

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

**CONTRATO DE GESTÃO Nº 020/2013
SESPA E ORGANIZAÇÃO SOCIAL (OS)
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E
HUMANO - INDSH**

10º TRIMESTRE – 2015

REFERÊNCIA: OUTUBRO/NOVEMBRO E DEZEMBRO/2015

Tailândia/PA, 08 de Janeiro de 2016.

Tailândia, 08 de janeiro de 2016.

OFICIO DIR. EXECUTIVA/OSS/HGT Nº005/16.

Ao
Grupo Técnico de Controle e Avaliação da Gestão dos Hospitais Metropolitano e Regionais SESP/Secretaria
Executiva de estado de Saúde Pública do Pará
Ilmo. Sr. Fernando Gomes Escudeiro
MD – Coordenador do GTCAGHMR/SESPA

Ref.: Relatório Trimestral out, nov e dez / 2015

Prezado Senhor,

O Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH, Administrador do Hospital Geral de Tailândia vem encaminhar o **Relatório Trimestral, considerando os meses de out, nov e dez/15**, sobre as comissões, conforme Contrato de Gestão Nº 020/2013/SESPA.

Com intuito de seguir as orientações deste conceituado Grupo Técnico, considerando as diretrizes de redução na utilização de papel, evidenciar objetivamente as informações e respeitando o contrato de gestão, segue abaixo a ordem de apresentação desta prestação para apreciação.

1º Relatório e atas das reuniões da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), referente ao 10º Trimestre, Outubro, Novembro e Dezembro;

2º Relatório e atas das reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), referente ao 10º Trimestre, Outubro, Novembro e Dezembro;

3º Relatório e atas das reuniões da Comissão de Revisão de Óbitos (CRO), referente ao 10º Trimestre, Outubro, Novembro e Dezembro;

4º Relatório e atas das reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), referente ao 10º Trimestre, Outubro, Novembro e Dezembro;

Gostaríamos de enfatizar que passamos por um período de evolução e que agora consolidaremos, com Vosso apoio, a qualidade das informações no intuito de melhor evidenciar o trabalho realizado pelo HGT.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para o que se fizer necessário e aproveitamos o ensejo para elevar protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,



**José Batista Luz Neto
Diretor Executivo
HGT/INDSH**

Sumário

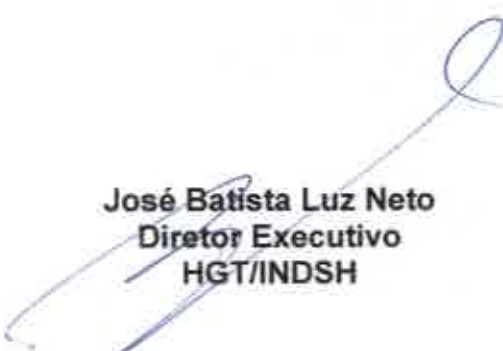
1. APRESENTAÇÃO.....	001
2. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO.....	002
3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	021
4. COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS.....	048
5. COMISSÃO DE FARMACIA E TERAPÊUTICA	075

1. APRESENTAÇÃO

Em atendimento ao Contrato de Gestão N° 020/2013 entre a Secretaria de Estado de Saúde Pública-SESPA e a Organização Social de Saúde – OSS , Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano-INDSH, assinado em 01 de Julho de 2013, seguindo o modelo estabelecido pelo Grupo Técnico de Controle e Avaliação da Gestão dos Hospitais Metropolitano e Regionais, elaboramos o presente relatório.

Serão apresentadas informações condensadas relativas aos meses de **Outubro, Novembro e Dezembro** de 2015, os Relatórios e Atas das seguintes Comissões: Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) e Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

Tailândia, 08 de Janeiro/2016.



José Batista Luz Neto
Diretor Executivo
HGT/INDSH

RELATÓRIO TRIMESTRAL CRP

10º TRIMESTRE

OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2015

COMISSÃO

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS.

I – INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta as atividades e ações desenvolvidas durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2015.

Ações desenvolvidas pela Comissão de Revisão de Prontuário, seguindo descrição das ações, tendo como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para elaboração do prontuário clínico. A Comissão de Revisão de Prontuário avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que estiveram internados em todas as clínicas. Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, procedendo a um exame sistemático desses documentos.

As reuniões foram realizadas mensalmente, sendo que as atas estão em anexo.

II – MEMBROS DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

A comissão é constituída por 08 (Oito) membros efetivos:

- Antonio Venturieri Neto – Presidente/Médico Cirurgião Geral
- Ricardo Gomes Junior – Vice-presidente /Enfermeiro / Coordenador de Enfermagem/ Alas de Internação
- Elisângela da Silva Siqueira – 1º Secretário/Supervisora de Faturamento
- Maria Airlles Lopes Nogueira – 2º Secretário/ Auxiliar Administrativo/ Estatística/Same
- Dimas Rezende Oliveira Junior – Membro/Coordenador de enfermagem bloco cirúrgico.
- Marise Moraes – Membro/Enfermeiro/ Diretora de Enfermagem
- Rejane Xavier Soares – Membro/ Diretora Administrativo e Financeiro
- Edalcilene Guimarães Lopes – Auxiliar administrativo/ Secretário de Clínicas

III – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- **REUNIÕES DO PERÍODO:** Foram realizadas reuniões nas datas: 21/10/2015, 05/11/2015 e 17/12/2015 atendendo ao critério de reunião mensal, com ata detalhada em anexo.
- **REVISÃO DE FORMULÁRIOS:** Durante o mês de outubro foi implantado o laudo de AIH dentro do sistema MRH, conforme havíamos discutido anteriormente com a equipe de TI, a fase de experiência iniciou-se no dia 29/09/2015. Ainda no mês de outubro foi criada uma planilha pelo setor faturamento de não conformidade médica e de enfermagem para apresentar aos coordenadores e diretores responsáveis até o dia 10 de cada mês para deixa-los ciente dos problemas que o setor faturamento atravessa com esses problemas.

IV- ANÁLISE DAS ALTAS HOSPITALARES DO HGT – INDSH

No fim do período trimestral ocorreram **975** altas hospitalares.

Dados coletados para o relatório:

MÉDIA DA QUALIDADE DOS PRONTUÁRIOS (%)	
CONFORME	NÃO CONFORME
887	88

Após concluirmos análise evidenciou-se que 91% dos prontuários avaliados foram considerados conformes, considerando que as análises foram realizadas segundo os 11 itens de avaliação.

Abaixo pode ser verificado o percentual da média da qualidade dos prontuários de alta do período, distribuídos (Conforme e Não Conforme), conforme se observa no gráfico 01.

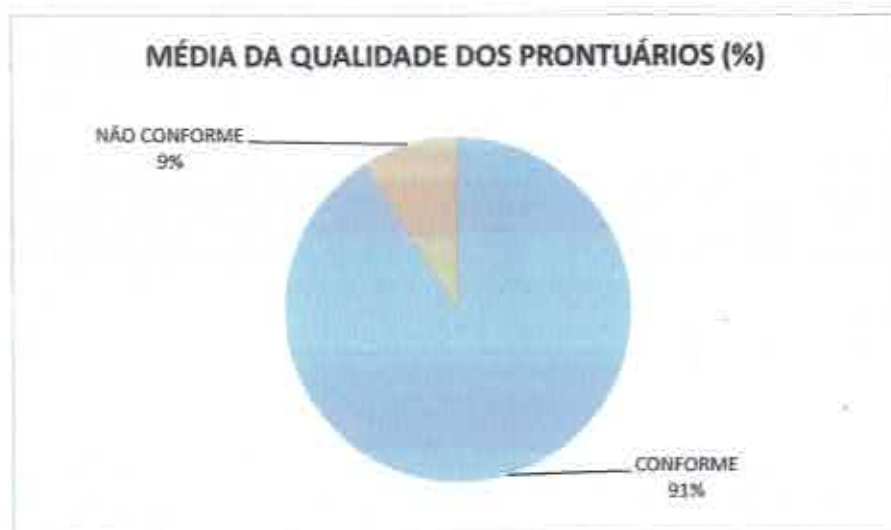


Gráfico 01

Fonte: CRP/HGT

Totalização: **66%** de não conformidades médicas e **34%** de não conformidades de enfermagem.

MEDICO	ENFERMAGEM	TOTAL
58	30	88



Gráfico 02 Fonte: CRP/HGT

Dentro dos prontuários não conformes, foram classificados os tipos dessas não conformidades, conforme veremos nos gráficos abaixo relacionados:

NÃO CONFORMIDADES MÉDICAS (%)					
LETRA ILEGÍVEL	FALTA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	FALTA CARIMBO E ASSINATURA	FALTA DE ALTA NA EVOLUÇÃO DIÁRIA E NA PRESCRIÇÃO	FALTA DE CID E PROCEDIMENTO NA AIH	TOTAL
27	5	3	3	20	58

Do total de 9% prontuários não conformes, 66% dessas não conformidades caracterizam-se:

- Não conformidades médico, segundo gráfico abaixo (Figura 3)
 - Letra ilegível corresponde a 47%;
 - Falta de identificação do paciente na AIH, corresponde a 9%;
 - Falta de carimbo e assinatura, corresponde a 5%;
 - Falta de alta na prescrição diária e evolução médica, corresponde a 5%;
 - Falta de cid e procedimento na AIH, corresponde a 34%



Gráfico 03 Fonte: CRP/HGT

Distribuição dos prontuários revisados de outubro, novembro e dezembro de 2015, apresentando as não conformidades médicas.

O prontuário é o principal documento constituinte de provas judiciais. Nos processos contra médicos, o acusador, geralmente o paciente, deverá comprovar que o facultativo agiu com imprudência, negligência ou imperícia, isto é, ele ou seu representante legal deve apresentar provas de houve erro de conduta pelo qual foi prejudicado, por tanto A comissão está apta a revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar os responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente durante o internamento.

Boa caligrafia faz parte das boas normas e hábitos profissionais do médico. Ilegibilidade das prescrições ou das receitas, por exemplo, pode ensejar troca de medicamentos ou seu uso indevido, o que pode ser fatal para o paciente e motivar penalidades judiciais.

NÃO CONFORMIDADES DA ENFERMAGEM				
(%)	FALTA DE IDENTIFIC. DO PAC. NOS FORMULÁRIOS DE ENFERMAGEM	FALTA DE CARIMBO E ASSINATURA NOS FORMULÁRIOS DE ENFERMAGEM	RASURA E USO DE CORRETIVO	TOTAL
9	5	3	13	30

Do total de 9% prontuários não conformes, 34% dessas não conformidades caracterizam-se:

- Não conformidades da enfermagem, segundo gráfico abaixo (Figura 4)
 - Letra ilegível, 30%
 - Falta de identificação do paciente nos formulários de enfermagem, 17%.
 - Falta de carimbo e assinatura, 10%
 - Rasura e uso de corretivo 43%



Gráfico 04 Fonte: CRP/HGT

Distribuição dos prontuários revisados de outubro, novembro e dezembro 2015, apresentando as não conformidades da enfermagem.

Os registros ou anotações de enfermagem trazem informações diárias sobre as respostas do paciente ao tratamento a que está submetido e devem ser realizados de forma contínua e progressiva. As anotações têm, assim, a finalidade de avaliar a assistência de enfermagem, cumprindo seus objetivos de relatar por escrito as informações observadas pelo profissional ou relatadas pelo cliente, proporcionando a coleta de dados para aprendizagem, possíveis diagnósticos e formulação de intervenções de enfermagem, bem como para avaliação da assistência de enfermagem como um todo.

V - AÇÕES REALIZADAS

Ações como treinamentos periódicos continuam sendo realizadas com a equipe multidisciplinar da instituição.

- Presidente da CRP e também diretor técnico enviou e-mails aos médicos conscientizando a todos sobre a importância do uso da AIH via sistema MRH, visto que encontramos resistência de alguns para adaptação do uso da mesma.
- Durante esses 03 meses fizemos contato com 6º Centro Regional de Saúde (Barcarena), para tratarmos sobre a vinda de um médico autorizador de AIH'S para o HGT, até o momento ainda não conseguimos resolver esta questão.
- Realizada reunião no dia 25 de novembro com a equipe de recepção central, coordenação de atendimento e faturamento, buscando melhorias na admissão do paciente como: cartão sus, endereço, nome da mãe etc..
- Criada planilha de não conformidades pelo setor faturamento após discussão da Comissão de Revisão de Prontuários.
- No mês de outubro também aconteceu a posse do **Grupo de estudo da SAE**, realizado o teste piloto apenas na "Clínica B", a SAE (Sistematização de Assistência à Enfermagem), contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente, da família e da comunidade. **"A SAE propõe aos profissionais, assim como ao setor, à instituição de saúde, ao paciente e aos demais envolvidos, a utilização do conhecimento técnico-científico e de habilidades de forma organizada, sistematizada e orientada".**

Tailândia, 06 de Janeiro de 2016.


Dr. Antonio Venturieri Neto
Diretor Técnico/ Presidente da CRP
CRM: 1432


Ricardo Gomes Junior
Coord. de enfermagem/ Vice-presidente da CRP
Coren : 224976

ANEXOS

ATAS OUTUBRO/ NOVEMBRO/ DEZEMBRO

**ATA DA REUNIÃO
Comissão de Prontuários**

21/10/2015 – Horário: das 10h30min às 11h30minm

Local: Auditório do HGT

Pauta Proposta:

Pauta 1: Abertura da reunião com leitura da ata anterior.

Pauta 2: Implantação de AIH gerada no sistema MRH;

Pauta 3: Erro na identificação do paciente;

Pauta 4: Posse do Grupo de estudos SAE;

Pauta 5: Planilha de não conformidades

Pauta 6: Encerramento da reunião.

Início: 10:30m

Pauta 1:

Iniciamos a reunião com a leitura da ata anterior.

Pauta 2:

Fomos informados pela TI que já se encontram em fase de experimento desde o dia 29/09/2015 a AIH gerada no sistema MRH.

Pauta 3:

Os problemas com a identificação do paciente nos formulários que compõe o prontuário continuam acontecendo, trazendo transtornos para o setor faturamento e também para o usuário quando precisa solicitar a xerox de seus documentos referentes a sua internação, levantado por mim Elisângela que a falta de identificação ou o erro vem da recepção muitas vezes quando o paciente chega desacordado e sem acompanhante ou o acompanhante informa o nome errado como pude comprovar várias vezes através dos documentos que chegam ao setor faturamento, porém toda equipe envolvida tem por obrigação confirmar se o nome do paciente é aquele mesmo, foi sugerido pela dona Marise (diretora de enfermagem) que seja feita uma reunião com todos os recepcionistas e sua coordenação para tratarmos do assunto e tentarmos encontrar uma solução para o problema e quanto a equipe de enfermagem nos treinamentos vai abordar o assunto e exigir uma atenção maior quanto a esta situação.

Pauta 4:

Posse do **Grupo de Estudo da SAE**. Ação, realizado o teste piloto apenas na clínica B, **A SAE** é uma atividade privativa do enfermeiro. Através de um método e de uma estratégia de trabalho científico, realiza a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando a prescrição e a programar as ações de **Assistência de Enfermagem**. Contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. **"A SAE propõe aos profissionais, assim como ao setor, à instituição de saúde, ao paciente e aos demais envolvidos, a utilização do conhecimento técnico-científico e de habilidades de forma organizada, sistematizada e orientada."**

Pauta 5:

Foi criada pelo setor faturamento a Planilha de não conformidades médica e de enfermagem para apresentar aos coordenadores e diretores responsáveis até o dia 10 de cada mês para que cada um tome as providências necessárias a respeito.

Pauta 6:

Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, Elisângela da Silva Siqueira, a presente ata, assinada por todos os presentes acima nominados e referenciados.

Prazos/ Responsáveis/ Pendências – Para a próxima reunião:

- Aguardar retorno sobre adaptação da equipe médica quanto ao novo laudo de AIH;
- Ato de Designação de Membros;

Próxima Reunião: 06/11/2015

LISTA DE PRESENÇA

Participantes	Função/Área	Assinatura
Antônio Venturieri Neto	Presidente da Comissão	
Ricardo Gomes Junior	Vice-Presidente da Comissão	Ricardo Gomes Junior
Elisângela da Silva Siqueira	1º Secretário da Comissão	Elisângela Siqueira
Maria Airles Lopes Nogueira	2º Secretário da Comissão	Maria Airles L. Nogueira
Dimas Rezende Oliveira Junior	Coordenador do bloco cirúrgico	Ausente
Rejane Xavier Soares	Diretora Adm/ Financeiro	Ausente
Edalcilene Guimarães Lopes	Aux. Adm./Secret.de Clínicas	Edalcilene G. Lopes
Marise Moraes	Diretora de Enfermagem	

Ata elaborada por:

Elisângela Siqueira

**ATA DA REUNIÃO
Comissão de Prontuários**

05/11/2015 – Horário: das 15h30min às 16h00min

Local: Auditório do HGT

Pauta Proposta:

Pauta 1: Abertura da reunião com leitura da ata anterior.

Pauta 2: Sobre adaptação de laudo de AIH;

Pauta 3: Mudanças do laudo de AIH no sistema MRH;

Pauta 4: Estética da ficha de 1º atendimento;

Pauta 5: Sobre identificação do paciente nos formulários de internação;

Pauta 6: Encerramento da reunião.

Início: 15:30m

Pauta 1:

Iniciamos a reunião com a leitura da ata anterior.

Pauta 2:

Comentado pela secretária de clínicas Edalcilene sobre as dificuldades encontradas com os médicos em relação ao novo laudo de AIH, segundo opinião deles ficou mais difícil trabalhar assim, ela explicou a todos que é regra do hospital e que todos terão que se adaptar até mesmo por que a maioria dos médicos tem letra ilegível e na maioria das vezes não identificam o paciente na AIH. Dr. Antonio como diretor técnico ficou de enviar e mails conscientizando a todos sobre a importância do uso da AIH, até porque na última visita do Grupo Técnico da SESPAs eles cobraram isso da Comissão de Prontuários e da direção do HGT.

Pauta 3:

Identificamos alguns detalhes no laudo de AIH no sistema que embora tenhamos solicitado a equipe de TI que colocasse agora começamos a observar que não é viável para nós, então convidamos o Técnico de TI (Gustavo Nunes) a participar da reunião para anotar e providenciar algumas mudanças que julgamos necessárias para o nosso dia a dia como: retirar do sistema o nome do médico e a clínica para onde o paciente está sendo referenciado no momento da internação, ficando este campo em branco para

que o próprio médico preencha os espaços conforme a necessidade do momento.

Pauta 4:

Aproveitando o momento Dr. Antonio perguntou ao Gustavo sobre a possibilidade de mudar a estética da ficha de 1º atendimento, já que tem observado que mesmo estando anexado à ficha de 1º atendimento um formulário de evolução multiprofissional os médicos prescrevem todo o atendimento do paciente na ficha de 1º atendimento, a ideia é que não fique espaço em branco na ficha, aguardamos retorno para a próxima reunião.

Pauta 5:

Mais uma vez falamos sobre as dificuldades encontradas em relação ao preenchimento correto dos prontuários, onde todos os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem etc...) deixam de identificar o paciente podendo assim causar confusões com os prontuários, então Dr. Antonio lembrou que já discutimos outras vezes sobre a possibilidade de usarmos etiquetas de identificação do paciente, ficando à cargo da TI verificar a possibilidade de implantar no HGT.

Pauta 6:

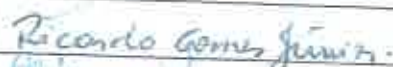
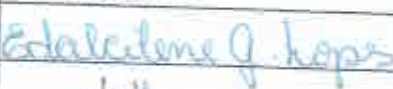
Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, Elisângela da Silva Siqueira, a presente ata, assinada por todos os presentes acima nominados e referenciados.

Prazos/ Responsáveis/ Pendências – Para a próxima reunião:

- Aguardar retorno de e mail enviado aos médicos pelo Diretor Técnico (Dr. Antonio);
- Aguardar retorno da TI sobre as modificações na ficha de 1º atendimento e no aludo de AIH no sistema MRH;

Próxima Reunião: 17/12/2015

LISTA DE PRESENÇA

Participantes	Função/Área	Assinatura
Antônio Venturieri Neto	Presidente da Comissão	
Ricardo Gomes Junior	Vice-Presidente da Comissão	
Elisângela da Silva Siqueira	1º Secretário da Comissão	
Maria Airles Lopes Nogueira	2º Secretário da Comissão	
Dimas Rezende Oliveira Junior	Coordenador do bloco cirúrgico	AUSENTE
Rejane Xavier Soares	Diretora Adm/ Financeiro	AUSENTE
Edalcilene Guimarães Lopes	Aux. Adm./Secret.de Clinicas	
Marise Morais	Diretora de Enfermagem	

Ata elaborada por:

Elisângela Siqueira

ATA DA REUNIÃO
Comissão de Prontuários

17/12/2015 – Horário: das 15h30min às 16h00minm
Local: Auditório do HGT

Pauta Proposta:

- Pauta 1: Abertura da reunião com leitura da ata anterior.
 - Pauta 2: Sobre adaptação de laudo de AIH;
 - Pauta 3: Mudanças no laudo de AIH
 - Pauta 4: Retorno sobre estética da ficha de 1º atendimento;
 - Pauta 6: Encerramento da reunião.
-

Início: 15:30m

Pauta 1:

Iniciamos a reunião com a leitura da ata anterior.

Pauta 2:

Secretária de clínicas relatou que continua com problemas relacionados à adaptação dos médicos em relação ao novo laudo de AIH, a maioria das AIH'S estão vindo sem o devido preenchimento que seria de responsabilidade médica, acarretando assim atrasos na entrega dos prontuários ao setor faturamento, mais uma vez Dr. Antonio como diretor técnico ficou de tomar providências em relação ao fato através das reuniões realizadas mensalmente com o corpo clínico.

Pauta 3:

Sobre as mudanças no laudo da AIH, tivemos retorno da TI, que nos informou sobre as mudanças já realizadas conforme solicitado pelos membros da comissão.

Pauta 4:

Ainda atendendo um pedido da comissão o Gustavo (Técnico de Informática), trouxe a reunião para apresentar a todos o novo modelo de ficha de 1º atendimento, porém ainda não ficou decidido foi solicitado mais algumas mudanças e adequações ficando para a próxima reunião a aprovação da mesma.

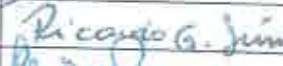
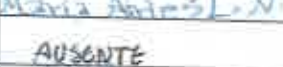
Pauta 5: Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, Elisângela da Silva Siqueira, a presente ata, assinada por todos os presentes acima nominados e referenciados.

Prazos/ Responsáveis/ Pendências – Para a próxima reunião:

- Aguardar retorno de reunião do Diretor Técnico (Dr. Antonio) com o corpo clínico;
- Aguardar retorno da TI sobre as modificações na ficha de 1º atendimento;

Próxima Reunião: 21/01/2016

LISTA DE PRESENÇA

Participantes	Função/Área	Assinatura
Antônio Venturieri Neto	Presidente da Comissão	
Ricardo Gomes Junior	Vice-Presidente da Comissão	
Elisângela da Silva Siqueira	1º Secretário da Comissão	
Maria Airles Lopes Nogueira	2º Secretário da Comissão	
Dimas Rezende Oliveira Junior	Coordenador do bloco cirúrgico	AUSENTE
Rejane Xavier Soares	Diretora Adm/ Financeiro	
Edalcilene Guimarães Lopes	Aux. Adm./Secret.de Clinicas	
Marise Moraes	Diretora de Enfermagem	

Ata elaborada por:

Elisângela Siqueira



RELATÓRIO TRIMESTRAL CCIH

10º TRIMESTRE

OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2015

I – INTRODUÇÃO

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Geral de Tailândia apresenta o relatório das atividades realizadas durante o 10º Trimestre, referente aos meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2015, conforme o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, pautado na Portaria 2616/98. Os dados foram coletados através de busca ativa nas unidades de internação e nas unidades de Terapia Semi Intensiva (UCI, Neo, Adulta).

Outros dados foram repassados pelos setores de apoio do serviço, como Centro Cirúrgico, Farmácia, Laboratório, SESMT e Estatística.

II – MEMBROS DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A CCIH possui em sua constituição sete (07) membros efetivos:

- Antônio Venturieri Neto – Médico / Presidente da CCIH;
- Wanderson Lisboa Braga – Enfermeiro / Coordenador do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar / Vice – Presidente da CCIH;
- Jorge Wilson das Neves Farias – Biomédico / Coordenador do Laboratório;
- Marise Moraes – Enfermeira / Diretora de Enfermagem
- Elizabete Goto – Farmacêutica / Coordenadora da Farmácia
- Flavia Machado – Coordenadora de Hotelaria / Supervisora do SHL/SPR
- Rejane Xavier Soares – Administradora / Diretora Administrativa

- **Reuniões mensais:** No trimestre apresentado, foram realizadas três reuniões nos meses de **Novembro (06/11/15), Dezembro (04/12/15) e Janeiro (07/01/16).**

A análise crítica da taxa de infecção hospitalar global e o plano de ação são realizados por toda a comissão, e estão descritas abaixo.

III – Vigilância Epidemiológica:

Todos os pacientes são avaliados quanto à probabilidade de desenvolver infecção em todas as topografias, levando-se em consideração os fatores de risco: gravidade, tempo de permanência e invasividade. Utilizamos a busca ativa de infecções hospitalares regularmente nas unidades de internação e UCI. Associamos os achados de exames microbiológicos positivos, resultados sugestivos de radio imagem, informações obtidas da equipe assistencial e dos registros nos prontuários onde se destacam uso de antimicrobianos, curva febril do paciente, realização de procedimentos invasivos, utilização de cateteres, mudança nas características dos ferimentos e presença de secreção ou expectoração nos pacientes. Todos os casos confirmados de infecção hospitalar são notificados em fichas específicas. Durante a busca ativa, é verificada a adesão dos colaboradores aos protocolos de prevenção de infecção da CCIH padronizados no Hospital.

- As doenças de notificação compulsória detectadas durante o trimestre foram notificadas e estão relacionadas abaixo:

Atendimento Antirrábico: 80 casos, Acidentes por animais peçonhentos: 33 casos, Dengue: 34 casos investigados (entre eles 04 casos confirmados), Zika Vírus: 04 casos (confirmação clínica) Sífilis Gestante: 02 casos ,Sífilis Congênita: 03 casos, Chagas: 04 casos investigados, Tuberculose: 03 casos Investigados (entre eles 01 caso confirmado), Doenças Diarreicas Agudas: 708 casos.

- Foi realizada no 10º. Trimestre a limpeza com sabão e desinfecção com hipoclorito das duas caixas d'água e das duas cisternas, mais as tubulações hídricas, de acordo com o cronograma implantado pela comissão de controle de infecção hospitalar.

IV – Antibióticos:

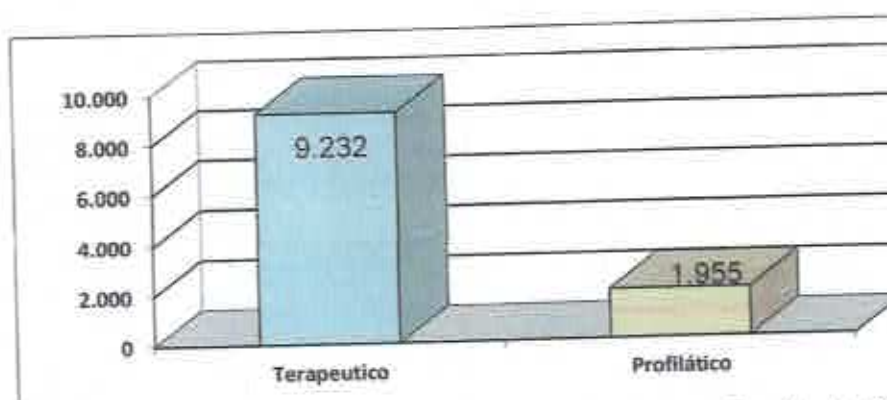
Mantido, aperfeiçoado e intensificado o Controle do Uso de Antimicrobianos, com revisão da Padronização dos Produtos, Revisão do Fluxo de Dispensação de Antibióticos, e Campanha de Conscientização junto ao Corpo Clínico.

Gráfico 01: Análise da auditoria das solicitações de antimicrobianos EV e VO – trimestre Outubro a Dezembro/2015.



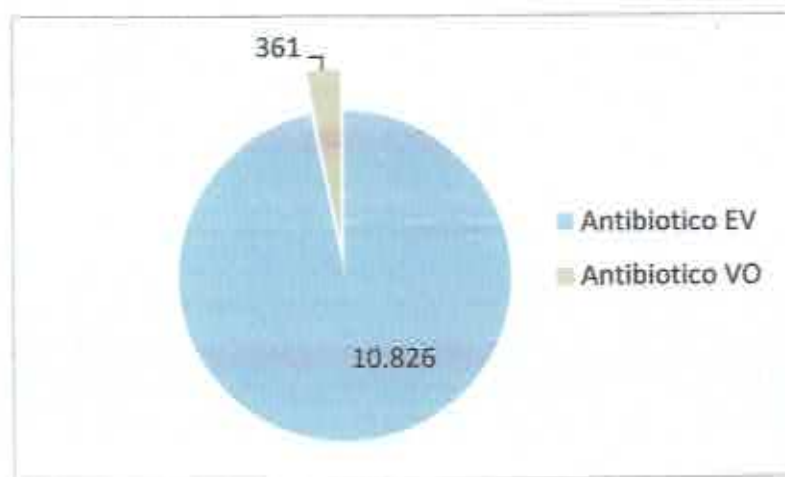
Fonte: Busca Ativa SCIH, Fichas de Antimicrobianos e Farmácia do HGT

Gráfico 02: Análise da Auditoria das solicitações de antimicrobiano por Indicação no trimestre Outubro a Dezembro/2015.



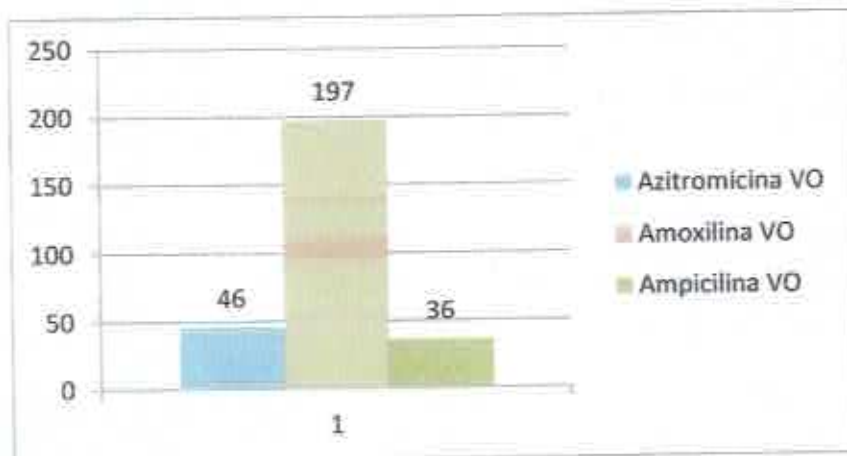
Fonte: Fichas de Antimicrobianos e Farmácia do HGT

Gráfico 03: Análise da Auditoria das de antimicrobiano EV e VO trimestre Outubro a Dezembro/2015.



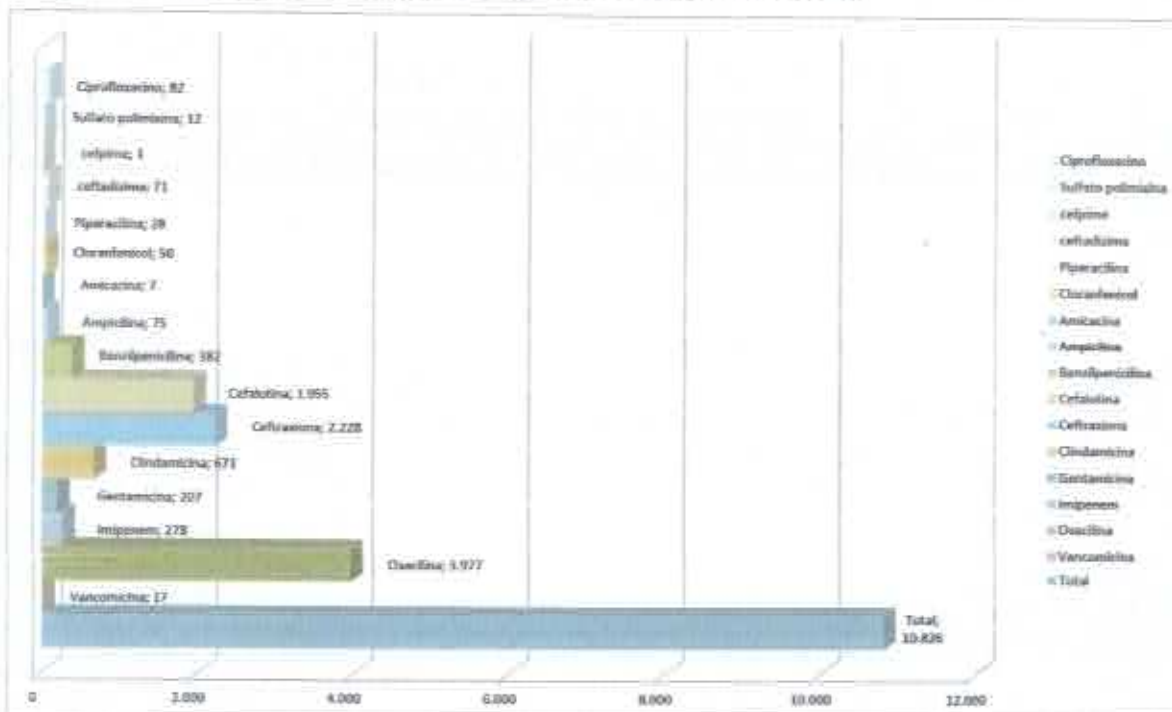
Fonte: Fichas de Antimicrobianos e Farmácia do HGT

Gráfico 04: Análise da Auditoria das solicitações Individuais de antimicrobiano VO por Indicação no trimestre Outubro a Dezembro/2015.



Fonte: Farmácia HGT

Gráfico 05: Análise da Auditoria das solicitações Individuais de antimicrobiano EV por Indicação no trimestre Outubro a Dezembro/2015

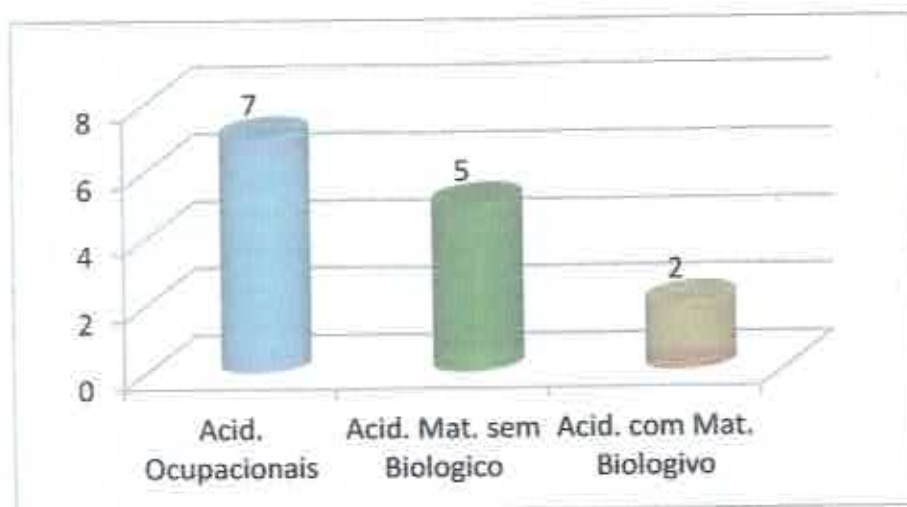


Fonte: Farmácia HGT

V – Biossegurança:

- Durante o trimestre segundo dados do SESMT, foram notificados 07 acidentes de trabalho em todo ambiente hospitalar, sendo os 02 casos de acidentes com material biológico por perfuro cortante envolvendo 01 Enfermeiro e 01 Técnico de Enfermagem da Urgência/Emergência. Os colaboradores foram atendidos conforme fluxos do hospital Geral de Tailândia e receberam acompanhamento necessário pelo SCIH e SESMT, os profissionais não precisaram ser referenciados para acompanhamento e tratamento ambulatorial.

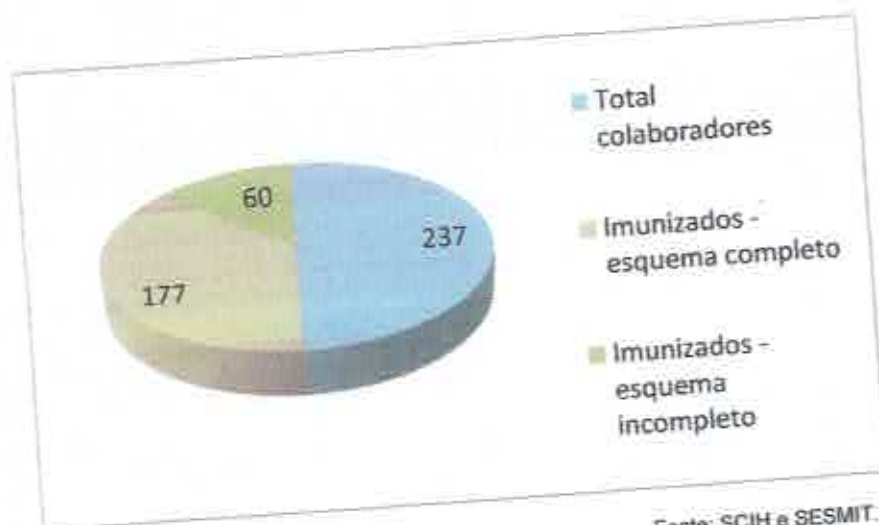
Gráfico 06: Total de Acidentes Ocupacionais no HGT de Outubro a Dezembro de 2015.



Fonte: SCIH Ficha de notificação compulsória e SESMT/CAT

- O programa de imunização é uma medida adotada como parte de uma ação preventiva do programa de saúde ocupacional. Além de reduzir a possibilidade de contrair doenças, após contato acidental, a vacinação dos profissionais de saúde pode impedir surtos de doenças preveníveis. Os profissionais estão sendo imunizados contra Hepatite-b, Difteria/Tétano, Sarampo, Caxumba, Rubéola, Febre Amarela e Influenza. Segundo dados do SESMT o hospital tem um total de 237 colaboradores em exercício profissional, dos quais 177 estão imunes para as doenças descritas acima e 60 estão em processo de conclusão do esquema vacinal.

Gráfico 07: Análise da atualidade da cobertura vacinal dos profissionais do Hospital Geral de Tailândia até o período de Outubro a Dezembro de 2015.



- As normas de precaução padrão incluem o uso de barreiras e são aplicadas toda vez que haja possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções e fluidos corpóreos. Os demais isolamentos incluem precauções com aerossóis, com gotículas e de contato. Os EPIS utilizados na assistência clínica dos pacientes tratados em isolamentos e proteção dos profissionais contra riscos biológicos encontram-se atualmente no ambiente hospitalar de forma adequada. No processo de execução das ações de vigilância epidemiológica em alguns setores foi verificada inadequação ao uso e a falta de EPIS utilizados pelos colaboradores da enfermagem, limpeza, laboratório e manutenção, o que já foi levado ao conhecimento da coordenação do SESMET e Comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA) para demais providências e vigilância em parceria com o SCIH, com o objetivo de evitar quaisquer tipos de acidente ocupacional durante a prestação de serviço.
- Durante o trimestre foi realizada limpeza terminal nos setores críticos: Unidade de tratamento semi-intensivo, Centro cirúrgico, Setor de nutrição e Dietética, Central de Materiais e Esterilização.

- Nos setores semi-críticos emergência e clínicas integradas foram realizada limpeza terminal nos leitos de isolamento e enfermarias. Os produtos utilizados na limpeza do ambiente hospitalar foram revisados pela Coordenação de hotelaria responsável pelo SHL, SND, SPR juntamente com o SCIH e fornecedor dos produtos de higienização utilizada no ambiente hospitalar para redução máxima de possíveis fatores contribuintes da infecção hospitalar.
- Realizamos ações educacionais dirigidas aos colaboradores que executam assistência direta ao paciente no intuito de orientar ações corretas para melhorar a segregação dos resíduos gerados nos seus setores de trabalho. Aos profissionais do serviço de higienização foi realizado treinamento em parceria com a supervisora do SHL de todo o processo de manuseio dos resíduos de serviços de saúde. As dificuldades e inadequações estruturais que proporcionam o funcionamento do plano de gerenciamento de resíduos, como, por exemplo: lixeiras danificadas, falta de alguns materiais etc., foram encaminhado ao setor administrativo, o que já está sendo providenciado para melhor acondicionamento desses resíduos.
- Durante o trimestre realizamos capacitações com os profissionais da instituição, no que diz respeito à medidas de prevenções e controle das infecções hospitalares sobre:
 - Manuseio, limpeza e desinfecção de aparelhos de bomba de infusão enteral.
 - Cuidados na administração das dietas enterais.
 - Controle de dispositivos e matérias.
- O SCIH participa da Comissão de Padronização e juntamente com a farmácia e logística, realiza análise técnicas dos produtos e materiais adquiridos.
- Neste trimestre o SCIH realizou orientações diretas as equipes assistenciais e demais colaboradores no intuito de prevenir transmissões de infecções

cruzadas, com objetivo de diminuir as taxas e incidência de infecção hospitalar, ações e repasse de informações aos pacientes e usuários dos ambulatorios e recepções da instituição;

- Orientação em Lavagem das Mãos continua;
- Orientações a respeito do aumentar a vigilância sobre o tempo de permanência de dispositivos invasivos.
- Iniciar o uso de sistemas coletores urinários não invasivos.
- Orientação sobre Precauções Padrão e Adicionais.
- Orientação *in loco* NR 32 (32.2.4.5).
- Vistorias técnicas ao ambiente hospitalar, visando o controle das infecções hospitalares.
- Medidas de prevenção e controle de infecção ao uso de cateteres.
- Orientação sobre Higiene e conforto ao paciente com risco de infecções nosocomiais de partes moles.
- Orientação sobre isolamento e coorte dos pacientes internados,
- Orientação sobre sub notificação de dengue, confirmação e tratamento adequado no manejo clínico.
- Levantamento e controle de estoque dos imunobiológicos;
- Levantamento das fichas dos usuários atendidos na urgência / emergência para detecção das subnotificações de casos doenças de notificação compulsória;
- Emissão das fichas de notificação para a Coordenação de Epidemiologia do Município;
- Participação na campanha em alusão ao dia Mundial do Diabetes;
- Palestra em alusão ao NOVEMBRO AZUL, sobre câncer de próstata (exame, prevenção, diagnostico, tratamento, etc.) para os usuários nas dependências do hospital e recepção de entrada.
- Palestra aos usuários sobre HIV, AIDS;
- Palestra aos usuários sobre câncer e tumor;
- Orientações *in loco* as puérperas sobre aleitamento materno exclusivo;
- Repasses de informações aos usuários sobre Dengue, Chikungunya e Zika vírus.

VI – ANÁLISE DOS DADOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Taxa Global de IH, de Paciente com IH e Letalidade (%) dos meses de Outubro a Dezembro de 2015.

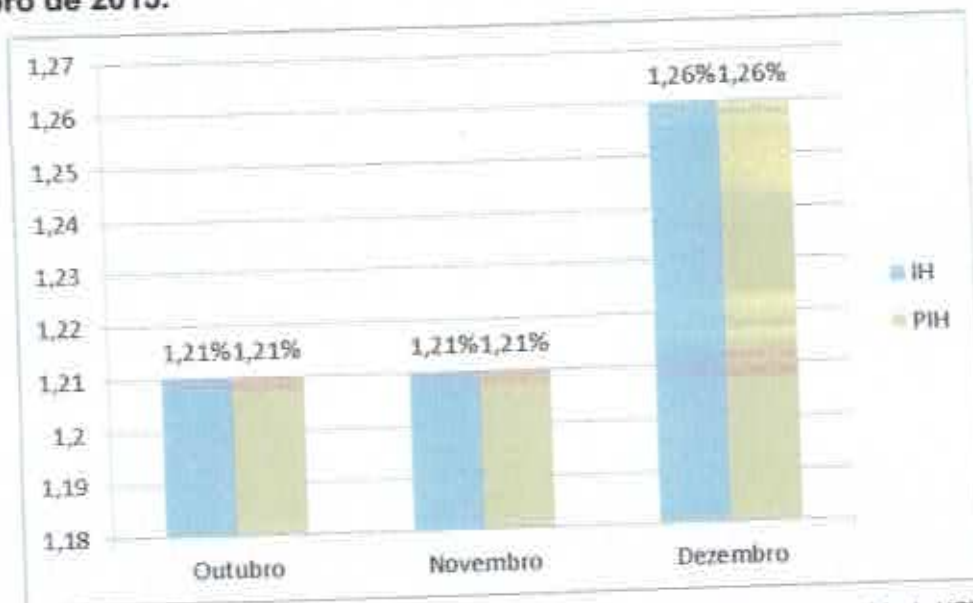
Meses	Saídas	IH	PIH	Óbitos IH	TIH	TPIH	T - Letalidade
Outubro	329	04	04	0	1,21%	1,21%	0.00%
Novembro	330	04	04	0	1,21%	1,21%	0.00%
Dezembro	316	04	04	0	1,26%	1,26%	0.00%

Fonte: Busca ativa SCIH, Laboratório e Estatística do HGT.

Legenda:
IH: Infecção Hospitalar
TIH: Taxa Infecção Hospitalar
T Letalidade: Taxa de letalidade

PIH: Paciente com Infecção Hospitalar
TPIH: Taxa de Paciente com Infecção Hospitalar

Gráfico 08: Taxa Global de IH, de Paciente com IH dos meses de Outubro a Dezembro de 2015.



Fonte: Busca Ativa SCIH e Laboratório do HGT

No 10º trimestre de 2015 o serviço de controle de infecção investigou pelo método de busca ativa um total de 275 usuários hospitalizados nos setores de clínicas de

internação e na UCI, no universo total de 975 pacientes saídos do Hospital Geral de Tailândia.

Foram notificados 12 casos de infecção hospitalar em 11 pacientes internados, com média trimestral da taxa global de (0,41%).

Os casos de infecção distribuídos por topografia são de infecção relacionada a cateter venoso periférico, uso de ventilador mecânico e infecção de sítio cirúrgico.

No trimestre correspondente aos meses de Outubro a Dezembro de 2015 foram realizadas 503 cirurgias, tendo sido notificados 07 casos de Infecção (1,39%). Distribuídos pelo potencial de contaminação observamos que 02 notificações corresponderam a cirurgias contaminadas.

VII – PROPOSTAS PARA O PRÓXIMO TRIMESTRE:

- 1- Realizar reuniões mensais, gerar, analisar os indicadores epidemiológicos de Infecção e providenciar ações que visem à prevenção e o controle das infecções relacionado à assistência em saúde;
- 2- Palestra relacionada as infecção hospitalar em parceria com CIPA, SESMET e NEP;
- 3- Biossegurança no ambiente hospitalar;
- 4- Realizar a continuidade das visitas técnicas *in loco*.
- 5- Intensificar acompanhamento *in loco* das equipes quanto aos cuidados de Precauções universais, Biossegurança;
- 6- Realizar orientações aos acompanhantes sobre os cuidados de prevenção e controle de infecções no ambiente hospitalar;
- 7- Realizar imunização segundo o cronograma do Programa de Imunização Ocupacional do HGT;
- 8- Elaboração do cronograma para visita técnica nos setores do ambiente hospitalar;
- 9- Palestras e treinamentos de acordo com os LNTs de 2016;
- 10- Capacitações de acordo com necessidades que estarão sendo percebidas ao longo das visitas nos setores.

Tailândia, 08 de Janeiro de 2016.


Dr. Antonio Venturieri Neto
Presidente da CCIH
CRM 1432


Enfº Wanderson Lisboa Braga
Vice - Presidente da CCIH
COREN 351.244 - PA

ANEXOS

ATAS OUTUBRO/ NOVEMBRO/ DEZEMBRO

ATA DE REUNIÃO

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
06/11/2015 – Horário proposto: das 16:30h às 17:30h
Local: Auditório HGT.

Pauta 01: Leitura da Ata referente à reunião anterior e verificação dos membros ausentes com justificativas de falta;

Pauta 02: Dispositivos Invasivos;

Pauta 03: EPIs;

Pauta 04: Avaliação das taxas e índices de infecção do mês de Outubro de 2015;

Pauta 05: Indicadores;

Pauta 06: Atividades realizadas em Outubro;

Pauta 07: Ações para o mês de Novembro.

Pauta 08: Pendências.

Pauta 01: O Enfermeiro Wanderson Lisboa iniciou a reunião confirmando a presença dos membros da comissão e convidados: Drº. Antonio Venturieri (Presidente da CCIH), Enfermeiros Wanderson Lisboa (SCIH), Enfermeira Marise Moraes (Diretora de Enfermagem), Ricardo Gomes (Coordenador de Clinicas Integradas, setor de emergência e ambulatório), Rodrigo Samaque (Farmacêutico Coord. Ag. Transfucional). Os membros Rejane Xavier Soares (Diretora administrativa), Elizabeth Goto (Coordenadora de Logística e Membro da CCIH), Flávia Machado (Coordenadora de Hotelaria) e Dimas Oliveira Junior, (Coordenador do Centro Cirúrgico, UCI e CME) estavam ausentes por ser necessária sua presença em seus setores, naquele momento.

A reunião teve continuidade com a leitura da ata anterior pelo Enfermeiro Wanderson Lisboa. Todos concordaram, assinaram e seguiram a reunião conforme pauta abaixo:

Pauta 02: Enfermeira Marise Moraes sugeriu a suspensão imediata do uso de torneirinhas nas clinicas integradas, por se tratar de um dispositivo de fixação instável durante o movimento do membro, o que vem contribuir para a perda do AVP, aumentando o risco de infecção de corrente sanguínea. O restante de seu estoque continuara sendo usado no pronto atendimento. Como abordado na reunião anterior, a CCIH vetou seu uso, indicando o dispositivo Polifix 2 vias como o mais recomendado, o que já foi acertado com a coordenação de logística para realização do pedido.

Pauta 03: Enfermeiro Ricardo Gomes relatou a importância do uso de EPIs pelos colaboradores, ressaltando sua necessidade de uso. Relata que para que haja uma conscientização de seu uso mais eficaz, se faz necessário melhorar as informações a respeito, por meio de fiscalizações, palestras e orientações "in loco" em parceria com SESMT, com o objetivo desse alcançar a qualidade no atendimento aos usuários e aos colaboradores que prestam assistência, diminuindo a possibilidade de contrair infecção hospitalar.

Pauta 04: En^o. Wanderson apresentou aos membros os indicadores:

TIH e TPIH Global e indicadores topográficos de infecção hospitalar referente ao mês de Outubro de 2015.

O serviço de controle de infecção visitou pelo método de busca ativa um total de 90 usuários hospitalizados nos setores de clínicas de internação e na UCI, no universo total de 329 pacientes saídos do Hospital Geral de Tailândia.

Foram identificados 04 caso de infecção hospitalar em 04 pacientes internados.

O mês encerra com taxa global de infecção de 1,21%.

Os casos de infecção notificados estão distribuídos pelas seguinte topografias: 01 caso de pneumonia associada à ventilação mecânica, 01 caso de infecção de corrente sanguínea por cateter venoso periférico e 02 casos de infecção de sítio cirúrgico (ortopédico) por uso de fixador externo.

Não ocorreram óbitos devidos a Infecção adquirida no Hospital.

Pauta 05: Enfermeira Marise Moraes aborda a implantação para 2016 das definições dos indicadores assistenciais para: infecção de corrente sanguínea, infecção do trato urinário, infecção (pneumonia) associada à ventilação mecânica, risco de queda e ulcera por pressão que serão essenciais no monitoramento da assistência prestadas aos clientes.

Pauta 06: Ações realizadas no mês de Outubro:

- Vigilância sobre a higienização das mãos pelos colaboradores.
- Vistorias técnicas no ambiente hospitalar, visando o controle das infecções hospitalares.

Pauta 07: Ações para Novembro:

- Introduzir o tópico "Infecção Hospitalar" na campanha da CIPA;
- Palestra sobre a NR 32, para os colaboradores.
- Capacitações de acordo com necessidades que estarão sendo percebidas ao longo das visitas nos setores;
- Continuação do programa de vigilância específico para prevenção de Infecção Relacionada à Ventilação Mecânica;
- Aumentar a vigilância sobre o tempo de permanência de dispositivos invasivos.

Pauta 08: Pendências

Barreira mecânica: Aguardando análise e liberação do Depto. Financeiro a respeito do que foi debatido em ata dos meses anteriores (fechamento automático da porta de acesso ao bloco cirúrgico e outras dependências onde se faz necessário sua instalação).

Antibióticos: A fiscalização e levantamento das análises dos prontuários dos usuários internados em uso de antibioticoterapia, no momento se encontra temporariamente comprometido por motivo do pedido de demissão repentino de um farmacêutico.

Manual CME: O manual do CME permanece em análise para unificação entre os hospitais regidos pelo INDSH.

APACHE II: A CCIH está montando um plano de ação para que todos os pacientes admitidos na UCI tenham índices de complicação calculados ainda durante as primeiras horas de internação.

Fisioterapeuta: A CCIH chama atenção para a importância de contratação do profissional de fisioterapia para UCI a fim de prevenir pneumonias associada ao uso de ventilador mecânico, além de prestar cuidados aos demais usuários do Hospital. Importante destacar que a contratação depende de repactuação do HGT com o Estado.

LISTA DE PRESENÇA – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nº	Nome do Colaborador	Cargo	Serviço/Unidade	Assinatura
1	Antonio Venturieri Neto	Médico - SCIH	Médico-SCIH	Antonio Venturieri Neto Médico - SCIH CRM-PA 1122
2	Wanderson Lisboa Braga	Enfº SCIH	Enfermeiro	Wanderson L. Braga Enfermeiro COREN-PA: 851.244
3	Rejane Xavier Soares	Membro	Diretora Administrativa	Ausente
4	Marise Moraes	Membro	Diretora de Enfermagem	Dra. Marise Moraes COREN-PA 61055 DIRETORA DE ENFERMAGEM HGT/INDSH
5	Elisabeth Goto	Membro	Coord. Logística	Ausente
6	Ricardo Gomes Junior	Convidado	Coord. Clinicas Integrada	Ricardo Gomes Junior Enfermeiro COREN-PA 224976
7	Dimas R.O. Junior	Convidado	Coord. Setores fechado	Ausente
8	Rodrigo Samaque	Convidado	Farmacêutico Coord. Ag. Transfusional	Dr. Rodrigo Samaque S. de Sousa Farmacêutico-Bioquímico CRM-4079
9	Flávia Machado	Convidada	Coord. Hotelaria	Ausente

ATA DE REUNIÃO

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
04/12/2015 – Horário proposto: das 15:30h às 16:30h
Local: Auditório HGT.

Pauta 01: Leitura da Ata referente à reunião anterior e verificação dos membros ausentes com justificativas de falta;

Pauta 02: Qualidade da água / Integrador químico;

Pauta 03: Avaliação das taxas e índices de infecção do mês de Outubro de 2015;

Pauta 04: Atividades / ações realizadas em Novembro;

Pauta 05: Ações para o mês de Dezembro;

Pauta 06: Pendências.

Pauta 01: O Enfermeiro Wanderson Lisboa iniciou a reunião confirmando a presença dos membros da comissão e convidados: Drº. Antonio Venturieri (Presidente da CCIH), Enfermeiros Wanderson Lisboa (SCIH), Dimas Oliveira Junior, (Coordenador do Centro Cirúrgico, UCI e CME), Rodrigo Sâmeque (Farmacêutico Coord. Ag. Transfusional) e Enfermeira Suelly Frolich (Enfº CME). Os membros Rejane Xavier Soares (Diretora administrativa), Ricardo Gomes (Coordenador de Clínicas Integradas, setor de emergência e ambulatório) Elizabeth Goto (Coordenadora de Logística e Membro da CCIH), Flávia Machado (Coordenadora de Hotelaria) e estavam ausentes por ser necessária sua presença em seus setores, naquele momento. Enfermeira Marise Moraes (Diretora de Enfermagem) se encontra de férias.

A reunião teve continuidade com a leitura da ata anterior pelo Enfermeiro Wanderson Lisboa. Todos concordaram, assinaram e seguiram a reunião conforme pauta abaixo:

Pauta 02: Enfermeira Suelly coloca em pauta a importância de se fazer um estudo da qualidade da água do hospital, usada na autoclave do CME.
Enfermeira Suelly, juntamente com o coordenador Dimas da continuidade a pauta chamando a atenção para a falta de integrador químico classe 5 (fita indicadora para parâmetros inadequados de esterilização a vapor).

Pauta 03: En^o. Wanderson apresentou aos membros os indicadores:

TIH e TPIH Global e indicadores topográficos de infecção hospitalar referente ao mês de Outubro de 2015.

O serviço de controle de infecção visitou pelo método de busca ativa um total de 85 usuários hospitalizados nos setores de clínicas de internação e na UCI, no universo total de 330 pacientes saídos do Hospital Geral de Tailândia.

Foram identificados 04 casos de infecção hospitalar em 04 pacientes internados.

O mês encerra com taxa global de infecção de 1,21%.

Os casos de infecção notificados estão distribuídos pelas seguintes topografias: 01 caso de pneumonia associada a internação anterior (+/- 4 dias), 02 casos de infecção de corrente sanguínea por cateter venoso periférico e 01 caso de infecção de sítio cirúrgico (obstétrico) por deiscência total da cesariana.

Não ocorreram óbitos devidos a Infecção adquirida no Hospital.

Pauta 04: Atividades / Ações realizadas pelo SCIH no mês de Novembro:

- Vigilância sobre a higienização das mãos pelos colaboradores;
- Vistorias técnicas no ambiente hospitalar, visando o controle das infecções hospitalares;
- Realização da Reunião Mensal da CCIH;
- Levantamento e controle de estoque dos imunobiológicos;
- Levantamento das fichas dos usuários atendidos na urgência / emergência para detecção das subnotificações de casos doenças de notificação compulsória;
- Emissão das fichas de notificação para a Coordenação de Epidemiologia do Município;
- Participação na campanha em alusão ao dia Mundial do Diabetes;
- Palestra em alusão ao NOVEMBRO AZUL, sobre câncer de próstata (exame, prevenção, diagnóstico, tratamento, etc.) para os usuários nas dependências do hospital e recepção de entrada.
- Participação na semana da CIPA com realização da palestra sobre Infecção Hospitalar;
- Palestra aos colaboradores do HGT em parceria com SESMET sobre NR32;

Pauta 05: Ações para Dezembro:

- Palestra sobre Infecção hospitalar (para abranger maior número de colaboradores);
- Palestra sobre a NR 32, para os colaboradores;
- Palestra para usuários e colaboradores a respeito dengue, chikungunya e zika
- Capacitações de acordo com necessidades que estarão sendo percebidas ao longo das visitas nos setores;
- Continuação do programa de vigilância específica para prevenção de Infecção relacionada à Ventilação Mecânica;
- Aumentar a vigilância sobre o tempo de permanência de dispositivos invasivos.

Pauta 06: Pendências:

Barreira mecânica: Aguardando análise e liberação do Depto. Financeiro a respeito do que foi debatido em ata dos meses anteriores (fechamento automático da porta de acesso ao bloco cirúrgico e outras dependências onde se faz necessário sua instalação).

Antibióticos: A fiscalização e levantamento das análises dos prontuários dos usuários internados em uso de antibioticoterapia, no momento se encontra temporariamente comprometida por motivo do pedido de demissão repentino de um farmacêutico.

Manual CME: O manual do CME permanece em análise para unificação entre os hospitais regidos pelo INDSH.

APACHE II: A CCIH está montando um plano de ação para que todos os pacientes admitidos na UCI tenham índices de complicação calculados ainda durante as primeiras horas de internação.

Fisioterapeuta: A CCIH chama atenção para a importância de contratação do profissional de fisioterapia para UCI a fim de prevenir pneumonias associada ao uso de ventilador mecânico, além de prestar cuidados aos demais usuários do Hospital. Importante destacar que a contratação de repactuação do HGT com o estado.

Implantação para 2016 das definições dos indicadores assistenciais para: infecção de corrente sanguínea, infecção do trato urinário, infecção (pneumonia) associada à ventilação mecânica, risco de queda e ulcera por pressão que serão essenciais no monitoramento da assistência prestadas aos clientes.

LISTA DE PRESENÇA – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nº	Nome do Colaborador	Cargo	Serviço/Unidade	Assinatura
1	Antonio Venturieri Neto	Médico - SCIH	Médico-SCIH	
2	Wanderson Lisboa Braga	Enfº SCIH	Enfermeiro	
3	Rejane Xavier Soares	Membro	Diretora Administrativa	Ausente
4	Marise Moraes	Membro	Diretora de Enfermagem	Férias
5	Elisabeth Goto	Membro	Coord. Logística	Ausente
6	Ricardo Gomes Junior	Convidado	Coord. Clínicas Integrada	Ausente
7	Dimas R.O. Junior	Convidado	Coord. Setores fechado	
8	Rodrigo Sâmeque	Convidado	Farmacêutico Coord. Ag. Transfusional	
9	Flávia Machado	Convidada	Coord. Hotelaria	Ausente
10	Suelly Frolich	Convidada	Enfº CME	

ATA DE REUNIÃO

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
07/01/2016 – Horário proposto: das 17h às 18:00h
Local: Auditório HGT.

Pauta 01: Leitura da Ata referente à reunião anterior e verificação dos membros ausentes com justificativas de falta;

Pauta 02: Qualidade da água e Integrador químico;

Pauta 03: Avaliação das taxas e índices de infecção do mês de Dezembro de 2015;

Pauta 04: Uso de Equipo comum;

Pauta 05: CME / Materiais;

Pauta 06: Lixo Hospitalar;

Pauta 07: Cirurgias;

Pauta 08: Atividades / ações realizadas em Dezembro;

Pauta 09: Ações para o mês de Janeiro;

Pauta 10: Pendências.

Pauta 01: O Enfermeiro Wanderson Lisboa iniciou a reunião confirmando a presença dos membros da comissão e convidados:

Dr. Antonio Venturieri (Presidente da CCIH), Enfermeiro Wanderson Lisboa (SCIH), Sra. Rejane Xavier Soares (Diretora administrativa), Ricardo Gomes (Coordenador de Clínicas Integradas, Setor de Emergência e Ambulatório) Elizabeth Goto (Coordenadora de Logística e Membro da CCIH), Enfermeira Marise Moraes (Diretora de Enfermagem), Enfermeira Suelly Frolich (Enf.º CME), Srta. Flávia Machado (Coordenadora de Hotelaria), Sra. Cleuda Lice Martins (Coord. SESMET).

A reunião teve continuidade com a leitura da ata anterior pelo Enfermeiro Wanderson Lisboa. Todos concordaram, assinaram e seguiram a reunião conforme pauta abaixo:

Pauta 02: Como abordado em reunião anterior pela Enfermeira Suelly a respeito do estudo da qualidade da água e a falta do integrador químico classe 5 (fita indicadora para parâmetros inadequados de esterilização a vapor), Elizabeth Goto relatou que a questão do teste para análise da água já está sendo equacionada, dependendo de autorização da

diretoria do hospital para o envio da amostra de forma adequada ao laboratório de destino. Com relação ao integrador quimo, seu pedido foi realizado, apenas aguardando liberação de compras do Depto. Financeiro da Instituição.

Pauta 03: En^{fr}. Wanderson apresentou aos membros os indicadores:

TIH e TPIH Global e indicadores topográficos de infecção hospitalar referente ao mês de Outubro de 2015.

O serviço de controle de infecção visitou pelo método de busca ativa um total de 100 usuários hospitalizados nos setores de clínicas de internação e na UCI, no universo total de 316 pacientes saídos do Hospital Geral de Tailândia.

Foram identificados 04 casos de infecção hospitalar em 03 pacientes internados e 01 investigado durante atendimento no pronto atendimento da Emergência.

O mês encerra com taxa global de infecção de 1,26%.

Os casos de infecção notificados estão distribuídos pelas seguintes topografias: 04 casos de infecção de sítio cirúrgico, entre eles 02 relacionado inserção fio de kirshner (ortopedia), 01 descência da F.O. de histerectomia abdominal (obstetrícia) e 01 F.O de Apendicectomia.

Não ocorreram óbitos devidos a Infecção adquirida no Hospital.

Pauta 04: Uso do equipo comum:

Foi colocado em pauta da reunião (Elizabeth Goto) o uso exagerado dos equipo comuns, que gera despesa desnecessária. Mediante isso foi solicitado à comissão que se faça uma orientação e conscientização aos colaboradores a respeito do tempo de duração do uso do dispositivo.

Pauta 05: CME / Materiais

A enfermeira Suelly Frolich responsável pelo setor CME chamou a atenção para a entrega de material contendo fezes e urina, como por exemplo, os papagaios e comadres, que vem gerando transtorno para o andamento do serviço do CME, solicitando a colaboração da Enfermagem para que se corrija este tipo de comportamento.

Quanto ao uso de EPI, Enfermeiro Wanderson Lisboa, questionou que durante vistoria no CME se observou que as luvas de procedimento estão sendo utilizadas para algumas atividades no processamento de limpeza de materiais, substituindo a luva de cano longo específica para esses procedimentos. A coordenadora de logística Elizabeth Goto e a Coordenadora do SESMT relataram que a compra do produto já foi efetuada, e estão aguardando a entrega para distribuição do produto para os colaboradores do setor.

Pauta 06: Lixo Hospitalar:

A Reunião deu continuidade com a palavra da Srta. Flavia Machado, responsável pela parte de hotelaria do Hospital, que relatou que durante o processo de recolhimento e vistoria do lixo hospitalar, estão sendo encontradas peças de material perfuro cortante, o que oferece grande risco para o colaboradores responsáveis pelo serviço de transporte de material e lixo comum e sacos de lixo contaminado, solicitando providências para que estas ocorrências não se repitam.

Pauta 07: Cirurgia:

Com relação às taxas de infecção relacionadas ao sítio cirúrgico que foram apresentadas acima, estará sendo feita revisão criteriosa dos prontuários a respeito do caso. Dr Antônio Venturieri solicitou que se implementem normas para vinculação das etiquetas da caixa cirúrgica e demais informações das cirurgias realizadas ao prontuário do paciente, para que se possa estar rastreando as situações que venham a gerar uma possível infecção hospitalar relacionado ao sítio cirúrgico.

Foi tomada a decisão de se estreitar a colaboração entre o Corpo Clínico e a CCIH, estimulando os médicos para que compareçam as reuniões da Comissão.

Foi igualmente proposta a revisão e atualização dos Protocolos referentes a Infecção do Sítio Cirúrgico, Antibioticoterapia, Sepses, Curativos e tratamento de feridas e ferimentos. Com relação às queixas da persistência de mosquitos nas salas cirúrgicas, foi proposta a aplicação de inseticidas duas vezes ao dia, em toda a área do Centro Cirúrgico-Obstétrico.

Solicitada a Diretoria de Enfermagem sua opinião sobre o tamanho dos campos cirúrgicos e o material mais adequado para sua confecção.

Solicitada a Coordenação de logística a compra de campos cirúrgicos impermeáveis, para uso principalmente nas cirurgias da Traumatologia- Ortopedia.

Reiterada a solicitação para instalação de molas para fechamento das portas internas do Centro Cirúrgico Obstétrico.

Pauta 08: Atividades / Ações realizadas pelo SCIH no mês de Novembro:

- Vigilância sobre a higienização das mãos pelos colaboradores;
- Vistorias técnicas no ambiente hospitalar, visando o controle das infecções hospitalares;
- Realização da Reunião Mensal da CCIH;
- Levantamento e controle de estoque dos imunobiológicos;
- Levantamento das fichas dos usuários atendidos na urgência / emergência para detecção das subnotificações de casos doenças de notificação compulsória;
- Emissão das fichas de notificação para a Coordenação de Epidemiologia do Município;
- Palestra aos usuários sobre HIV, AIDS;
- Palestra aos usuários sobre câncer e tumor;
- Orientações *In loco* as puérperas sobre aleitamento materno exclusivo;
- Repasses de informações aos usuários sobre Dengue, Chikungunya e Zika vírus.

Pauta 09: Ações para Janeiro:

- Palestras e treinamentos de acordo com os LNTs de 2016;
- Capacitações de acordo com necessidades que estarão sendo percebidas ao longo das visitas aos setores;
- Continuação do programa de vigilância específica para prevenção de Infecção relacionada à Ventilação Mecânica;

- Aumentar a vigilância sobre o tempo de permanência de dispositivos invasivos.

Pauta 10: Pendências:

Barreira mecânica: Aguardando análise e liberação do Depto. Financeiro a respeito do que foi debatido em ata dos meses anteriores (fechamento automático da porta de acesso ao bloco cirúrgico e outras dependências onde se faz necessário sua instalação).

Antibióticos: A fiscalização e levantamento das análises dos prontuários dos usuários internados em uso de antibioticoterapia, no momento se encontra temporariamente comprometida por motivo do pedido de demissão de um farmacêutico.

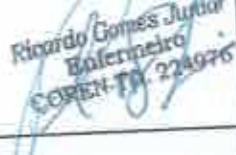
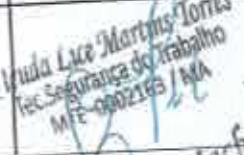
Manual CME: O manual do CME permanece em análise para unificação entre os hospitais regidos pelo INDSH.

APACHE II: A CCIH está montando um plano de ação para que todos os pacientes admitidos na UCI tenham índices de complicação calculados ainda durante as primeiras horas de internação.

Fisioterapeuta: A CCIH chama atenção para a importância de contratação do profissional de fisioterapia para UCI a fim de prevenir pneumonias associada ao uso de ventilador mecânico, além de prestar cuidados aos demais usuários do Hospital. Importante destacar que a contratação de repactuação do HGT com o estado.

Implantação para 2016 das definições dos indicadores assistenciais para: infecção de corrente sanguínea, infecção do trato urinário, infecção (pneumonia) associada à ventilação mecânica, risco de queda e ulcera por pressão que serão essenciais no monitoramento da assistência prestadas aos clientes.

LISTA DE PRESENÇA – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nº	Nome do Colaborador	Cargo	Serviço/Unidade	Assinatura
1	Antonio Venturieri Neto	Médico - SCIH	Médico-SCIH	
2	Wanderson Lisboa Braga	Enfº SCIH	Enfermeiro	
3	Rejane Xavier Soares	Membro	Diretora Administrativa	 Rejane X. Soares Gomes Diretora Adm. Financeira HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA
4	Marise Moraes dos Santos	Membro	Diretora de Enfermagem	 Dra. Marise Moraes COORDENADORA GERAL DIRETORIA DE ENFERMAGEM HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA
5	Elisabeth Goto	Membro	Coord. Logística	 Elisabeth Goto Hospital Geral de Tailândia Coordenadora de Logística Fones: 3112
6	Ricardo Gomes Junior	Convidado	Coord. Clínicas Integrada	 Ricardo Gomes Junior Enfermeiro COREN-PA 224976
7	Dimas R.O. Junior	Convidado	Coord. Setores fechado	Férias
8	Cleuda Lice Martins	Convidada	SESMET	 Cleuda Lice Martins Torres Rec. Segurança do Trabalho MTE-0002163/MA
9	Flávia Machado	Convidada	Coord. Hotelaria	 Flávia G. Machado Hospital Geral de Tailândia Coordenadora de Hotelaria
10	Suelly Frolich	Convidada	Enfº CME	 Suelly Frolich Rocha ENFERMEIRO COREN-PA 17000

RELATÓRIO TRIMESTRAL CRO

10º TRIMESTRE

OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2015

I – INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta as atividades realizadas conforme avaliação do trimestre, nos meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2015, pela Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) do Hospital Geral de Tailândia (HGT).

As ações descritas a seguir fazem parte das atribuições e deveres desta comissão.

Elaborar e estabelecer critérios para analisar prontuários de óbitos, procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações nas declarações de óbito, como descritos no "Manual para Avaliação dos Indicadores e Metas Fixas e Variáveis", do Contrato de Gestão entre a SESPA e as Organizações Sociais (OS).

Os objetivos da comissão, ao efetuar esta revisão, são, entre outros:

Estudar a evolução dos pacientes do ponto de vista da assistência médica prestada e corrigir eventuais falhas administrativas relacionadas à parte médica, aperfeiçoando o processo com um todo. A partir dessa análise se proporá medidas preventivas e corretivas, relacionadas às deficiências apresentadas.

As conclusões sobre evitabilidade ou não dos óbitos, e causas externas de morbidade e mortalidade lançam uma luz sobre as características nosológicas e as deficiências apresentadas pelos serviços de saúde de nossa Região.

II – MEMBROS DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS.

A CRO é composta por quatro (04) membros efetivos:

- Dr. Antonio Venturieri Neto – Presidente e Diretor Técnico
- Dr. Marcelo Pinheiro Nonato - Médico
- Dr. Joseph Isaac Paredes Torres – Médico
- Marise Moraes dos Santos – Diretora de Enfermagem

III – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

● **Reuniões do Período:** Foram realizadas reuniões nas datas:

● 09/11/2015 para avaliação do mês Outubro/2015, 08/12/2015 para avaliação do mês Novembro/2015 e 07/01/2016 para avaliação do mês Dezembro/2015 e fechamento do trimestre, atendendo ao critério de reunião mensal e atas detalhadas. As mesmas seguem em anexo.

● **Avaliação de 100% dos prontuários de óbito do período.**

IV - ANÁLISE DOS DADOS

AVALIAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DE ÓBITO.

A Comissão de Revisão de Óbito avalia os prontuários do período através do método de verificação de itens obrigatórios no prontuário do paciente. Para isto utiliza-se o formulário "Protocolo da Comissão de Óbito" (anexo), que contem 26 itens distintos (Identificação, Idade, Sexo, Data de Internação, Data de Óbito, Hora do Óbito, Diagnóstico de Admissão, Causa da Morte, Óbito no Ato Cirúrgico, Óbito no Pós Operatório Imediato, Confirmação do Diagnóstico, Anamnese Adequada, Exame Físico Adequado, Exames Complementares Adequados, Terapêutica Adequada, Óbito Desassistido, Óbito Evitável, Infecção Hospitalar, Evolução do Óbito pelo Médico, Evolução do Óbito pela Enfermagem, Laudo do Encaminhamento ao IML, Declaração de Óbito, Causa Natural, Violência, Óbito Institucional e Demanda) que permite a distinção da conduta, a qualidade das anotações contidas e as não conformidades que possam existir. É um instrumento de maior grandeza, que possibilita a verificação de falhas, promovendo ação dos membros da Comissão de Revisão de óbito e setores pertinentes.

No trimestre corrente ocorreram 49 (quarenta e nove) óbitos no HGT, sendo 17 (dezessete) em Outubro, 20 (vinte) em Novembro e 12 (doze) em Dezembro.

Com relação a prevalência:

Quinze óbitos (31%) do total tiveram como causa Patologias Cardiovasculares, treze (26%) foram causados por Sepses, e nove (18%) decorreram de Trauma.

Apesar desses números, o Trauma responde pela grande maioria dos óbitos ocorridos no Município. A subnotificação se deve ao grande número de casos, especialmente Trauma Crânio Encefálico, que são encaminhados para Serviços de Referência em Neurotrauma, cuja evolução não pode ser rastreada pelo HGT.

Todos os óbitos constatados foram avaliados pelos membros efetivos, cumprindo com este feito a meta desta comissão.

Em relação a unidade de internação, 38 dos óbitos ocorreram na UCI (77%).

Com relação a faixa etária, 32% dos óbitos ocorreram em pacientes com idade superior a 70 anos.

Dos óbitos, 18 ocorreram em pacientes do sexo feminino (37%) e 31 (63%) em pacientes do sexo masculino.

A taxa de mortalidade global para o trimestre foi de 5,0%

A taxa de mortalidade operatória para o trimestre foi de 0,83%

A taxa de mortalidade operatória estratificada pela classificação ASA para o trimestre foi a seguinte:

ASA I E: 33%

ASA IV E: 66%

A taxa de cirurgias de Urgência para o trimestre foi de 85%

Os itens relacionados a seguir obtiveram 100% de aprovação: anamnese adequada, exame físico adequado, exames complementares adequados e a terapêutica adequada.

Não houve óbito desassistido.

Não houve ausência de Evoluções do Óbito pelo Médico.

A evolução do óbito pela Enfermagem foi realizada em 100% dos casos ocorridos.

Todos os casos tiveram confirmação no diagnóstico.

Tabela 01

OUTUBRO	
Cirurgia de Urgência	131
Cirurgia Eletiva	37
TOTAL GERAL	168

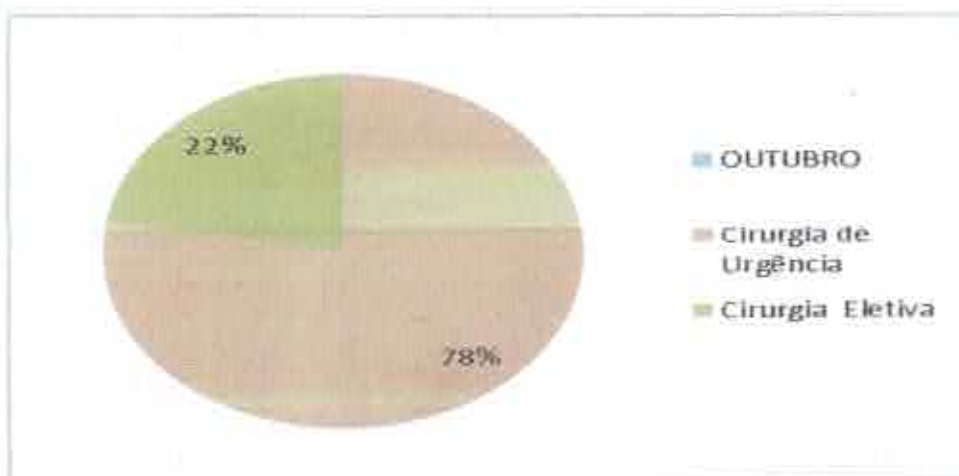


Gráfico 01 Fonte: Estatística - HGT

Tabela 02

NOVEMBRO	
Cirurgia de Urgência	132
Cirurgia Eletiva	24
Total Geral	156

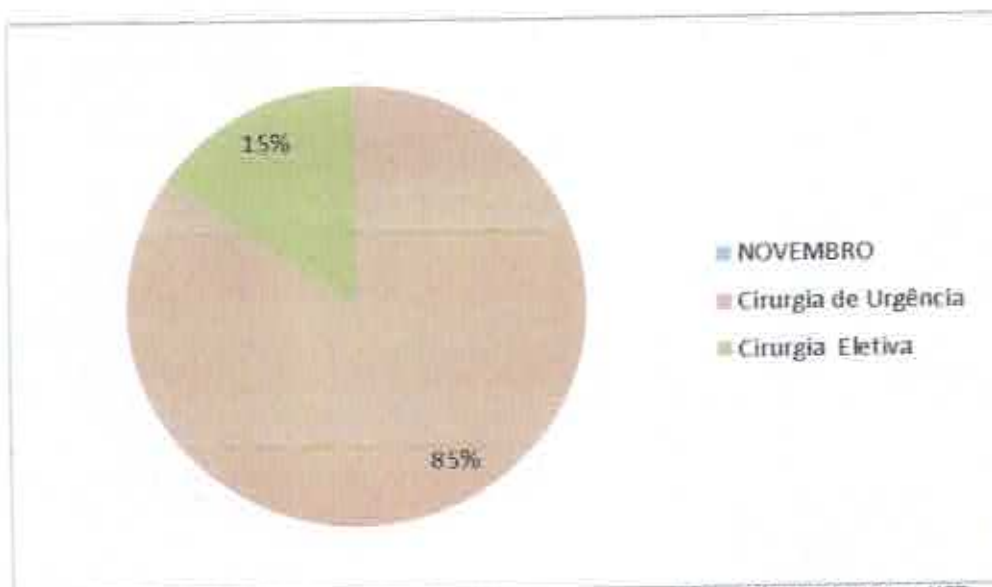


Gráfico 02 Fonte: Estatística - HGT

Tabela 03

DEZEMBRO	
Cirurgia de Urgência	164
Cirurgia Eletiva	15
Total Geral	179

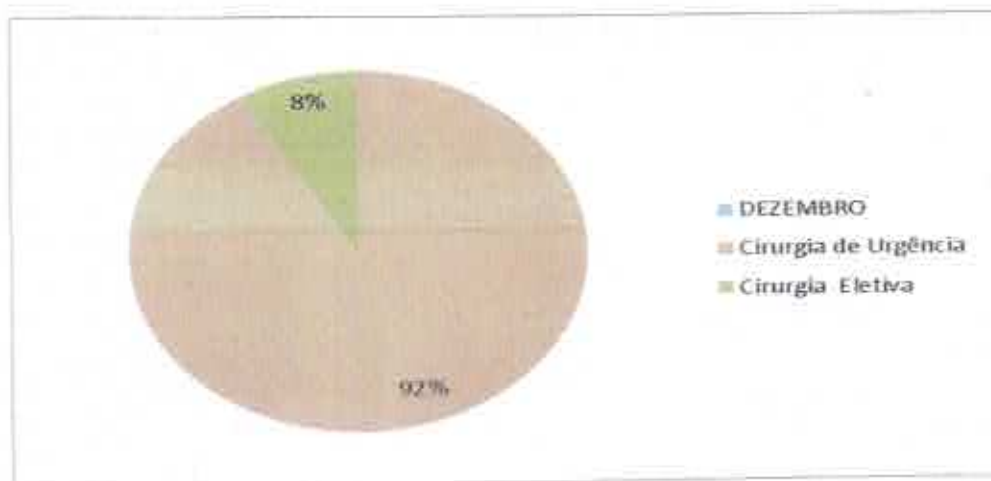


Gráfico 03 Fonte: Estatística - HGT

Tabela 04

TRIMESTRAL	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Cirurgias de Urgência	131	132	164
Cirurgias Eletiva	37	24	15
TOTAL GERAL	168	156	179

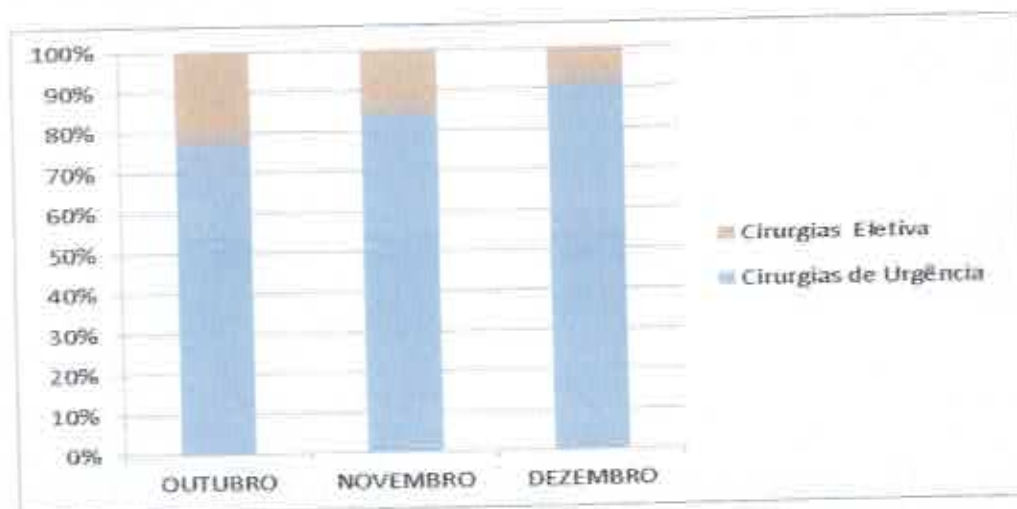


Gráfico 04 Fonte: Estatística - HGT

V - CAUSA DE MORTE

Mês	Causa da morte
OUTUBRO/2015	Patologias Cardiovasculares Sepse Neoplasias Malignas
NOVEMBRO/2015	Trauma Patologias Cardiovasculares Sepse Infecção Neonatal Prematuridade Extrema Cardiopatía Congênita Pancreatite Aguda Anemia Aplástica
DEZEMBRO/2015	Sepse Patologias Cardiovasculares Trauma Neoplasias Malignas

VI - ÓBITOS OCORRIDOS NO TRIMESTRE

Tabela 05

Óbitos			
OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	Total
17	20	12	49

MÉDIA TRIMESTRAL DE ÓBITOS - HGT



Gráfico 05 Fonte: Estatística - HGT

VII - UNIDADE DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO

Detalhamento das ocorrências por unidade

Tabela 06

UNIDADE DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO				
UNIDADE	MESES			MÉDIA TRIMESTRE
	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
UCI	14	16	8	38
ENFERMARIA	3	4	4	11
TOTAL	17	20	12	
TOTAL NO TRIMESTRE ----->				49

Média Trimestral de Óbitos – Percentual por unidade



Gráfico 06 Fonte: Estatística - HGT

VIII - FAIXA ETÁRIA DOS ÓBITOS

Detalhamento das ocorrências por faixa etária

Tabela 07

ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	Total Geral
0 a 39	1	9	4	14
40 a 59	6	7	2	15
60 a 99	10	4	6	20

Média Trimestral de Óbitos – Percentual por faixa etária



IX – ÓBITOS POR SEXO

Detalhamento das ocorrências por sexo

Tabela 08

TABELA DE ÓBITOS MENSAIS POR SEXO					
SEXO	SEXO	MESES			
		OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	
MASCULINO	MASCULINO	13	10	4	27
FEMININO	FEMININO	4	10	8	22

Média Trimestral de Óbitos – Percentual por sexo



Taxa de Mortalidade Global

■ OUTUBRO ■ NOVEMBRO ■ DEZEMBRO

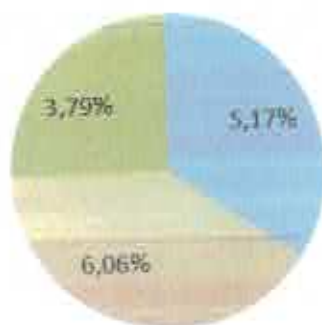


Gráfico 09 Fonte: Estatística - HGT

X - PROPOSTAS PARA PRÓXIMO TRIMESTRE

Através do trabalho de verificação dos prontuários de óbito no trimestre, os médicos membros da CRO definirão ações e medidas que se destinam ao desenvolvimento profissional, aprimorando o desempenho do sistema de saúde.

- Reunião periódica conforme cronograma anual,
- Notificar as direções de área sobre itens que apresentem não conformidades e/ou passíveis de melhoria, conjuntamente as coordenações setoriais e ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar,
- Realizar treinamentos: Protocolo de Sepsis, Primeiro Atendimento ao Poli traumatizado, Preenchimento da Declaração de Óbito, Anotações no Momento do Óbito.
- Avaliar 100% dos prontuários de óbitos,
- Prestar assistência, analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos desta unidade hospitalar, assim como colaborar com temas pertinentes à prevenção a saúde.

Tailândia, 07 de Janeiro de 2016.

Dr. Antonio Venturieri
Médico/Presidente CRO
CRM-PA 1432

ANEXOS

ATAS OUTUBRO/ NOVEMBRO/ DEZEMBRO

ATA DE REUNIÃO
Comissão de Revisão de Óbitos
09/11/2015 – Horário: das 14h00min às 16h00min
Local: Auditório do HGT

Pauta Proposta:

- Pauta 1: Leitura da ata anterior;
 - Pauta 2: Análise dos Óbitos;
 - Pauta 3: Descrição dos Óbitos;
 - Pauta 4: Classificação dos Óbitos;
 - Pauta 5: Discussão e Providências adotadas;
 - Pauta 6: Substituição de membro.
-

Pauta 1:

Foi lida a Ata de Reunião anterior, comentada e assinada pelos presentes.

Pauta 2:

Ocorreram dezessete (17) óbitos no mês de Outubro, onde todos os casos foram analisados e discutidos.

Dentre os quais, quatorze (14) destes óbitos ocorreram na UCI (82%) e três (3) nas Unidades de Internação (18%). Como causa mortis principais dentre os óbitos ocorrido no HGT, temos uma incidência de 41,18% por Doença Cardiovasculares (AVC); 17,65% por Sepse de origem respiratória; 17,65% por Neoplasia Maligna.

Outros fatores que ocasionaram óbitos nas Unidades supracitadas foram 5,88% por Complicações do Diabetes; 5,88% por Traumatismo Crânio Encefálico (TCE); 5,88% por Hepatite Medicamentosa e 5,88% por Senilidade.

A taxa de mortalidade global foi de 5,17%, considerando-se todos os casos e de 3,95% considerando-se somente os óbitos internos.

- ✓ A taxa de mortalidade operatória foi nula.
- ✓ A taxa de mortalidade materna foi nula.
- ✓ A taxa de mortalidade perinatal foi nula.
- ✓ A taxa de cirurgias de urgência foi de 78%.

LISTA DE PRESENÇA

Participantes	Função/Área	Assinatura
Antonio Venturieri Neto	Presidente e Diretor Técnico	
Joseph Isaac Paredes Torres	Médico	 JOSEPH ISAAC P. TORRES CRM-PA: 10794
Marcelo Pinheiro Nonato	Médico	 Dr. Marcelo Nonato Cirurgia Geral CRM - PA 7524
Marise Moraes dos Santos	Diretora de Enfermagem	 MARISE MORAES DOS SANTOS CRM-PA 61005 DIRETORIA DE ENFERMAGEM

Ata elaborada por: Dr. Antonio Venturieri

Por local do óbito:

UCI – 14

Enfermaria -03

Por idade:

De 0 a 10anos - 0

De 10 a 20 anos - 0

De 20 a 30 anos - 1

De 30 a 40 anos - 0

De 40 a 50 anos- 2

De 50 a 60 anos - 4

De 60 a 70 anos - 3

De 70 a 80 anos - 4

De 80 a 90 anos - 1

Mais de 90 anos – 2

Por sexo:

Masculino - 13 (76%)

Feminino - 04 (24%)

Por causa mortis:

Patologias Cardiovasculares: 07

Diabete e suas complicações: 01

Neoplasia Maligna: 03

Sepse de origem respiratória: 03

Traumatismo Crâneo Encefálico: 01

Hepatite Medicamentosa: 01

Senilidade: 01

Pauta 5:

Discussão e Providências adotadas:

Mês com numero de óbitos abaixo da média, todos inevitáveis, já admitidos em estado grave. Não foram tomadas medidas específicas com relação aos óbitos ocorridos, devido a gravidade e inevitabilidade, em todos os casos.

Pauta 6:

Aproveitando está reunião para comunicar que o membro da comissão **Renan Tairone Batista de Souza**, será substituído pela colaboradora **Marise Moraes dos Santos** (Diretora de Enfermagem), a partir da data nesta reunião.

Óbito 11

PMTG, sexo feminino, 55 anos, admitida em 14/10, óbito em 22/10 por Sepse de Origem Respiratória.

Óbito 12

EAG, sexo masculino, admitido em 01/10, óbito em 25/10 por Hepatite Medicamentosa.

Óbito 13

JMC, sexo masculino, 72 anos, admitido em 23/10, óbito em 31/10 por Sepse de origem respiratória como complicação de AVC.

Óbito 14

JCD, sexo masculino, 80 anos, admitido em 01/09, óbito em 21/10 por AVC.

Óbito 15

MFPS, sexo feminino, 51 anos, admitida em 12/10, óbito em 21/10, por Sepse de origem respiratória.

Óbito 16

JLM, sexo masculino, admitido em 11/10, óbito em 15/10 por Desnutrição / Senilidade.

Óbito 17

RLS, sexo masculino, 61 anos, admitido em 23/10, óbito em 26/10 por Edema Agudo Pulmonar, complicado por Sepse de origem respiratória.

Pauta 4:

Classificação dos óbitos:

EXTERNOS: 4

INTERNOS: 13

Por evitabilidade:

Inevitáveis – 17

Evitáveis – 0

Por permanência:

Até 48 horas – 02

Mais de 48 horas: 15

Media de permanência na UCI: 4,07.

Permanência máxima: 30 dias.

Permanência mínima: 1 dia.

Todos os pacientes apresentavam quadro clínico de gravidade, por ocasião da admissão.

Pauta 3:

Descrição dos óbitos:

Óbito 01

DQS, sexo feminino, 79 anos, admitida em 02/10, óbito em 06/10 por Neoplasia Maligna do Fígado.

Óbito 02

FRR, sexo masculino, 62 anos, admitido em 13/10, óbito em 14/10 por Arritmia Cardíaca e AVC.

Óbito 03

ERS, sexo masculino, 47 anos, admitido em 07/10, óbito em 10/10 por AVC.

Óbito 04

LLS, sexo masculino, 91 anos, admitido em 19/09, óbito em 04/10 por Sepse de origem respiratória.

Óbito 05

MF, sexo feminino, 56 anos, admitida em 15/09, óbito em 07/10 por Insuficiência Renal, complicação do Diabetes Sacarino.

Óbito 06

MG, sexo masculino, 55 anos, admitido em 24/10, óbito em 28/10 por TCE grave.

Óbito 07

RFN, sexo masculino, 75 anos, admitido em 23/10, óbito em 28/10 por Edema Pulmonar Agudo, complicação de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Óbito 08

RAN, sexo masculino, 76 anos, admitido em 10/10, óbito em 14/10 por AVCH, complicação de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Óbito 09

JLS, sexo masculino, 66 anos, admitido em 12/09, óbito em 12/10 por Neoplasia Maligna das Vias Biliares.

Óbito 10

RRS, sexo masculino, 49 anos, admitido em 29/10, óbito em 31/10 por Neoplasia Maligna do Fígado.

ATA DE REUNIÃO
Comissão de Revisão de Óbitos
08/12/2015 – Horário: das 14h00min às 16h00min
Local: Auditório do HGT

Pauta Proposta:

- Pauta 1: Leitura da ata anterior;
 - Pauta 2: Análise dos Óbitos;
 - Pauta 3: Descrição dos Óbitos;
 - Pauta 4: Classificação dos Óbitos;
 - Pauta 5: Discussão e Providências adotadas;
-

Pauta 1:

Foi lida a Ata da Reunião anterior, comentada e assinada pelos presentes.

Pauta 2:

Ocorreram vinte (20) óbitos no mês de novembro, onde todos os casos foram analisados e discutidos.

Dentre os quais, dezesseis (16) destes óbitos ocorreram na UCI (80%) e quatro (4) nas Unidades de Internação (20%).

2.1.1 Nove (09) óbitos institucionais ocorreram (após 48h) de internação (45%).

2.1.2 Onze (11) óbitos não institucionais (até 48h) de internação (55%).

2.2 Seis (6) óbitos ocorreram por causas externas (violência) (30%).

Como causa mortis, tivemos, por frequência:

1. **Doença Cardiovascular:** Cinco (05) casos, totalizando 25% dos óbitos;
2. **Sepse:** Quatro (4) casos, sendo dois (2) de origem respiratória, um (1) de infecção de partes moles e um (1) de origem abdominal, totalizando 20% dos óbitos;
3. **Violência:** Três (3) traumas cranianos (acidente viário), duas (2) lesões por projétil de arma de fogo no tórax e uma (1) lesão auto infligida (enforcamento), seis (6) casos, totalizando 30% dos óbitos;
4. **Infecção Neonatal:** um (1) caso, totalizando 5% dos óbitos;
5. **Prematuridade Extrema:** um (1) caso, totalizando 5% dos óbitos;

6. **Cardiopatia Congênita:** um (1) caso, totalizando 5% dos óbitos;
7. **Pancreatite Aguda:** um (1) caso, totalizando 5% dos óbitos;
8. **Anemia Aplástica:** um (1) caso, totalizando 5% dos óbitos.

A taxa de mortalidade global foi de 6,06%, considerando-se todos os casos e de 3,33% considerando apenas os óbitos internos.

- ✓ A taxa de mortalidade operatória foi de 1,92%.
- ✓ A taxa de mortalidade operatória estratificada pela classificação ASA foi de 100% para ASA IE
- ✓ A taxa de mortalidade materna foi nula.
- ✓ A taxa de mortalidade perinatal foi de 1,39%.
- ✓ A taxa de cirurgias de urgência foi de 85%.

Todos os pacientes apresentavam quadro clínico de gravidade, por ocasião da admissão.

Pauta 3:

Descrição dos óbitos:

Óbito 01

RN de SBS, 8 dias de vida, sexo masculino, admitido em 16/11, óbito em 24/11 por infecção neonatal. Mãe portadora de infecção durante a gestação. Não foi feito acompanhamento pré natal.

Óbito 02

RN de TCS, sexo feminino, nascida em 24/11, óbito em 25/11 por Prematuridade Extrema. Não foi feito acompanhamento pré natal.

Óbito 03

ACA, sexo masculino, 52 anos, admitido em 20/11, óbito em 28/11 por AVC.

Óbito 04

RCA, sexo masculino, 32 anos, admitido em 06/11, óbito em 13/11 por Pancreatite Aguda.

Óbito 05

MCBO, sexo feminino, 65 anos, admitida em 17/11, óbito em 18/11 por Edema Pulmonar Agudo, ICC, HAS.

Óbito 06

RCS, sexo masculino, 36 anos, admitido em 22/11, óbito em 23/11 por Traumatismo Crânio Encefálico.

Óbito 07

MHMQ, sexo feminino, 19 anos, admitida em 01/11, óbito em 03/11 por Traumatismo Crânio Encefálico.

Óbito 08

MZAP, sexo feminino, 46 anos, admitida em 08/11, óbito em 11/11 por Traumatismo Crânio Encefálico.

Óbito 09

RRA, sexo feminino, 25 anos, admitida em 30/11, óbito no mesmo dia por Anemia Aplástica.

Óbito 10

ASB, sexo masculino, 40 anos, admitido em 03/11, óbito no mesmo dia por Sepse de origem respiratória.

Óbito 11

BSN, sexo masculino, 34 anos, admitido em 08/11, óbito em 12/11 por Traumatismo Crânio Encefálico.

Óbito 12

EMA, sexo feminino, 1 ano, admitida em 11/11, óbito em 15/11 por ICC, Cardiopatia Congênita.

Óbito 13

AAS, sexo masculino, 57 anos, admitido em 14/11, óbito no mesmo dia por Trauma Torácico por PAF.

Óbito 14

AP, sexo feminino, 84 anos, admitida em 03/11, óbito em 15/11 por Sepse de Origem Respiratória.

Óbito 15

JLS, sexo masculino, 71 anos, admitido em 03/11, óbito em 12/11 por AVC.

Óbito 16

DAS, sexo feminino, 72 anos, admitida em 14/11, óbito no mesmo dia por AVC.

Óbito 17

GMS, sexo feminino, 50 anos, admitida em 05/11, óbito em 06/11 por Sepse de Origem Abdominal.

Óbito 18

FJC, sexo feminino, 57 anos, admitida em 15/11, óbito no mesmo dia por Sepse decorrente de Infecção de Partes Moles.

Óbito 19

AGN, sexo masculino, 52 anos, admitido em 26/11, óbito no mesmo dia por asfixia causada por enforcamento (suicídio).

Óbito 20

SLQ, sexo masculino, 59 anos, admitido em 16/11, óbito em 23/11 por AVC.

Pauta 4:

Classificação dos óbitos:

Óbitos institucionais: 9 (45%)

Óbitos não institucionais: 11 (55%)

Por evitabilidade:

Inevitáveis – 20

Evitáveis – 0

Por permanência:

Até 48 horas – 11

Mais de 48 horas: 9

Media de permanência na UCI: 4,33.

Permanência máxima: 9 dias.

Permanência mínima: 1 dia.

Por local do óbito:

UCI – 16

Enfermaria -04

Por idade:

De 0 a 10anos - 3

De 10 a 20 anos - 1

De 20 a 30 anos - 1

De 30 a 40 anos - 4

De 40 a 50 anos- 3

De 50 a 60 anos - 4

De 60 a 70 anos - 1

De 70 a 80 anos - 2

De 80 a 90 anos - 1

Mais de 90 anos – 0

A media de idade foi de 41 anos, com idade mínima de 0 anos e máxima de 84 anos.

Por sexo:

Masculino - 10 (50%)

Feminino - 10 (50%)

Pauta 5:

Discussão e Providências adotadas:

Mês com numero de óbitos acima da média, todos inevitáveis, já admitidos em estado grave, principalmente devidos a causas externas (violência).

Não foram tomadas medidas específicas com relação aos óbitos ocorridos, devido a gravidade e inevitabilidade, em todos os casos.

LISTA DE PRESENÇA

Participantes	Função/Área	Assinatura
Antonio Venturieri Neto	Presidente e Diretor Técnico	
Joseph Isaac Paredes Torres	Médico	 JOSEPH ISAAC P. TORRES CRM-PA: 10794
Marcelo Pinheiro Nonato	Médico	Ausente
Marise Moraes dos Santos	Diretora de Enfermagem	Férias

Ata elaborada por: Dr. Antonio Venturieri

ATA DE REUNIÃO
Comissão de Revisão de Óbitos
07/01/2016 – Horário: das 14h00min às 16h00min
Local: Auditório do HGT

Pauta Proposta:

- Pauta 1: Leitura da ata anterior;
Pauta 2: Análise dos Óbitos;
Pauta 3: Descrição dos Óbitos;
Pauta 4: Classificação dos Óbitos;
Pauta 5: Discussão e Providências adotadas;
-

Pauta 1:

Foi lida a Ata da Reunião anterior, comentada e assinada pelos presentes.

Pauta 2:

Ocorreram doze (12) óbitos no mês de dezembro, onde todos os casos foram analisados e discutidos.

Dentre os quais, oito (8) destes óbitos ocorreram na UCI (67%) e quatro (4) nas Unidades de Internação (33%).

- Três óbitos (25%) foram classificados como externos.
- Dois óbitos (17%) ocorreram por causas externas (violência).
- Cinco óbitos (42%) ocorreram antes das primeiras 48h de internação.
- Quatro pacientes (33%) dos óbitos tinham idade acima de 80 anos.

Como causa mortis, tivemos, por frequência:

- 1- Sepses, respondendo por seis (6) casos, 50% de todos os óbitos.
- 2- Patologias cardiovasculares, três (3) casos, 25% dos óbitos.
- 3- Trauma, dois (2) casos, 17% dos óbitos.
- 4- Neoplasia maligna, um (1) caso, 8% dos óbitos.

A taxa de mortalidade global foi de 3,79%, considerando-se todos os casos e de 3,16% considerando apenas os óbitos internos.

- ✓ A taxa de mortalidade materna foi nula.
- ✓ A taxa de mortalidade perinatal foi de 1,39%.
- ✓ A taxa de mortalidade operatória foi de 1,1%.
- ✓ A taxa de cirurgias de urgência foi de 85%.
- ✓ A taxa de mortalidade operatória estratificada pela classificação ASA foi de 100% para ASA VE.

Todos os pacientes apresentavam quadro clínico de gravidade, por ocasião da admissão.

Pauta 3:

Descrição dos óbitos:

Óbito 01

OFL, sexo masculino, 79 anos, admitido em 23/12, óbito em 31/12 por AVC, inevitável.

Óbito 02

LJS, sexo masculino, 80 anos, admitido em 11/12, óbito em 14/12 por Arritmia pos Infarto Agudo do Miocárdio, inevitável.

Óbito 03

MC, sexo masculino, 94 anos, admitido em 01/12, óbito em 09/12 por Sepse de origem pulmonar, inevitável.

Óbito 04

MNCS, sexo feminino, 85 anos, admitida em 03/12, óbito em 06/12 por Sepse de origem gastrointestinal, inevitável.

Óbito 05

FCF, sexo masculino, 51 anos, admitido em 06/12, óbito no mesmo dia por Sepse de origem pulmonar, inevitável.

Óbito 06

SCP, sexo masculino, 36 anos, admitido em 20/11, óbito em 06/12 por Sepse de origem gastrointestinal, inevitável.

Óbito 07

LGO, sexo feminino, 85 anos, admitida em 21/12, óbito em 22/12 por Neoplasia Maligna Hepática, inevitável.

Óbito 08

FRS, sexo masculino, 41 anos, admitido em 25/12, óbito em 27/12 Choque Hipovolêmico devido a Hemorragia pós Trauma Abdominal e rotura hepática, lesão tipo V. Óbito pós operatório, inevitável.

Óbito 09

IGS, sexo feminino, 2 anos, admitida em 10/12, óbito em 11/12 por Insuficiência Cardíaca devido a Cardiopatia Congênita. Inevitável.

Óbito 10

GSSP, sexo masculino, 34 anos, admitido em 28/12, óbito em 29/12 por Choque Hipovolêmico devido a lesão renal por arma branca. Óbito pós operatório, inevitável.

Óbito 11

EENJ, sexo feminino, 15 anos, admitida em 15/12, óbito em 29/12 por Sepse de origem respiratória, inevitável.

Óbito 12

FVC, sexo masculino, 72 anos, admitido em 29/11, óbito em 02/12, por Sepse de origem respiratória, inevitável.

Pauta 4:

Classificação dos óbitos:

Óbitos institucionais: 02 (17%)

Óbitos não institucionais: 10 (83%)

Por evitabilidade:

Inevitáveis – 12

Evitáveis – 0

Por permanência:

Até 48 horas – 05 (42%)

Mais de 48 horas: 07 (58%)

Media de permanência na UCI: 3,80.

Permanência máxima: 9 dias.

Permanência mínima: 1 dia.

Por local do óbito:

UCI – 08 (66%).

Enfermaria - 04 (33%).

Por idade:

De 0 a 10anos – 1

De 10 a 20 anos – 1

De 20 a 30 anos – 0

De 30 a 40 anos – 2

De 40 a 50 anos – 1

De 50 a 60 anos _ 1

De 60 a 70 anos _ 0

De 70 a 80 anos _ 3

De 80 a 90 anos _ 2

Mais de 90 anos _ 1

A média de idade foi de 56 anos, com idade mínima de 2 anos e máxima de 94 anos.

Por sexo:

Masculino – 08 (67%)

Feminino – 04 (33%)

Pauta 5:

Discussão e Providências adotadas:

Mês com numero de óbitos acima da média, todos inevitáveis, já admitidos em estado grave.

Não foram tomadas medidas específicas com relação aos óbitos ocorridos, devido a gravidade e inevitabilidade, em todos os casos.

LISTA DE PRESENÇA

Participantes	Função/Área	Assinatura
Antonio Venturieri Neto	Presidente e Diretor Técnico	
Joseph Isaac Paredes Torres	Médico	 JOSEPH ISAAC P. TORRES CRM-PA: 10794
Marcelo Pinheiro Nonato	Médico	Ausente
Marise Moraes dos Santos	Diretora de Enfermagem	 Marise Moraes dos Santos CRM-PA: 10794

Ata elaborada por: Dr. Antonio Venturieri

RELATÓRIO TRIMESTRAL CFT

10º TRIMESTRE

OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2015

COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA – CFT

I – INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta as atividades realizadas conforme avaliação do Nono trimestre referente aos meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2015, pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Geral de Tailândia.

As ações descritas a seguir visam assegurar a finalidade e o funcionamento desta Comissão, elaborar e implementar criterios relacionadas com seleção, prescrição e uso racional de medicamentos, em um processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, para assegurar terapêutica eficaz e segura e melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde. Assim como obedecer ao descrito no Manual para Avaliação dos Indicadores e Metas Fixas e Variáveis do Contrato de Gestão entre a SESPA e as Organizações Sociais (OS).

II – MEMBROS DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

A CFT é constituída por cinco (05) membros efetivos, e seus respectivos suplentes:

- Farm^a. Elizabeth S. Goto – Coord. Farmácia / Presidente CFT
Suplente: Rodrigo Sameque – Farmacêutico
- Dr Antonio Venturieri
- Dr. Marcelo Nonato – Médico Cirurgião;
- Enf^a. Jose Juliano Costa – Coord. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (afastado por motivo de saúde);
Suplente: Enf^a. Dimas Junior - Coord. Centro Cirúrgico e CME
- Enf^a Marise Moraes dos Santos - Diretor de Enfermagem;
Suplente: Ricardo Gomes Junior
- Sr^a. Rejane Xavier Soares – Diretora Administrativa
Suplente: Francisco Mingrone

III – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- **Reuniões do Período:** Foram realizadas reuniões nas datas: 16/10/2015, 19/11/2015 e 18/12/2015, atendendo o critério de reunião mensal e ata detalhada em anexo.
- **Revisão da Padronização de Medicamento;**
- **Manual de Diluição e Estabilidade;**
- **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;**
- **Equipo Multivias com Clamp;**
- **Padronização de Fios Cirúrgicos;**
- **Contratação de farmacêuticos;**
- **Montagem de Kit's para Unidade de Internação;**
- **Calendário de Reuniões da CFT – 2016;**
- **Inventário Anual.**

IV - PROPOSTAS PARA PRÓXIMO TRIMESTRE

Segue descrição de ações para o próximo trimestre:

- **Apresentação dos Kit's para Unidade de Internação;**
- **Apresentação do Manual de diluição e Estabilidade;**
- **Reuniões Mensais.**

Na competência dos meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 2015, a CFT realizou atividades pertinentes à melhoria no atendimento, atividades multidisciplinares e as implantações dos documentos, tendo como fundamento a legislação vigente e o cumprimento da mesma.

Tailândia, 06 de Janeiro de 2016.


Elizabeth S. Goto

Coord. Farmacêutica/Presidente CFT
CRF 3812 - PA

ANEXOS

ATAS OUTUBRO/ NOVEMBRO/ DEZEMBRO

ATA DE REUNIÃO

Comissão de Farmácia

16/10/2015 – Horário proposto: das 11:00h às 12:00h

Local: Auditório

Pauta Proposta:

Pauta 01: Manual de Diluição;

Pauta 02: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;

Pauta 03: Utilização de Equipo Multivias com Clamp;

Pauta 04: Fios Cirúrgicos.

Pauta 01:

Elizabeth apresenta a Comissão Manual de Diluição finalizado, com proposta para apresentação e treinamento que será realizado in loco para equipe de enfermagem a partir de novembro, porém, será disponibilizado para as Clínicas, UCI, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico.

Pauta 02:

Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, finalizado para apreciação da comissão e posterior aprovação, que ocorrerá no mês de novembro.

Pauta 03:

O Enfermeiro Wanderson da SCIH coloca em discussão a utilização da Torneira de 03 vias, para Equipo Multivias com Clamp, pois a Torneira de 03 vias não oferece estabilidade de fixação em membro com facilidade de perda do dispositivo. Devido a este fator, a Comissão opta pela troca para o Equipo Multivias com Clamp, que irá oferecer segurança, durabilidade e menor custo.

Pauta 04:

Discursão com o Diretor Técnico Antônio Venturieri, sobre a padronização dos Fios Cirúrgicos utilizados na Emergência, Centro Cirúrgico e Obstétrico. A qual ficará um quantitativo de 28(vinte e oito) Fios, que será repassado para a Compra e Almoxarifado, que deverá adquirir conforme descritivo repassado.

LISTA DE PRESENÇA – COMISSÃO DE FARMÁCIA			
Nome	Cargo	Serviço/Unidade	Assinatura
Elizabeth Sachimi Goto	Membro	Coord. Logística	
Antônio Venturieri Neto	Membro	Diretor Técnico	
Dimas Rezende de Oliveira Junior	Membro	Coord. Setores Fechados	
Rejane Xavier Soares	Membro	Diretora Adm. Financeiro	
Wanderson Lisboa Braga	Membro	Enf. SCII	
Marise Moraes dos Santos	Membro	Diretora de Enfermagem	

ATA DE REUNIÃO

Comissão de Farmácia

19/11/2015 – Horário proposto: das 11:00h às 12:00h

Local: Auditório

Pauta Proposta:

Pauta 01: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos;

Pauta 02: Montagem de Kit's para Unidade de Internação ;

Pauta 03: Assuntos Diversos.

Pauta 01:

Foi aprovado pela Comissão, o uso do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, para apresentação e treinamento que será realizado in loco para equipe de Enfermagem a partir de janeiro de 2016, uma vez que, houve a saída da Farmacêutica Eugênia, por motivos particulares, inviabilizando o treinamento no mês de dezembro, porém, será disponibilizado para as Clínicas, UCI, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico.

Pauta 02:

Colocado em pauta montagem de Kit's para Unidade de Internação, Urgência/Emergência dos medicamentos de maior saída como: Dipirona, Cetoprofeno, Ranitidina, Ceftriaxona e Dexametasona, a qual irá facilitar dispensação e utilização tanto para a Farmácia quanto para as Unidades. Discursão ficará para a próxima reunião aguardando parecer da Equipe de Enfermagem e Médica, para a padronização da diluição para esta Instituição.

Pauta 03:

Por motivos particulares a Farmacêutica Eugênia, solicitou desligamento, o que ocasionou grande perda para a equipe do HGT, ficando em aberto a contratação de Farmacêutico para completar o quadro;

Conforme a ATA de outubro, a qual, o treinamento do Manual de Diluição seria realizado no mês corrente, o mesmo será realizado em janeiro de 2016, devido à saída da Farmacêutica Eugênia.

LISTA DE PRESENÇA – COMISSÃO DE FARMÁCIA			
Nome	Cargo	Serviço/Unidade	Assinatura
Elizabeth Sachimi Goto	Membro	Coord. Logística	<i>[Assinatura]</i>
Antônio Venturieri Neto	Membro	Diretor Técnico	<i>[Assinatura]</i>
Dimas Rezende de Oliveira Junior	Membro	Coord. Setores Fechados	<i>[Assinatura]</i>
Rejane Xavier Soares	Membro	Diretora Adm. Financeiro	<i>[Assinatura]</i>
Wanderson Lisboa Braga	Membro	Enf. SCH	<i>[Assinatura]</i>
Marise Moraes dos Santos	Membro	Diretora de Enfermagem	<i>[Assinatura]</i>

ATA DE REUNIÃO

Comissão de Farmácia

18/12/2015 – Horário proposto: das 11:00h às 12:00h

Local: Auditório

Pauta Proposta:

Pauta 01: Montagem de Kit's para Unidade de Internação ;

Pauta 02: Calendário de Reuniões CFT – 2016;

Pauta 03: Contratação de Farmacêutico;

Pauta 04: Assuntos Diversos.

Pauta 01:

Segue proposta da Equipe de Farmacêuticos, para os Kit's, sendo: Dipirona (02 Água Destilada de 10mL, 01 Seringa descartável de 20mL e 01 Agulha descartável 40x12); Cetoprofeno (01 Soro Fisiológico 0,9% de 100mL, 01 Seringa descartável de 5mL e 01 Agulha descartável 40x12), Ranitidina (02 Água Destilada de 10mL, 01 Seringa descartável de 20mL e 01 Agulha 40x12), Ceftriaxona (01 Água Destilada de 10mL, 01 Seringa descartável de 10mL e 01 Agulha descartável 40x12) e Dexametasona (01 Água Destilada de 10mL, 01 Seringa descartável de 10mL e 01 Agulha 40x12), aguardando sugestão e/ou aprovação da Equipe de Enfermagem e Médicos.

Pauta 02:

Proposta para Calendário de Reuniões da CFT – 2016, para toda as Quartas-feira da terceira semana de cada mês. Foi aprovado por unanimidade o Calendário.

Pauta 03:

Apresentação da nova Farmacêutica Paula Patrícia, que irá compor a equipe de Farmacêuticos do HGT, a qual irá somar sua experiência para enriquecer as atividades desenvolvidas.

Pauta 04:

Realizado Inventário Anual, Farmácia, CAF e Almoxarifado, para fechamento do Balanço Contábil de 2015.

LISTA DE PRESENÇA – COMISSÃO DE FARMÁCIA

Nome	Cargo	Serviço/Unidade	Assinatura
Elizabeth Sachimi Goto	Membro	Coord. Logística	<i>[Assinatura]</i> Hospital Geral de Tailândia Coordenadora de Logística Farmacêutica (RF 312)
Antônio Venturieri Neto	Membro	Diretor Técnico	
Dimas Rezende de Oliveira Junior	Membro	Coord. Setores Fechados	
Rejane Xavier Soares	Membro	Diretora Adm. Financeira	<i>[Assinatura]</i> SANTOS GOMES Hospital Geral de Tailândia
Wanderson Lisboa Braga	Membro	Enf. SCIH	<i>[Assinatura]</i> Hospital Geral de Tailândia
Marise Moraes dos Santos	Membro	Diretora de Enfermagem	<i>[Assinatura]</i> Hospital Geral de Tailândia

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 1 de 36	

1. OBJETIVO

Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamentos e medidas paliativas.

Práticas seguras para prescrição de medicamentos

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

Urgência/Emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;

Pro re nata ou caso necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;

Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica

Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;

Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial; e

Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

Quanto à origem, a prescrição pode ser: ambulatorial, hospitalar ou proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde.

Intervenções

Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

- Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações:

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CGIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 2 de 36	

- nome do hospital;
- nome completo do paciente;
- número do prontuário ou registro do atendimento;
- leito;
- serviço;
- enfermaria e
- ala.

Obs.: todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, devem ser legíveis.

A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde.

Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento. Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que fique aderido ao corpo do paciente a codificação definida na unidade para identificá-lo provisoriamente.

A utilização da abreviatura "NI" (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação

- Identificação do prescritor na prescrição

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação.

A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

- Identificação da instituição na prescrição

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

Na prescrição ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

- Identificação da data de prescrição

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. A validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo prescritor.

A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

- Legibilidade

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos.

Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais.

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição.

O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição).

A utilização de prescrição pré-digita é uma opção que pode diminuir alguns tipos de erros de

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Taubaté de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 4 de 36	

medicação. A prescrição manual pode levar a elevado número de erros, ainda que parte delas possa ser legível.

A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via. Nesse caso, sugere-se a utilização do papel já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição.

É preciso, ainda, atenção aos novos tipos de erros de prescrição, que podem ser ocasionados devido à alteração na forma de prescrição (manuscrita, digitada, pré-digitada e eletrônica).

- Uso de abreviaturas

Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos sem o uso de abreviaturas, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação.

Caso seja indispensável em meio hospitalar, a instituição deve elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde. Essa lista não deve conter abreviatura de "unidades" (U) e "unidades internacionais" (UI), utilização de fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO₄ e outras) e nomes abreviados de medicamentos (HCTZ, RIP, PEN BEZ, MTX, SMZ-TMP e outros).

As abreviaturas "U" e "UI" significando "unidades" e "unidades internacionais", respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar à administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita. Desta maneira, deve-se abolir o uso de abreviaturas "U" e "UI", escrevendo a palavra "unidade" por extenso no lugar de "U" ou "unidade internacional" no lugar de "UI".

Caso exista padronização de abreviatura para via de administração, preferir o uso de "EV" (para endovenosa) em vez de IV (intravenosa), em função do risco de erro de interpretação do "IV" como "IM", sobretudo quando associado a pouca legibilidade da prescrição.

- Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

sua ausência a denominação comum internacional. Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omissa, utilizar a denominação botânica acrescida da parte da planta utilizada.

- Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia, e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes:

DOPamina e DOBUtamina;

ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA;

VimBLASTina e VinCRISTina.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do Núcleo de Segurança do Paciente do estabelecimento de saúde deverão organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição.

- Expressão de doses

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura.

A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso.

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 6 de 36	

a dose de "2,5 mL" seja interpretada como "25 mL". Não utilize "ponto" em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro.

Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita. Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de "0,5g" pode ser confundida com "5g".

Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

- Alergias

Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

Em hospitais que utilizam prontuários e prescrições eletrônicas, as alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar em todas as prescrições emitidas para o paciente.

- Informações importantes

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa.

É importante ressaltar que nas prescrições ambulatoriais, deverão ser registradas todas as orientações sobre como utilizar o medicamento, bem como as recomendações não farmacológicas devem constar também na prescrição.

- Padronização de medicamentos

O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 7 de 36	

Recomenda-se que o estabelecimento de saúde elabore uma relação de medicamentos por especialidade, em consonância com a padronização da instituição, de forma a permitir mais familiaridade do prescritor com indicação, contraindicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos.

Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras.

- Doses

O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo.

Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível.

Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Preconiza-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração.

Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.

Nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento. A dupla checagem é particularmente importante para medicamentos prescritos em Pediatria, Oncologia e Unidades de Tratamento Intensivo, principalmente no momento da

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

administração.

Duração do tratamento

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o(s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação.

Utilização de expressões vagas

Expressões vagas como "usar como de costume", "usar como habitual", "a critério médico", "se necessário" (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), "uso contínuo" e "não parar" devem ser abolidas das prescrições.

Quando for preciso utilizar a expressão "se necessário", deve-se obrigatoriamente definir:

- Dose;
- posologia;
- dose máxima diária deve estar claramente descrita; e
- condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento.

Exemplo: paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).

Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração

- Posologia

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente. Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses

diárias, facilita a adesão do paciente ao tratamento.

- Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

- Velocidade de infusão

A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal como a "síndrome do homem vermelho", que ocorre com a infusão rápida de vancomicina.

É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

- Via de administração

A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

Modificação da prescrição atual ou vigente

Em prescrições hospitalares, o prescritor deverá se certificar de que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras. O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição.

A suspensão ou alteração na prescrição de um medicamento somente na via disponível para a enfermagem pode:

- Acarretar erro na dispensação; e

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 10 de 36	

- Aumentar o risco de erro de administração.

Prescrições verbais

As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento. A prescrição verbal deve ser validada pelo prescritor assim que possível.

Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

Pontos de transição do paciente

Na admissão do paciente em unidades de saúde deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos (conciliação medicamentosa).

Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente.

No âmbito ambulatorial, chama-se de ponto crítico quando ocorre transição do paciente entre os níveis de atenção (primário, secundário ou terciário), sendo fundamental a realização dos encaminhamentos resolutivos entre as diferentes unidades de saúde e que a atenção básica seja a coordenadora do cuidado do usuário. Para tal, o prescritor deverá elaborar detalhado histórico farmacoterapêutico do paciente, podendo contar com a colaboração do farmacêutico, que deverá fazer a conciliação dos medicamentos.

Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de uma mesma instituição hospitalar e entre instituições hospitalares distintas, as seguintes ações devem ser realizadas:

Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado (transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente).

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 11 de 36	

O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

Importante:

- Os pontos de transição dos pacientes no hospital, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose.
- Nos pontos de transição, especialmente na alta hospitalar, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento, sendo recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

Procedimento operacional padrão da prescrição por via de administração

Para o adequado cumprimento da prescrição, todas as informações deverão estar claras e

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 12 de 36	

completas, em cada item prescrito.

Em prescrições eletrônicas, recomenda-se que o cadastro do medicamento permita somente a prescrição das vias de administração descritas na literatura e pelo fabricante, o que aumenta a segurança, impedindo administração por via errada.

Recomenda-se que os medicamentos devam ser prescritos conforme estrutura a seguir:

ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

USO ORAL

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso

Exemplo: Captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg de 8/8h por via oral, 1h antes ou 2h depois dos alimentos.

USO TÓPICO

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso

Exemplo: Permanganato de potássio 1:60.000 solução. Aplicar compressas em membro inferior direito 3 vezes/dia, após banho.

USO ENDOVENOSO

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso

Exemplo: Anfotericina B 50mg frasco-ampola. Reconstituir 50mg em 10ml de água destilada e rediluir pra 500ml de solução glicosada 5%. Uso endovenoso. Infundir 35 gotas/min. Administrar em 5 horas.

USO INTRAMUSCULAR

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações administração e uso

Exemplo:

Intramuscular com diluição: Ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1g em 3,5ml de lidocaína 1%.

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
CCIH

Aprovado por:
Diretoria Geral

Data elaboração:
24/11/2015

Data da Revisão

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humanitário
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 13 de 36	

Fazer a solução obtida, via intramuscular profunda (região glútea) de 12/12h;

Intramuscular sem diluição: Vitamina K (fitomenadiona) 10mg/ml, ampola. Fazer 1ml via intramuscular profunda (região glútea), 1x ao dia.

USO SUBCUTÂNEO

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso

Subcutâneo sem diluição: heparina sódica 5.000 unidades internacionais/0,25ml, ampola. Fazer 0,25ml subcutânea de 12/12h.

USO INTRATECAL

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso

Uso Intratecal com diluição: Citabarina 100mg, frasco-ampola. Diluir 100mg em 5ml de solução fisiológica 0,9%. Infundir 1,5ml intratecal, 1x/dia. Diluir imediatamente antes do uso. **Não reaproveitar o restante da solução para uso intratecal.**

USO INALATÓRIO

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientações de uso

Exemplo: Bromidrato de Fenoterol 50mg/ml, solução para inalação. Fazer aerosol, com 5 gotas diluídas em 3ml de solução fisiológica 0,9% de 6/6h. Nebulizar e inalar até esgotar toda a solução.

Monitoramento e indicadores para prescrição segura de medicamentos

- O processo da prescrição deve estar padronizado e com o respectivo procedimento operacional padrão escrito, atualizado, validado, divulgado e disponível em local de fácil acesso;
- As prescrições devem ser revisadas por farmacêutico antes de serem dispensadas;
- Os erros de prescrição devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
CCIH

Aprovado por:
Diretoria Geral

Data elaboração:
24/11/2015

Data da Revisão

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 14 de 36	

Indicador

Nome do Indicador	Taxa de erros na prescrição de medicamentos.
Objetivo do Indicador	Monitorar a ocorrência e erros na atividade de prescrição de medicamentos.
Fórmula do Indicador	$\frac{\text{Nº medicamentos prescritos com erro}}{\text{Nº total de medicamentos prescritos}} \times 100$
Periodicidade mínima de verificação	Mensal
Explicação da fórmula	Nº de medicamentos prescritos com erro: são os medicamentos prescritos faltando doses, forma farmacêutica, via de administração, posologia, tempo de infusão, diluente, volume, velocidade de infusão e abreviaturas contra-indicadas. Nº total de medicamentos prescritos: são todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo.
Fonte de Informação	Prescrição (eletrônica, pré-digitada ou manual), protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
Coleta de dados	Elaborar planilha para registro do número total de erros de prescrição e o número de medicamentos prescritos, utilizando a classificação de erros de prescrição. Totalizar os dados e aplicar a fórmula.
Observações	Em farmácias com sistemas informatizados, estes poderão ser preparados para emitir relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador.
Farmacêuticos	Farmacêutico.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INSH Instituto Nacional de Gerenciamento de Saúde Hospitalar
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 15 de 36	

Práticas seguras para distribuição de medicamentos

Os sistemas de distribuição de medicamentos em hospitais podem ser classificados em:

- Coletivo;
- Individualizado;
- Misto;
- Dose unitária;
- Sistema automatizado.

Intervenções

A farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

A farmácia deverá possuir estrutura organizada, bem como processos de trabalho escritos e difundidos que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação. A farmácia deve contar com recursos humanos capacitados e em número suficiente para realizar a contento suas atividades.

Itens de verificação para a distribuição segura de medicamentos

Para garantir maior segurança ao processo de dispensação e o adequado fluxo de trabalho, o ambiente destinado à dispensação deve:

- Ser reservado;
- Contar com fluxo restrito de pessoas; e
- Ser tranquilo, sem fonte de interrupção e distração (tais como televisão, rádio e outras).

Os ambientes da farmácia onde são armazenados e dispensados os medicamentos devem ser limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Saúde e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 16 de 36	

A dispensação segura nos estabelecimentos de saúde deverá ser precedida pelas seguintes atividades:

- Seleção;
- Padronização;
- Aquisição;
- Recebimento;
- Armazenamento;
- Fracionamento; e
- Identificação segura dos medicamentos.

O número de apresentações e concentrações de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, padronizados na instituição, deve ser restrito e suas doses máximas estabelecidas e divulgadas.

O estabelecimento de saúde deverá realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para farmacêuticos e auxiliares de farmácia, com foco na segurança do uso de medicamentos, envolvendo os processos de: seleção, padronização, armazenamento, fracionamento, análise farmacêutica da prescrição e dispensação dos medicamentos.

O estabelecimento de saúde deverá manter farmacêuticos e auxiliares de farmácia em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos.

Estratégias para dispensação segura relacionadas ao armazenamento

O ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas (temperatura, iluminação, umidade, ruído) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

- Restrição de acesso

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 17 de 36	

Medidas de restrição de acesso deverão ser estabelecidas, para o armazenamento de produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação), bem como os medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e aqueles com sons, grafias e embalagens semelhantes.

- Procedimento Operacional

A farmácia deve possuir procedimento operacional atualizado que contemple a validação/conferência do armazenamento do produto certo, no local certo. Esse procedimento deverá ser realizado de forma contínua e sistemática, com registro de execução, propiciando segurança aos processos de armazenamento e dispensação de medicamentos, sobretudo após devolução de medicamentos. O controle de medicamentos sob controle especial deve seguir legislação específica.

O processo de dispensação de medicamentos deve possuir procedimento operacional de padrão escrito, homologado, atualizado e de conhecimento de todos os profissionais da farmácia.

- Boas Práticas de Armazenamento

A farmácia deve seguir as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos e possuir padrões atualizados que definam regras para o armazenamento, privilegiando a segurança do processo de dispensação. Pode-se lançar mão de ordenamento alfabético e/ou por forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos/alta vigilância.

Deve-se identificar os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes, com etiquetas de alerta que proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos, como, por exemplo:

LAMivudina;

ZIDOvudina6,30.

- Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF)

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 18 de 36	

É importante assegurar práticas adequadas para a distribuição dos medicamentos das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para as unidades de saúde a fim de evitar erros, seguindo as boas práticas de distribuição de medicamentos.

- Toda a movimentação de medicamentos deve ser realizada por um eficiente sistema de controle de estoque, preferencialmente eletrônico, que garanta a correta identificação do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade;
- Os medicamentos devem ser corretamente separados, organizados, identificados e realizada a dupla checagem, evitando-se erros;
- Quando necessário manter estoques de medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, estes deverão ser corretamente identificados, diferentemente dos demais;
- O transporte deve ser feito de modo correto e seguro, observando-se aspectos técnicos tais como aqueles necessários para o transporte de termolábeis;
- Durante o recebimento dos medicamentos na unidade de saúde, nova conferência deve ser feita, considerando-se a identificação do medicamento, lote, validade, quantidade e sua integridade física.

Estratégias para dispensação segura relacionadas à prescrição

Realizar a análise farmacêutica das prescrições (Portaria GM/MS 4283/2010), priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando-se concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação.

Recomenda-se, para auxílio ao farmacêutico no processo de análise da prescrição, a utilização de programa informatizado com suporte terapêutico que incorpore adequado conjunto de verificações automatizadas em prescrições, tais como:

- Triagem para duplicidade terapêutica;
- Alergias;

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 19 de 36	

- Interações medicamentosas;
- Intervalos de dose adequados;
- Alerta para doses superiores às máximas;
- Alertas para nomes semelhantes, entre outros.

Preconiza-se adotar o uso de rótulos diferenciados, notas em sistema informatizado e cartazes de alerta no local de armazenamento e dispensação de medicamentos com elevada propensão a trocas.

Recomenda-se a implantação de sistemas seguros, organizados e eficazes de dispensação para reduzir a ocorrência de erros, privilegiando a dispensação por dose individualizada e unitária, com controle por código de barras ou equivalente superior, de modo a assegurar a rastreabilidade do lote, fabricante e validade dos medicamentos e produtos para a saúde. Em farmácias ambulatoriais e hospitalares, as etapas de recebimento da prescrição, separação e dispensação dos medicamentos ao paciente devem ser realizadas com dupla conferência dos medicamentos em ambiente exclusivo para essa finalidade.

Deve-se elaborar e disponibilizar procedimentos operacionais atualizados para a dispensação de medicamentos, com destaque especial para os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

A dispensação deve ser restringida por meio de ordem verbal exclusivamente para situações de urgência e emergência, devendo a prescrição do medicamento ser entregue na farmácia imediatamente após a normalização da situação que gerou a ordem. Nesses casos, o profissional da farmácia que ouviu a ordem verbal deverá repetir o que escutou para certificar-se da informação, procedendo à dispensação e registrando sua ocorrência em formulário específico.

Procedimento operacional padrão para dispensação de medicamentos

Para dispensação segura de medicamentos deve-se seguir os seguintes procedimentos:

- O farmacêutico deve analisar as prescrições antes do início da separação dos medicamentos, conferindo se todos os elementos de identificação da instituição, do paciente, do prescritor e a

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 20 de 36	

data estão disponíveis.

- Analisar os medicamentos prescritos, evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação;
- Solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor, especialmente aquelas relacionadas à grafia médica, eliminando interpretação ou dedução do que está escrito;
- Analisar os medicamentos prescritos considerando-se os seguintes aspectos: dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento e possíveis alergias;
- O auxiliar de farmácia não deverá separar simultaneamente prescrições diferentes;
- Manter a organização do ambiente de dispensação, assegurando-se suficiente espaço e instrumentos de trabalho que permitam a manutenção dos medicamentos devidamente separados por prescrição e por paciente, até a sua dispensação, evitando-se que medicamentos prescritos e dispensados para um paciente sejam entregues a outros. Para essa finalidade poderão ser utilizados carros de medicação ou embalagens plásticas identificadas;
- Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais às da prescrição.
- Identificar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e fazer meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;
- Verificar se na prescrição existem medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes, dedicando especial atenção à conferência dos mesmos;
- Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação, utilizando, sempre que possível, o auxílio de dispositivos eletrônicos, tais como código de barras;
- O farmacêutico deve revisar as prescrições de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.
- Para a dispensação ambulatorial, realizar orientação e aconselhamento do paciente

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 21 de 36	

previamente à dispensação dos medicamentos, objetivando identificar e interceptar erros. Ao dispensar medicamentos para o paciente, conferir e identificá-los, especialmente aqueles de embalagem semelhante, usando identificadores que possam diferenciá-los, como, por exemplo, cores diferentes.

- Realizar o registro escrito, em prontuário, das intervenções farmacêuticas realizadas.
- Deve existir restrição formal e registro da dispensação de medicamentos por ordem verbal.
- Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância devem ser identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação.
- A dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância dispensados deve ser feita na farmácia estabelecimento de saúde.

Monitoramento e indicadores para a dispensação segura

A farmácia deve registrar e notificar erros de dispensação ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Indicador

Nome do Indicador	Taxa de erros na dispensação de medicamentos
Objetivo do Indicador	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de separação/dispensação de medicamentos para atendimento ao paciente
Fórmula do Indicador	$\frac{\text{Nº de medicamento dispensados com erro}}{\text{Nº total de medicamentos dispensados}} \times 100$
Periodicidade mínima de verificação	Mensal
Explicação da fórmula	Nº de medicamentos dispensados com erro de omissão, concentração/forma farmacêutica erradas ou medicamento errado. São erros de omissão quando o medicamento é prescrito, mas nenhuma dose (unidade) é dispensada ou o número de doses dispensadas é menor que o

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 22 de 36	

	prescrito. São erros de concentração/forma farmacêutica quando o medicamento é dispensado em concentração diferente daquela prescrita. O erro chamado medicamento errado ocorre quando prescrito um medicamento e dispensado outro, podendo estar associado a medicamento com nome ou pronúncia similar, sendo possível a troca no momento da dispensação. Nº total de medicamentos dispensados: todos os medicamentos dados em determinado período de tempo.
Fonte de informação	Prescrição médica (eletrônica, transcrita ou manual)
Coleta de Dados	Elaborar planilha para registro do número total de medicamentos dispensados e dos medicamentos dispensados com erros de omissão, concentração, forma farmacêutica e medicamento errado .
Observações	Em farmácias com sistemas informatizados, este poderão ser preparados para emitirem relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador
Responsável	Farmacêutico

Práticas seguras na administração de medicamentos

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática. Para a administração segura, são necessários conhecimentos sobre Farmacologia, Anatomia, Fisiologia, Microbiologia e Bioquímica³¹.

A dimensão dos erros relacionados à administração de medicamentos foi apresentada em estudo realizado em 2006 em quatro hospitais brasileiros, tendo sido evidenciado que 1,7% dos medicamentos administrados foi diferente dos medicamentos prescritos; 4,8% das doses administradas diferiam das prescritas; 1,5% dos medicamentos foi administrado em vias diferentes das prescritas; 0,3% dos pacientes recebeu medicamentos não autorizados ou não prescritos; quase 2,2% dos medicamentos foram administrados uma hora antes do previsto e 7,4% mais de uma hora

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Político
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 23 de 36	

depois do prescrito.

A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos.

Um erro na administração de medicamento pode trazer graves consequências aos pacientes, devendo-se observar:

- A ação;
- As interações; e
- Os efeitos colaterais.

Intervenções

- Itens de verificação para administração segura de medicamentos

A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os cinco certos na administração de medicamentos e, mais recentemente, foram introduzidos mais dois certos, configurando-se em "os sete certos na administração de medicamentos":

- I. Paciente certo;
- II. Medicamento certo;
- III. Via certa;
- IV. Hora certa;
- V. Dose certa;

Foram incluídos:

- VI. Documentação certa (Registro certo); e
- VII. Razão.

Recente artigo identifica nove certos para administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Geriatria e Gerontologia
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 24 de 36	

resposta certa.

Os nove certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

4. SETORES RELACIONADOS

Todos os setores do Hospital.

5. DEFINIÇÕES E SIGLAS

UF. Unidade de Funcional: Parte da estrutura da organização que administra com algum grau de autonomia os grupos de processos que suportam determinados recursos e geram resultados.

Aprovação de documentos: Processo de validação de um documento, realizado pelos Diretores ou Gestores responsáveis pelos processos e áreas.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 25 de 36	

DC. Descrição de Cargos: Documentos que descreve as atribuições dos cargos na instituição

IN. Instruções Normativas: Normas, manuais, planos, processos, projetos, políticas organizacionais, procedimentos operacionais, rotinas, fluxogramas, protocolos, regimentos interno e descrição de cargos.

MNL. Manual: Documento elaborado dentro da organização com finalidade de uniformizar procedimentos pertinentes à mesma família de assuntos

NOR. Norma: Documentos que fornece regras ou diretrizes para o desenvolvimento de atividades ou seus resultados.

PLAN. Plano: É uma ferramenta administrativa, que possibilita perceber a realidade, avaliar os caminhos, construir um referencial futuro, estruturando o trâmite adequado e reavaliar todo o processo a que o planejamento se destina.

PO. Política Organizacional: Diz respeito às diversas formas de exercício do poder numa organização que não decorrem diretamente da autoridade formal, pode ser concebida com a criação de compromissos entre os colaboradores e ser vistas como a gestão da influência para alcançar fins não sancionados pela organização.

PRO. Programa: Ferramenta utilizada para planejamento e implementação de ações, que visem a melhoria de processos e resultados.

PROJ. Projeto: É um esforço temporário empreendido para criar um produto, serviço ou resultado exclusivo. Os projetos são temporários e exclusivos.

IT. Instrução de Trabalho: Descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Gerenciamento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 26 de 36	

uma atividade, ou seja, é um roteiro padronizado para realizar uma tarefa. São instrumentos de permanentes consulta, que devem ser elaborados com clareza e lógica, sem limitar a criatividade humana.

PROT. Protocolos: Conjunto de regras instituídas ou definidas que permitem um entendimento universal, individual ou em grupos.

RI. Regimento Interno: Conjunto de regras estabelecidas por um grupo para regulamentar o seu funcionamento.

ROT. Rotina: Documento que descreve a rotina de execução de procedimentos de atividades específicas dentro da organização, com o objetivo de padronizar sua execução, visando garantir a qualidade.

UF. Unidade Funcional: Parte da estrutura da organização que administra com algum grau de autonomia os grupos de processos que suportam determinadas recursos e geram resultados.

Cópia Controlada: Documentos internos sujeitos a atualização pelos iminentes, portanto documentos emitidos e gerenciados pela própria instituição quanto a sua emissão, aprovação, verificação, revisão e distribuição utilizadas para direção e a gestão da instituição.

Cópia não Controlada: Documento informativo, utilizando para alguma atividade específica e sua validade é restrita à data da cópia. Este tipo de documento não deve ser utilizado para orientação de atividades operacionais e gerenciais, exceto para treinamentos.

Data da elaboração: Data da Emissão inicial do documento sendo esta permanente durante sua vigência.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 27 de 36	

Data de revisão: Data em que sua vigência expirada e deve ser submetido a uma avaliação para revisão e reaprovação.

Distribuição de documentos: Processo de disponibilização dos documentos que podem ser físicas ou eletrônicas.

Documentos Externos: Documentos oriundos de clientes e fornecedores ou adquiridos para utilização como referência na Instituição. Exemplos: Normas, legislações, manuais de equipamentos.

Documentos Obsoletos: Documentos desatualizados, substituídos ou não por versões atualizadas.

Listra mestra de Documentos: Lista que contém todos os dados necessários para gerenciamento e controle de atualizações de documentos.

PS. Protocolo de Segurança do Paciente: Definição de conduta objetiva atribuída aos profissionais no âmbito da atenção à saúde. Representa o resultado de consenso técnico - científico formulado dentro de parâmetros de qualidade, precisão de identificação e metodologia.

6. DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

6.1 Controles de documentos

6.1.1 Criação de documentos

A criação de um documento e o nível de detalhamento da descrição deve considerar:

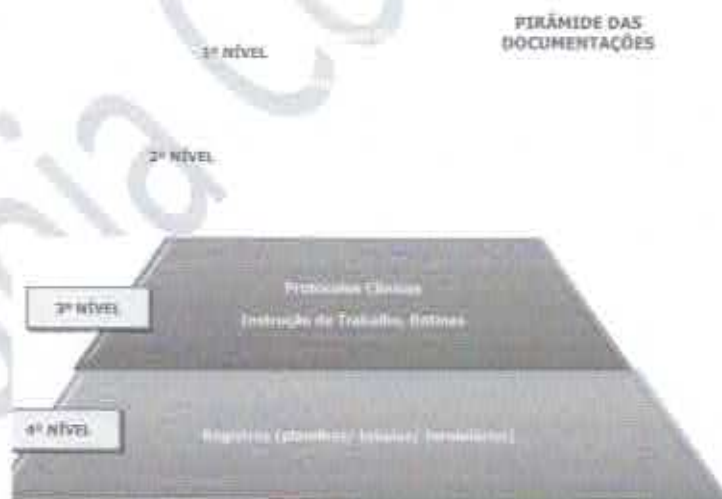
Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

- A possibilidade de ocorrerem falhas na operação de uma atividade devidas à falta de documento;
- Número de usuários para a atividade em questão
- A complexidade na operação
- A competência do pessoal envolvido
- Exigências das normas de referencias do Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente
- Determinação da diretoria Geral

Para criar um documento ou formulário devem ser consultados os modelos de documentos e formulários padronizados pelo Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente.

6.1.2 Estrutura dos documentos

a) Hierarquia



b) Apresentação dos documentos

Todos os tipos de documentos devem conter o seguinte cabeçalho, exceto os formulários.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Saúde e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 29 de 36	

Cabeçalho

Logo (1)	(2)			Logo (3)
	(4)			
	(5)	(6)	(7)	

1. Logo do Hospital
2. A UF responsável do documento arial 12 caixa alta, negrito.
3. Logo da Secretaria Estadual de Saúde – Governo do Estado
4. Título do documento caixa alta 11 negrito.
5. Código da norma segundo o formato específico, atribuído após a verificação normativa, em fonte 10, negrito, caixa alta e baixa.
6. Versão do documento, em fonte arial 10, negrito.

C) No final do documento

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data da revisão:
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

1. Denominação da UF proponente das normas, manuais, planos, processos, projetos, políticas organizacionais e instrução de trabalho.
2. Denominação da UF que verifica as normas, manuais, planos, processos, projetos, políticas organizacionais e instrução de trabalho.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 30 de 36	

3. Denominação da UF que aprova as normas, manuais, planos, processos, projetos, políticas organizacionais e instrução de trabalho.
4. Data da elaboração das normas, manuais, planos, processos, projetos, políticas organizacionais e instrução de trabalho.
5. Data da revisão das normas, manuais, planos, processos, projetos, políticas organizacionais e instrução de trabalho.

Para os Formulários

Cabeçalho



Formulário – Sistematização da Assistência de Enfermagem

O cabeçalho conterá, à esquerda, a logomarca do HRSP. À direita a logomarca do Governo do Estado, identificação "Formulário seguido de traço e o título do documento em Caixa alto e baixo arial 12 negrito. Vide exemplo acima.

O rodapé do formulário indicará, embaixo e a esquerda, em fonte Arial, tamanho 8 (oito), seu código, versão e data de validade, conforme modelo abaixo:

FOR - QUA-001 Versão: 01 Vigência: 01/07/2017

7. Conteúdo para dos documentos

Para manual de gestão, manual Institucional, manual técnico.

1. Objetivo
2. Descrição
3. Histórico de revisões

Para Política Institucional.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Otimização Saúde e Humanidade
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 31 de 36	

1. Objetivos
2. Responsabilidades
3. Documentos complementares
4. Definições e Siglas
5. Descrição de Procedimentos
6. Registro
7. Histórico de revisões

Para Instrução de Trabalho.

1. Objetivos
2. Documentos complementares
3. Setores relacionados
4. Definições e Siglas
5. Descrição
6. Histórico de revisões

Para Mapa de Processo.

1. Macro processo
2. Processo
3. Missão
4. Fornecedores e insumos
5. Macro atividades ou etapas do Processo
6. Produtos e clientes
7. Indicadores de desempenho

7.1 Elaboração e atualização dos documentos

Prazo de vigência das normas, manuais, processos, políticas organizacionais e instrução de trabalho,

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Orientação e Normas em Saúde e Humanidade
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 32 de 36	

será de 4 (quatro) anos a partir da data de aprovação, ressalvados os casos específicos, planos e projetos, que será de 1 (um) ano a partir da data de aprovação. Qualquer colaborador, a qualquer momento pode solicitar a atualização ou emissão de um novo documento.

7.2 Ciclos de Vida dos documentos

Elaboração

As IN são elaboradas nas UF sob a supervisão da respectiva chefia que tem a responsabilidade pela exatidão e precisão das informações contidas no documento, em função da necessidade de padronizar as diretrizes e processos de trabalho da área. A elaboração da IN é uma oportunidade para se proceder a uma revisão crítica do processo de trabalho, aproveitando-se para incluir atualizações ou melhorias. Em função da importância e alcance das IN, sua elaboração deve ser avaliada com bom senso. O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente poderá ser consultado, sempre que necessário, para esclarecimentos sobre a elaboração dos documentos e o fornecimento de orientação acerca de quais IN são relevantes.

O documento deverá ser inserida no sistema Interact pelo elaborador, para seguir os passos de verificação e aprovação eletrônica.

Verificação normativa

O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente realiza verificação da forma e apresentação do documento, tendo por base as especificações da presente norma, de sua adequação de acordo com as normas vigentes, e de sua compatibilidade com a missão do HRSP.

Caso sejam requeridas melhorias no documento, ele é devolvido à UF responsável por sua elaboração para que sejam acrescentadas.

Ao finalizar a verificação, o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente atribui o código à Norma, utilizando o seguinte formato:

_XXX-YYYY-ZZZ, onde:

_XXX – identifica o tipo de documento (NOR, IT, etc.).

_YYYYYY – identifica a UF com até 6 caracteres, conforme tabela de siglas de UF mantida pelo Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 33 de 36	

– **ZZZ** – número sequencial por tipo de documento e UF, com 3 dígitos, controlados através da lista mestra mantida pelo Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente.

O documento que for cancelado não terá o seu código reaproveitado.

A versão inicial toma o número 1.

Nos casos de revisão, o código das normas, manuais, planos, processos, projetos, políticas organizacionais e IT's, permanecem inalterados e é acrescido o número da versão.

O documento deverá ser inserido no sistema Interact pelo elaborador, para seguir os passos de verificação e aprovação eletrônica.

Aprovação

Os responsáveis pela aprovação dos documentos são os Diretores de Área e o Diretor Hospitalar. Documentos que se reportarem a mais de uma área, deverão passar por aprovação das respectivas diretorias. Uma vez aprovados, os documentos são de aplicação imediata e cabe a todos a quem se aplica dar-lhe cumprimento. Cabe, especialmente ao responsável pela UF proponente, divulgar e promover a implementação do documento aprovada dentro de sua unidade. Os documentos passarão também pelo processo de aprovação por meio do sistema Interact, passando por validação eletrônica.

Controle de Registros

O controle dos documentos será feito pelo Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente. Posteriormente, o núcleo imprime 2 cópias originais que serão arquivadas, uma no Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente e outra na área responsável. Cada UF deve indicar um responsável para realizar a gestão de sua documentação normativa da unidade. O Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente será responsável pela manutenção da lista mestra dos documentos em vigor, a qual indicará seu código, título, versão vigente e data limite de vigência. As versões obsoletas e os documentos cancelados serão recolhidos pelo Núcleo. Uma via destes documentos será arquivada pelo Núcleo, para fins de memória técnica, e as demais serão descartadas. Os arquivos eletrônicos dos documentos em vigor, obsoletos e cancelados são mantidos sob a responsabilidade do Núcleo.

Observação: Todo documento obsoleto deverá ser recolhido pelo Núcleo, que irá garantir a guarda eletrônica até que seja gerada a nova versão do mesmo. Caso não haja a versão eletrônica, o

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Segurança do Paciente Serviço e Monitor
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 34 de 36	

documento deverá ser armazenado na Qualidade em meio físico até a sua próxima revisão.

Distribuição e Divulgação

Será emitida uma cópia controlada dos documentos para cada um dos destinatários previamente definidos pela UF responsável em conjunto com o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente. A distribuição será feita contra recibo e neste momento, serão recolhidas versões anteriores.

Os documentos devem estar disponíveis para consulta no sistema Interact. Cabe ao responsável por cada UF divulgar as normas, manuais, planos, processos, projetos, políticas organizacionais e procedimentos operacionais aprovados para as áreas de trabalho que não tenham acesso à Intranet. Os documentos deverão conter como marca d'água a descrição do texto "Cópia Controlada", padronizada pelo Núcleo.

Vigência

Os documentos terão vigência por 4 (quatro) anos, a partir da data de sua aprovação. Caso seja requerido por exigência de legislação ou normas técnica, o documento poderá ter prazo de vigência menor.

Planos e Programas como, por exemplo, Programa da Qualidade, Programa de Controle de Infecção Hospitalar, deverá ser revisado anualmente.

O controle do prazo de vigência dos documentos deverá ser realizado por meio do sistema Interact, sinalizando 90 dias antes de seu vencimento como "A vencer", e quando expirar o prazo como "Vencido".

Revisão

A revisão dos documentos é de responsabilidade da UF que o propôs. A revisão é obrigatória quando expirado o prazo de vigência dos documentos. O limite de tolerância para a revisão é de 120 dias. A prorrogação do prazo de revisão somente é permitida em caso excepcional e mediante autorização expressa da Direção que aprovou anteriormente. A revisão é facultativa quando julgada conveniente pela UF que propôs, em virtude de alterações necessárias em decorrência de mudanças nas atividades, na estrutura organizacional ou referente à legislação ou normas técnicas.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humanas
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 35 de 36	

Ressalvados os casos de imperiosa necessidade, não devem ser feitas revisões freqüentes, em função de pequenas mudanças. Nestas hipóteses, a UF deverá manter uma relação de melhorias ou correções a serem efetuadas sob sua responsabilidade e executá-las de uma só vez, quando atingirem certo grau de acumulação ou surgir algum motivo relevante. O processo de revisão segue o previsto para o de criação do documento. A aprovação de nova versão torna a versão anterior automaticamente obsoleta.

Formatação da Folha

Os documentos devem ser apresentados em papel branco, formato A4 (21 cm X 29,7cm) impresso em cor preta, podendo ser utilizadas cores quando for necessário.

- **Fonte:** O texto utilizará fonte Arial 12.
- **Títulos internos:** O título de capítulos, seções, divisões e subdivisões, limitadas até o quarto nível, e seguirão o padrão a seguir. Devem sempre ser numerados utilizando recursos de numeração do processador de texto, para assegurar consistência na numeração.
- **Tabelas:** Os títulos das tabelas e caixas de textos devem destacar-se por sombreamento em cinza 12,5% e texto em negrito. O tamanho das tabelas e das caixas de texto, e demais configurações de formato, são ajustados de acordo com o tamanho de seu respectivo texto e/ou dados.
- **Margens:** Conforme modelo.
- **Espaçamento:** Todo texto deve ser digitado com espaço 1,5, com intervalo entre parágrafos de 6 pontos, antese depois.
- **Alinhamento:** Justificado.
- **Marcadores:** Devem ser utilizados os mesmos marcadores utilizados nesta Norma, com recuos de 0,63 para o marcador e 1,27 para o texto.

Redação

A redação de normas tem estilo próprio, linguisticamente correto, sem preocupações literárias e tanto quanto possível uniforme. As suas qualidades essenciais são objetividade e clareza. Devem ser observadas as seguintes orientações:

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	PROTOCOLO - FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos			
	Código: PROT-HRSP-001	Versão: 01	Página: 36 de 36	

- Empregar os verbos no infinitivo que defina de forma objetiva a ação prevista (Implantar, Realizar, Revisar, etc.).
- Evitar a repetição de palavras, desde que a compreensão do texto não fique prejudicada.
- Empregar somente palavras de fácil entendimento e sentido preciso.
- Conceituar termos técnicos nas definições, caso não constem no glossário.
- Evitar frases e palavras que possam apresentar dualidade de interpretação.
- Descrever atividades respeitando a ordem seqüencial de execução dos passos que a compõe.
- Utilizar fluxogramas, sempre que aplicável.
- O texto, quando necessário, pode ser subdividido, respeitando-se o desdobramento máximo até o 4º nível. Os títulos de cada parte devem obedecer ao padrão especificado.

8. REGISTROS

Não se aplica

9. HISTÓRICO

Não se aplica.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: CCIH	Aprovado por: Diretoria Geral	Data elaboração: 24/11/2015	Data da Revisão
---------------------------------	-------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------

MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO 2015

1ª Edição

Tailândia – PA, 2015

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	MANUAL DE FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO			
	Código: MAN – FARM 001	Versão:	Página:	

HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA

DIRETOR EXECUTIVO

José Batista Luz Neto

DIRETOR TÉCNICO

Antônio Venturieri Neto

DIRETORA ADMINISTRATIVA FINANCEIRA

Rejane Xavier Soares

DIRETORA DE ENFERMAGEM

Marise Moraes dos Santos

FARMACÊUTICOS

Elizabeth Sachimi Goto

Presley Inácio Ferreira

Rodrigo Sameque Silva de Sousa

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: SCIH	Aprovado por: DIR. ADM	Data de Aprovação:	Data da Revisão: 00122
---------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	---------------------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	MANUAL DE FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO			
	Código: MAN – FARM 001	Versão:	Página:	

APRESENTAÇÃO

Este é um guia interno de padronização de medicamentos que contém orientações posológicas e terapêuticas básicas, visando fornecer uma ferramenta de consulta rápida. No entanto, apesar das informações nele contidas terem sido extraídas de fontes fidedignas, a Comissão de Farmácia e Terapêutica adverte que tanto as doses como os alertas são apenas para referência. O ajuste posológico deve ser individualizado para cada paciente, de acordo com o seu quadro clínico. Os alertas incluídos não pretende esgotar o assunto, e a utilização de cada um dos medicamentos deve ser feita à luz de um conhecimento amplo, embasada na necessidade de cada paciente e nas fontes bibliográficas.

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: SCIH	Aprovado por: DIR. ADM	Data de Aprovação:	Data da Revisão: 0012
---------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	-----------------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	MANUAL DE FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO			
	Código: MAN – FARM 001	Versão:	Página:	

RELAÇÃO DOS MEDICAMENTOS PADRONIZADOS

1. Acebrofilina 25mg/5ml
2. Acebrofilina 50mg/5ml
3. Acetato de Betametaona + Fosfato Dissodico de Betametasona 3mg/3ml
4. Aciclovir 200mg
5. Ácido Acetilsalicílico 100mg
6. Ácido Fólico 5mg
7. Ácidos Graxos Essenciais + Vit. A + Vit. E + Lecitina de soja
8. Ácido Tranexânico 250mg/5ml
9. Adenosina 3mg/ml
10. Albendazol 400mg
11. Albendazol 40mg/ml
12. Amicacina 250mg/ml
13. Amicacina 50mg/ml
14. Aminofilina 24mg/ml
15. Amiodarona 200mg
16. Amiodarona 50mg/ml
17. Amitriptilina 25mg
18. Amoxicilina 250mg/ml
19. Ampicilina 1g
20. Anlodipino 10mg
21. Atenolol 25mg
22. Atracurio 10mg/ml
23. Atropina 0,25mg/ml
24. Azitromicina 200mg/5ml
25. Azitromicina 500mg
26. Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000ui
27. Benzilpenicilina Benzatina 600.000ui
28. Benzilpenicilina Potássica 5.000.000ui
29. Benzoato de Benzila 25%
30. Bicarbonato de Sódio 8,4%

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: SCIH	Aprovado por: DIR. ADM	Data de Aprovação:	Data da Revisão:
---------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	------------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	MANUAL DE FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Segurança Social e Hospitalar
	MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO			
	Código: MAN – FARM 001	Versão:	Página:	

31. Biperideno 2mg
32. Biperideno 5mg/ml
33. Bromoprida 10mg/2ml
34. Bromoprida 4mg/ml
35. Budesonida 0,25/ml
36. Bupivacaina 8% + Glicose 0,50%
37. Bupivacaina 0,5% + Epinefrina 1:200.000 C/V
38. Bupivacaina 0,5% C/V
39. Bupivacaina 0,5% S/V
40. Butilescopolamina + Dipirona 4+500mg/ml
41. Butilescopolamina 20mg/ml
42. Butilescopolamina + Dipirona 6,67+33,40mg/ml
43. Butilescopolamina 10mg 20ml
44. Captopril 25mg
45. Carvedilol 3,125mg
46. Cefalotina 1g
47. Cefepima 1g
48. Ceftazidima 1g
49. Ceftriaxona 1g
50. Cetamina 500mg/10ml
51. Cetoprofeno 100mg/2ml
52. Ciprofloxacino 200mg/100ml
53. Ciprofloxacino 500mg
54. Clindamicina 600mg/4ml
55. Clonazepan 0,5mg
56. Clopidogrel 75 mg
57. Cloreto de Potássio 19,1%
58. Cloreto de Sódio 0,9%
59. Cloreto de Sódio 10%
60. Cloreto de sódio 20%
61. Clorpromazina 25mg
62. Clorpromazina 25mg/5ml

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: SCIH	Aprovado por: DIR. ADM	Data de Aprovação:	Data da Revisão:
---------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	------------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	MANUAL DE FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO			
	Código: MAN – FARM 001	Versão:	Página:	

63. Colagenase 0,6 UI + Cloranfenicol 0,01g
64. Deslanosídeo 0,2mg/ml
65. Dexametasona 0,1%
66. Dexametasona 0,1mg/ml
67. Dexametasona 1mg + Neomicina 5mg + Polimixina B 6UI
68. Dexametasona 4mg/ml
69. Dexclorfeniramina 2mg/5ml
70. Diazepam 5mg
71. Diazepam 10mg/2ml
72. Digoxina 0,05mg/ml
73. Digoxina 0,25mg
74. Dimeticona 40mg
75. Dimeticona 75mg/ml
76. Dipirona 500mg
77. Dipirona 1g/2ml
78. Dipirona 500mg/ml
79. Dobutamina 250mg/20ml
80. Dopamina 50mg/10ml
81. Enoxaparina 60mg
82. Epinefrina 1mg/ml
83. Espironolactona 25mg
84. Etilefrina 10mg/ml
85. Fenitoina 100mg
86. Fenitoina 50mg/ml
87. Fenobarbital 100mg/2ml
88. Fenobarbital 4%
89. Fenoterol 5mg/ml
90. Fentanila 0,05mg/ml
91. Ferroso, Sulfato 40mg
92. Fitomenadiona 10mg/ml
93. Fluconazol 150mg
94. Flumazenil 0,1mg/ml

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: SCIH	Aprovado por: DIR. ADM	Data de Aprovação:	Data da Revisão: 00126
---------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	----------------------------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	MANUAL DE FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia
	MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO			
	Código: MAN – FARM 001	Versão:	Página:	

95. Fluoresceína 1%
96. Furosemida 20mg/ml
97. Furosemida 40mg
98. Gentamicina
99. Glicerina 12%
100. Glicerina supositório
101. Glicose 25%
102. Glicose 50%
103. Gluconato de Calcio 10%
104. Haloperidol 5mg/ml
105. Heparina 5.000UI
106. Hidralazina 20mg/ml
107. Hidroclorotiazida 25mg
108. Hidrocortisona 100mg
109. Hidrocortisona 500mg
110. Hidróxido de Alumínio + Hidróxido de Magnésio 60mg + 40mg/ml
111. Hidróxido de Ferro III 20mg/ml
112. Ibuprofeno 50mg/ml
113. Ibuprofeno 600mg
114. Imipenem + Cilastatina 500 + 500mg
115. Imunoglobulina anti-rh(d) 300mcg
116. Insulina Humana NPH
117. Insulina Humana Regular
118. Ipratropio 0,25mg/ml
119. Isoflurano 100%
120. Isossorbida, dinitrato 10mg
121. Isossorbida dinitrato 5mg
122. Isossorbida, mononitrato 20mg
123. Isoxsuprina 5mg/ml
124. Ivermectina 6mg
125. Lactulose 667mg/ml
126. Levopbupivacaina 0,5% S/V

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: SCIH	Aprovado por: DIR. ADM	Data de Aprovação:	Data da Revisão:
---------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	------------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	MANUAL DE FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO			
	Código: MAN – FARM 001	Versão:	Página:	

127. Lidocaina 10% spray
128. Lidocaina 2% S/V
129. Lidocaina 2% gel
130. Lidocaina 2% C/V
131. Losartana 50mg
132. Magnésio, sulfato 10%
133. Magnésio, sulfato 50%
134. Manitol 20%
135. Meglumina 30%
136. Metformina 850mg
137. Metildopa 500mg
138. Metilergometrina 0,2mg/ml
139. Metilprednisolona 500mg
140. Metoclopramida 10mg
141. Metoclopramida 4mg/ml
142. Metoprolol 1mg/1ml 5ml
143. Metronidazol 250mg
144. Metronidazol 500mg + Nistatina 100.000UI
145. Midazolam 5mg
146. Midazolam 15mg
147. Midazolam 50mg
148. Misoprostol 25 mcg
149. Morfina 0,2mg/ml
150. Morfina 10mg/ml
151. Nalbufina 10mg/ml
152. Naloxona 0,4mg/ml
153. Neostigmina 0,5mg/ml
154. Nifedipino 10mg
155. Nistatina 100.000UI/ml
156. Nistatina 25.000UI/g
157. Nitroglicerina 5mg/ml
158. Nitroprusseto de Sódio 25mg/ml

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: SCIH	Aprovado por: DIR. ADM	Data de Aprovação:	Data da Revisão:
---------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	------------------

 HOSPITAL GERAL DE TAUBATÉ	MANUAL DE FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO			
	Código: MAN – FARM 001	Versão:	Página:	

159. Norepinefrina 8mg/4ml
160. Ocitocina 5UI/ml
161. Óleo Mineral
162. Omeprazol 20mg
163. Omeprazol 40mg
164. Ondansetrona 8mg/4ml
165. Oxacilina 500mg
166. Paracetamol 500mg
167. Paracetamol 200mg/ml
168. Pentoxifilina 400mg
169. Petidina 50mg/ml
170. Piperacilina 4g + Tazobactam 500mg
171. Prednisolona 3mg/ml
172. Prednisona 20mg
173. Prednisona 5mg
174. Prometazina 25mg
175. Prometazina 25mg/ml
176. Propofol 10mg/ml
177. Propranolol 40mg
178. Ranitidina 150mg
179. Ranitidina 15mg/ml
180. Ranitidina 50mg/2ml
181. Sais para Reidratação oral
182. Salbutamol 0,4mg/ml
183. Sevoflurano 100%
184. Sinvastatina 20mg
185. Soro Fisiológico 0,9% 100ml
186. Soro Fisiológico 0,9% 250ml
187. Soro Fisiológico 0,9% 500ml
188. Soro Glicosado 5% 100ml
189. Soro Glicosado 5% 250ml
190. Soro Glicosado 5% 500ml

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: SCIH	Aprovado por: DIR. ADM	Data de Aprovação:	Data da Revisão:	00129
---------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	------------------	-------

191. Soro Ringer com Lactato 500ml
192. Soro Ringer Simples 500ml
193. Sulfadiazina 10mg/g
194. Sulfametoxazol 400mg + Trimatoprima 80mg
195. Surfactante Pulmonar
196. Suxametonio 100mg/ml
197. Terbutalina 0,5mg/ml
198. Teste de Urease
199. Tetracaina 100mg + Fenilefrina 1mg
200. Tiopental 1g
201. Tobramicina 3mg/ml
202. Tramadol 100mg/2ml
203. Tropicamida 1%
204. Vancomicina 500mg
205. Varfarina 5mg
206. Vitelinato de Prata 10%
207. Hidroxietilamido 130/0,4/9:1 à 6%

ANTIBACTERIANOS

1. Amicacina
2. Ampicilina
3. Benzilpenicilina Benzatina
4. Benzilpenicilina Potássica
5. Cefalotina
6. Cefepima
7. Ceftazidima
8. Ceftriaxona
9. Ciprofloxacino
10. Clindamicina
11. Gentamicina
12. Imipenem + Cilastatina

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	MANUAL DE FARMÁCIA			 INOSH Instituto Nacional de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia
	MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO			
	Código: MAN – FARM 001	Versão:	Página:	

13. Oxacilina
14. Piperacilina + Tazobactam
15. Vancomicina

Injetáveis: Diluições, Compatibilidade e Estabilidade das Soluções

1. Acetato de Betametaona + Fosfato Dissodico de Betametasona 3mg/3ml
2. Ácido Tranexanico 250mg/5ml
3. Adenosina 3mg/ml
4. Amicacina 100mg/2ml
5. Aminofilina 24mg/ml
6. Amiodarona 50mg/ml
7. Ampicilina 1g
8. Atracurio 10mg/ml
9. Atropina 0,25mg/ml
10. Bromoprida 10mg/2ml
11. Bupivacaina 8% + Glicose 0,50%
12. Bupivacaina 0,5% + Epinefrina 1:200.000 C/V
13. Bupivacaina 0,5% C/V
14. Bupivacaina 0,5% S/V
15. Butilescopolamina + Dipirona 10+250mg/ml
16. Butilescopolamina 20mg/ml
17. Cetamina 500mg/10ml
18. Cetoprofeno 100mg/2ml
19. Ciprofloxacino 200mg/100ml
20. Cloreto de Potássio 19,1%
21. Cloreto de Sódio 0,9%
22. Cloreto de Sódio 10%
23. Cloreto de sódio 20%
24. Clorpromazina 25mg/5ml
25. Deslanosídeo 0,2mg/ml
26. Dexametasona 4mg/ml

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: SCIH	Aprovado por: DIR. ADM	Data de Aprovação:	Data da Revisão: 00131
---------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	----------------------------------

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA	MANUAL DE FARMÁCIA			 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
	MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO			
	Código: MAN – FARM 001	Versão:	Página:	

27. Diazepam 10mg/2ml
28. Dipirona 1g/2ml
29. Dobutamina 250mg/20ml
30. Dopamina 50mg/10ml
31. Enoxaparina 60mg
32. Epinefrina 1mg/ml
33. Etilefrina 10mg/ml
34. Fenitoina 50mg/ml
35. Fenobarbital 100mg/2ml
36. Fentanila 0,05mg/ml
37. Fitomenadiona 10mg/ml
38. Flumazenil 0,1mg/ml
39. Furosemida 20mg/ml
40. Gentamicina
41. Glicose 25%
42. Glicose 50%
43. Gluconato de Calcio 10%
44. Haloperidol 5mg/ml
45. Heparina 5.000UI
46. Hidralazina 20mg/ml
47. Hidrocortisona 100mg
48. Hidrocortisona 500mg
49. Hidróxido de Ferro III 20mg/ml
50. Isoxsuprina 5mg/ml
51. Levopbupivacaina 0,5% S/V
52. Lidocaina 2% S/V
53. Lidocaina 2% C/V
54. Magnésio, sulfato 10%
55. Magnésio, sulfato 50%
56. Metilergometrina 0,2mg/ml
57. Metilprednisolona 500mg
58. Metoprolol 1mg/1ml 5ml
59. Metronidazol 0,5%

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: SCIH	Aprovado por: DIR. ADM	Data de Aprovação:	Data da Revisão: 00132
---------------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	---------------------------

60. Midazolam 5mg
61. Midazolam 15mg
62. Midazolam 50mg
63. Morfina 0,2mg/ml
64. Morfina 10mg/ml
65. Nalbufina 10mg/ml
66. Naloxona 0,4mg/ml
67. Neostigmina 0,5mg/ml
68. Nitroglicerina 5mg/ml
69. Nitroprusseto de Sódio 25mg/ml
70. Norepinefrina 8mg/4ml
71. Ocitocina 5UI/ml
72. Omeprazol 40mg
73. Ondansetrona 8mg/4ml
74. Oxacilina 500mg
75. Petidina 50mg/ml
76. Piperacilina 4g + Tazobactam 500mg
77. Prometazina 25mg/ml
78. Propofol 10mg/ml
79. Ranitidina 50mg/2ml
80. Suxametonio 100mg/ml
81. Terbutalina 0,5mg/ml
82. Tramadol 100mg/2ml
83. Vancomicina 500mg

MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO

Código: MAN – FARM 001

Versão:

Página:

Princípio Ativo	Nome Comercial	Reconstituição	Via de Administração	Diluentes Compatíveis	Estabilidade da Solução
Betametasona Acetato 3mg + Betametasona Fosfato Dissódico 3mg	Celestone Soluspan®	-	EV direta – sim IM – sim	-	-
Ácido Tranexâmico	Transamin®	-	EV direta – sim Infusão intermitente – sim Infusão contínua – sim	SF 0,9% SG 5% Ringer	-
Adenosina	Adenocard®	-	EV direta – sim Infusão intermitente – não Infusão contínua – não IM – não	-	-
Amicacina	Novamin®	-	EV direta – não recomendável Infusão intermitente – sim Infusão contínua – não recomendável IM – sim	SF 0,9% SG 5% Ringer Lactato Glicogisitológico	Diluição com SF 0,9% ou SG5% para administração EV, sob refrigeração (4°C) 60 dias protegido da luz.
Aminofilina	Minoton®	-	EV direta – sim Infusão intermitente – sim Infusão contínua – sim IM – não	SF 0,9% SG 5% Ringer	-
Amiodarona	Atlansil®	-	EV direta – sim Infusão intermitente – sim Infusão contínua – sim IM – não	SG 5%	24h em SG5% em frasco de vidro ou bolsa isenta de PVC
Ampicilina	Amplactina ®	EV direta – 10ml Infusão – 10ml IM – 3ml	EV direta – sim (doses até 500mg) Infusão intermitente – sim	SF 0,9% SG 5% Ringer Lactato	Reconstituição em SF 0,9% ou AD para infusão direta,

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
SCIH

Aprovado por:
DIR. ADM

Data de Aprovação:

Data da Revisão:

MANUAL FARMACOTERAPÉUTICO

Código: MAN – FARM 001

Versão:

Página:

		(doses superiores a 500mg) Infusão contínua – não recomendável IM – sim	Água Destilada	administrar imediatamente. Diluição em SF 0,9%, após reconstituição, administrar em até 6h sob-refrigeração.
Atracurio	Tracur	- EV direta – sim Infusão intermitente – sim Infusão contínua – não IM – não	SF 0,9% SG 5%	Estabilidade de 24h após diluição em T.A ou Refrigeração.
Atropina	Atropin®	- EV direta – sim IM – sim	-	-
Bromoprida	Digesan®	- EV direta – sim IM – sim	SF 0,9%	-
Bupivacaína	Neocaina®	- EV – não IM – sim	-	-
Bupivacaína + Epinefrina	Neocaina®	- EV – não IM – sim	-	-
Bupivacaína + Glicose Pesada	Neocaina Pesada®	- EV – não IM – sim	-	-
Butilescopolamina + Dipirona	Buscopam Composto®	- EV – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5% Ringer Lactato	-
Cetamina	Ketamin®	- EV – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5%	
Cetoprofeno	Profenid®	Infusão Intermitente – 5ml de SF 0,9% ou SG 5% EV direta – não Infusão contínua – não Infusão intermitente – sim IM – não	SF 0,9% SG 5%	Usar após reconstituição caso contrário descartar.

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
SCIH

Aprovado por:
DIR. ADM

Data de Aprovação:

Data da Revisão:

MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO

Código: MAN – FARM 001

Versão:

Página:

Ciprofloxacino	Cipro® IV	-	EV direta – não Infusão contínua – não recomendável Infusão intermitente – sim IM – não	Pronto para uso	-
Cloreto de Potássio	Cloreto de Potássio 19,1%	-	EV direta – não (LETAL) Infusão contínua – SIM Infusão intermitente – NÃO IM – não	SF 0,9% SG 5% Glicofisiológico Ringer Simples e Lactato	
Cloreto de Sódio	Cloreto de Sódio 0,9%, 10% e 20%	-	EV direta – não Infusão contínua – sim Infusão intermitente – não IM – não		
Clorpromazina	Amplicit®	-	EV direta – não Infusão contínua – sim Infusão intermitente – sim IM – sim	SF 0,9%	-
Deslanosídeo	Deslanol®	-	EV direta – sim IM – sim	-	-
Dexametasona	Decadron®	-	EV direta – sim Infusão contínua – não recomendável Infusão intermitente – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5%	-
Diazepam	Valium®	-	EV direta – sim lento IM – sim	AD SF 0,9% SG 5% e 10%	-
Dipirona	Novalgina ®	-	EV direta – sim (10ml AD) Infusão contínua – não	SF 0,9% SG 5%	-

MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO

Código: MAN – FARM 001

Versão:

Página:

			Infusão intermitente – sim IM – sim	Ringer Lactato AD	
Dobutamina	Dobutrex®	-	EV direta – não Infusão contínua – sim Infusão intermitente – sim IM – não	SF 0,9% SG 5% Ringer Lactato	Após diluição, utilizar em 24h, caso contrário desprezar. Não congelar.
Dopamina	Revivan®	-	EV direta – não Infusão contínua – sim Infusão intermitente – sim IM – não	SF 0,9% SG 5% AD	-
Enoxaparina	Clexane®	-	SC – sim EV direta – sim Infusão contínua – não Infusão intermitente – não IM – sim SC – sim Intracardíaca – sim		-
Epinefrina	Drenalin®	-	EV direta – sim Infusão intermitente – sim IM – sim SC – sim	SF 0,9% SG 5% Ringer Lactato	
Etilefrina	Efortil®	-	EV direta – sim Infusão contínua – não recomendável Infusão intermitente – sim IM – sim	SF 0,9% Ringer lactato	A solução diluída se mantém estável por 4h em temperatura ambiente.
Fentoina	Hidantal®	-	EV direta – sim (aplicar lentamente) Infusão contínua – não Infusão intermitente – sim	SF 0,9% SG 5% Ringer lactato	A solução diluída se mantém estável por 24h em temperatura ambiente.
Fenobarbital	Fenocris®	-	EV direta – sim (aplicar lentamente) Infusão contínua – não Infusão intermitente – sim	SF 0,9% SG 5% Ringer lactato	A solução diluída se mantém estável por 24h em temperatura ambiente.

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
SCIH

Aprovado por:
DIR. ADM

Data de Aprovação:

Data da Revisão:

MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO

Código: MAN – FARM 001

Versão:

Página:

			IM – sim		
Fentanila	Fentanil®	-	EV direta – sim Infusão contínua – sim Infusão intermitente – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5%	As porções não utilizadas do frasco-ampola devem ser descartadas, já a solução diluída para uso EV se mantém estável por 48h em temperatura ambiente.
Fitomenadiona	Kanakion®	-	EV direta (lento) – sim Infusão contínua – sim Infusão intermitente – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5%	Descartar porções não utilizadas da ampola
Flumazenil	Lanexat® - Flumazil®	-	EV direta – sim IM – não	SF 0,9% SG 5% SR lactato 24h	Solução estável por 24h em temperatura ambiente.
Furosemida	Lasix®	-	EV direta – sim Infusão contínua – sim Infusão intermitente – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5%	As sobras da ampola devem ser descartadas, já a solução diluída para uso IV se mantém estável por 24h em temperatura ambiente.
Sulfato de Gentamicina	Garamicina®	-	EV – Não recomendado Infusão contínua – não Infusão intermitente – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5% SR com ou sem lactato de sódio	Solução estável por 24h em temperatura ambiente ou quatro dias sob refrigeração.

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
SCIH

Aprovado por:
DIR. ADM

Data de Aprovação:

Data da Revisão:

MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO

Código: MAN – FARM 001

Versão:

Página:

Glicose 25% e 50%	Glicose hipertônica®	-	-	SF 0,9% SG 5%	-
Gluconato de cálcio 10%	Gluconato de cálcio	-	EV – sim	SF 0,9% SG 5%	-
Haloperidol	Haldol®	-	EV direta ou diluída – sim Infusão contínua – sim Infusão intermitente – não IM – sim	SF 0,9% SG 5%	Mantém estável por 7 dias em temperatura ambiente (25°C).
Heparina	Liquemine®	-	EV – sim Infusão contínua – sim Infusão intermitente – sim IM – não	SF 0,9% SG 5%	Solução estável por 24h em temperatura, porém, nas infusões contínuas, recomenda-se que seja agitada em bolsa de material de plástico.
Hidralazina	Apresolina®	-	EV direta – sim Infusão contínua – sim Infusão intermitente – sim IM – sim	SF 0,9%	Solução estável por 24h em temperatura ambiente.
Hidrocortisona	Flebocortid®	Reconstituir o pó liofilizado de 100 e 500mg com o diluente que acompanha o produto.	EV direta – sim Infusão contínua – sim Infusão intermitente – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5%	Solução estável por 24h em temperatura ambiente ou sob refrigeração.
Hidróxido de ferro III	Noripatum®	-	EV direta – sim Infusão intermitente – sim IM – sim (profunda)	SF 0,9%	-

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
SCIH

Aprovado por:
DIR. ADM

Data de Aprovação:

Data da Revisão:

MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO

Código: MAN – FARM 001

Versão:

Página:

Isoxsuprina	Inibina®	-	EV – sim Infusão contínua – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5% Ringer lactado	-	Estabilidade da solução: Após aberta, deve ser usado imediatamente. Após a diluição: a estabilidade química e física foi demonstrada por sete dias.
Levobupivacaina	Chirocaine®	-	-	SF 0,9%		
Lidocaina	Xilocaina®	-	EV – sim IM – sim	Água destilada SF 0,9% SG 5%		Após aberto, usar imediatamente.
Sulfato de magnésio	Sulfato de magnésio®	-	EV – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5%		
Metilergometrina	Ergotrate®	-	EV – sim IM – sim	SG 5%		-
Metilprednisolona	Depo-medrol®	Forma acetato (IM): 2ml do diluente; succinato (EV).	EV – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5%		As soluções reconstituídas para uso EV e IM se mantêm estáveis por 48h sob refrigeração, porém, as diluídas em soro, por

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
SCIH

Aprovado por:
DIR. ADM

Data de Aprovação:

Data da Revisão:

MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO

Código: MAN – FARM 001

Versão:

Página:

				SF 0,9%	24h em temperatura ambiente.
Metoprolol	Lopressor® Seloken®	Seringas vêm prontas para uso.	EV – sim IM – não	SG 5% ou Ringer	Solução se mantém estável por 12h em temperatura ambiente.
Metronidazol	Flagyl®	Já vem pronto para uso.	EV bolus- não Infusão intermitente – 30-60 min. IM – não	Bolsa pronta para uso, não sendo necessária diluição.	Porção não utilizada do injetável deve ser descartada.
Midazolam	Dormonid®	-	EV – sim Infusão intermitente - sim IM – sim	SF 0,9% SG 5% Ringer lactato	A solução diluída em SF ou SG, mantém-se estável por 24h em temperatura ambiente, porém, diluída em ringer lactato somente 4h.
Morfina	Dimorf®	-	EV bolus – sim Infusão intermitente – sim Infusão contínua - sim IM – sim	SF 0,9% SG 5% SG 10%	Mantém-se estável por 24h em temperatura ambiente.
Nalbupina	Nubain®	-			
Naloxona	Narcan®	-	EV bolus – sim (rapidamente) Infusão contínua – sim IM - sim	SF 0,9% SG 5%	A solução diluída (4mcg/ml) é estável por 24h em temperatura ambiente.
Neostigmina	Prostigmine®	-	EV – sim IM – sim	Pronto para	Descartar porções não utilizadas das ampolas.

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
SCH

Aprovado por:
DIR. ADM

Data de Aprovação:

Data da Revisão:

MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO

Código: MAN – FARM 001

Versão:

Página:

				administração.	
Nitroglicerina	Tridil®	-	EV – sim IM – não	SF 0,9% SG 5%	A solução diluída se mantém estável por 48h em temperatura ambiente ou 7 dias sob refrigeração
Nitroprusseto de sódio	Nipride®	Depois de reconstituído o pó com 2ml de SG 5% ou com diluente, se mantém estável por 24h em temperatura ambiente.	EV bolus – não Infusão intermitente – sim IM – não	SG 5%	Mantém-se estável por 24h em temperatura ambiente ou sob refrigeração.
Norepinefrina	Norepine®	-	EV bolus – não Infusão contínua – sim IM – não	SG 5% SGF	Mantém-se estável por 24h em temperatura ambiente.
Ocitocina	Syntocinon®	-	EV – sim IM – não		
Omeprazol	Losec®	Reconstituir o pó liofilizado com 10 ml do diluente que acompanha o produto (para ajuste de ph).	EV bolus – sim Infusão intermitente – sim IM – não	SF 0,9% SG 5%	Usar a sobra do frasco-ampola em 4h desde que o armazenado em temperatura ambiente, porém a solução diluída em SF e SG é, respectivamente, de 12h e 6h em temperatura ambiente.

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
SCIH

Aprovado por:
DIR. ADM

Data de Aprovação:

Data da Revisão:

MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO

Código: MAN – FARM 001

Versão:

Página:

Ondansetrona	Zofran®	-	EV bolus – sim Infusão intermitente – sim IM – sim, não diluído	SF 0,9% SG 5% SGF	Estável por 7 dias em temperatura ambiente.
Oxacilina	Stafilelin N®	Para uso IM, reconstituir 500mg com 3ml de água destilada ou SF; para uso EV, reconstituir com 5ml de água destilada ou SF.	EV – sim Infusão intermitente – sim IM – sim, no glúteo	SF 0,9% SG 5%	A solução reconstituída é estável por 3 dias em temperatura ambiente e por 7 dias sob refrigeração; a solução diluída em SF ou SG se mantém estável por 24h.
Petidina	Dolantina®	-	EV bolus – sim (lentamente) Infusão intermitente – sim Infusão contínua – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5%	Recomenda-se que as porções não utilizadas sejam descartadas, já a solução diluída é estável por 24h.
Piperacilina + Tazobactam	Tazocin®	Reconstituir o frasco-ampola de 2,25g com 10 ml, e o de 4,5, com 20 ml de água destilada	EV – sim Infusão intermitente – sim IM – não	SF 0,9% SG 5%	As sobras do frasco-ampola se mantêm estáveis por 24h em temperatura ambiente ou por 48h sob refrigeração e, as soluções diluídas em soro, por 24h em temperatura ambiente.
Prometazina	Fenergan®	-	EV bolus – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5%	Mantém-se estável por 24h em temperatura ambiente.
Propofol	Diprivan®	-	EV – sim	SG 5%	As soluções podem ser

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
SCIH

Aprovado por:
DIR. ADM

Data de Aprovação:

Data da Revisão:

MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO

Código: MAN – FARM 001

Versão:

Página:

					administradas até 6h após a diluição.
Ranitidina	Aniak®	-	EV – sim Infusão intermitente – sim IM – sim	SF 0,9% SG 5%	Em solução, em soro, mantém-se estável por 48h em temp. ambiente e, na NPT (nutrição parenteral), por 24h em temp. ambiente.
Suxametônio	Succinil Colin®	-	EV - sim	SF 0,9% SG 5%	
Terbutalina	Bricanyl®	-	EV – sim Infusão contínua – sim IM – não	SF 0,9% SG 5%	A solução diluída pode ser utilizada dentro de 12h em temperatura ambiente.
Tramadol	Tramal®	-	EV – sim IM - sim	SF 0,9% SG 5%	A solução diluída é estável por 24h em temperatura ambiente.
Vancomicina	Vancocina®	Reconstituir o pó liofilizado com 10-20ml de água para injetáveis	EV bolus – não Infusão intermitente- sim IM – não	SF 0,9% SG 5% Ringer lactato	A solução reconstituída permanece estável por 7 dias sob refrigeração e a solução diluída em soro, por 48h sob refrigeração ou em temperatura ambiente.

Elaborado por:
Farmacêuticos

Verificado por:
SCIH

Aprovado por:
DIR. ADM

Data de Aprovação:

Data da Revisão:

 HOSPITAL GERAL DE TAILÂNDIA		MANUAL DE FARMÁCIA		 INDSH Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano
		MANUAL FARMACOTERAPÊUTICO		
Código: MAN – FARM 001	Versão:	Página:		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bulas de medicamentos
- Manual farmacêutico 2011/2012. Hospital Israelita Albert Einstein.
- Guia de remédios 2012/2013. Editora escala – 10ª edição atualizada.
- Informações dos fabricantes

Elaborado por: Farmacêuticos	Verificado por: SCIH	Aprovado por: DIR.ADM	Data de Aprovação:	Data da Revisão:
---------------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------	------------------