

POP

HUAB-UFRN/EBSERH

PADRONIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE COMUNICAÇÃO DE ACHADOS CRÍTICOS NA UDIDE

Versão: 1 | 2024



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



1. OBJETIVO

Definir e estabelecer um fluxo de comunicação entre profissionais de saúde da **Unidade de Diagnóstico por Imagem e Diagnóstico Especializados (UDIDE)**, equipe de técnicos (as) em radiologia, médicos (as) radiologistas, médicos (as) ultrasonografistas, no que se refere a resultados críticos de pacientes internados e externo no **Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB)**.

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

2.1 Definições

Para efeito deste Procedimento Operacional Padrão (POP) aplica-se a seguinte definição:

- Confirmação de Identificação do paciente por diferentes parâmetros - **NOME, DATA DE NASCIMENTO, NOME DA MÃE;**
- Resultado crítico: valor de exame que representa um estado fisiopatológico de risco à vida do paciente, podendo haver necessidade de resposta e conduta imediata do médico para com seu paciente, evitando agravamento do quadro clínico.
- Comunicação de resultado crítico: é o processo pelo qual os profissionais de saúde são alertados imediatamente a respeito de resultados potencialmente fatais para o paciente, realizado de forma oportuna, precisa, completa e inequívoca. Este procedimento é essencial para garantir cuidados médicos adequados e prevenir efeitos adversos causados por atrasos no tratamento.

2.2 Antes Da Oficialização Da Comunicação

Proceder a identificação do paciente conforme o Protocolo de Identificação de Paciente do **Hospital Universitario Ana Bezerra (HUAB)**.

- Verificar o histórico do paciente e se possui resultado crítico recente, se já foi comunicado e se há necessidade de nova comunicação.
- Situações não contempladas neste documento, mas que sejam relevantes para auxiliar no diagnóstico/acompanhamento do quadro do paciente, devem ser comunicadas e registradas.
- Condutas inadequadas podem ser mais prejudiciais do que a falta de comunicação do resultado crítico.

2.3 Informações Complementares Sobre Comunicação De Resultados Críticos

- O processo de notificação deve utilizar um sistema de comunicação ativo.
- Na impossibilidade de contato ou localização do médico assistente ou de um membro de

sua equipe, o paciente deve ser encaminhado ou orientado a procurar um serviço médico de emergência.

- O registro de comunicação deve ser arquivado por um período de 5 anos.

2.4 Pacientes Internados

- Realizar comunicação ativa com setor onde o paciente está internado;
- Deve-se manter um registro interno (livro de ocorrência) que identifique a comunicação com informações de data, hora, o resultado crítico, o número de cadastro do paciente, o nome do profissional que fez a comunicação e o nome do profissional que recebeu a comunicação.
- Liberar o exame por meio de algum dos seguintes meios: Pacs, Cds, Dvds, impresso ou digital, com resultados devidamente confirmados;

2.5 Pacientes Externo Atendidos No Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB).

- Realizar comunicação ativa com setor, médico solicitante ou diretamente com o paciente/responsável pelo paciente, informando sobre a necessidade de apresentar o exame com urgência.
- Na impossibilidade de contato ou localização do médico assistente ou de um membro de sua equipe, o paciente deve ser encaminhado ou orientado a procurar um serviço médico de emergência.
- Liberar o exame por meio de algum dos seguintes meios: Pacs, Cds, Dvds, impresso ou digital, com resultados devidamente confirmados;
- Deve-se manter um registro interno (livro de ocorrência) que identifique a comunicação com informações de data, hora, o resultado crítico, o número de cadastro do paciente, o nome do profissional que fez a comunicação e o nome do profissional que recebeu a comunicação.

2.6 O Parecer CFM Nº 20/2019

Aborda a Comunicação de resultados de exames complementares ao médico assistente. Os serviços de radiologia e diagnóstico por imagem e métodos gráficos devem adotar protocolos de comunicação de achados em exames classificados como emergenciais, urgentes ou inesperados.

A). Em quais situações a notificação deve ser feita?

Resposta: Sempre que identificados achados clínicos ou radiológicos que ameacem a vida do paciente ou possam demandar ações clínicas emergenciais ou urgentes.

B). Há obrigatoriedade de notificar o médico assistente sob reexames em regime ambulatorial, com resultados disponibilizados prontamente aos médicos solicitantes, através de sistema informatizado? E em que tipo de situação clínica essa notificação deve ocorrer?

Resposta: A comunicação deve ser feita independente da origem do paciente, de ambulatório, emergência ou internação. A liberação do laudo em sistema informatizado não isenta o radiologista da obrigação da comunicação, sempre que o caso se enquadrar na resposta da questão A.

C). A quem caberia avaliar em quais situações clínicas em concreto a notificação deve ser feita.

Resposta: Cabe ao médico responsável pela elaboração do laudo e identificação da alteração, conforme nível I e II descritos abaixo, garantir que o médico assistente do paciente seja devidamente comunicado.

2.7 Da Conclusão

O registro definitivo de um exame de imagem é o laudo final emitido pelo médico do serviço. Porém, determinados achados podem requerer atendimento em emergência ou urgência, exigindo comunicação adicional, fora da rotina estabelecida.

A comunicação é um componente crítico na medicina e especialmente importante em radiologia e diagnóstico por imagem e métodos gráficos.

Os serviços de diagnóstico por imagem devem adotar protocolos de comunicação que assegurem, ao ser identificado exame com resultados críticos ou inesperados, que o médico assistente do paciente receba esta informação com a brevidade e a eficácia que o caso requeira. O mesmo cuidado se deve ter para achados discrepantes em relação a uma interpretação anterior.

Toda comunicação realizada deve respeitar a confidencialidade do paciente. As imagens e os laudos constituem informações confidenciais do paciente e devem ser tratadas de acordo, sendo responsabilidade dos dirigentes do serviço e de todos os funcionários, incluindo radiologistas, garantir a privacidade do paciente. Isso inclui a instituição de regulamentação apropriada dos procedimentos para liberação dos exames para terceiros.

O protocolo deve ser ajustado e considerado para os diversos métodos de exames oferecidos pelos serviços de radiologia e diagnóstico por imagem: radiologia geral, intervencionista e especializada, tomografia computadorizada, ressonância magnética, mamografia e ultrassonografia nas suas diversas modalidades.

2.8 Níveis De Achados

Os protocolos de comunicação de achados críticos ou inesperados devem ser divididos em dois níveis, I e II, nos seguintes termos:



NÍVEL I

Achados radiológicos críticos/emergenciais

- A comunicação do achado deve ser feita em até uma hora após a elaboração do laudo.
- O radiologista que emitir o relatório é responsável por entrar em contato com o médico assistente do paciente ou um membro de sua equipe, informando-o sobre o resultado.
- O contato deve ser feito pessoalmente ou por telefone.
- A comunicação deve ser documentada no prontuário, e se possível no relatório, com registro de data, hora e quem recebeu a informação.
- Na impossibilidade de contato ou localização do médico assistente ou de um membro de sua equipe, o paciente deve ser encaminhado ou orientado a procurar um serviço médico de emergência.

Exemplos de diagnósticos (não exclusivos) que se enquadram no nível I:

- Pneumotórax hipertensivo;
- Acidente vascular cerebral;
- Compressão medular;
- Dissecção arterial;
- Gravidez ectópica rota;
- Fratura instável de coluna
- Erro de posicionamento de tubo, sonda e cateter etc.

NÍVEL II

- Achados radiológicos urgentes que requerem atenção em curto prazo.
- A comunicação deve ser feita em até três horas após a elaboração do laudo.
- O radiologista que emitir o relatório é responsável por entrar em contato com o médico assistente do paciente ou um membro de sua equipe, informando-o sobre o resultado.

- O contato deve ser feito pessoalmente ou por telefone.
- A comunicação deve ser documentada no prontuário, e se possível no relatório, com registro de data, hora e quem recebeu a informação.

Exemplos de diagnósticos (não exclusivos) que se enquadram no nível II:

- Abscesso abdominal;
- Fratura patológica de colo do fêmur;
- Material ou instrumento cirúrgico retido;
- Dispositivo implantado migrado;
- Gravidez ectópica íntegra etc.

3. FLUXOGRAMA

Incluir o fluxograma de modo a permitir a visualização de todo o fluxo do processo.

4. REFERÊNCIAS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. PRT.SGQVS.001 – Protocolo de Identificação de Paciente. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiaoordeste/hulw-ufpb/aceso-a-informacao/gestao-documental/protocolos/2020-1/sgqvs-setor-degestao-da-qualidade-e-vigilancia-em-saude/prt-sgqvs-01-identificacao-do-paciente-/view>>. Acesso em: 09 de julho de 2021.

FONTE: CFM – Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <<file:///C:/Users/FRAN%20FRAN/Downloads/POP.ULAC.023%20-%20INFORME%20DE%20RESULTADOS%20CR%C3%8DTICOS%20DE%20EXAMES%20E%20COLETA%20PARA%20O%20HULW.pdf>> Acesso em: 08 de outubro de 2022.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	20/06/2024	Versão inicial.

6. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Francisco Raimundo Filho - UDIDE/STMIM/DCDT/GAS Hélio Costa Lins Filho - UDIDE/STMIM/DCDT/GAS	Data: 20/06/2024
Análise Kellynton Diego Dantas de Souza - UDIDE/STMIM/DCDT/GAS	Data: 20/06/2024
Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP	Data: 12/05/2025
Aprovação Kellynton Diego Dantas de Souza - UDIDE/STMIM/DCDT/GAS	Data: 12/05/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.006668/2025-93

Interessado: Francisco Raimundo Filho

CERTIDÃO DE ASSINATURA REFERENTE AO POP.UDIDE.052 - Padronização dos Procedimentos de Comunicação de Achados Críticos na UDIDE – versão 1 (53041943)

<p>Elaboração</p> <p>Francisco Raimundo Filho - UDIDE/STMIM/DCDT/GAS</p> <p>Hélio Costa Lins Filho - UDIDE/STMIM/DCDT/GAS</p>	<p>Data: 20/06/2024</p>
<p>Análise</p> <p>Kellynton Diego Dantas de Souza - UDIDE/STMIM/DCDT/GAS</p>	<p>Data: 20/06/2024</p>
<p>Validação</p> <p>Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP</p> <p>Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP</p>	<p>Data: 12/05/2025</p>
<p>Aprovação</p> <p>Kellynton Diego Dantas de Souza - UDIDE/STMIM/DCDT/GAS</p>	<p>Data: 12/05/2025</p>



Documento assinado eletronicamente por **Francisco Raimundo Filho, Técnico(a) em Radiologia**, em 05/09/2025, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Helio Costa Lins Filho, Técnico(a) em Radiologia**, em 05/09/2025, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kellynton Diego Dantas de Souza, Chefe de Unidade**, em 09/09/2025, às 10:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Franciane Carla de Souza Bento, Assistente Administrativo**, em 09/09/2025, às 15:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **53042103** e o código CRC **069BA03F**.
