



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.068 Página 1/10	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 03/11/2023

1. OBJETIVO(S)

Estabelecer a consulta de enfermagem do setor de Admissão e Alta do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/HUPAA.

2. RESPONSÁVEL

Enfermeiro.

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Máscara cirúrgica;
- Caneta;
- Balança digital;
- Pulseira de identificação adulto;
- Pulseira de identificação na cor vermelha para pacientes alérgicos, se necessário;
- Álcool em gel;
- Estetoscópio;
- Termômetro;
- Esfigmomanômetro;
- Glicosímetro, se necessário;
- Luva de procedimento, se necessário;
- Termo de Ciência e Esclarecimento sobre o Risco de Quedas;
- Termo de Autorização para Acidente com Material Biológico;
- Termo de Ciência da Investigação das síndromes gripais.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- 4.1. Acolher o paciente de forma cordial e direcioná-lo à recepcionista para efetivação dos procedimentos administrativos;
- 4.2. Registrar a admissão do paciente em livro específico;
- 4.3. Realizar a higienização das mãos conforme Protocolo PRT.NSP.002 – Higienização das mãos;
- 4.4. Utilizar os EPIs adequados (máscara cirúrgica e luva de procedimento, se necessário);



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.068 Página 2/10	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 03/11/2023

- 4.5. Oferecer álcool gel ao paciente e acompanhante para higienização das mãos;
- 4.6. Identificar o paciente com a pulseira conforme Protocolo PRT.NSP.001 – Identificação Segura do Paciente;
- 4.7. Explicar e orientar sobre o Termo de Ciência e Esclarecimento sobre o Risco de Quedas (Apêndice A), o Termo de Autorização para Acidente com Material Biológico (Apêndice B), colhendo as assinaturas do pacientes e/ou acompanhante;
- 4.8. Aplicar o Termo de Ciência da Investigação das Síndromes Gripais (Apêndice D), preenchendo adequadamente todos os campos; assinar e solicitar a assinatura do paciente;
- 4.9. Registrar no campo conduta a orientação recebida pelos profissionais;
- 4.10. Aplicar a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP) (Apêndice C);
- 4.11. Identificar o paciente com a pulseira de identificação na cor vermelha para pacientes alérgicos, após a aplicação da SAEP (Apêndice C), caso seja necessário;
- 4.12. Verificar sinais vitais do paciente, conforme POP.DIVENF.001;
- 4.13. Checar peso e altura, conforme POP.DIVENF.004;
- 4.14. Realizar exame físico no paciente;
- 4.15. Definir diagnósticos e intervenções de enfermagem;
- 4.16. Prestar as orientações sobre as normas e rotinas institucionais necessárias ao período em que o mesmo permanecerá no hospital;
- 4.17. Encaminhar o paciente à hotelaria para proceder com a troca da roupa e guarda dos pertences, se necessário;
- 4.18. Realizar a higienização das mãos conforme Protocolo PRT.NSP.002 – Higienização das mãos;
- 4.19. Anexar o Termo de Esclarecimento Sobre o Risco de Quedas (Apêndice A), o Termo de Autorização para Acidente com Material Biológico (Apêndice B), o formulário da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (Apêndice C) e o Termo de Ciência da Investigação das Síndromes Gripais (Apêndice D) ao prontuário do paciente e registrar em livro de protocolo;
- 4.20. Conduzir o paciente a clínica de destino após contato prévio com a equipe de enfermagem do respectivo setor, acionando o maqueiro quando necessário.

5. RECOMENDAÇÕES

- 5.1. Se for detectado a presença de algum sintoma gripal, entrar em contato com a clínica de destino e comunicar ao Residente responsável pelo paciente e à Enfermeira

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.068 Página 3/10	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 03/11/2023

do plantão;

5.2. Todos os profissionais responsáveis pelo atendimento devem usar máscara cirúrgica;

5.3. Manter ambientes e equipamentos higienizados e realizar higienização das mãos com frequência;

5.4. Se em algum momento do atendimento ao paciente, for detectada a presença de sintomas gripais, seguir POP.DivENF.071 de Admissão do Paciente Suspeito para Covid-19 no Setor de Admissão e Alta.

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.

7. FLUXOGRAMA

“NA - Não Aplicável”.

8. REFERÊNCIAS

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. **Protocolo de Identificação Segura do Paciente - PRT.NSP.001**. Versão 02 - 2018.

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. **Protocolo de Higienização das mãos - PRT.NSP.002**. Versão 02 - 2018.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.068 Página 4/10	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 03/11/2023

9. APÊNDICE

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. ALBERTO ANTUNES
HUPAA-UFAL

UFAL

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Ministério da
Educação

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

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

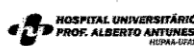
Av. Lourival Melo Mota, SN
Cidade Universitária
CEP: 57072-900 | Maceió-AL
Telefone: (82) 3202 3800

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



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.068 Página 5/10	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 03/11/2023

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.068 Página 6/10	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 1	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 CL.C)

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 CL.C

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.068 Página 7/10	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 03/11/2023

Apêndice C – Formulário de Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (Verso)

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

Assinatura e COREN
Enfermeiro Admissão e Alta ou CL.C.

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

Assinatura e COREN

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

Assinatura e Coren

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<input type="checkbox"/> Risco para infecção	<input type="checkbox"/> Realizar tricotomia; <input type="checkbox"/> Realizar antissepsia em técnica; <input type="checkbox"/> Realizar contagem de débito cirúrgico.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.068 Página 8/10	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 1	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? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim - Quanto tempo?				
Apresentou tosse seca ou produtiva? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim				
Apresentou coriza? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim				
Apresentou febre? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim - Há quantos dias?				
Apresentou dor de garganta? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim				
Apresentou falta de ar? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim				
Apresentou diarreia? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim				
Apresentou perda de olfato? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim				
Apresentou perda de paladar? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim				
Apresentou dores no corpo? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim				
Apresentou náuseas/vômitos? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim				
Apresentou outros sintomas? [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim - Quais?				
Declaro que as informações fornecidas no questionário acima são verdadeiras.				
_____ Assinatura do paciente			_____ Assinatura do profissional	
Conduta/Obz.: _____ _____ _____				
Admissão e Alta/URA/SRAS/GAS/HUPAA/UFAL/EBSERH				



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.068 Página 9/10	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 03/11/2023

10. ANEXOS

“NA - Não Aplicável”.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	ELABORAÇÃO/REVISÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1	03/11/2021	Claudia Sarmiento Porto de Melo Manuelle de Araújo Holanda	Institui o Procedimento Operacional Padrão da Consulta de Enfermagem do Setor de Admissão e Alta.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.DivENF.068 Página 10/10	
Título do Documento	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO SETOR DE ADMISSÃO E ALTA	Emissão: 03/11/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 03/11/2023

Elaboração: Claudia Sarmento Porto de Melo Enfermeira Responsável Técnica do Setor de Admissão e Alta Manuelle de Araújo Holanda Enfermeira	Data: ____/____/____ Data: ____/____/____
Análise: Giselle Carlos Santos Brandão Monte Enfermeira – Saúde da Mulher/Apoio Divisão de Enfermagem	Data: ____/____/____
Validação: Joyce Letice Barros Gomes Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/SCIRAS Tereza Carolina Santos Cavalcante Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/SCIRAS Celina de Azevedo Dias Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do paciente/SVSSP	Data: ____/____/____ Data: ____/____/____ Data: ____/____/____
Aprovação: José César de Oliveira Cerqueira Chefe da Divisão de Enfermagem	Data: ____/____/____

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