF	Hemofiltração, a depender do contexto.

HF	História Familiar, a depender do contexto.
HG	Hipertensão gestacional
HGT	Hemoglicoteste ou glicemia capilar
HIC	Hipertensão Intracraniana
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HM	Hemorragia Meningea
HMC	Hemocultura
HMD	Hemodinamicamente
HP	Hipertensão Pulmonar
HPB	Hiperplasia prostática benigna
HPIV	Hemorragia Peri e Intraventricular
HPP	Hipertensão Pulmonar Persistente
HPV	Papilomavírus Humano
HSA	Hemorragia subaracnóide
HSD	Hematoma subdural
HSDD	Hematoma Subdural Direito
HSDE	Hematoma Subdural Esquerdo
Ht	Hematócrito
HTA	Histerectomia Total Abdominal
HTXD	Hemitórax Direito
HTXE	Hemitórax Esquerdo
HTLV-1 e HTLV-2	Vírus T Linfotrópicos Humanos 1 ou 2
HTV	Histerectomia Total via Vaginal
HTX	Hemitórax
HU	Hospital Universitário
HV	Hospital da Vida
HAV	Vírus da Hepatite A
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HDV	Vírus da Hepatite D
HEV	Vírus da Hepatite E
HVD	Hipertrofia Ventricular Direita
HVE	Hipertrofia Ventricular Esquerda
I	Inferior
I:E	Inspiração: Expiração
I/E	Relação inspiratória / expiratória
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAO	Insuficiência Aórtica
IC	Insuficiência Cardíaca, a depender do contexto.
IC	Índice Cardíaco, a depender do contexto.
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICHS	Hormônio Estimulante das Células Intersticiais
ICo	Insuficiência Coronariana
ICO	Insuficiência Cardíaca Obstrutiva
ICS	Infecção de Corrente Sanguínea
ID	Intradérmica(o)

IECA	Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina
IIA	Infecção intra amniótica
Ig	Imunoglobulina. Admitido seguido das letras dos diversos tipos: IgG, IgM, IgA e IgE
IG	Idade Gestacional (semanas e dias)
IGc	Idade Gestacional Corrigida
IGHB	Imunoglobulina Anti-Hepatite B
IH	Internação Hospitalar, a depender do contexto.
IH	Infecção hospitalar, a depender do contexto.
IIC	Incompetência istmo cervical
ILA	Índice Líquido Amniótico
IM	Insuficiência Mitral, a depender do contexto.
IM	Intramuscular, a depender do contexto.
IMC	Índice de Massa Corpórea
IMC/I	Índice de Massa Corporal por Idade
IML	Instituto Médico Legal
IMS	Insuficiência Mitral Severa
IMV	Ventilação Mandatória Intermitente
Inal.	Inalatória
Insp	Inspiração
INSUL	Insulina
IOT	Intubação Orotraqueal
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRpA	Insuficiência Respiratória Aguda
IRPM	Incurções respiratórias por minuto
IRC	Insuficiência Renal Crônica
ITU	Infecção do Trato Urinário
IVAS	Infecção de Vias Aéreas Superiores
IVD	Insuficiência Ventricular Direita
JD / VJD	Veia Jugular Direita
JE / VJE	Veia Jugular Esquerda
K ou K ⁺	Potássio
Kcal	Quilocaloria (s)
KCl	Cloreto de Potássio
Kg	Quilograma (s)
Km	Quilômetro
KMNO4	Permanganato de Potássio
L	Litro
LA	Líquido Amniótico
Lab	Laboratório
LACCG	Líquido Amniótico Claro Com Grumos
LACSG	Líquido Amniótico Claro Sem Grumos
LAM	Líquido Amniótico Meconial
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
Leuc.	Leucócitos

LH	Linfoma de Hodking
LHO	Leite Humano Ordenhado
LHOP	Leite Humano Ordenhado e Pasteurizado
LID	Lobo inferior Direito
LIE	Lobo inferior Esquerdo
LIP	Lipideos
LIQ	Líquido
LLA	Leucemia Linfóide Aguda
LLC	Leucemia Linfóide Crônica
LM	Leite Materno
LMA	Leucemia Mielóide Aguda
LMC	Leucemia Mielóide Crônica
LNH	Linfoma Não Hodking
LOTE	Lúcido (a) e orientado (a) em tempo e espaço
LP ADMISS	Lesão por pressão presente na admissão
LP SETOR	Lesão por pressão presente desenvolvida no setor
LSD	Lobo superior Direito
LSE	Lobo superior Esquerdo
LTB	Ligadura Tubária Bilateral
M	Manhã
m	Metro (s)
m ² ou M2	Metro Quadrado
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MAT/MED	Materiais (insumos hospitalares) e Medicamentos
MAV	Medicamento de Alta Vigilância, a depender do contexto
MAV	Má formação ateriovenosa, a depender do contexto
MBP	Muito Baixo Peso
mcg ou Mcg	Micrograma(s)
MCPM	Medicado conforme prescrição médica
MDR	Multidrogarresistente
ME	Morte Encefálica
Med ou Medic.	Medicação
MEG	Mau Estado Geral
mEq	Miliequivalente(s)
mEq/l	Miliequivalente por litro
Meta	Metástases
MF	Movimento Fetal
mg	Miligrama (s)
mg/dl	Miligrama por decilitro
mg/m ³	Miligramas por metro cúbico
Mg ou Mg ⁺⁺	Magnésio
MHB	Manobra de Higiene Brônquica
MIBI	Cintilografia de perfusão do miocárdio com Tc99m-Sestamibi
MID	Membro Inferior Direito
MIDA	Midazolan
MIE	Membro Inferior Esquerdo

MILRIN	Milrinona
min	Minuto(s)
ml ou mL	Mililitro(s)
mm	Milímetro(s)
MMBP	Muito Muito Baixo Peso
mmHg	Milímetro(s) de Mercúrio
MMII	Membros inferiores
MMSS	Membros Superiores
MOBILIDADQ	Mobilidade Q: capacidade de mudar de posição
MOE	Movimentos Oculares Extrínsecos
MOLA HIDAT	Mola Hidatiforme
mOsm	Miliosmol
MP	Marcapasso
MPD	Marcapasso definitivo
MPG	Mobilização Passiva Global
mpm	Movimentos por Minuto
MPP	Marcapasso provisório
MPP	Medicamento Potencialmente Perigoso, a depender do contexto
MR	Multirresistente
MRP	Manobra de Reexpansão Pulmonar
MRSA	Staphylococcus aureus resistente a Meticiclina ou Staphylococcus aureus resistente a oxacilina
MS	Multissensível
MSD	Membro Superior Direito
MSE	Membro Superior Esquerdo
MTN	Manhã, tarde, noite
Multi-R	Multirresistente
MV	Murmúrio (s) Vesicular (es)
MV+	Murmúrio vesicular presente
MV+ sem RA	Murmúrio Vesicular presente sem ruído adventício
N	Não
N	Noite
N2O	Óxido Nitroso
NA	Não se aplica
Na ou Na ⁺	Sódio
NaCl	Cloreto de Sódio
Nasc.	Nascimento
NBZ	Nebulização
ndn	Nada Digno de Nota
NE	Nutrição Enteral
neg	Negativo
Neo	Neonatal, a depender do contexto.
Neo	Neoplasia, a depender do contexto.
NG	Nasogástrica
Ng ou ng	Nanograma(s)
N-IPPV	Ventilação nasal com pressão positiva intermitente

NI ou ni	Normal
NO	Óxido Nítrico
nº ou Num	Número
Nora	Noradrenalina
NP	Nutrição parenteral
NPH	Insulina tipo Neutral Protamine Hagedorn
NPP	Nutrição Parenteral Parcial
NPT	Nutrição Parenteral Total
NTG	Nitroglicerina
NV	Nascido vivo
O2	Oxigênio
Obs	Observação
°c	Grau Celsius
OMA	Otite Média Aguda
OT	Otológico
OTD	Occipitotransversal Direta (Posição Fetal)
OXI	Oxigenoterapia
P	Pulso, a depender do contexto
P	Paridade, relativo ao número de partos.
P	Peso, a depender do contexto
P1	Referente à unidade de internação - Clínica Pediátrica
P2	Referente à unidade de internação - Clínica Cirúrgica
P3	Referente à unidade de internação - Clínica Médica
P4	Referente à unidade de internação - Clínica Médica
P ⁻	Fósforo, sendo também admitido como equivalente: PO4 ⁻ (Fosfato)
P/E	Peso por Estatura
P/I	Peso e Idade
PAFO	Presença do Acompanhante na Fisioterapia Obstétrica
PS	Pressão de Suporte
PA	Pressão Arterial
P-A	Pósterio-anterior
PAAF	Punção Aspirativa com Agulha Fina
PAC	Pneumonia Adquirida na Comunidade
PaCO2	Pressão Parcial de Dióxido de Carbono
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAGO	Pronto Atendimento da Ginecologia e Obstetrícia
PAI	Pressão Arterial Invasiva
PAM	Pressão Arterial Média
PANI	Pressão Arterial Não Invasiva
PaO2	Pressão Parcial de Oxigênio no sangue arterial
PAP	Pressão Arterial Pulmonar
Para	Paridade, relativo ao número de partos.
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAV ou PAVM	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PBE	Peritonite Bacteriana Espontânea
PC	Paralisia cerebral, a depender do contexto.

PC	Perímetro Cefálico, a depender do contexto.
PC	Parto Cesário, a depender do contexto.
PCA	Persistência do Canal Arterial
PCont	Pressão Controlada
PCP	Pressão Capilar Pulmonar
PCR	Parada Cardiorrespiratória, a depender do contexto.
PCR	Proteína C Reativa, a depender do contexto.
pct	pacote
pcte	Paciente
PDAP	Pressão Diastólica da Artéria Pulmonar
PE	Papilotomia Endoscópica
PEEP	Positive Expiratory End Pressure - Pressão Positiva do Fim da Expiração
PEFR	Pico da Frequência de Fluxo Expiratório
PELE INT/INTEG	Pele Íntegra na Admissão do Setor
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PERCEÇÃOQ	Percepção Q Sensorial: capacidade de aliviar a pressão
PERF TISS	Perfusão Tissular e Oxigenação
PA	Peso Atual
PE	Peso Estimado
PH	Peso Habitual
PS	Peso Seco
PFC	Plasma Fresco Congelado
pH	Potencial de Hidrogenio Iônico
PI	Pressão Invasiva
PIC	Pressão Intracraniana
PICC	Peripherally Inserted Central Catheter - Cateter Central de Inserção Periférica
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PInsp	Pressão Inspiratória
PIP	Pico de pressão inspiratória
PKU	Fenilcetonúria
Plaq	Plaquetas
PMAP	Pressão Média da Artéria Pulmonar
PMT	Prematuridade
PMV	Para Manter Veia (acesso venoso)
PN	Parto Normal
PNM	Pneumonia
Pneumo	Pneumologista
PNI	Pressão Não Invasiva
PO	Pós operatório
pO2	Pressão de Oxigênio
POAE	Posição Occipito Anterior Esquerda (do Feto no Útero)
POI	Pós-Operatório Imediato
POT	Pós-Operatório Tardio
PP	Placenta Prévia
PPaCO2	Pressão Parcial de Dióxido de Carbono em Sangue Arterial
PPC	Pressão de Perfusão Cerebral

PPCO2	Pressão Parcial de Gás Carbônico
PPD	Teste Tuberculínico
PPI	Pico de Pressão Inspiratória
PPO2	Pressão Parcial de oxigênio
PRISM	Pediatric Risk of Mortality - Escore de avaliação de risco de mortalidade pediátrica
PRN	Poliradiculoneurite
PROPOF	Propofol
OS	Ordem de Serviço
PSA	Posto de Suporte Ambulatorial, relativo a lugar.
PSAP	Pressão Sistólica da Artéria Pulmonar
PSICO	Psicologia
PT	Perímetro torácico
PTI	Púrpura Trombocitopênica Idiopática
PTM	Pressão Transmembrana
Ptn	Proteínas
Ptn T	Proteína Total, relativo a exame.
PTT	Púrpura Trombocitopênica Trombótica
PVHA	Pessoa vivendo com HIV/AIDS
PVC	Pressão Venosa Central
PVPI	Iodopovidona
QD	Queixa e Duração
QID	Quadrante Inferior Direito
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo
QRS	Complexo QRS do Eletrocardiograma
QSD	Quadrante Superior Direito
QSE	Quadrante Superior Esquerdo
QP	Queixa Principal
QT	Intervalo QT do Eletrocardiograma
QT	Quimioterapia
RA	Ruídos Adventícios
RAA	Reumatismo Articular Agudo
RCD	Rebordo Costal Direito
RCE	Rebordo Costal Esquerdo
RCI	Ritmo Cardíaco Irregular
RCIU	Restrição do Crescimento Intrauterino
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
RCR	Ritmo Cardíaco Regular
RDW	Sigla em Inglês para: Medida da dispersão do volume dos eritrócitos
REG	Regular Estado Geral
REOP	Reoperação
RESERV ALD	Reserva - Aldeia
RFM	Reflexo Foto Motor
RG	Resíduo Gástrico
RH	Restrição hídrica
Rh	Fator Rhesus - fator Rh
RH	Recursos Humanos

RHA	Ruído (s) Hidroáereo (s)
RINN	Risco de Infecção Neonatal
RJ	Ritmo Juncional
RL	Ringer Lactato
RM	Resvascularização do Miocárdio
RN	Recém-Nascido
RN NM	Recém-Nascido Natimorto
RN NV	Recém-Nascido Nascido vivo
RNC	Rebaixamento do nível da consciência
RNI ou INR	Índice Internacional Normalizado, também conhecido como Razão Normalizada Internacional
RNM ou RM	Ressonância Nuclear Magnética
RNPT	Recém-nascido(s) pré-termo(s)
RNPTBP	Recém-nascido(s) pré-termo(s) Baixo Peso
RNPTMBP	Recém-nascido(s) pré-termo(s) Muito Baixo Peso
RNT	Recém Nascido Termo
RNTBP	Recém-nascido(s) Termo(s) Baixo Peso
RNTMBP	Recém-nascido(s) Termo(s) Muito Baixo Peso
ROP	Retinopatia da Prematuridade
RPA	Recuperação Pós Anestésica
rpm	Respiração por Minuto
RPMO	Ruptura prematura de membranas ovulares
RS	Ritmo Sinusal
RT	Radioterapia
RTU	Ressecção Transuretral
RV	Reflexo vermelho
s	semanas
S	Sim
S	Superior
S ANTIOFID	SORO ANTIOFÍDICO
S/N	Se necessário
S/ RHA	Sem Ruídos Hidroaéros
S/ VCM	Sem Visceromegalias
SAA	Sistema Aberto Aspiração
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAHOS	Síndrome de Apnéia/Hipopnéia Obstrutiva do Sono
SAM	Síndrome de Aspiração Meconial
SANG GENG	Sangramento gengival
SaO2 ou SatO2	Saturação Arterial de Oxigênio
SARA	Síndrome da Angustia Respiratória Aguda
Sat	Saturação
Sat.VO2	Saturação Venosa de Oxigênio
SatPO2	Saturação Parcial de Oxigênio pela Oximetria de Pulso
SCD	Subclávia Direita
SCE	Subclávia Esquerda

Sd	Síndrome
SDR	Síndrome do Desconforto Respiratório
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
seg	Segundo (s)
SF	Solução Fisiológica / Soro Fisiológico
SFA	Sofrimento fetal agudo, a depender do contexto.
SFA	Sistema Fechado Aspiração, a depender do contexto.
SG	Solução Glicosada / Soro Glicosado
SGF	Solução Glicofisiológica / Soro Glicofisiológico
SHPPRN	Síndrome da Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém-Nascido
SHU	Síndrome Hemolítica Urêmica
SIC	Segundo informações colhidas
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana
SIDS	Síndrome da Morte Súbita Infantil
SIMV	Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada
SIRS	Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
SK	Estreptoquinase
SL	Sublingual
SM	Seio Materno
SMH	Síndrome da Membrana Hialina
SMNS	Síndrome da Morte Neonatal Súbita
SNAPE	Score for Neonatal Acute Physiology – Perinatal Extension
SNC	Sistema Nervoso Central
SNE	Sonda Nasoenteral
SNG	Sonda Nasogastrica
SN-IPPV	Ventilação com Pressão Positiva Intermitente Nasal Sincronizada
SO	Sala de Operação
SOE	Sonda Oroenteral
SOG	Sonda Orogástrica
Sol	Soluções
SOPC	Síndrome do Ovário Policístico
SP	Sala de Parto
SpO2	Saturação Periférica de Oxigênio
SRA	Síndrome Respiratória Aguda
SRPA	Sala de recuperação pós anestésica
SSIADH	Síndrome Secreção Inapropriada do Hormônio Anti-diurético
SSVV	Sinais Vitais
STP	Soroterapia
SUSP/Susp.	Suspensão
SVA	Sonda/Sondagem Vesical de Alívio
SvcO2	Saturação Venosa Central de Oxigênio
SVD	Sonda/ Sondagem Vesical de Demora
SvO2	Saturação de Oxigênio da Artéria Pulmonar
T	Tarde
T	Temperatura
T4F	Tetralogia de Fallot

TA	Taquicardia Atrial
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
TAP	Taquicardia Atrial Paroxística
Tax	Temperatura axilar
TB	Tuberculose
TC	Tomografia Computadorizada
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TE	Teste de Esforço
TEA	Transtorno do Espectro Altista
TEC	Tempo de Enchimento Capilar
TEG	Transição esôfago-gástrica
Temp	Temperatura
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TERBUT	Terbutalina
TEV	Tromboembolismo Venoso
TExp	Tempo Expiratório
TI	Tempo Inspiratório
TIC	Tiragem Intercostal
Tinsp	Tempo Inspiratório
TIOPEN	Tiopental
TMO	Transplante de Medula Óssea
TN	Terapia nutricional
TNE	Terapia nutricional enteral
TO	Terapia Ocupacional
TOP	Tópico
TORCHS	Toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis
TOT	Tubo Orotraqueal
TP	Trabalho de Parto
TPM	Tensão Pré-Menstrual
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
TPSV	Taquicardia paroxística supraventricular
TQ	Traquéia
TQT ou traqueo	Traqueostomia
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
TRM	Trauma raquimedular
TRO	Terapia de reidratação oral
TRR	Time de Resposta Rápida
TS	Taquicardia sinusal
TSV	Taquicardia Supraventricular
TTRN	Taquipneia Transitória do Recém-nascido
TU ou Tu	Tumor
TV	Taquicardia Ventricular
TV	Toque vaginal
TVAO	Troca da Válvula Aorta
TVM	Troca de Válvula Mitral
TVP	Trombose Venosa Profunda

U	Unidade
Ur	Uréia
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UF	Ultrafiltração
UFC/ml	Unidade Formadora de Colônia por mililitro
UI	Unidade Internacional
UK	Uroquinase
UMIDADEQ	UMIDADEQ: exposição da pele a umidade
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
V/Q	Ventilação/Perfusão
VAA	Via Aérea Artificial
VAC	Volume de Ar Corrente
VAF	Ventilação de Alta Frequência
VAFO	Ventilação de Alta Frequência Oscilatória
VAPSV	Ventilação com Pressão de Suporte e Volume Garantido
VAS	Vias Aéreas Superiores
VC	Volume Corrente
VCM	Volume Corpuscular Médio
VCS	Veia Cava Superior
VCI	Veia Cava Inferior
VCT	Valor Calórico Total
VD	Ventrículo Direito
VDF	Volume Diastólico Final
VE	Ventrículo Esquerdo
VF	Veia Femural
VIG	Velocidade Infusão Glicose
VJ	Veia Jugular
VM	Volume Minuto
VM	Ventilação Mecânica
VMA	Ventilação Mecânica Assistida
VMC	Ventilação Mecânica Controlada
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VMNI	Ventilação Mecânica Não Invasiva
VNI	Ventilação não invasiva
VO	Via Oral
vol	Volume
VP	Veia Periférica
VPA	Visita Pré Anestésica
VPM	Ventilação pulmonar mecânica
VPP	Ventilação com Pressão Positiva
VPPI	Ventilação com Pressão Positiva Intermitente
VR	Via Retal
VR	Volume Residual
VRI	Volume Reserva Inspiratória



VS	Via sonda
VS	Volume Sistólico
VSC	Veia subclávia
VSR	Vírus Sincicial Respiratório
VV	Via vaginal
x	Vezes
XP	Xarope
ZK	Zona de Kramer