



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UNIVI.001 - Página 1/6	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA	Emissão: 17/12/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 17/12/2022

1. OBJETIVO(S)

Estabelecer rotinas para a realização da consulta de enfermagem para pacientes no pré-operatório de cirurgias oftalmológicas.

2. MATERIAL

- Impressos de Assistência no Pré-operatório (anexo 1);
- BPA I (Boletim de Produção Ambulatorial dados Individuais) (anexo 2);
- Aviso de Cirurgia (anexo 3);

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos conforme orientações da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- Acolher o paciente;
- Realizar registro de informações pessoais, dados de identificação do paciente no BPA I, aviso de cirurgia e termo de consentimento;
 - Conferir xerox dos documentos (cartão SUS, documento de identidade, CPF, comprovante de endereço) e avaliar resultados dos exames solicitados (hemograma, coagulograma, glicemia de jejum e risco cirúrgico), anexando-os ao documento de autorização da cirurgia;
 - Iniciar a consulta colhendo as informações acerca dos dados da cirurgia a ser realizada, antecedentes cirúrgicos, alergias, antecedentes pessoais, medicações que faz uso contínuo, estado geral do paciente para o procedimento;
 - Orientar e entregar impresso com os cuidados pré-operatórios;
 - Esclarecer dúvidas do cliente sobre o procedimento cirúrgico;
 - Informar e entregar ao cliente Termo de Consentimento para análise e assinatura, orientando-o a devolvê-lo assinado no dia da cirurgia;
 - Comunicar ao cliente que será feito contato telefônico informando a data, horário e profissional realizador do procedimento cirúrgico;
 - Orientar a chegada do paciente no horário agendado;
 - Comparecer ao serviço acompanhado de uma pessoa maior de idade;
 - Orientar a suspensão do uso de anticoagulantes de no mínimo 7 dias antes da data do procedimento;
 - Manter jejum completo, inclusive de água, por 6 horas antes dos procedimentos que necessitam de bloqueio peribulbar, sedação e/ ou anestesia geral;
 - Orientar a retirada prévia de jóias/ bijouterias e próteses;
 - Orientar o banho, lavando os cabelos e o rosto com uso shampoo neutro no dia que antecede o procedimento.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UNIVI.001 - Página 2/6	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA	Emissão: 17/12/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 17/12/2022

4. REFERÊNCIAS

COFEN. Conselho Federal e Enfermagem. Resolução n° 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem.** Brasília. Brasil. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html . Acesso em 15 Dez. 2020.

BORGES, I.A.L. **Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde.** Enfermagem em Foco; n.1, p. 5- 8, 2010.

EBSERH. **Norma Operacional. NO.SGQVS.001.** Trata da elaboração e controle de documentos institucionais. 2019.

EBSERH. **Procedimento Operacional Padrão POP/CCIH/001/2015/HULW 2ª revisão. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.** 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/4375831/POP+HIGIENIZA%C3%87%C3%83O+DAS+M%C3%83OS+EBSERH+-+C%C3%B3pia.pdf/63293167-7433-42bd-8cab-8d92575dc4a0>. Acesso em 25 de dez de 2020.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UNIVI.001 - Página 3/6	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA	Emissão: 17/12/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 17/12/2022



ANEXO 1 - Impressos de Assistência no Pré-operatório

	Assistência no Pré-operatório CEROF	
CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA MEDIATO		
I-Dados de identificação do Paciente		
Nome: _____	Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Prontuário: _____	Profissão: _____	Escolaridade: _____
Data: ____/____/____	Estado civil: _____	
Endereço: _____	Bairro: _____	Cidade: _____
Telefone: _____		
II- Dados da Cirurgia		
Cirurgia proposta:	<input type="checkbox"/> OD	<input type="checkbox"/> OE
<input type="checkbox"/> FEC	<input type="checkbox"/> FACO	<input type="checkbox"/> TREC
<input type="checkbox"/> Retinopexia	<input type="checkbox"/> Vitrectomia	<input type="checkbox"/> Calázio
<input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> PTG	<input type="checkbox"/> Estrabismo
	<input type="checkbox"/> Blefaroplastia	<input type="checkbox"/> Implante secundário
Data do procedimento: ____/____/____	Hora: _____	LIO: _____
Antecedentes cirúrgicos: _____		
Outras medicações: _____		
Jejum: Desde ____/____/____ às _____ hs.	Orientações: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
III-Estado geral do paciente para o procedimento		
PA= _____ x _____ mmHg	P= _____ bpm	HGT= _____ mg/dL
Alergia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> A que: _____		
Diabetes: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Medicações: _____		
Hipertensão: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Medicações: _____		
Aspectos Cutâneos - mucosos	Desidratação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pruridos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Edema: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Hematomas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	S. flogísticos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Equimoses: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hipotermia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Palidez: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hipertermia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Sudorese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Irrit. soluções: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Ferimentos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Secreções: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:		
Aspectos Neuro músculo-esqueléticos	Cefaléia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Parestesia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Desmaio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Lim. Motoras: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Tonturas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Dor no peito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Convulsão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Inconsciência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Fadiga: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Artralgia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Astenia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Comp. Ósseo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Dor ao esforço: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Alt.Movimentos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:		
Aspectos Cardior-respiratórios	Taquicardia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Rouquidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Bradycardia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	HA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Arritmia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Hipotensão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Tosse: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Cianose: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Expectoração: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Dispnéia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Resp. Ruidosa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Taquipnéia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Bradipnéia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:		
Aspectos Geniturinários e Gastrointestinais	Retenção urinária: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Náuseas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Incont. urinária: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Vômitos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Pirose: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Soluços: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	ITU: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Constipação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Distensão abdm: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Diarréia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:		
Aspectos Emocionais e Habitos	Ansiedade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Choro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Medo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Insegurança: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Inquietação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Revolta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Apatia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Depressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Tabagismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Etilismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Alt. comunicação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Agressivo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Desorientação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
		Sonolência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES:		
OUTROS:		
_____ Assinatura do Enfermeiro e Carimbo		



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UNIVI.001 - Página 4/6	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA	Emissão: 17/12/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 17/12/2022

ANEXO 2 – Boletim de produção ambulatorial

 		<h1>BPA-1</h1>		BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL DADOS INDIVIDUAIS	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				CNS	
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY				2 4 0 0 2 4 3	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			NOME DO PROFISSIONAL		
CBO		ESPECIALIDADE		Nº DO CONSELHO	
				MÊS/ANO	
SEQUÊNCIA 1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME DO PACIENTE				PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				SEXO	
				Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
DATA DE NASC.		NACIONALIDADE		RAÇA/COR	
ETNIA					
CEP		CÓD IBGE		CÓD LOGRADOURO	
				ENDEREÇO	
Nº		BAIRRO		DDD	
				TELEFONE DE CONTATO	
				DATA DE ATENDIMENTO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
CÓD DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO			QTDE
CÓD DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO			QTDE
CÓD DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO			QTDE
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		CID 10 PRINCIPAL		CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
ASSINATURA DO USUÁRIO					
SEQUÊNCIA 2 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME DO PACIENTE				PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				SEXO	
				Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
DATA DE NASC.		NACIONALIDADE		RAÇA/COR	
ETNIA					
CEP		CÓD IBGE		CÓD LOGRADOURO	
				ENDEREÇO	
Nº		BAIRRO		DDD	
				TELEFONE DE CONTATO	
				DATA DE ATENDIMENTO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
CÓD DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO			QTDE
CÓD DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO			QTDE
CÓD DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO			QTDE
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		CID 10 PRINCIPAL		CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
ASSINATURA DO USUÁRIO					
SEQUÊNCIA 3 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME DO PACIENTE				PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				SEXO	
				Masc <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
DATA DE NASC.		NACIONALIDADE		RAÇA/COR	
ETNIA					
CEP		CÓD IBGE		CÓD LOGRADOURO	
				ENDEREÇO	
Nº		BAIRRO		DDD	
				TELEFONE DE CONTATO	
				DATA DE ATENDIMENTO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
CÓD DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO			QTDE
CÓD DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO			QTDE
CÓD DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO			QTDE
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		CID 10 PRINCIPAL		CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
ASSINATURA DO USUÁRIO					
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL					



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UNIVI.001 - Página 5/6	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA	Emissão: 17/12/2020	Próxima revisão: 17/12/2022
		Versão: 2	

ANEXO 3 – Aviso de cirurgia



AVISO DE CIRURGIA



Prontuário:		Nome:		Id.:	
Data Nascimento	Cidade/UF	SUS:		Telefone:	
Data da Cirurgia	Hora	Procedimento Cirúrgico:			
Cirurgião:		Assistente:		Clínica/Enfermaria:	
Tipo de Anestesia		Hemoderivados Solicitados		Solicit. Vaga UTI	Solicit. Raio X
Insumos/Equipamentos Solicitados:				Assinatura/Carimbo:	
AVISO DE CIRÚRGIA – 008-2013				Reprografia	



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UNIVI.001 - Página 6/6	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA	Emissão: 17/12/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 17/12/2022

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	17/12/2017	Elaboração do Documento.
2	17/12/2020	Revisão da primeira versão e alteração para o modelo de formatação do POP conforme a Norma Operacional de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais (NO.SGQVS.001).

<p>Elaboração</p> <p>Lícia Helena Farias Pinheiro; Malueska Luacche Xavier Ferreira Sales; Paula Silva Aragão; Silvana Mêre Cesário Nóbrega; Sílvia Cândido Pereira Almeida, Vanessa Polyana de Sousa Brito, Thaís Grilo Moreira Xavier, Elma Araújo Cunha, Marluce Leite da Silva</p>	Data: 17/12/2020
<p>Revisão</p> <p>Lícia Helena Farias Pinheiro, Paula Silva Aragão</p>	Data: 19/12/2020
<p>Validação</p> <p>Enfª Drª Larycia Vicente Rodrigues</p>	Data: 31/12/2020
<p>Aprovação</p> <p>Enfª Mestre Thaís Grilo Moreira Xavier Chefe Interina Unidade da Visão</p>	<p>Data: 31/12/2020</p> <p><i>Thaís Grilo M. Xavier</i> Thaís Grilo M. Xavier Enfermeira COREN/PB 90778 HULW</p>