

**ADMISSÃO,
ACOMPANHAMENTO
E ALTA DE PACIENTE
COM LESÕES DE PELE**

POP.CCP.001

V.1



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.CCP.001 – Página 2/9	
Título do Documento	ADMISSÃO, ACOMPANHAMENTO E ALTA DE PACIENTE PELA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE	Emissão: 08/11/2023	Próxima revisão: 08/11/2025
		Versão: 1	

1. OBJETIVOS

- Padronizar as condutas de admissão, acompanhamento e alta de paciente com lesão de pele, nas unidades assistenciais do HUJB, assistidos pela Comissão de Cuidados com a Pele (CCP);
- Otimizar a admissão do paciente sistematizando o atendimento;
- Proporcionar acolhimento e segurança ao longo do acompanhamento das lesões de pele.

2. MATERIAL

- Computador conectado à internet e habilitado a acessar o AGHU;
- Etiqueta de identificação e acompanhamento da lesão (Anexo 1);
- Ficha de admissão/avaliação e acompanhamento da lesão (Anexo 2);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 3);
- Ficha de orientações de alta da Comissão de Cuidados com a Pele (Anexo 4);
- Régua de mensuração da lesão;
- Impressora;
- Telefone;
- Aparelho fotográfico.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1 Admissão do paciente com lesão de pele

- O Enfermeiro da unidade assistencial deverá formalizar a solicitação de parecer através do preenchimento no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU);
- O Enfermeiro da unidade assistencial deverá realizar a notificação no VIGIHOSP de todas as lesões admitidas na unidade hospitalar;
- O enfermeiro da unidade assistencial deverá acionar a CCP, informando sobre a solicitação de parecer;

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.CCP.001 – Página 3/9	
Título do Documento	ADMISSÃO, ACOMPANHAMENTO E ALTA DE PACIENTE PELA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE	Emissão: 08/11/2023	Próxima revisão: 08/11/2025
		Versão: 1	

- A CCP atenderá os pacientes nos dias úteis da semana, no período de 7h às 13h, conforme artigo nº 22 do regimento interno da CCP;
- A avaliação acontecerá em tempo otimizado, com prazo máximo de 48 horas, salvo caso membros da comissão estiverem envolvidos em outras atividades;
- Os membros da CCP se organizarão em equipes conforme disponibilidade de tempo e características da lesão e da unidade solicitante para realizar o atendimento ao paciente;
- A CCP realizará, junto ao enfermeiro assistencial da unidade, a avaliação da ferida, preenchendo a ficha de admissão/avaliação (Anexo 2);
- Será solicitado ao paciente a assinatura do TCLE para registro fotográfico da lesão (Anexo 03);
- A CCP realizará a mensuração da lesão e o registro fotográfico;
- A CCP decidirá, junto ao enfermeiro assistencial da unidade, sobre o plano de cuidados a ser implementado, com escolhas de cobertura disponíveis e indicadas;
- A CCP padronizará a realização do curativo, incluindo a utilização externa de etiqueta de identificação e acompanhamento da lesão (Anexo 1);
- A CCP pactuará com o enfermeiro assistencial da unidade a próxima visita de reavaliação;
- O enfermeiro assistencial que participou da avaliação e definição do plano de cuidados, ficará responsável por compartilhar com a equipe de enfermagem da unidade a conduta elegida para o caso, como forma de garantir o seguimento do plano de cuidados e a continuidade da assistencial;
- Durante o intervalo entre as visitas da CCP, ficará a cargo dos enfermeiros assistenciais a implementação e condução do plano de cuidados programado;
- Em caso de grandes alterações nos aspectos das lesões, a reavaliação da CCP poderá ser antecipada, mediante solicitação do enfermeiro assistencial.

3.2 Acompanhamento do paciente com lesão de pele

- A equipe da CCP realizará o acompanhamento, utilizando ficha de admissão/avaliação e acompanhamento da lesão, a cada visita de reavaliação;
- A equipe da CCP compartilhará o caso com demais membros, esclarecendo sobre os aspectos avaliados, plano de cuidados indicado e a programação da reavaliação;
- Pelo menos um membro da CCP que realizou a avaliação inicial da lesão deverá estar presente nas visitas de reavaliação;

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.CCP.001 – Página 4/9	
Título do Documento	ADMISSÃO, ACOMPANHAMENTO E ALTA DE PACIENTE PELA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE	Emissão: 08/11/2023	Próxima revisão: 08/11/2025
		Versão: 1	

- A alta do paciente da CCP se dará em caso de resolução da lesão de pele e/ou em caso de alta hospitalar;
- A CCP deverá realizar os devidos registros no prontuário eletrônico do paciente no AGHU, nos dias que realizar avaliação e o enfermeiro assistencial realizar diariamente os devidos registros com identificação dos Códigos - 03.01.01.004-8 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA e -04.01.01.001-5 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO.

3.3 Alta do paciente com lesão de pele

- O Enfermeiro da unidade assistencial deverá informar a CCP no caso de alta hospitalar de paciente em acompanhamento.
- Para a alta hospitalar, a CCP elaborará um plano de alta, com plano de cuidados domiciliar e programação de retorno, quando indicado, conforme (Anexo 4).

4. ANEXOS

ANEXO 01 - ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA LESÃO

HUIB		EBSERH	
PACIENTE:		LEITO:	
LOCAL:		DATA:	
COBERTURA:			
SUGESTÃO DE TROCA:			
ASSINATURA/COREN:			

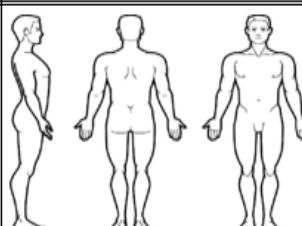
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.CCP.001 – Página 5/9	
Título do Documento	ADMISSÃO, ACOMPANHAMENTO E ALTA DE PACIENTE PELA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE	Emissão: 08/11/2023	Próxima revisão: 08/11/2025
		Versão: 1	

ANEXO 2 - FICHA DE ADMISSÃO/AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA LESÃO



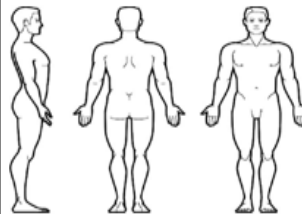
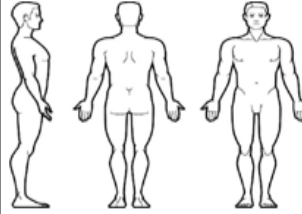
FICHA DE AVALIAÇÃO

Paciente: _____ Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: F M Unidade: _____ Leito: _____ Data: ____/____/____ Horário: ____:____:____

ANAMNESE		
Histórico de doenças crônicas e/ou de base? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> HAS <input type="radio"/> Diabetes Melitus <input type="radio"/> Neoplasias <input type="radio"/> Insuf. Venosa crônica <input type="radio"/> Insuf. Arterial <input type="radio"/> ICC <input type="radio"/> DPOC <input type="radio"/> Outra(s) Qual(is)? _____		
Fatores de Risco: <input type="radio"/> Tabagista <input type="radio"/> Etilista <input type="radio"/> Obesidade <input type="radio"/> Drogas ilícitas <input type="radio"/> Quimioterapia <input type="radio"/> Outro(s) Qual(is)? _____		
Cirurgias ou procedimentos anteriores? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim Qual(is): _____		
Alergia: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Qual? _____		Uso de dispositivos: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Qual(is)? _____
AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA LESÃO		Data: ____/____/____ Horário: ____:____:____
LESÃO 1: Local: _____ Comprimento x largura: _____ Etiologia: <input type="radio"/> Venosa <input type="radio"/> Arterial <input type="radio"/> Mista <input type="radio"/> Hanseníase <input type="radio"/> LP <input type="radio"/> Outra: _____ Leito/Tecido: <input type="radio"/> Epitalização <input type="radio"/> Necrose <input type="radio"/> Granulação <input type="radio"/> Esfacelo <input type="radio"/> Biofilme Quant. de exsudato: <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pouco Tipo de Exsudato: <input type="radio"/> Seroso <input type="radio"/> Purulento <input type="radio"/> Sanguinolento <input type="radio"/> Serosanguinolento <input type="radio"/> Piosanguinolento Borda: <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Hiperqueratose <input type="radio"/> Epibole <input type="radio"/> Macerada Pele Perilesional: <input type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Ressecada <input type="radio"/> Hidratada <input type="radio"/> Descamativa <input type="radio"/> Hiperpigmentada <input type="radio"/> Calos e fissuras	LESÃO 2: Local: _____ Comprimento x largura: _____ Etiologia: <input type="radio"/> Venosa <input type="radio"/> Arterial <input type="radio"/> Mista <input type="radio"/> Hanseníase <input type="radio"/> LP <input type="radio"/> Outra: _____ Leito/Tecido: <input type="radio"/> Epitalização <input type="radio"/> Necrose <input type="radio"/> Granulação <input type="radio"/> Esfacelo <input type="radio"/> Biofilme Quant. de exsudato: <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pouco Tipo de Exsudato: <input type="radio"/> Seroso <input type="radio"/> Purulento <input type="radio"/> Sanguinolento <input type="radio"/> Serosanguinolento <input type="radio"/> Piosanguinolento Borda: <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Hiperqueratose <input type="radio"/> Epibole <input type="radio"/> Macerada Pele Perilesional: <input type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Ressecada <input type="radio"/> Hidratada <input type="radio"/> Descamativa <input type="radio"/> Hiperpigmentada <input type="radio"/> Calos e fissuras	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E PLANO DE CUIDADOS		
Cobertura de escolha	Forma de uso	Período de troca
OUTROS ACHADOS IMPORTANTES E ORIENTAÇÕES REALIZADAS NA CONSULTA: _____		
Assinatura/Coren: _____		

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.CCP.001 – Página 6/9	
Título do Documento	ADMISSÃO, ACOMPANHAMENTO E ALTA DE PACIENTE PELA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE	Emissão: 08/11/2023	Próxima revisão: 08/11/2025
		Versão: 1	



FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA LESÃO		Data: / /	Horário: :
LESÃO 1: Local: _____ Comprimento x largura: _____ Etiologia: <input type="radio"/> Venosa <input type="radio"/> Arterial <input type="radio"/> Mista <input type="radio"/> Hanseníase <input type="radio"/> LP <input type="radio"/> Outra: _____ Leito/Tecido: <input type="radio"/> Epitalização <input type="radio"/> Necrose <input type="radio"/> Granulação <input type="radio"/> Esfacelo <input type="radio"/> Biofilme Quant. de exsudato: <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pouco Tipo de Exsudato: <input type="radio"/> Seroso <input type="radio"/> Purulento <input type="radio"/> Sanguinolenta <input type="radio"/> Serosanguinolenta <input type="radio"/> Piosanguinolenta Borda: <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Hiperqueratose <input type="radio"/> Epibole <input type="radio"/> Macerada Pele Perilesional: <input type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Ressecada <input type="radio"/> Hidratada <input type="radio"/> Descamativa <input type="radio"/> Hiperpigmentada <input type="radio"/> Calos e fissuras	LESÃO 2: Local: _____ Comprimento x largura: _____ Etiologia: <input type="radio"/> Venosa <input type="radio"/> Arterial <input type="radio"/> Mista <input type="radio"/> Hanseníase <input type="radio"/> LP <input type="radio"/> Outra: _____ Leito/Tecido: <input type="radio"/> Epitalização <input type="radio"/> Necrose <input type="radio"/> Granulação <input type="radio"/> Esfacelo <input type="radio"/> Biofilme Quant. de exsudato: <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pouco Tipo de Exsudato: <input type="radio"/> Seroso <input type="radio"/> Purulento <input type="radio"/> Sanguinolenta <input type="radio"/> Serosanguinolenta <input type="radio"/> Piosanguinolenta Borda: <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Hiperqueratose <input type="radio"/> Epibole <input type="radio"/> Macerada Pele Perilesional: <input type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Ressecada <input type="radio"/> Hidratada <input type="radio"/> Descamativa <input type="radio"/> Hiperpigmentada <input type="radio"/> Calos e fissuras		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E PLANO DE CUIDADOS			
Cobertura de escolha	Forma de uso	Período de troca	
Assinatura/Coren:			
AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA LESÃO		Data: / /	Horário: :
LESÃO 1: Local: _____ Comprimento x largura: _____ Etiologia: <input type="radio"/> Venosa <input type="radio"/> Arterial <input type="radio"/> Mista <input type="radio"/> Hanseníase <input type="radio"/> LP <input type="radio"/> Outra: _____ Leito/Tecido: <input type="radio"/> Epitalização <input type="radio"/> Necrose <input type="radio"/> Granulação <input type="radio"/> Esfacelo <input type="radio"/> Biofilme Quant. de exsudato: <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pouco Tipo de Exsudato: <input type="radio"/> Seroso <input type="radio"/> Purulento <input type="radio"/> Sanguinolenta <input type="radio"/> Serosanguinolenta <input type="radio"/> Piosanguinolenta Borda: <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Hiperqueratose <input type="radio"/> Epibole <input type="radio"/> Macerada Pele Perilesional: <input type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Ressecada <input type="radio"/> Hidratada <input type="radio"/> Descamativa <input type="radio"/> Hiperpigmentada <input type="radio"/> Calos e fissuras	LESÃO 2: Local: _____ Comprimento x largura: _____ Etiologia: <input type="radio"/> Venosa <input type="radio"/> Arterial <input type="radio"/> Mista <input type="radio"/> Hanseníase <input type="radio"/> LP <input type="radio"/> Outra: _____ Leito/Tecido: <input type="radio"/> Epitalização <input type="radio"/> Necrose <input type="radio"/> Granulação <input type="radio"/> Esfacelo <input type="radio"/> Biofilme Quant. de exsudato: <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Pouco Tipo de Exsudato: <input type="radio"/> Seroso <input type="radio"/> Purulento <input type="radio"/> Sanguinolenta <input type="radio"/> Serosanguinolenta <input type="radio"/> Piosanguinolenta Borda: <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Hiperqueratose <input type="radio"/> Epibole <input type="radio"/> Macerada Pele Perilesional: <input type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Ressecada <input type="radio"/> Hidratada <input type="radio"/> Descamativa <input type="radio"/> Hiperpigmentada <input type="radio"/> Calos e fissuras		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E PLANO DE CUIDADOS			
Cobertura de escolha	Forma de uso	Período de troca	
Assinatura/Coren:			

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.CCP.001 – Página 7/9	
Título do Documento	ADMISSÃO, ACOMPANHAMENTO E ALTA DE PACIENTE PELA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE	Emissão: 08/11/2023	Próxima revisão: 08/11/2025
		Versão: 1	

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE AUTORIZAÇÃO E USO DE IMAGEM

COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE – CCP

Nome: _____ Nº Prontuário: _____

Setor Internação/ Leito: _____ Local/Tipo da lesão: _____

OBS.: Se o declarante não for o paciente, preencher o espaço abaixo.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ CPF: _____

A Comissão de Cuidados com a Pele cuja é finalidade desenvolver ações padronizadas, mediante normatização técnica e padrões de excelência para a prevenção e tratamento de lesões de pele e/ou mucosas, convida você a permitir a fotografar e revelar imagens da lesão citada acima para fins de acompanhamento da evolução clínica, tratamento e publicações científicas sobre assuntos relacionados a lesões. A sua identidade será mantida em sigilo e não será revelada em nenhuma circunstância.

- 1- Declaro que autorizo de forma voluntária, registros fotográficos da lesão citada acima, bem como revelação das imagens;
- 2- Declaro que compreendi que, por ser voluntária, o meu consentimento não será pago;
- 3- Entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar este consentimento e esta decisão não me causará prejuízo de atendimento na instituição.

Cajazeiras, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Paciente ou Responsável / Representante

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.CCP.001 – Página 9/9	
Título do Documento	ADMISSÃO, ACOMPANHAMENTO E ALTA DE PACIENTE PELA COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE	Emissão: 08/11/2023	Próxima revisão: 08/11/2025
		Versão: 1	

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	13/07/2023	Versão inicial

Elaboração Fernanda Darliane Tavares de Luna – Enfermeira – Setor de Gestão da Qualidade Iandra Rolim Moreira – Enfermeira – Unidade de Clínica Cirúrgica Maria Robelia Ferreira de Farias – Técnica em Enfermagem – Unidade de Clínica Cirúrgica Joelia Resende Pereira da Silva - Enfermeira – Unidade de Clínica Médica	Data: 13/07/2023
Validação Mikaelle Ysis da Silva – Técnica em Enfermagem - STGQ	Data: 05/08/2023 Conforme Processo SEI nº: 23771.004832/2023-74
Aprovação Ana Paula Oliveira da Silva - Superintendente	Data: 20/09/2023 Conforme Processo SEI nº: 23771.004832/2023-74