

REGISTROS MÉDICOS



Receituários Médicos

Receita Simples:

Validade por 30 dias;

Pode ser válido por até 6 meses de tratamento no caso do registro na receita de **uso contínuo**;

Prescrição de **antimicrobianos**:

Duas vias;

Receita com validade de 10 dias.

Prefeitura de Aracaju
Cidade da qualidade de vida

SAÚDE SEMPRE
Uma receita legal evita a troca de medicamentos

Nome do(a) Paciente:

SUS
Sistema Único de Saúde

SUS
Sistema Único de Saúde

SUS
Sistema Único de Saúde

Prescritor

Prescrever pelo nome genérico é legal - Lei nº 9.787/99

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Sergipe, nº 1310 - Bairro Siqueira Campos - Aracaju - Sergipe - CEP: 49075-540
Fone: (79) 3179-1014 - Fax: (79) 2106-9711

MOD - 03

Receituário

- Legislação: legível em letra clara, de forma e por extenso.
- Dados essenciais:
 - Cabeçalho – Impresso onde se encontra o nome e endereço do profissional ou da instituição, registro profissional e CPF (pode estar no carimbo).
 - Superinscrição – Nome do paciente, endereço e idade, quando pertinente. É opcional a inscrição do símbolo “RX”, ou “uso interno” (enteral)/“uso externo” (parenteral).
 - Inscrição – Nome do fármaco, forma farmacêutica e concentração.
 - Subscrição – Quantidade total a ser consumida. (se medicamentos controlados deve ser escrita também por extenso, entre parênteses)
 - Adscrição – Orientações do profissional para o paciente.
 - Data e assinatura

proteção para prescrição

Nome do medicamento (Genérico)

Concentração

Local e Data

Nome do Paciente

Via de Uso

Indicação de Uso Contínuo (Caso necessário)

Quantidade e forma farmacêutica (Comprimido, cápsula, loção, creme...)

Inutilizar o espaço vazio (Caso necessário)

Assinatura e Carimbo

Prefeitura de Aracaju
Cidade da qualidade de vida

Nome do(a) Paciente: **José dos Santos**

R/ **Uso oral** **Uso Contínuo**

1. Captopril 25mg----- 60 comp.
Tomar 1 comprimido após o café e após o jantar

2. Insulina NPH 100 UI/ml ----- 1 frasco
Aplicar 10 UI à noite.

Pelotas,
12/02/2019

Victor Barroso
RMS 1234

Prescrever pelo nome genérico é legal - Lei nº 13.021/2014

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Sergipe, nº 1310 - Bairro Siqueira Campos - Aracaju - Sergipe - CEP: 49075-540
Fone: (79) 3179-1014 - Fax: (79) 2106-9711

MOD - 03

Receituários Médicos

Receita Controle Especial ou C:

Validade: 30 dias em todo o território nacional;
duas vias;

quantidade permitida: 05 ampolas para injetáveis,
e quantidade correspondente a 60 dias de
tratamento para outras formas farmacêuticas.

Máximo: 3 (três) substâncias ou medicamentos;

Medicamentos: Anticonvulsivantes, antidepressivos,
antimicrobianos, analgésicos potentes (opióides); etc.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL													
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome Completo _____</td></tr><tr><td>CRM _____ UF _____ No. _____</td></tr><tr><td>Endereço Completo e Telefone _____</td></tr><tr><td>Cidade: _____ UF: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Nome Completo _____	CRM _____ UF _____ No. _____	Endereço Completo e Telefone _____	Cidade: _____ UF: _____	1a. VIA FARMÁCIA 2a. VIA PACIENTE							
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE													
Nome Completo _____													
CRM _____ UF _____ No. _____													
Endereço Completo e Telefone _____													
Cidade: _____ UF: _____													
Paciente: _____													
Endereço: _____													
Prescrição: _____													

<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome _____</td></tr><tr><td>Ident.: _____ Órgão Emissor: _____</td></tr><tr><td>End.: _____</td></tr><tr><td>Cidade: _____ UF: _____</td></tr><tr><td>Telefone: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	Nome _____	Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	End.: _____	Cidade: _____ UF: _____	Telefone: _____	<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td></tr><tr><td>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA _____/_____/____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	_____	_____	_____	_____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA _____/_____/____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR													
Nome _____													
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____													
End.: _____													
Cidade: _____ UF: _____													
Telefone: _____													
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR													

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA _____/_____/____													

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo **Victor Barroso**
CRM **1234** UF **SE** No. _____
Endereço Completo e Telefone _____
Cidade: **Pelotas** UF: **RS**

1a. VIA FARMÁCIA

2a. VIA PACIENTE

Victor Barroso

RMS 1234

Paciente: **Maria Santos de Jesus**

Endereço: **Rua São Domingos, 121, Centro, Aracaju/SE**

Prescrição: **Uso oral**

1) Amitriptilina 25 mg ----- 60 comp.

Tomar 1 comp. à noite.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____
Identificação do Comprador _____
End. _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA

Dados do Médico
(Nome, CRM, Endereço,
Cidade)

Dados do paciente
(Nome e endereço)

Nome do Medicamento
(Genérico)

Assinatura e
Carimbo

Via de
Uso

Quantidade e Forma
Farmacêutica

Inutilizar espaço
vazio
(caso necessário)

Não preencher!!

Receituários Médicos

Receita Azul ou B:

- B1 (psicotrópicos): vale por 30 dias após a data da prescrição;
- B2 (psicotrópicos anorexígenos): 30 dias após prescrição; 30 dias de tratamento;

Apenas no Estado!

Medicamentos: Diazepam, clonazepam, lorazepam, etc.

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	NÚMERO	B			
				Quantidade e Forma Farmacéutica	
de de		Paciente:		Dose por Unidade Posológica	
		Endereço:		Posologia	
Assinatura do Emitente					
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
Nome:					
Endereço:					
Telefone:					
Identidade No. Órgão Emissor:					
			Nome do Vendedor		
			Data		
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC			Numeração desta Impressão de até		

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA UF <input type="text"/> NÚMERO <input type="text"/>		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Victor Barroso RMS:1234 , End.: Rua do Beco, 151, Centro, Aracaju/SE		Medicamento ou Substância Clonazepam	
B 12 de 02 de 2019		Paciente: José dos Santos		Quantidade e Forma Farmacéutica 60 Comp. (2 cx)	
Victor Barroso RMS 1234 Assinatura do Emitente		Endereço: Rua São Domingos, Centro, Aracaju/SE		Dose por Unidade Posológica 2mg	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____		CARIMBO DO FORNECEDOR Nome do Vendedor _____ Data _____		Posologia 01 comp. à noite	
Dados da Gráfica Nome - Endereço Completo - CGC		Numeração desta impressão de _____ até _____			

Não preencher!!

Receituários Médicos

Receita Amarela ou A:

Tem 30 dias de validade após a prescrição (todo território nacional);

Mais utilizadas por **especialistas focais**;

uso para psicotrópicos e entorpecentes (medicamentos de alto poder de dependência)

Medicamentos: Morfina, fentanil, midazolam, oxicodona, metilfenidato (ritalina), etc.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: _____ NÚMERO: _____

A

Data ____ de ____ de ____

Paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura do Emitente: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Nome: _____

Quantidade e Apresentação: _____

Forma Farm. Concent. Unid. Posologia: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Data: ____/____/____

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF NÚMERO

Data 12 de 02 de 2019

A

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Victor Barroso
RMS:1234 , End.: Rua do Beco,
151, Centro, Aracaju/SE

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Nome: **Ritalina**

30 comp. (1 Cx)

Quantidade e Apresentação

1 comp. (10 mg) à noite

Forma Farm. Concent. Unid. Posologia

Victor Barroso

RMS 1234

Assinatura do Emitente

Paciente **José dos Santos**

Endereço

**Rua São Domingos, Centro,
Aracaju/SE**

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome

_____/_____/____

Data

Não preencher!!

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC.

Algumas questões importantes

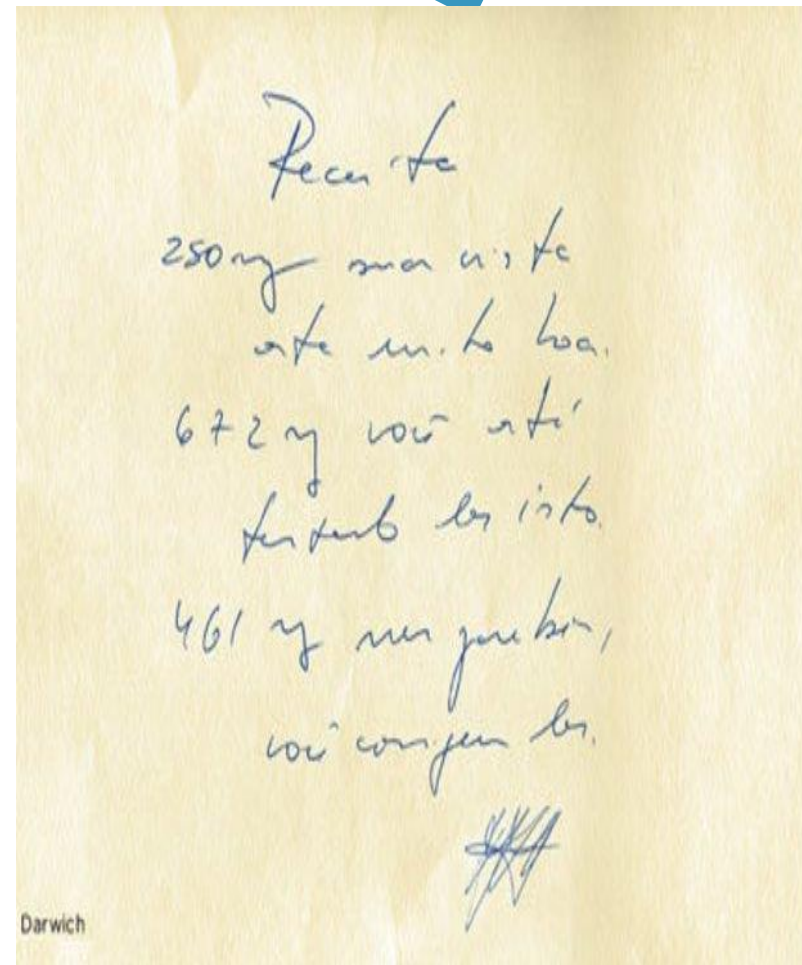
- Lembrar que, no Brasil, não é raro encontrar pacientes com dificuldade de ler e compreender as receitas;
- Algumas unidades de saúde montam fluxos específicos em suas farmácias (duas vias, renovação de prescrição, etc)
- A renovação de recitas é um fator importante a ser organizado no processo de trabalho, visto que é um motivo muito frequente de consulta

Código de Ética Médica

Capítulo III - Responsabilidade Profissional

É VEDADO AO MÉDICO:

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.



Atestado Médico

RESOLUÇÃO CFM n.º 1.658/2002:

Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 5º Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Atestado Médico

Tipos de Atestados Médico:

1. Atestado de Óbito (D.O)
2. Atestado por Doença (15 dias)
3. Atestado para Repouso à Gestante (120 dias)
4. Atestado por Acidente de Trabalho
5. Atestado para Fins de Interdição
6. Atestado de Aptidão Física
7. Atestado de Sanidade Física e Mental
8. Atestado para Amamentação
9. Atestado de Comparecimento
10. Atestado para Internações

**CUIDADO COM
ATESTADOS RETROATIVOS!!!**



Atestado Médico

Finalidade do mesmo: Escola?
Academia de Ginástica? Emprego?

Atestado Médico

Nome Completo da Paciente

Atesto, para fins trabalhistas, que a Sr^a Maria Santos Silva, encontra-se impossibilitada de exercer suas atividades laborais por um período de 3 (três) dias, a contar de hoje, por motivo de doença.

Motivo

CID: J02

Tempo de Afastamento

Pelotas, 12/02/2019

Local e Data

Victor Barroso

RMS 1234

Assinatura e Carimbo

CID10 ou Diagnóstico
(Diagnóstico somente quando autorizado
expressamente pelo paciente)

Benefícios dos trabalhadores

- Auxílio Doença
- Auxílio Acidente
- Licença casamento
- Licença Maternidade e Paternidade



Acidente de Trabalho

Preenchimento da CAT: Comunicação de acidente de trabalho

- Emissão pela empresa, trabalhador ou médico
- Não necessita de afastamento do trabalho
- Caráter epidemiológico, social e trabalhista
- Estabilidade de 12 meses após retorno ao trabalho

Tempo de Afastamento

Até 14 dias



EMPREGADOR

Mais de 14 dias



INSS



Declaração de Óbito (D.O)

Capítulo X - Documentos Médicos

É VEDADO AO MÉDICO:

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

Parte I: Identificação do registro, data, município, nome da mãe e nome do pai.

Parte II: Estado de residência, sexo, idade, data de nascimento, ocupação habitual e causa de morte.

Parte III: Informações sobre o falecido, incluindo nome completo, CPF, data de nascimento e endereço.

Parte IV: Informações sobre o local de residência e o médico responsável.

Parte V: Informações sobre o falecido, incluindo nome completo, CPF, data de nascimento e endereço.

Parte VI: Informações sobre o falecido, incluindo nome completo, CPF, data de nascimento e endereço.

Parte VII: Informações sobre o falecido, incluindo nome completo, CPF, data de nascimento e endereço.

Parte VIII: Informações sobre o falecido, incluindo nome completo, CPF, data de nascimento e endereço.

Parte IX: Informações sobre o falecido, incluindo nome completo, CPF, data de nascimento e endereço.

Parte X: Informações sobre o falecido, incluindo nome completo, CPF, data de nascimento e endereço.

Declaração de Óbito (D.O)

Responsabilidade Ética e Jurídica do Médico:

1. Preencher os dados de identificação com base em um documento da pessoa falecida. Na ausência de documento, caberá, à autoridade policial, proceder o reconhecimento do cadáver.
2. Registrar os dados na DO, sempre, com letra legível e sem abreviações ou rasuras.
3. Registrar as causas da morte, obedecendo ao disposto nas regras internacionais, anotando, preferencialmente, apenas um diagnóstico por linha e o tempo aproximado entre o início da doença e a morte.
4. Revisar se todos os campos estão preenchidos corretamente, antes de assinar.

Declaração de Óbito (D.O)

Responsabilidade Ética e Jurídica do Médico

O QUE NÃO SE DEVE FAZER:

1. Assinar DO em branco.
2. Preencher a DO sem, pessoalmente, examinar o corpo e constatar a morte.
3. Utilizar termos vagos para o registro das causas de morte como parada cardíaca, parada cardio-respiratória ou falência de múltiplos órgãos.
4. Cobrar pela emissão da DO.

Bloco II - Residência:
dados sobre a residência do falecido

Bloco I - Identificação: informações
gerais sobre a identidade do falecido e
dos seus pais

Bloco III - Ocorrência: Informações
sobre o local onde ocorreu o óbito

BLOCO IV - Fetal ou menor que 1 ano:
Informações sobre a Mãe e sobre o falecido, em casos
de óbito fetal ou menor de 1 ano.

Bloco V – Condições e causas do óbito:
Qualificar as condições e causas que provocaram o óbito

Bloco VI – Médico:
Informações sobre o Médico que assina a DO

Bloco VII – Causas externas:
Informações sobre o provável tipo de morte por violências

Bloco VIII – Cartório: Cartório de Registro Civil

Bloco IX – Localidade sem Médico: Cartório de Registro Civil

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I Identificação
Tipo de óbito: Fetal Não Fetal
Data do óbito: _____ Hora: _____ Cartão SUS: _____ Naturalidade: _____
Nome do Falecido: _____
Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____
Data de nascimento: _____ Sexo: M. F. Indefinido
Situação conjugal: Casado Solteiro Viúvo Não informado
Educação (última série concluída): Sem escolaridade Fundamental I (1ª a 4ª Série) Fundamental II (5ª a 8ª Série) Superior incompleto Superior completo
Ocupação habitual: _____
Legado: _____
Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Município de residência: _____ CEP: _____
Local de ocorrência do óbito: Hospital Domicílio Outros Via pública
Endereço da ocorrência, se fora de estabelecimento ou de residência (rua, praça, avenida, etc.): _____
Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Município de ocorrência: _____ CEP: _____

II Residência

III Ocorrência

IV Fetal ou menor que 1 ano
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE
Idade: _____ Sexo: _____ Situação conjugal: _____
Educação (última série concluída): Sem escolaridade Fundamental I (1ª a 4ª Série) Fundamental II (5ª a 8ª Série) Superior incompleto Superior completo
Ocupação habitual: _____

V Condições e causas do óbito
Número de filhos vivos: _____ Nº de semanas de gestação: _____ Tipo de parto: Útero Vaginal Cesáreo
Morte em relação ao parto: Antes Durante Depois Não informado
Peso ao nascer: _____
OBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL: A morte ocorreu Não ocorreu
Causas da morte: PARTE I PARTE II
CAUSAS ANTECEDENTES: _____
Médico: _____ CRM: _____ Obito atestado por Médico: Sim Não Não informado
Município e UF do SVD ou IML: _____

VI Médico

VII Causas externas
Prováveis circunstâncias de morte não natural: Tipo Acidente Homicídio Suicídio Outras Sim Não Não informado
Fonte de informação: Boletim de Ocorrência Família Hospital Outras

VIII Cartório

IX Localidade sem Médico

D.O - Bloco V: Condições e causas do Óbito

49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	OD
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES: Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	Causa imediata ou terminal	Devido ou como consequência de :		
	b	Causa intermediária	Devido ou como consequência de :		
	c	Causa intermediária	Devido ou como consequência de :		
	d	Causa básica da morte	Devido ou como consequência de :		
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, não estando, entretanto, relacionados com o estado patológico que a produziu.		

Declaração de Óbito: Exemplo 1

Exemplo – Masculino, 65 anos. Há 35 anos, sabia ser hipertenso e não fez tratamento. Há dois anos, começou a apresentar dispnéia de esforço. Foi ao médico, que diagnosticou hipertensão arterial e cardiopatia hipertensiva, e iniciou o tratamento. Há dois meses, insuficiência cardíaca congestiva e, hoje, teve edema agudo de pulmão, falecendo após 5 horas. Há dois meses, foi diagnosticado câncer de próstata.

Declaração de Óbito: Exemplo 1

19 CAUSAS DA MORTE		AVOTE SOBRENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CO *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	Edema agudo do pulmão		5 horas	
	b	Devido ou como consequência de: Insuficiência cardíaca hipertensiva		2 meses	
	c	Devido ou como consequência de: Cardiopatia hipertensiva		2 anos	
	d	Devido ou como consequência de: Hipertensão arterial		35 anos	
		Neoplasia maligna de próstata		2 meses	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

* O código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

Declaração de Óbito: Exemplo 2

Paciente diabético, deu entrada no pronto socorro às 10:00 com história de vômitos e sanguinolentos desde às 06 da manhã. Desde às 8:00 com tonturas e desmaios. Ao exame físico, descorado +++/4+, e PA de 0mmHg. A família conta que paciente é portador de esquistossomose mansônica há 5 anos e que 2 anos atrás esteve internado com vômitos de sangue e recebeu alta com diagnóstico de varizes de esôfago após exame endoscópico. Às 12:00, apresentou para cardiorrespiratória e teve óbito verificado pelo médico plantonista, após o insucesso das manobras de reanimação.

Declaração de Óbito: Exemplo 2

VI

Condições e causas do óbito

ÓBITOS EM MULHERES		ASSISTÊNCIA MÉDICA	
43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto ?	44 A morte ocorreu durante o puerpério ?	45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte ?	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim, até 42 dias <input type="checkbox"/> 2 - Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 3 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		47 Cirurgia ?	48 Necrópsia ?
46 Exame complementar ?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
49 CAUSAS DA MORTE		tempo aproximado entre o início da doença e a morte	
PARTE I		CID	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	4 horas
CAUSAS ANTECEDENTES		b	6 horas
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		c	2 anos
		d	5 anos
PARTE II		Diabetes Mellitus	
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Choque Hipovolêmico

Hemorragia digestiva

Varizes esofágicas

Esquistossomose

Diabetes Mellitus

Declaração de Óbito: Exemplo 3

Paciente de 32 anos, sexo feminino, tinha uma história de uso crônico de drogas injetáveis. Ela desenvolveu infecção pelo HIV, AIDS, e morreu em insuficiência respiratória aguda por causa de uma pneumonia por *Pneumocystis carinii*.

Declaração de Óbito: Exemplo 3

VI Condições e causas do óbito

ÓBITOS EM MULHERES		ASSISTÊNCIA MÉDICA	
43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto ?	44 A morte ocorreu durante o puerpério ?	45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte ?	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim, até 42 dias <input type="checkbox"/> 2 - Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 3 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		47 Cirurgia ?	48 Necrópsia ?
46 Exame complementar ?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
49 CAUSAS DA MORTE		tempo aproximado entre o início da doença e a morte	
PARTE I		CID	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	
CAUSAS ANTECEDENTES		b	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		c	
PARTE II		d	
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Insuficiência Cardíaca

Pneumonia Atípica

AIDS

Uso de drogas injetáveis

Declaração de Óbito: Exemplo 4

Paciente de 60 anos do sexo masculino, obeso, tabagista com doença coronária importante e hipertrofia ventricular esquerda por hipertensão arterial de longa data, morre devido a tamponamento cardíaco por ruptura da parede do coração. Três dias antes do óbito, constatou-se trombose da artéria coronária (documentada por cateterismo) com infarto agudo do miocárdio.

Declaração de Óbito: Exemplo 4

VI

Condições e causas do óbito

ÓBITOS EM MULHERES		ASSISTÊNCIA MÉDICA	
43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto ?	44 A morte ocorreu durante o puerpério ?	45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte ?	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim, até 42 dias <input type="checkbox"/> 2 - Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 3 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		47 Cirurgia ?	48 Necrópsia ?
46 Exame complementar ?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
49 CAUSAS DA MORTE		tempo aproximado entre o início da doença e a morte	
PARTES I		CID	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	
CAUSAS ANTECEDENTES		b	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		c	
PARTES II		d	
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Tamponamento cardíaco

Infarto Agudo do miocárdio 3 dias

Trombose coronariana 3 dias

Hipertensão Arterial sistêmica

Tabagismo

Obesidade

Estratégia e-SUS AB

- Reestruturação dos sistemas de informação do SUS em busca de um **SUS eletrônico**;
- Alimentam o Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica (**SISAB**).

SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA

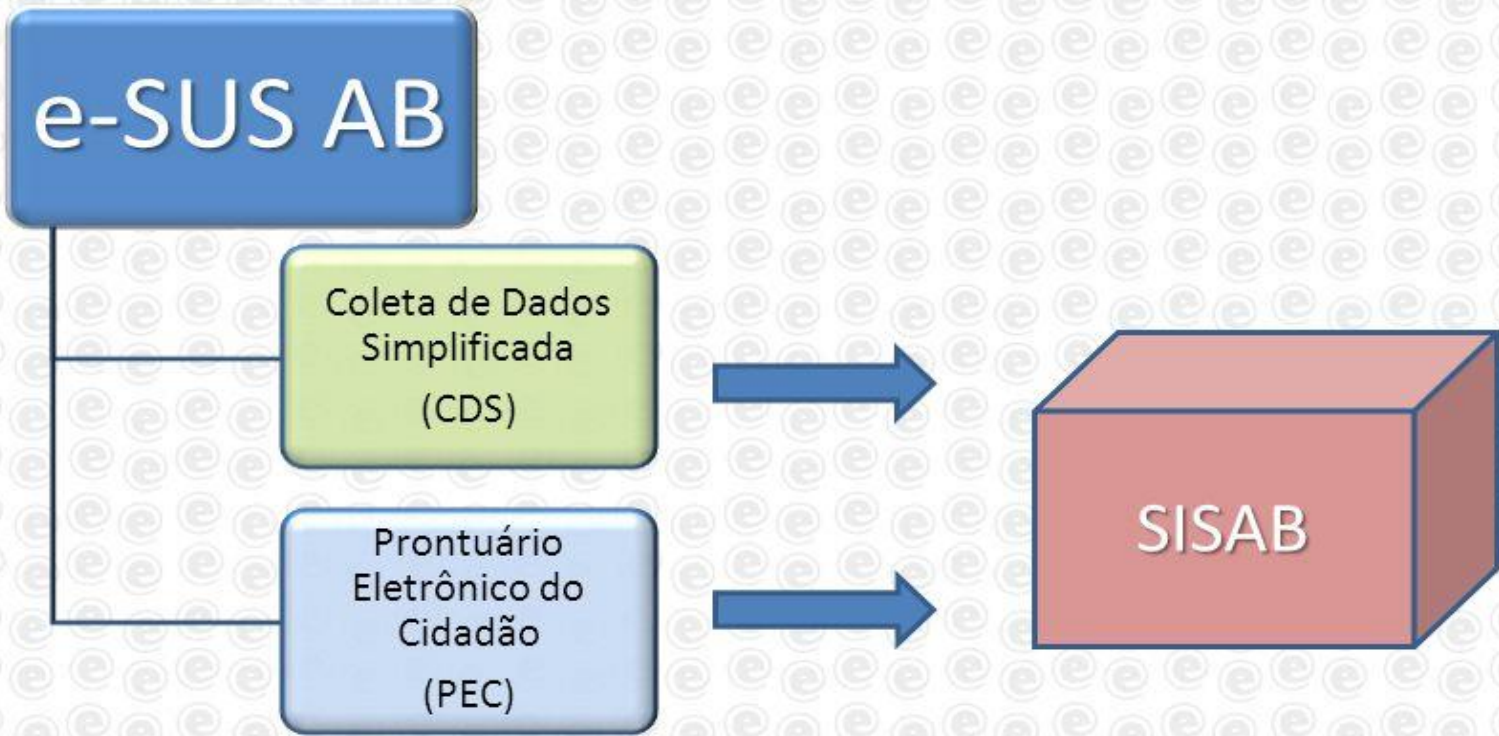


Estratégia e-SUS AB

Objetivos:

- Registros individualizados;
- Integração de informações;
- Informatização das unidades;
- Redução do retrabalho na coleta de dados;
- Aprimoramento da gestão e da coordenação do cuidado.





Coleta de Dados Simplificada (CDS)

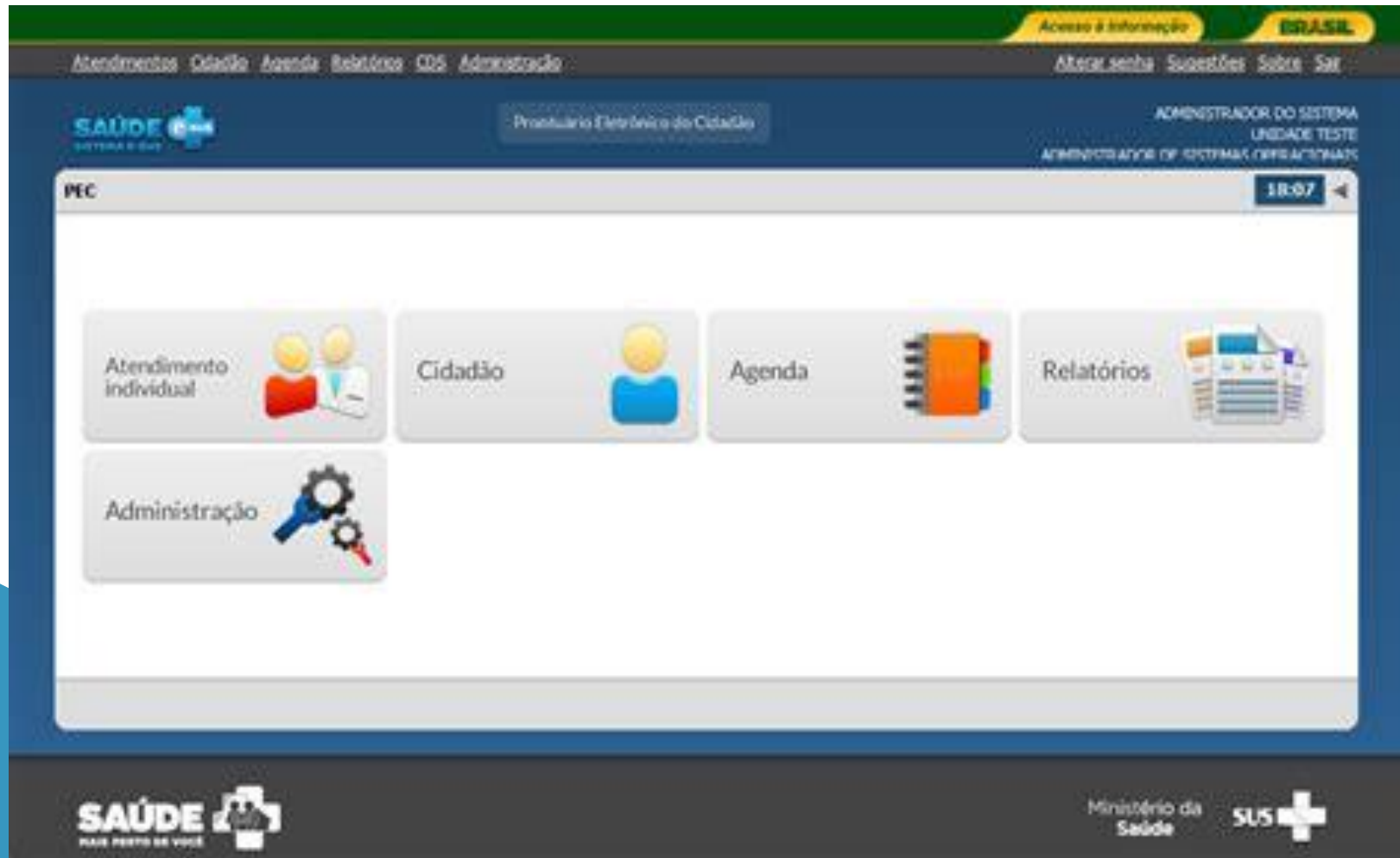
Ficha de Atendimento Individual / CDS

e-SUS Atenção Básica

SAÚDE SEM FOME DE SAÚDE		SAÚDE SISTEMA S-SUS		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL		EDITADO POR:	DATA:			
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL		CEP	COD. UNIDADE	COD. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA: / /				
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL		CEP	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL		CEP	FOLHA Nº				
Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Criche 06 - Outros		Atendimento Materno: 01 - Exclusivo 02 - Parcialmente 03 - Complementar 04 - Incidente								
Atenção Domiciliar: 01 - AD1-Atendidos pela ESP e NASF 02 - AD2-Atendimento compartilhado EMADEM/AF 03 - AD3-Atendimento compartilhado EMADEM/AF										
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO										
Nº CARTÃO SUS										
Data de nascimento	Di	Me	Ma	Di	Me	Ma	Di	Me	Ma	Di
Local de atendimento										
Tipos de Atendimento										
Atividade										
Sexo										
Gravidez										
Atividade Doméstica										
Problemas/Condições de Saúde										
Diagnóstico										

Condição importante para pagamento de bolsas!!!

Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)



Prontuário

SOAP: Forma de Registro utilizada na APS

Características e funções do prontuário:

- Obrigação médica;
- Deve estar Legível;
- Documento do paciente;
- Sob a guarda do serviço assistencial ou do Médico;
- Proteção legal da equipe;
- Melhora do cuidado do paciente;
- Data, hora, assinatura e registro profissional.



SOAP	
“Subjetivo” (S)	Nessa parte se anotam as informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema de saúde em questão. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressadas pela pessoa que está sendo cuidada (CANTALE, 2003). Se tivermos como referencial o “método clínico centrado na pessoa” (MCCP), é nessa seção que exploramos a “experiência da doença” ou a “experiência do problema” vivida pela própria pessoa, componente fundamental do MCCP (STEWART, 2010).
“Objetivo” (O)	Nessa parte se anotam os dados positivos (e negativos que se configurarem importantes) do exame físico e dos exames complementares, incluindo os laboratoriais disponíveis (CANTALE, 2003).
“Avaliação”(A)	Após a coleta e o registro organizado dos dados e informações subjetivas (S) e objetivas (O), o profissional de saúde faz uma avaliação (A) mais precisa em relação ao problema, queixa ou necessidade de saúde, definindo-o e denominando-o (CANTALE, 2003). Nessa parte se poderá utilizar, se for o caso, algum sistema de classificação de problemas clínicos, por exemplo, o CIAP (WONCA, 2009).
“Plano” (P)	A parte final da nota de evolução SOAP é o plano (P) de cuidados ou condutas que serão tomados em relação ao problema ou necessidade avaliada. De maneira geral, podem existir quatro tipos principais de planos (CANTALE, 2003): <ol style="list-style-type: none"> 1) Planos Diagnósticos: nos quais se planejam as provas diagnósticas necessárias para elucidação do problema, se for o caso; 2) Planos Terapêuticos: nos quais se registram as indicações terapêuticas planejadas para a resolução ou manejo do problema da pessoa: medicamentos, dietas, mudanças de hábitos, entre outras; 3) Planos de Seguimento: nos quais se expõem as estratégias de seguimento longitudinal e continuado da pessoa e do problema em questão; 4) Planos de Educação em Saúde: nos quais se registram brevemente as informações e orientações apresentadas e negociadas com a pessoa, em relação ao problema em questão.



Saúde da Família

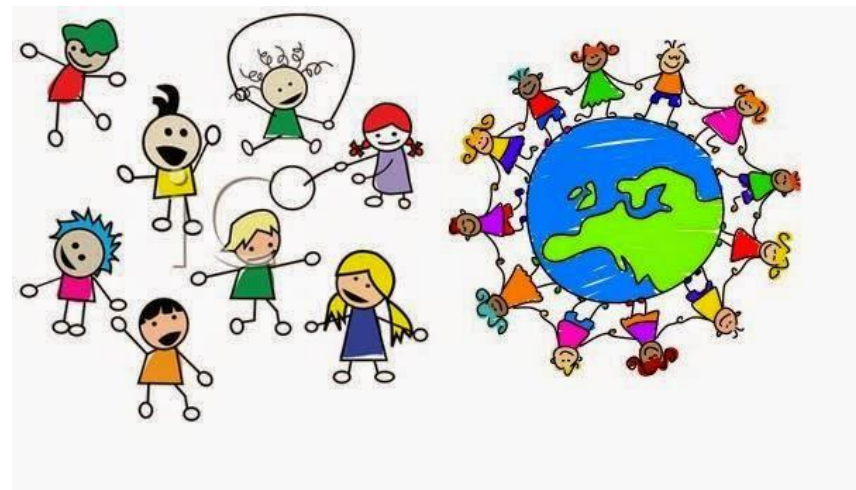
Caso 1

Alberto, 42 anos, chega ao consultório solicitando um atestado para poder receber a pensão da mãe. A mãe tem dificuldades de ir até o banco receber por que sofreu AVC recentemente e apresenta-se restrita ao domicílio.



Caso 2

Marlene, 28 anos, traz o filho João Pedro, de 8 anos ao consultório para solicitar um atestado que o autorize a fazer educação física na escola.



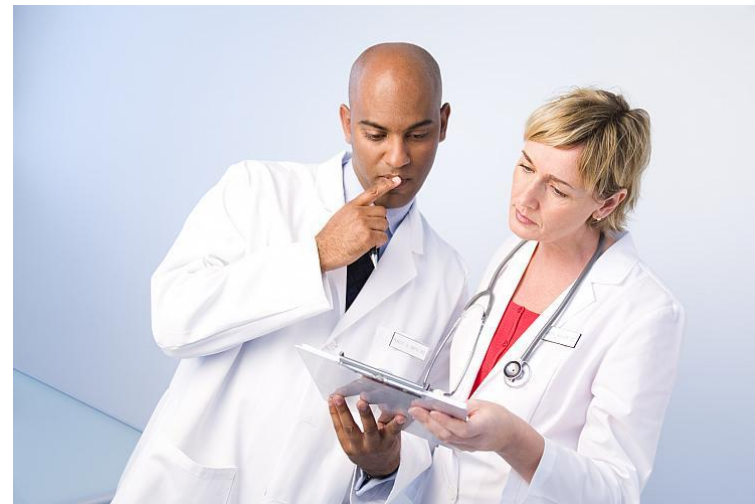
Caso 3

Kelly, grávida de 28 semanas, vem a consulta do pré-natal acompanhada do marido Joel. Ao final da consulta, Kelly solicita um atestado para Joel já que ele faltou ao trabalho.



Caso 4

Enfermeira da unidade te procura para carimbar receita de paciente do grupo de HIPERDIA, após consulta de enfermagem. A paciente está com a pressão compensada e realizou consulta médica há dois meses.



Obrigado (a)!

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

