



SAÚDE
HOSPITALAR

SUMÁRIO DE ALTA DA INTERNAÇÃO

O sumário de alta de internação é um relato clínico objetivo sobre as intervenções clínicas realizadas, as instruções para continuidade do cuidado pós alta e o estado de saúde do paciente ao final de sua permanência em regime de internação em estabelecimento de saúde.

VANTAGENS DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

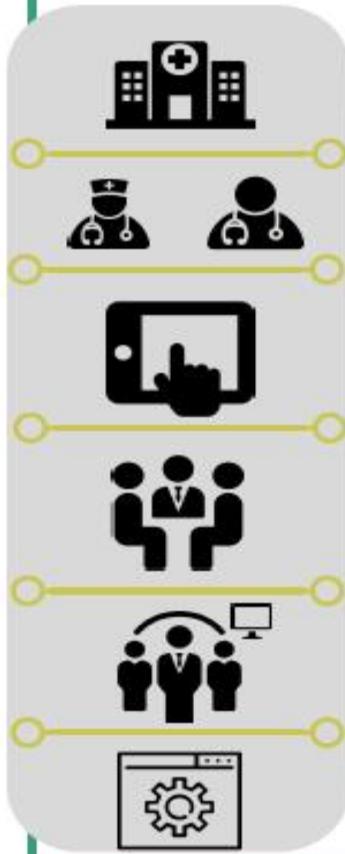


Informações precisas sobre:

- Diagnósticos;
- Investigações e intervenções;
- Medicações prescritas e suspensas;
- Alergias e reações adversas;

Usos:

- Alimenta registro eletrônico pessoal;
- Aumenta a qualidade da atenção;
- Diminui as intervenções evitáveis.



Estabelecimentos de saúde

Especialistas clínicos

Leitores técnicos e não técnicos

Formuladores de políticas

Gestores de Informação em Saúde

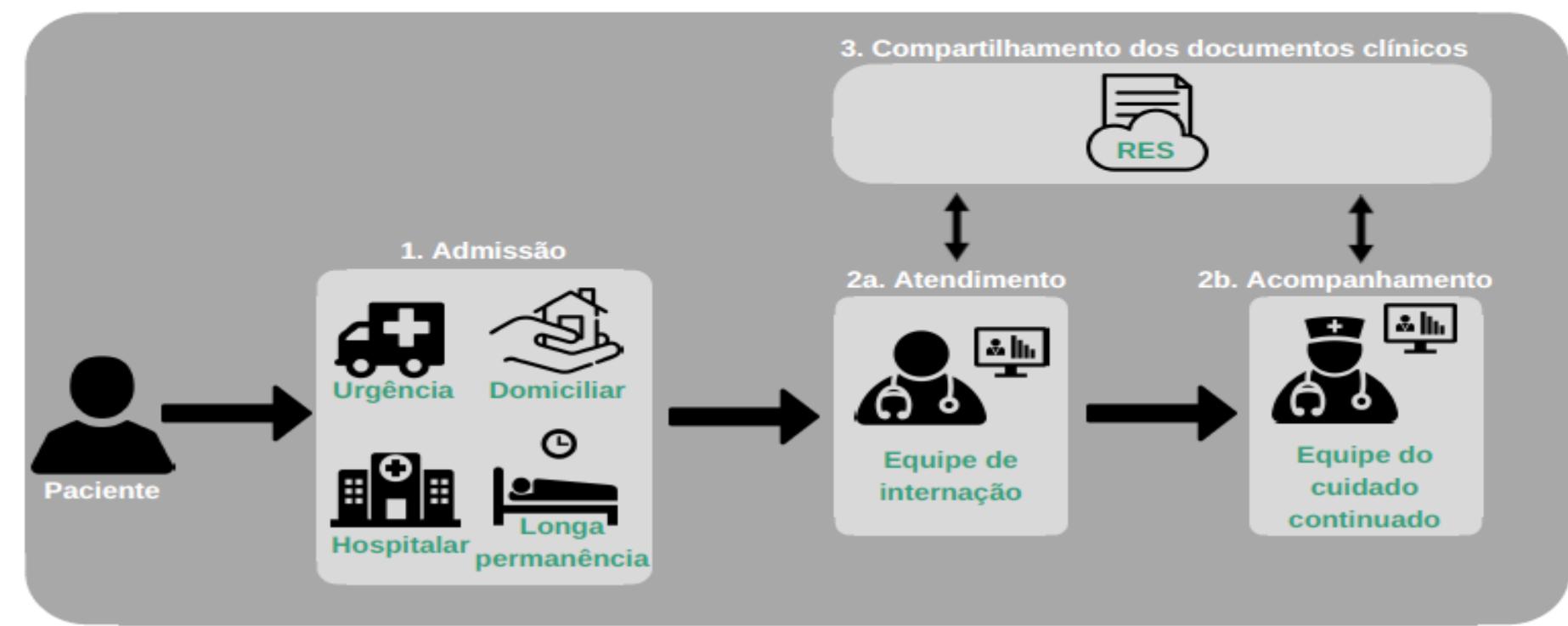
Fornecedores de software



PARTES INTERESSADAS



FLUXO DA ALTA DE INTERNAÇÃO



1. Admissão

Atendimento realizado em um estabelecimento de saúde (hospital, ambulatório, atenção domiciliar ou urgência)

2a. Atendimento

Alimentação do PEP pelo responsável do atendimento da internação



2b. Acompanhamento

Visualização do sumário de alta de internação (via RES)
e geração de outros documentos clínicos pelo PEP

3. Compartilhamento dos documentos

Envio clínico de informações do sumário de alta ao RES e consumo dos documentos clínicos (história clínica anterior)



Sumário de Alta da Internação



MODELO DE INFORMAÇÃO DO SUMÁRIO DE ALTA DE INTERNAÇÃO

Item/nível	Ocorrência	Elemento	Descrição/Regras	Tipo de dados	Dado
1	[1..1]	Caracterização da internação			
2	[1..1]	CNES	Código CNES do Estabelecimento de Saúde.	Texto	
2	[1..1]	Caráter do atendimento	Textos codificados	Eletivo	
2	[1..1]	Data da admissão		Urgência	
2	[1..1]	Modalidade assistencial	Textos codificados	Atenção hospitalar	
				Atenção intermediária	
				Atenção domiciliar	
				Atenção à urgência e emergência	
1	[1..1]	Motivo da admissão, diagnósticos relevantes e patologias associadas desenvolvidas na internação			
2	[1..N]	Diagnóstico		Texto	
3	[1..1]	Código CID-10 do diagnóstico	Código da terminologia externa CID- 10	ICD10_1998	
3	[1..1]	Nome e versão da terminologia	Uso obrigatório da terminologia CID-10 (ICD10_1998)	Texto	
3	[1..1]	Categoria DRG	RN: Aceitar somente um diagnóstico principal. Grupo de diagnósticos relacionados, no contexto do episódio de cuidado é comum para categorizar / organizar de acordo com sua relação ao diagnóstico principal.	Textos codificados	Principal
					Secundário
3	[0..1]	Presente na admissão?	Indica se o indivíduo já possuía o	Booleano	Sim

Item/nível	Ocorrência	Elemento	Descrição/Regras	Tipo de dados	Dado
			diagnóstico antes de sua admissão		Não
3	[1..1]	Categoria de atividade	Indica se no momento da alta o indivíduo ainda tinha o diagnóstico (ativo) ou foi resolvido durante a internação (inativo)	Texto codificado	Ativo
					Inativo
3	[0..1]	Estado de resolução		Texto codificado	Resolvido
					Resolvendo
					Não resolvendo
					Indeterminado
3	[0..1]	Exclusão			
4	[1..1]	Declaração de exclusão global de diagnósticos	Uma declaração geral de exclusão de qualquer diagnóstico anterior.	Texto	
2	[0..N]	Alergias e reações adversas na internação			
3	[1..1]	Categoria do agente causador da alergia / reação adversa		Texto codificado	Alimento
					Animal
					Ingrediente não ativo do medicamento
					Fármaco (s) presente (s) no medicamento ou contraste radiológico
					Outras substâncias ou produtos químicos
					Outros
					Produto ambiental
3	[1..1]	Agente / Substância específica	Nome da substância	Texto	
3	[0..1]	Manifestação		Texto	
3	[0..1]	Gravidade		Texto codificado	Baixo
					Alto

Item/nível	Ocorrência	Elemento	Descrição/Regras	Tipo de dados	Dado
3	[0..1]	Data da instalação da reação adversa	Conforme ISO 8601	Data/hora	
3	[0..1]	Evolução da alergia/reação adversa		Texto	
3	[0..1]	Exclusão			
4	[1..1]	Declaração de exclusão global de alergia ou reação adversa	Uma declaração geral de exclusão de qualquer evento de alergia ou reação adversa anterior.	Texto	
1	[1..1]	Resumo da internação (histórico da internação)			
2	[1..1]	Narrativa sobre os principais eventos ocorridos durante a internação.	Evitar a redundância / retrabalho referente aos blocos: procedimentos, prescrição realizada na alta e instruções e recomendações da equipe assistencial.	Texto	
2	[1..1]	Procedimentos realizados			
3	[1..N]	Procedimento diagnóstico			
4	[1..1]	Procedimento diagnóstico realizado na internação		Texto	
4	[1..1]	Código do procedimento	Código do procedimento na tabela local do sistema.	Código da terminologia externa: SIGTAP ou outra	
4	[1..1]	Nome e versão da terminologia do procedimento realizado		Texto	
4	[0..1]	Resultado e / ou observações do procedimento diagnóstico realizado		Texto	
3	[1..N]	Procedimento terapêutico			
4	[1..1]	Procedimento terapêutico realizado na internação		Texto	
4	[1..1]	Código do procedimento	Código do procedimento na tabela local do sistema.	Código da terminologia externa: SIGTAP ou outra	
4	[1..1]	Nome e versão da terminologia do procedimento realizado		Texto	

Item/nível	Ocorrência	Elemento	Descrição/Regras	Tipo de dados	Dado
4	[0..1]	Resultado e / ou observações do procedimento terapêutico realizado		Texto	
3	[0..N]	Procedimento cirúrgico			
4	[1..1]	Procedimento cirúrgico realizado na internação		Texto	
4	[1..1]	Código do procedimento	Código do procedimento na tabela local do sistema.	Código da terminologia externa: SIGTAP ou outra	
4	[1..1]	Nome e versão da terminologia do procedimento realizado		Texto	
4	[0..1]	Descrições e / ou observações do procedimento cirúrgico realizado		Texto	
1	[0..1]	Prescrição realizada na alta			
2	[0..1]	Prescrição da alta		Texto	
2	[0..N]	Lista de medicamentos da alta			
3	[1..1]	Medicamento	Nome / Concentração / Unidade de medida / Forma farmacêutica Se na concentração não tiver unidade de medida, deve-se usar a descrição da concentração (Hórus) Escolhe nome medicamento, depois forma farmacêutica e a via deve vir automática.	Texto	
4	[1..1]	Código do medicamento	Código do medicamento na tabela local do sistema.	Código da terminologia externa: Lista Hórus ou outra	
4	[1..1]	Nome e versão da terminologia do medicamento		Texto	
3	[1..1]	Forma farmacêutica	Comprimido (unidade no AB) – se usar coluna Forma do Hórus.	Texto	
4	[1..1]	Código da forma farmacêutica	Código da forma farmacêutica na tabela local do sistema.	Código da terminologia externa: Lista Hórus ou	

Item/nível	Ocorrência	Elemento	Descrição/Regras	Tipo de dados	Dado
4	[1..1]	Nome e versão da terminologia da forma farmacêutica		Texto	
3	[1..1]	Via de administração		Texto	
4	[1..1]	Código da via de administração	Código da via de administração	ANVISAVOCABCTRL_2011	
4	[1..1]	Nome e versão da via de administração	Uso obrigatório da terminologia do Vocabulário Controlado ANVISA (ANVISAVOCABCTRL_2011)	Texto	
3	[1..1]	Dose	Incluindo unidade de medida e frequência ex: 1 comprido de 6 em 6 horas	Texto	
3	[1..1]	Duração do tratamento		Duração	Anos
					Meses
					Semanas
					Dias
					Horas
					Minutos
					Segundos
3	[0..1]	Estado do medicamento	Somente enviar medicamentos ativos (que o paciente está fazendo uso)	Texto codificado	Ativa
					Descontinuada
					Nunca ativa
					Tratamento completo
					Substituído
3	[0..1]	Orientação sobre o uso do medicamento	P. ex: tomar em jejum, tomar após as refeições, etc.	Texto	
1	[0..N]	Instruções (educação ao paciente e familiar) Orientações; recomendações da equipe assistencial			
2	[1..1]	Descrição de Instruções (educação ao paciente e		Texto	

Item/nível	Ocorrência	Elemento	Descrição/Regras	Tipo de dados	Dado
		familiar) Orientações; recomendações da equipe assistencial			
2	[1..1]	Identificação do profissional			
3	[1..1]	CNS	CNS com dígito verificador válido	Texto	
3	[1..1]	Nome	Nome completo do profissional de saúde.	Texto	
3	[1..1]	CBO	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Texto	
1	[1..1]	Informações da alta			
2	[1..1]	Desfecho		Texto codificado	Alta clínica
					Alta voluntária
					Ordem judicial
					Evasão
					Óbito
					Transferência
					Retorno
					Permanência
					Encaminhamento
2	[0..1]	Local para acompanhamento pós-alta		Texto	
2	[0..1]	Nome do tipo de serviço / especialidade para encaminhamento pós-alta		Texto	
2	[1..1]	Data de desfecho	Conforme ISO 8601	Data / hora	
2	[1..1]	Profissional responsável pela alta da internação			
3	[1..1]	CNS	CNS com dígito verificador válido	Texto	
3	[1..1]	Nome	Nome completo do profissional de saúde.	Texto	
3	[1..1]	CBO	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Texto	

Item/nível	Ocorrência	Elemento	Descrição/Regras	Tipo de dados	Dado
		familiar) Orientações; recomendações da equipe assistencial			
2	[1..1]	Identificação do profissional			
3	[1..1]	CNS	CNS com dígito verificador válido	Texto	
3	[1..1]	Nome	Nome completo do profissional de saúde.	Texto	
3	[1..1]	CBO	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Texto	
1	[1..1]	Informações da alta			
2	[1..1]	Desfecho		Texto codificado	Alta clínica Alta voluntária Ordem judicial Evasão Óbito Transferência Retorno Permanência Encaminhamento
2	[0..1]	Local para acompanhamento pós-alta		Texto	
2	[0..1]	Nome do tipo de serviço / especialidade para encaminhamento pós-alta		Texto	
2	[1..1]	Data de desfecho	Conforme ISO 8601	Data / hora	
2	[1..1]	Profissional responsável pela alta da internação			
3	[1..1]	CNS	CNS com dígito verificador válido	Texto	
3	[1..1]	Nome	Nome completo do profissional de saúde.	Texto	
3	[1..1]	CBO	Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Texto	

Item/nível	Ocorrência	Elemento	Descrição/Regras	Tipo de dados	Dado
2	[0..1]	Informações adicionais			
3	[1..1]	Outras informações		Texto	

