



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.071 Página 1/11	
Título do Documento	ADMISSÃO DO PACIENTE SUSPEITO DE COVID-19 NO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 03/11/2023

1. OBJETIVO(S)

Estabelecer as condutas de enfermagem referentes à admissão do paciente suspeito para COVID-19 no setor de admissão e alta.

2. RESPONSÁVEL

Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Máscara cirúrgica;
- Touca ou gorro descartáveis;
- Óculos de proteção;
- Avental descartável;
- Luvas de procedimento;
- Termômetro;
- Álcool à 70%;
- Sabonete líquido;
- Toalha de papel;
- Termo de ciência e esclarecimento sobre o risco de quedas (Apêndice A);
- Termo de autorização para acidente com material biológico (Apêndice B);
- Formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (Apêndice C);
- Termo de Ciência da Investigação das Síndromes Gripais (Apêndice D),
- Caneta;
- Pulseira de identificação;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

4.1 Acolher o paciente de forma cordial e direcioná-lo ao consultório;

4.2 Realizar a higienização das mãos conforme Protocolo PRT.NSP.002 – Higienização das mãos;



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.071 Página 2/11	
Título do Documento	ADMISSÃO DO PACIENTE SUSPEITO DE COVID-19 NO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 03/11/2023

- 4.3 Utilizar os EPIs adequados (máscara cirúrgica, gorro ou touca, máscara de proteção facial e luva de procedimento, se necessário);
- 4.4 Oferecer álcool gel ao paciente e acompanhante para higienização das mãos;
- 4.5 Aplicar o Termo de Ciência da Investigação das Síndromes Gripais (Apêndice D), preenchendo adequadamente todos os campos. Assinar e solicitar a assinatura do paciente;
- 4.6 Se detectado a presença de algum sintoma gripal, comunicar ao médico e/ou residente responsável pelo paciente. Se for autorizado o internamento, prosseguir com o atendimento;
- 4.7 Entrar em contato com o setor de destino do paciente (clínica de internamento ou centro cirúrgico) e comunicar a presença dos sintomas ao enfermeiro (a) responsável pelo plantão;
- 4.8 Registrar no campo: conduta, a orientação recebida pelos profissionais;
- 4.9 Após autorização para prosseguir com o atendimento do paciente sintomático ou se o paciente não estiver sintomático deverá ser realizado a consulta de enfermagem, conforme POP.DivENF.068.
- 4.10 Explicar e orientar sobre o Termo de Ciência e Esclarecimento sobre o Risco de Quedas (Apêndice A), colhendo as assinaturas do pacientes e/ou acompanhante;
- 4.11 Identificar o paciente com a pulseira, conforme Protocolo PRT.NSP.001 – Identificação Segura do Paciente;
- 4.12 Identificar o prontuário com placa de precaução de contato;
- 4.13 Prestar as orientações sobre as normas e rotinas institucionais necessárias ao período em que o mesmo permanecerá no hospital;
- 4.14 Encaminhar o paciente à hotelaria para proceder com a troca da roupa e guarda dos pertences, se necessário;
- 4.15 Realizar a higienização das mãos conforme Protocolo PRT.NSP.002 – Higienização das mãos;
- 4.16 Anexar o Termo de Ciência da Investigação das Síndromes Gripais e o Termo de Esclarecimento Sobre o Risco de Quedas ao prontuário do paciente e registrar em livro de protocolo;
- 4.17 Conduzir o paciente a clínica de destino após contato prévio com a equipe de enfermagem do respectivo setor, acionando o maqueiro quando necessário.
- 4.18 Realizar limpeza e desinfecção dos equipamentos utilizados no paciente.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.071 Página 3/11	
Título do Documento	ADMISSÃO DO PACIENTE SUSPEITO DE COVID-19 NO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 03/11/2023

5. RECOMENDAÇÕES

- 5.1 Todos os profissionais responsáveis pelo atendimento devem usar máscara cirúrgica;
- 5.2. Durante atendimento de paciente em consultório, os profissionais devem portar máscara cirúrgica, touca, óculos de proteção, luvas de procedimento e avental descartável;
- 5.3. A limpeza e desinfecção das superfícies e equipamentos deve ser realizada com álcool a 70% ou solução a base de hipoclorito;
- 5.4. Manter ambientes higienizados e realizar higienização das mãos com frequência.

6. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE (EVENTO ADVERSO)

Obs.: Em casos de não conformidade ou Evento Adverso, notificar no VIGIHOSP de acordo com o item notificado.

- 6.1. Na falta de EPI, não será possível a continuidade do atendimento, o que deverá ser registrado em livro de ocorrência;
- 6.2. Na dificuldade da assistência médica, comunicar à Comissão de Enfrentamento do Coronavírus (COVID-19)/HUPAA e aguardar novas orientações.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.071 Página 4/11	
Título do Documento	ADMISSÃO DO PACIENTE SUSPEITO DE COVID-19 NO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 03/11/2023

7. FLUXOGRAMA

“NA - Não Aplicável”.

8. REFERÊNCIAS

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Versão 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 33 p. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.

ALBERT EINSTEIN. INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA. **Coronavírus (COVID-19) - Manejo dos Casos Suspeitos**. Disponível em: <https://ensino.einstein.br/coronavirus-covid-19-manejo-dos-casos-s-p3144/p>. Acesso em 30/03/2020.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.071 Página 5/11	
Título do Documento	ADMISSÃO DO PACIENTE SUSPEITO DE COVID-19 NO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 03/11/2023

9. APÊNDICE

Apêndice A – Termo de Ciência e Esclarecimento Sobre o Risco de Quedas.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES/UFAL
SETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E ESCLARECIMENTO SOBRE RISCO DE QUEDAS

Quedas contribuem para agravar o quadro de saúde do paciente, provocar fraturas e/ou sangramentos, aumentar o tempo de permanência hospitalar entre outros fatores, interferindo na continuidade do cuidado e na segurança do paciente.

PACIENTES

- Seguir as orientações da equipe de saúde quanto as medidas de prevenção de quedas.
- Comunicar episódios de quedas anteriores.
- Acender a luz à noite quando for ao banheiro.
- Tomar banho com supervisão e uso de calçado antiderrapante.
- Manter a cama baixa e as grades elevadas.
- Permanecer com a pulseira de identificação de risco de quedas.

ACOMPANHANTES

- Seguir as orientações da equipe de saúde quanto as medidas de prevenção de quedas.
- Não se ausentar nem deixar o paciente sozinho sem avisar a equipe de enfermagem.
- Acompanhar o paciente ao banheiro sempre.
- Ajudar o paciente a trocar suas roupas.
- Solicitar auxílio da equipe de enfermagem e/ou fisioterapia para mobilização do paciente no leito e/ou locomoção no quarto quando necessário.

Declaro que estou ciente das orientações sobre os cuidados necessários para prevenção de quedas, conforme descrito acima.

Assinatura do paciente

Assinatura do acompanhante

Assinatura do profissional de enfermagem

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - NSP

Av. Lourival Melo Mota, SN
Cidade Universitária
CEP: 57072-900 | Maceió-AL
Telefone: (82) 3202 3800

Fonte: Núcleo de Segurança do Paciente-NSP/GAS/HUPAA/EBSEH



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.071 Página 6/11	
Título do Documento	ADMISSÃO DO PACIENTE SUSPEITO DE COVID-19 NO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021	Próxima revisão: 03/11/2023
		Versão: 2	

Apêndice B – Termo de Autorização para Acidente com Material Biológico.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Autorizo o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), a realizar exames laboratoriais nos casos de quaisquer funcionários deste hospital terem se acidentado com meu sangue, secreção ou outro material biológico, com o objetivo de evitar tratamentos desnecessários e prevenir situações de risco.

Esclareço ter ciência de que os exames serão para pesquisar doenças transmitidas nesse tipo de acidente, como Hepatite B (HbsAg), hepatite C (anti-HCV), vírus da imunodeficiência humana (anti-HIV), entre outros; e que podem levar ao adoecimento do funcionário acidentado; sendo necessária a coleta simples de sangue venoso, em torno de 8ml, como realizada para qualquer outro exame convencional.

Todas as informações serão mantidas em sigilo, servindo unicamente para orientar a condução do tratamento do funcionário acidentado, sendo somente do meu conhecimento, do profissional acidentado, dos profissionais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) e Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS).

Maceió-AL, de de

Nome:
CPF ou RG:

Caso o paciente seja menor de idade ou esteja incapacitado de decidir sobre a realização do exame, eu, _____, na qualidade de _____ e como seu representante legal, declaro que estou ciente das informações acima descritas e concordo com a realização dos exames laboratoriais.

Nome:
CPF ou RG:

Não concordo em autorizar referidos exames e me responsabilizo pelos atos que possam ser oriundos desta decisão.

Nome:
CPF ou RG:

Av. Lourival Melo Mota, SN
Cidade Universitária
CEP: 57072-900 | Maceió, AL
+55 82 3202 3800



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.071 Página 7/11	
Título do Documento	ADMISSÃO DO PACIENTE SUSPEITO DE COVID-19 NO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 03/11/2023

Apêndice C – Formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem perioperatória (Frente)



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE (Admissão e alta)

NOME DO PACIENTE: _____
REGISTRO: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () MASC. () FEM PESO: _____
ALTURA: _____ CLÍNICA: _____ ENF: _____ LEITO: _____
CIRURGIA PROPOSTA: _____

PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO MEDIATO (Admissão e alta)

Data / / **Horário:** Hs
Paciente: Deambulando() Deambulando com auxílio() Transportado em cadeira de rodas()
Transportado em cama hospitalar() Transportado no colo()
Banho com clorexidina: Não() Sim()
Portando: Sondas: Não() Sim() Qual: _____ Marca-passo: Sim() Não()
Drenos: Não() Sim() Qual: _____ Colostomia: Sim() Não()
Acesso venoso: central() periférico() Local: _____ **Outro:** _____
Alergia? Desconhece() **SIM**() Qual? _____ **Foi identificado:** Sim() Não()
Queixas: Ausente() presente() Quais: _____
Fatores individuais: tabagismo() etilismo() drogadição() Trombose() CA() AVE()
obesidade() cardiopatia() **DM?** Sim() Não() **HAS?** Sim() Não() **Outro:** _____
Cirurgias antecedentes: sem complicações() com complicações()
Quais: _____
Exames pré-operatórios:
Hemograma Completo() Coagulograma, TAP, PTT() Rx de tórax() Tomografia() ECG()
Bioquímica-Glicose, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, AST/TGO, ALT/TGP() USG() EAS() RNM()
Outros() Quais? _____
SINAIS VITAIS: PA: ____/____ mmHg; T: ____ °C; FC: ____ bpm; FR: ____ ipm

PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO (Admissão e alta e/ou CLC)

JEJUM? Sim() Não() desde? _____ **Toma algum medicamento:** Não() Sim()
QUAL? _____
Tomou hoje? Sim() Não() hora? _____ **Uso profilático de clexane:** Sim() Não() Que horas? _____
Aspectos psicológicos e emocionais: isolado() agitado() confuso() agressivo() ansioso() medo()
apático() eufórico() calma aparente() outros: _____
Possui tatuagem, piercing, prótese dentária, lentes, adornos, roupa íntima: Não() Sim()
Se tatuagem, tempo: _____ Retirado e entregue à _____ **Prontuário completo:** Sim() Não()

Assinatura e COREN
Técnico/Auxiliar de enfermagem Admissão e Alta ou CLC

EXAME FÍSICO:

Pele e mucosas: normocoradas() hipocorada() hiperacorada() anictérica() icterica() acianótica()
emagrecido() edema local: _____ **Integridade cutânea:** sim() não() local: _____
Extremidades: () aquecidas () frias
Respiratório: eupneico() dispneico() taquipneico() ortopneico() superficial() profunda()
Cardíaco: FC: ____ regular() irregular() **Tempo:** () 2T () 3T () 1T **Bulhas:** normofonéticas()
hipofonéticas() **Pulso:** rítmico() arritmico() taquicardíaco() bradicardíaco() cheio() filiforme()
Neurológico: Orientação no tempo e espaço: SIM() NÃO() ; **Sono e repouso:** () Adequado
() Inadequado; Acuidade visual: Preservada() Comprometida()
SINAIS VITAIS: PA: ____/____ mmHg; T: ____ °C; FC: ____ bpm; FR: ____ ipm;



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.071 Página 8/11	
Título do Documento	ADMISSÃO DO PACIENTE SUSPEITO DE COVID-19 NO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 03/11/2023

Apêndice C – Formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem perioperatória (Verso)

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
() Risco para ansiedade presente	() Orientar sobre procedimento; () Assegurar paciente e/ou acompanhante da adequada realização dos procedimentos.
() Risco para infecção presente	() Avaliar higiene do paciente.
() Medo	() Orientar paciente e/ou acompanhante sobre procedimento cirúrgico;
() Déficit de conhecimento sobre a doença e cirurgia.	() Orientar sobre o processo patológico; () Realizar conversa sobre procedimento cirúrgico; () Orientar paciente sobre a necessidade dos procedimentos.
() Dor	() Avaliar escala de dor; () Avaliar alteração de SSVV; () Observar e anotar características da dor.
() Pressão Arterial, Alterada	() Monitorar SSVV
()	()

Assinatura e COREN

Enfermeiro Admissão e Alta ou CL.C.

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO	
Data / /	Horário: Hs Sinais Vitais: PA: / mmHg;
PROCEDÊNCIA: C. CIRÚRGICA () C. NEUROLÓGICA () PEDIATRIA () UTI ADULTO () UTI/UCINEO () EXTERNO ()	
Consentimento assinado pelo paciente ou responsável? Sim () Não ()	
Exames pré-operatórios completos: SIM () NÃO ()	
Encaminhado à S.O às: h	

Assinatura e COREN

PERÍODO TRANS-OPERATORIO	
Paciente admitida às h	Recebido por:
Paciente ou acompanhante confirmou identidade, sítio cirúrgico e procedimento? Sim () Não ()	
Início da incisão: h	Temperatura da S.O: °C
Colocação dos eletrodos:	() torácico () unilateral posterior () unilateral anterior () Clorexidina degermante () Clorexidina alcoólica () Clorexidina aquosa () PVPI degermante () PVPI alcoólico () PVPI aquosa
Antissepsia:	Realizada por:
Sondagem vesical:	() sim () não número da sonda: Realizada por:
Hemotransfusão:	() sim () não / N° da bolsa: / Horário de início: : / Horário de término: : / Sinais Vitais: PA: x mmhg, T: °C, P: bpm, FR: rpm; / Houve Reação Transfusional? () sim () não/ Quais sintomas?
Coxim:	() não () sim local:
Bisturi:	() Sim () Não () houve queimadura () não houve queimadura
Grau de contaminação	() Limpa; () Cirurgia potencialmente contaminada; () Cirurgia contaminada () Infectada





Assinatura e Coren

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
() Risco para infecção	() Realizar tricotomia; () Realizar antissepsia em técnica; () Realizar contagem de débito cirúrgico.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.071 Página 9/11	
Título do Documento	ADMISSÃO DO PACIENTE SUSPEITO DE COVID-19 NO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 03/11/2023

Apêndice D – Termo de Ciência da Investigação das Síndromes Gripais.

  		UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - HUPAA			
Termo de Ciência da Investigação das Síndromes Gripais					
Nome Completo: _____					
Prontuário: _____				Data: ___/___/2021	
Nos últimos 14 dias:					
Teve contato com pessoa suspeita ou confirmada de Covid-19? [] Não [] Sim - Quanto tempo?					
Apresentou tosse seca ou produtiva? [] Não [] Sim					
Apresentou coriza? [] Não [] Sim					
Apresentou febre? [] Não [] Sim - Há quantos dias?					
Apresentou dor de garganta? [] Não [] Sim					
Apresentou falta de ar? [] Não [] Sim					
Apresentou diarreia? [] Não [] Sim					
Apresentou perda de olfato? [] Não [] Sim					
Apresentou perda de paladar? [] Não [] Sim					
Apresentou dores no corpo? [] Não [] Sim					
Apresentou náuseas/vômitos? [] Não [] Sim					
Apresentou outros sintomas? [] Não [] Sim - Quais?					
Declaro que as informações fornecidas no questionário acima são verdadeiras.					
_____ Assinatura do paciente			_____ Assinatura do profissional		
Condição/Obs.: _____ _____ _____					
Admissão e Alta/URA/SRAS/GAS/HUPAA/UFAL/EBSERH					

Fonte: Setor de Admissão e Alta/HUPAA/EBSERH/2021



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.071 Página 10/11	
Título do Documento	ADMISSÃO DO PACIENTE SUSPEITO DE COVID-19 NO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 03/11/2023

10. ANEXOS

“NA - Não Aplicável”.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	ELABORAÇÃO/REVISÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1	27/03/2020	Claudia Sarmiento Porto de Melo Danielly Acioli Galvão de Souza Danielle Coutinho de Souza Lins Machado Newton de Barros Melo Neto	Institui o Procedimento Operacional Padrão de Admissão do Paciente Suspeito de COVID-19 no Setor de Admissão e Alta.
2	21/10/2021	Claudia Sarmiento Porto de Melo Manuelle de Araújo Holanda	Atualização do Procedimento Operacional Padrão de Admissão do Paciente Suspeito de COVID-19 no Setor de Admissão e Alta.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.071 Página 11/11	
Título do Documento	ADMISSÃO DO PACIENTE SUSPEITO DE COVID-19 NO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 2	Próxima revisão: 03/11/2023

<p>Elaboração:</p> <p>Claudia Sarmento Porto de Melo Enfermeira</p> <p>Danielly Acioli Galvão de Souza Enfermeira</p> <p>Danielle Coutinho de Souza Lins Machado Enfermeira</p> <p>Newton de Barros Melo Neto Enfermeiro</p>	<p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p>
<p>Revisão:</p> <p>Claudia Sarmento Porto de Melo Enfermeira</p> <p>Manuelle de Araujo Holanda Enfermeira</p>	<p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p>
<p>Análise:</p> <p>Giselle Carlos Santos Brandão Monte Enfermeira – Saúde da Mulher/Apoio Divisão de Enfermagem</p>	<p>Data: ____/____/____</p>
<p>Validação:</p> <p>Joyce Letice Barros Gomes Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/SCIRAS</p> <p>Tereza Carolina Santos Cavalcante Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/SCIRAS</p> <p>Celina de Azevedo Dias Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente/SVSSP</p>	<p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p>
<p>Aprovação:</p> <p>José César de Oliveira Cerqueira Chefe da Divisão de Enfermagem</p>	<p>Data: ____/____/____</p>