

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 1/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

1. OBJETIVO

Descrever o processo de gestão do acesso de pacientes ao Hospital Porto Dias (HPD).

2. RESPONSABILIDADES

2.1. GERÊNCIAS E COORDENAÇÕES DAS ÁREAS DE APOIO E ASSISTENCIAIS

Definir os procedimentos que assegurem o acesso do paciente aos serviços e cuidados de maneira uniforme, integrada e coordenada no Hospital.

2.2. COLABORADORES DO HOSPITAL

Cumprir os procedimentos descritos neste documento, garantindo ao paciente o acesso adequado com acessibilidade e segurança aos serviços e cuidados oferecidos pelo Hospital.

3. ABRANGÊNCIA

Institucional.

4. PROCEDIMENTOS

4.1. ACESSO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PACIENTES

O Hospital possui estrutura para atendimento de pacientes críticos e não críticos, sendo 439 leitos instalados, sendo 84 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 355 de Unidade de Internação (UI), que permite o suporte seguro aos procedimentos de baixa, média e alta complexidade, para pacientes clínicos e cirúrgicos

A internação de pacientes maiores de 18 anos será autorizada mediante apresentação de documentação necessária, não sendo obrigatória a presença de acompanhantes. Neste caso o paciente deverá fornecer um contato de referência para cadastro no sistema no momento da internação. Nos casos especiais em que a equipe assistencial

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 2/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

observar a necessidade de acompanhante, deverá acionar o serviço social para localização de familiar ou responsável legal para acompanhamento da internação.

A internação de pacientes menores de 18 anos ou incapaz será realizada somente mediante à presença de mãe, pai ou responsável legal.

Em relação aos critérios de exclusão para internação hospitalar é observado: pacientes com necessidade de acompanhamento por especialidades não contempladas no corpo clínico do HPD. Nessa situação os pacientes, provenientes da unidade de emergência, receberão o primeiro atendimento, sendo classificados pela equipe de enfermagem, avaliados pelo médico plantonista e posteriormente transferidos para serviço de referência.

4.2. ADMISSÃO DE PACIENTE PELA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Os pacientes atendidos na Unidade de Emergência (UE) são acolhidos por um profissional da equipe de enfermagem que realiza a escuta ativa e qualificada para reconhecer sinais e sintomas que necessitam de avaliação imediata, e direciona o paciente para retirada da senha e seguimento com o médico que por sua vez define pelo atendimento ambulatorial ou internação hospitalar;

Em caso de necessidade de internação hospitalar, o médico solicita a internação na aba “solicitações” no sistema Tasy de acordo com a criticidade do paciente. A tomada de decisão para internação em Unidade de Internação (UI) é realizada em até quatro horas e para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em até duas horas.

Caso o paciente esteja fora do perfil do Hospital, a equipe de assistência social é acionada, e viabiliza a transferência do paciente para outro serviço de referência.

4.3. ADMISSÃO DE PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 3/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

Os motivos de internação em UTI incluem condições e doenças que necessitam de monitoramento intensivo, procedimentos especializados e estabilização clínica, de acordo com os critérios e níveis de prioridade:

- Nível de prioridade I – pacientes instáveis, criticamente enfermos, que necessitam de cuidados intensivos como monitorização e que comumente incluem ventilação mecânica, uso de droga vasoativa e/ou procedimentos invasivos;
- Nível de prioridade II – pacientes potencialmente graves e estáveis que necessitam de monitorização hemodinâmica;
- Nível de prioridade III – pacientes críticos, instáveis cujo estado funcional prévio e doença de base levam a uma situação reduzida de sobrevida, que diminuam a possibilidade de cura e de benefício com o tratamento intensivo (paliativo);
- Nível de prioridade IV – pacientes sem indicação ou indicação duvidosa; evidência clínica e exames complementares de morte encefálica (salvo se for um potencial doador de órgãos), conscientes que recusam tratamento, em coma não traumático, estado vegetativo persistente, com doença terminal irreversível e com previsão de morte iminente.

Os pacientes críticos são internados em UTI de acordo com o perfil da unidade. Entretanto, caso não haja leito disponível na UTI para o perfil requerido, o paciente é internado temporariamente em outra UTI e transferido assim que possível para a unidade com o perfil adequado:

- UTI 19º, 15ºA, 15º B, UTI 4ºA-D: pacientes com necessidade de terapia intensiva geral;
- UTI 17º: paciente cirúrgicos em pós-operatório;

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 4/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

- UTI 4ºB: pacientes renais dialíticos, exceto pacientes em precaução de isolamento;
- UTI 6ºB: pacientes pediátricos e neonatais;
- UTI 4ºA -A: pacientes com diagnóstico cardiológico clínico/cirúrgico e vascular.

Em caso de demanda reprimida no Hospital o gerenciamento de leitos contacta a Diretoria Técnica Hospitalar para autorização de ativação dos leitos de contingência. Após autorização é realizada a comunicação para os gestores dos processos envolvidos, incluindo coordenação da Unidade de Emergência, Coordenação da UTI, Engenharia Clínica, Hotelaria e Gerência de Enfermagem.

4.4. ADMISSÃO DE PACIENTE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO (UI)

A Unidade de Internação do HPD possui estrutura física, de equipamentos e recursos humanos para o atendimento ao paciente não crítico de acordo com o perfil clínico ou cirúrgico com acomodações em apartamentos, enfermarias e suítes.

Os pacientes são internados preferencialmente, segundo o perfil da unidade. No entanto, caso não haja leito disponível na unidade com o perfil exigido, o paciente é internado em outra unidade e transferido assim que possível para a unidade com perfil adequado, sendo:

- UI 14ºD: cirurgia geral e neurocirurgia, os pacientes provenientes do pronto socorro;
- UI 13ºD: clínico geral – acamados e alta dependência (em casos de síndrome gripal independente do perfil, Paciente é alocado em apartamento.
- UI 12ºD: Clínica médica e Nefrologia;
- UI 11ºD: Cardiologia, Clínica médica, Hematologia, Oncologia;

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 5/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

- UI 10ºD: pacientes com diagnóstico ortopédico, Traumatologia, Cirurgia Geral, Urologia;
- UI 9ºD: Clínica Médica, Cirurgia Vascular, pacientes com diagnóstico clínico e risco de suicídio sem o perfil de alta dependência;
- UI 3ºB: Obstetrícia e Ginecologia (apartamentos);
- UI 7º B: Pacientes pediátricos (pacientes de até 12 anos e 11 meses) e Cirurgia Plástica (apartamentos e enfermarias);
- UI 8º B: Paciente pediátricos (apartamentos e enfermarias);
- UI 9ºB: Contingência cirúrgica;
- UI 4ºB: Contingência cirúrgica;
- Crianças a partir de 13 anos serão alocadas no andar adulto conforme perfil do paciente.

Pacientes conhecidos pela mídia ou recomendados pela superintendência são acomodados, preferencialmente, em suítes, após autorização da gestão de acesso.

Pacientes em precaução de isolamento são acomodados, preferencialmente, em apartamentos. Na situação de isolamento por aerossol, o paciente é internado em leito de isolamento com pressão negativa.

Pacientes com suspeita de abuso de drogas, álcool, com risco de suicídio/automutilação, pessoas privadas de liberdade (PPL) são acomodados, preferencialmente, nos leitos 911 a 915 na UI 9ºD.

4.5. PACIENTES CLÍNICOS ENCAMINHADOS PARA INTERNAÇÃO ATRAVÉS DO AMBULATÓRIO

Paciente é encaminhado pelo médico assistente para internação:

- O médico do ambulatório encaminha o paciente para Unidade de Emergência (UE) mediante o laudo com indicação de internação, onde é avaliado pelo

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 6/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

médico plantonista seguindo a rotina do setor. Nesta situação a solicitação de internação deve ser realizada na UE.

- Pacientes com internação eletiva para tratamento clínico, são direcionados para o setor de internação e admitidos na UI, sem necessidade de atendimento na Unidade de Emergência, pelo médico do Time de Resposta Rápida (TRR). Nesta situação, o paciente está estável e é encaminhado pelo médico assistente com a guia autorizada pelo plano de saúde.

4.6. INTERNAÇÃO DE PACIENTE CIRÚRGICO

O médico especialista/cirurgião avalia o paciente a nível ambulatorial e solicita a cirurgia e o material. Neste caso, o especialista/cirurgião, deve realizar a pré-agenda da cirurgia junto ao setor de agendamento cirúrgico.

Para os pacientes eletivos, o médico orienta o comparecimento do paciente ao agendamento cirúrgico com antecedência de 48 horas, para a confirmação e checagem dos documentos abaixo relacionados:

- Avaliação cardiológica (quando indicado) cuja validade tem até 90 dias;
- Avaliação anestésica, cuja validade tem até 30 dias;
- Exames de imagens (quando aplicável);
- Autorização do convênio de saúde para o procedimento;
- Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) com data atualizada e assinado pelo profissional e paciente;
- Documentação de identificação do paciente (CPF, RG e carteira da operadora).
- Reserva de sala pré-operatória devidamente preenchida frente e verso.

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 7/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

Em caso de paciente internado ou proveniente da Unidade de Emergência, o médico solicita o procedimento, o material/equipamento, as avaliações de especialistas e aplica o termo de consentimento informado.

As solicitações de procedimentos cirúrgicos para pacientes sob internação hospitalar são incluídas no sistema Tasy, permitindo o monitoramento da autorização. Após a autorização do procedimento e material, o agendamento cirúrgico comunica o médico.

4.7. INTERNAÇÃO DE PACIENTE EXTERNO (POR TRANSFERÊNCIA)

- Paciente clínico: Operadora entra em contato com o gerenciamento de leito e encaminha o laudo via e-mail com informações do estado clínico do paciente para seguimento da assistência, incluindo informações como: motivo da admissão, comorbidade, achados físicos, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados bem como terapia medicamentosa. O Gerenciamento de Leitos informa o enfermeiro da classificação sobre a chegada do paciente e o enfermeiro da unidade de destino. Nos casos de internação na UI o enfermeiro aciona o TRR para admissão. Nos casos de internação na UTI o gerenciamento de leito encaminha o laudo do convênio para o médico intensivista e libera o leito.
- Paciente cirúrgico: Operadora entra em contato com o gerenciamento de leito e encaminha o laudo via e-mail com informações do estado clínico do paciente para seguimento da assistência, incluindo informações como: motivo da admissão, comorbidade, achados físicos, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados bem como terapia medicamentosa. O Gerenciamento de Leitos informa o enfermeiro da classificação sobre a chegada do paciente. Este paciente deverá ser atendido na Unidade de Emergência pelo cirurgião ou ortopedista de plantão, seguindo o fluxo normal de internação através da UE.

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 8/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

4.8. PACIENTE AMBULATORIAL COM NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Os pacientes em atendimento ambulatorial que necessitem de exames laboratoriais ou de imagem, são direcionados para os prestadores desses serviços localizados nas dependências do HPD, sendo:

- Exames de imagem realizados pelo Porto Dias Diagnóstico (PDD) de segunda feira a domingo 24 horas por dia;
- Exames laboratoriais são realizados pelo Laboratório Paulo Azevedo de segunda feira a sábado das 06:30 às 18:30 horas.

4.9. PAGAMENTO EM CASO DE PACIENTES CONTA PARTICULAR

- **Atendimentos de Urgência:** Consultas, exames, materiais, medicamentos e taxas, são pagos na recepção da U.E, das seguintes formas pagamento: cartão de débito e dinheiro ou pix, sendo consultas médicas com pagamentos exclusivos em dinheiro ou transferência bancária por chave Pix;
- No caso de paciente classificado com risco iminente de morte o atendimento é priorizado, devendo o paciente receber o primeiro atendimento mesmo que não disponha de recursos financeiros naquele momento, e após estabilização do quadro viabilizado pagamento ou transferência para outro serviço.
- **Exames Eletivos:** O pagamento é realizado na recepção de exames, das seguintes formas: cartão de débito, transferência bancária por chave pix, transferência bancária tradicional ou dinheiro em espécie;
- **Consultas Ambulatoriais:** O pagamento é feito diretamente a secretária do médico, das seguintes formas: em dinheiro em espécie ou transferência bancária por chave pix;

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 9/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

- Internação: Caso haja necessidade de internação, o paciente ou acompanhante é encaminhado ao setor financeiro para realização de orçamento. Estando este de acordo, o pagamento se dá diretamente no setor financeiro durante a semana de segunda a sexta de 08:00 às 18:00 horas e aos finais de semana e feriado com o setor de gerenciamento de leitos de 07:00 às 19:00 horas. Formas de pagamento: cartão de débito, dinheiro em espécie, transferência bancária por chave pix ou transferência bancária tradicional;
- No caso de paciente classificado com risco iminente de morte o atendimento é priorizado, devendo o paciente receber o primeiro atendimento mesmo que não disponha de recursos financeiros naquele momento, e após estabilização do quadro viabilizado pagamento ou transferência para outro serviço.

4.10. PACIENTES QUE NECESSITAM DE CUIDADOS DE ALTO RISCO E CUIDADOS ESPECIAIS

Os pacientes que necessitam de cuidados de alto risco e/ou cuidados especiais, são atendidos de acordo com Procedimento Operacional Padrão de Atendimento ao Paciente especial, de alto risco e/ou vulnerável.

4.11. CANCELAMENTOS DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Cancelamento Médico: O médico entra em contato com o agendamento cirúrgico para informar o cancelamento, bem como o motivo e reagenda o procedimento para uma nova data e horário. Este cancelamento obedece à tolerância de 48 horas antecipadas.
- Cancelamento a Critério Institucional: Caso não haja garantia da disponibilidade de recursos necessários (OPME, sala de cirurgia disponível, equipe, leito em unidade assistencial e leito de UTI) é feito o cancelamento do procedimento e comunicado ao médico e paciente. No momento do

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 10/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

cancelamento, o agendamento cirúrgico propõe a nova data disponível ao médico.

- Cancelamento por falta de Autorização/Documentação: O agendamento cirúrgico entra em contato com o paciente conforme pré-agenda notificando a necessidade de retornar com seus respectivos documentos. Caso detectado a falta de autorização/documentação o agendamento cirúrgico orienta o paciente a procurar seu médico.

4.12. TRANSFERÊNCIA EXTERNA

O médico solicita a transferência externa em acordo com o paciente/familiar. Prepara laudo de transferência no sistema eletrônico de gestão, imprime o laudo e encaminha ao gerenciamento de leitos. O profissional responsável pelo paciente avalia a necessidade de transporte, bem como as condições para fazê-lo com segurança, incluindo a equipe necessária, equipamentos e medicamentos, de acordo com o definido no procedimento institucional.

Caso o paciente não possua convênio de saúde atendido pelo Hospital e o paciente/família desejem transferência para outro serviço, após o laudo médico o enfermeiro do setor aciona o Serviço Social para viabilização da transferência.

4.13. ALTA HOSPITALAR

O planejamento da alta segura tem início no momento da internação hospitalar, com o objetivo de dar continuidade em domicílio ao cuidado recebido pelo paciente no Hospital. O planejamento é documentado no plano de alta realizado pela equipe multiprofissional e entregue para o paciente ou familiar/acompanhante.

A alta é prevista com até 24 horas de antecedência, obedecendo a rotina a seguir:

- Previsão de Alta Unidade de Terapia Intensiva: A alta é programada pela equipe assistencial e registrada no sistema Tasy com até 24 horas de

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 11/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

antecedência e o familiar/acompanhante é orientado durante o boletim médico e de enfermagem quanto a programação e necessidade de comparecer ao Hospital para o acompanhamento da saída da UTI. No dia alta, após reavaliação médica, é confirmada a unidade de destino, repassado o caso para a equipe assistencial da UI, registradas em prontuário as evoluções das condições de saída da UTI e procedida a transferência para Unidade de Internação de acordo com o perfil definido.

- **Previsão de Alta Unidade de Internação:** A alta é programada pela equipe assistencial e registrada no sistema Tasy com até 24 horas de antecedência e o familiar/acompanhante é orientado durante o boletim médico quanto a programação. No dia alta, após reavaliação médica, é confirmada as condições necessárias para alta hospitalar com segurança, o enfermeiro aciona a equipe multidisciplinar para realizar os cuidados e orientações pertinentes. Todas as condutas, resumo de alta e demais orientações são registradas no sistema Tasy, e o enfermeiro realiza o desfecho da internação no sistema em até 30 minutos após a alta do paciente.
- **Alta Hospitalar por Óbito:** Óbito com causa definida ocorrido nas unidades assistenciais: na ocorrência de óbito, após a confirmação pelo médico plantonista, o enfermeiro contacta o call center para realização do contato com a família solicitando a presença no Hospital portando documento oficial de identificação do paciente. O médico registra o resumo de alta, por motivo óbito e gera alta médica no sistema. O enfermeiro preenche o boletim de óbito, evolução de óbito, gera a identificação segura do corpo e movimenta no sistema a alta por óbito. Na anotação de enfermagem, o auxiliar/técnico deve registrar os últimos cuidados prestados ao paciente, incluindo o preparo do corpo e o fisioterapeuta evolui os atendimentos prestados até a hora do óbito. Ao chegar no Hospital, familiar/responsável do paciente identifica-se ao

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 12/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

profissional da recepção que entra em contato com a equipe da Unidade onde o paciente evolui a óbito, confirma acionamento e encaminha-os para unidade. Médico e enfermeiro plantonistas acolhem familiar/responsável, confirmam dados no documento oficial de identificação do paciente, informam sobre óbito ocorrido, esclarecem as causas da morte, entregam a declaração de óbito devidamente preenchida pelo médico e direcionam familiar/responsável para o morgue. Ao término do preparo do corpo com retirada de dispositivos invasivos, ele é encaminhado ao morgue por dois auxiliares/técnicos de enfermagem em urna fechada, com identificação institucional. No morgue é realizado reconhecimento pelo familiar/responsável e é dado seguimento aos trâmites legais com a equipe de funerária contratada pela família.

- Óbito de natureza externa, violenta ou presumivelmente violenta: O médico fornece laudo para que a família se encaminhe até a delegacia mais próxima para realizar o boletim de ocorrência e a delegacia aciona o Instituto Médico Legal (IML). Após o preparo do corpo, é realizado transporte para o morgue, em urna fechada e com identificação institucional. No morgue é realizado reconhecimento pelo familiar/responsável e é dado seguimento aos trâmites legais pela equipe do IML.
- Óbito natural de causa desconhecida: O médico deve solicitar a remoção ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO) quando o paciente tem menos de 24 horas de internação e a equipe médica não tem condições clínicas de atestar a causa da morte ou óbitos com mais de 24 horas de internação onde o médico não tenha condição de atestar a causa do óbito.
- Alta a pedido ou Evasão: O HPD conta com o Procedimento Geral de Recusa de Tratamento ou Evasão, que garante o direito ao paciente em recusar o tratamento, apesar de indicação médica contrária. Este documento subsidia

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 13/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

a equipe multiprofissional de informações para conduta, documentação e registros a serem realizadas nas situações de recusa de tratamento ou de evasão.

5. REFERÊNCIAS

Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA: 2021. 7ª edição.


6. ANEXOS

Anexo I: SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO UI

HPD

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---


	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 14/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

 HPD - Solicitação de Leito em UI		
Nome:	Prontuário:	Convênio:
Dt. Nasci:	Estado Civil:	Idade:
Sexo:	Dt. Entrada:	Sector:
Médico:	Misc:	Alemntimento:
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA COVID19		
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UI		
- Tipo de Internação: Clínico (não acamado) - Precaução de Isolamento:		
CONDIÇÕES ESPECIAIS		
- Precaução de Isolamento? Não - Pacientes c/ cuidados paliativos? Não - Idoso Frágil, criança ou adolescente (Vulnerável)? Não - Paciente conhecido pela Média? Não - Paciente c/ distúrbios psiquiátricos ou suspeitas de abuso? Não - Paciente Apneico? Não - Paciente Imunodeprimido ou em quimioterapia ou radioterapia? Não - Paciente em risco de abuso ou negligência? Não - Nefropata Dialítico? Não - Paciente c/ deficiência visual, motor, auditiva ou nutricional? N - Recomendado pela superintendência? Não - Paciente estrangeiro ou indígena? Não - OUTROS: - Paciente em uso de Oxigênio (O ₂)? - Necessita de sessões de hiperbárica?		
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NA UI		
- Paciente menores de 12 anos - Urgências obstétricas - Gestantes em trabalho de parto (parturientas) - Pacientes de acompanhamento com as especialidades de oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, ginecologia, nefrologia, mastologia, psiquiatria. - Pacientes oncológicos, exceto aqueles em acompanhamento com as clínicas oncológicas conveniadas ao HPD (CION, CTO, Oncologia, Oncocenter, Oncomed). - Pacientes encaminhados por médicos não credenciados no hospital - Pacientes com critérios de internação em UTI - Pacientes com MEWS 4 ou mais		
CONDIÇÕES PARA TRANSFERÊNCIA		
- A solicitação de acompanhamento e avaliação de médicos, fisioterapeutas, psicologia, fonoaudiólogos, nutrição deve ser feita na prescrição médica. - Os pacientes deverão ser transferidos com a pulseira branca de identificação (cor branca), fornecida pela Central de Leitos. - A ficha de transferência deverá ser preenchida pela equipe assistencial no momento da transferência. - Os pacientes deverão ser transportados com a presença de acompanhante.		
_____ Joseca Simões (CRM 140)		

Anexo II: SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO UTI

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 15/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

 HPD - Solicitação de Leito em UTI																																																																																		
Nome:	Atend.:	Prontuário:																																																																																
Dt. Nasc.:	Idade:	Dt. Entrada:																																																																																
Mãe:	Sexo:	Setor/Leito:																																																																																
Médico:	CID:	Comu./Categ.:																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">DOENÇAS CARDIOVASCULARES</th> <th style="width: 50%;">PÓS OPERATÓRIO</th> </tr> <tr> <td>- Choque cardiogênico</td> <td>- ASA > ou = a 3</td> </tr> <tr> <td>- Arterias complexas requerendo monitorização contínua e intervenção</td> <td>- Risco Cirúrgico Classe 3</td> </tr> <tr> <td>- Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico</td> <td>- Cirurgia de grande porte ou extensa (cardíaca, neurológica e ortopédica de alta complexidade, prostatectomia radical ou torácicas abertas)</td> </tr> <tr> <td>- Emergências hipertensivas</td> <td>- Cirurgia de Abdome agudo na vigência de sepse</td> </tr> <tr> <td>- Recuperação pós-parada cardio-respiratória</td> <td>- Instabilidade hemodinâmica, hemorragia maciça, choque ou outras intercorrências graves no transoperatório</td> </tr> <tr> <td>- Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica</td> <td>- Embolização</td> </tr> <tr> <td>- Aneurisma dissecante da aorta</td> <td>- Procedimento hemodinâmico em artérias</td> </tr> <tr> <td>- Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associadas a distúrbios hemodinâmicos aos quais são necessários tratamento intensivo e/ou marca-passos temporários</td> <td>- Lesão de tronco grave ou indicação cirúrgica diagnóstica durante cateterismo</td> </tr> <tr> <td>- IAM (Infarto Agudo do Miocárdio)</td> <td>- Angioplastia primária pós-IAM</td> </tr> <tr> <td>- Angina instável de alto risco</td> <td></td> </tr> <tr> <th style="width: 50%;">DOENÇAS RESPIRATÓRIAS</th> <th style="width: 50%;">MISCELÂNEA</th> </tr> <tr> <td>- Insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório</td> <td>- Insuficiência renal aguda</td> </tr> <tr> <td>- Embolia pulmonar</td> <td>- Sepses grave ou Choque séptico</td> </tr> <tr> <td>- Hemoptise moderada ou intensa</td> <td>- Lesões por choque elétrico, afogamento e hipotermia</td> </tr> <tr> <td>- DPOC (com acidose respiratória, fadiga, necessidade de VM, instabilidade hemodinâmica e/ou rebalço de consciência)</td> <td>- Distúrbios hemorrágicos complicados</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- Politraumatizados</td> </tr> <tr> <th style="width: 50%;">DOENÇAS NEUROLÓGICAS</th> <th style="width: 50%;">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <td>- AVC agudo</td> <td>- MEWS > ou = a 5</td> </tr> <tr> <td>- Coma</td> <td>- Pulso < 40 ou > 150 bpm</td> </tr> <tr> <td>- Hemorragia intracraniana com risco de hérnia</td> <td>- PAS < 80 ou 20 mmHg abaixo do usual</td> </tr> <tr> <td>- Hemorragia sub-aracnóide aguda</td> <td>- PAM < 60 mmHg</td> </tr> <tr> <td>- Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório</td> <td>- PAD > 120 mmHg</td> </tr> <tr> <td>- Hipertensão intracraniana</td> <td>- FR > 35 rpm</td> </tr> <tr> <td>- Status epilepticus</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Trauma Crânio Encefálico grave ou c/ cenário rebalsado</td> <th style="width: 50%;">LABORATORIAL</th> </tr> <tr> <td>- Morte encefálica em potencial doador</td> <td>- Sódio < 120 ou > 165 mEq/L</td> </tr> <tr> <td>- Resposta neuromuscular grave</td> <td>- Potássio < 2,5 ou > 6,0 mEq/L</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- PaO2 < ou = a 60 mmHg</td> </tr> <tr> <th style="width: 50%;">PATOLOGIAS TOXICOLÓGICAS</th> <td>- pH < ou = a 7,25 ou > ou = a 7,55</td> </tr> <tr> <td>- Instabilidade hemodinâmica</td> <td>- Glicemia > ou = a 500 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>- Coma com instabilidade respiratória ou não</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Convulsão após ingestão de drogas</td> <th style="width: 50%;">NÍVEL DE PRIORIDADE</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Nível 2</td> </tr> <tr> <th style="width: 50%;">PATOLOGIAS GASTROINTESTINAIS</th> <td>* Nível 1: Instável, claramente enfermo, que necessita de cuidados intensivos como monitor e que comumente incluem VM, uso de DVA e/ou procedimentos invasivos.</td> </tr> <tr> <td>- Hemorragia gastrointestinal complicada</td> <td>* Nível 2: Potencialmente graves e estáveis que necessitam de monitorização e que possuem necessidade de intervenção imediata e para os quais não há limite terapêutico.</td> </tr> <tr> <td>- Insuficiência hepática aguda</td> <td>* Nível 3: Crítico, instável cujo estado funcional crítico e óbvio de base levam a uma situação de necessidade de sobrecarga, que dependem da possibilidade de cura e de benefício com o tratamento (paliativo). A UTI será para avaliar doença aguda (parar, limitar ou estopar terapêutica) após cogitados.</td> </tr> <tr> <td>- Pancreatite grave</td> <td>* Nível 4: Sem indicação ou indicação duvidosa:</td> </tr> <tr> <td>- Gastroenterite com choque</td> <td>- Evidência clínica e exames complementares de morte encefálica ou se for um potencial doador de órgãos</td> </tr> <tr> <td>- Perfuração intestinal</td> <td></td> </tr> </table>			DOENÇAS CARDIOVASCULARES	PÓS OPERATÓRIO	- Choque cardiogênico	- ASA > ou = a 3	- Arterias complexas requerendo monitorização contínua e intervenção	- Risco Cirúrgico Classe 3	- Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico	- Cirurgia de grande porte ou extensa (cardíaca, neurológica e ortopédica de alta complexidade, prostatectomia radical ou torácicas abertas)	- Emergências hipertensivas	- Cirurgia de Abdome agudo na vigência de sepse	- Recuperação pós-parada cardio-respiratória	- Instabilidade hemodinâmica, hemorragia maciça, choque ou outras intercorrências graves no transoperatório	- Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica	- Embolização	- Aneurisma dissecante da aorta	- Procedimento hemodinâmico em artérias	- Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associadas a distúrbios hemodinâmicos aos quais são necessários tratamento intensivo e/ou marca-passos temporários	- Lesão de tronco grave ou indicação cirúrgica diagnóstica durante cateterismo	- IAM (Infarto Agudo do Miocárdio)	- Angioplastia primária pós-IAM	- Angina instável de alto risco		DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	MISCELÂNEA	- Insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório	- Insuficiência renal aguda	- Embolia pulmonar	- Sepses grave ou Choque séptico	- Hemoptise moderada ou intensa	- Lesões por choque elétrico, afogamento e hipotermia	- DPOC (com acidose respiratória, fadiga, necessidade de VM, instabilidade hemodinâmica e/ou rebalço de consciência)	- Distúrbios hemorrágicos complicados		- Politraumatizados	DOENÇAS NEUROLÓGICAS	SINAIS VITAIS	- AVC agudo	- MEWS > ou = a 5	- Coma	- Pulso < 40 ou > 150 bpm	- Hemorragia intracraniana com risco de hérnia	- PAS < 80 ou 20 mmHg abaixo do usual	- Hemorragia sub-aracnóide aguda	- PAM < 60 mmHg	- Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório	- PAD > 120 mmHg	- Hipertensão intracraniana	- FR > 35 rpm	- Status epilepticus		- Trauma Crânio Encefálico grave ou c/ cenário rebalsado	LABORATORIAL	- Morte encefálica em potencial doador	- Sódio < 120 ou > 165 mEq/L	- Resposta neuromuscular grave	- Potássio < 2,5 ou > 6,0 mEq/L		- PaO2 < ou = a 60 mmHg	PATOLOGIAS TOXICOLÓGICAS	- pH < ou = a 7,25 ou > ou = a 7,55	- Instabilidade hemodinâmica	- Glicemia > ou = a 500 mg/dl	- Coma com instabilidade respiratória ou não		- Convulsão após ingestão de drogas	NÍVEL DE PRIORIDADE		Nível 2	PATOLOGIAS GASTROINTESTINAIS	* Nível 1: Instável, claramente enfermo, que necessita de cuidados intensivos como monitor e que comumente incluem VM, uso de DVA e/ou procedimentos invasivos.	- Hemorragia gastrointestinal complicada	* Nível 2: Potencialmente graves e estáveis que necessitam de monitorização e que possuem necessidade de intervenção imediata e para os quais não há limite terapêutico.	- Insuficiência hepática aguda	* Nível 3: Crítico, instável cujo estado funcional crítico e óbvio de base levam a uma situação de necessidade de sobrecarga, que dependem da possibilidade de cura e de benefício com o tratamento (paliativo). A UTI será para avaliar doença aguda (parar, limitar ou estopar terapêutica) após cogitados.	- Pancreatite grave	* Nível 4: Sem indicação ou indicação duvidosa:	- Gastroenterite com choque	- Evidência clínica e exames complementares de morte encefálica ou se for um potencial doador de órgãos	- Perfuração intestinal	
DOENÇAS CARDIOVASCULARES	PÓS OPERATÓRIO																																																																																	
- Choque cardiogênico	- ASA > ou = a 3																																																																																	
- Arterias complexas requerendo monitorização contínua e intervenção	- Risco Cirúrgico Classe 3																																																																																	
- Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico	- Cirurgia de grande porte ou extensa (cardíaca, neurológica e ortopédica de alta complexidade, prostatectomia radical ou torácicas abertas)																																																																																	
- Emergências hipertensivas	- Cirurgia de Abdome agudo na vigência de sepse																																																																																	
- Recuperação pós-parada cardio-respiratória	- Instabilidade hemodinâmica, hemorragia maciça, choque ou outras intercorrências graves no transoperatório																																																																																	
- Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica	- Embolização																																																																																	
- Aneurisma dissecante da aorta	- Procedimento hemodinâmico em artérias																																																																																	
- Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associadas a distúrbios hemodinâmicos aos quais são necessários tratamento intensivo e/ou marca-passos temporários	- Lesão de tronco grave ou indicação cirúrgica diagnóstica durante cateterismo																																																																																	
- IAM (Infarto Agudo do Miocárdio)	- Angioplastia primária pós-IAM																																																																																	
- Angina instável de alto risco																																																																																		
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	MISCELÂNEA																																																																																	
- Insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório	- Insuficiência renal aguda																																																																																	
- Embolia pulmonar	- Sepses grave ou Choque séptico																																																																																	
- Hemoptise moderada ou intensa	- Lesões por choque elétrico, afogamento e hipotermia																																																																																	
- DPOC (com acidose respiratória, fadiga, necessidade de VM, instabilidade hemodinâmica e/ou rebalço de consciência)	- Distúrbios hemorrágicos complicados																																																																																	
	- Politraumatizados																																																																																	
DOENÇAS NEUROLÓGICAS	SINAIS VITAIS																																																																																	
- AVC agudo	- MEWS > ou = a 5																																																																																	
- Coma	- Pulso < 40 ou > 150 bpm																																																																																	
- Hemorragia intracraniana com risco de hérnia	- PAS < 80 ou 20 mmHg abaixo do usual																																																																																	
- Hemorragia sub-aracnóide aguda	- PAM < 60 mmHg																																																																																	
- Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório	- PAD > 120 mmHg																																																																																	
- Hipertensão intracraniana	- FR > 35 rpm																																																																																	
- Status epilepticus																																																																																		
- Trauma Crânio Encefálico grave ou c/ cenário rebalsado	LABORATORIAL																																																																																	
- Morte encefálica em potencial doador	- Sódio < 120 ou > 165 mEq/L																																																																																	
- Resposta neuromuscular grave	- Potássio < 2,5 ou > 6,0 mEq/L																																																																																	
	- PaO2 < ou = a 60 mmHg																																																																																	
PATOLOGIAS TOXICOLÓGICAS	- pH < ou = a 7,25 ou > ou = a 7,55																																																																																	
- Instabilidade hemodinâmica	- Glicemia > ou = a 500 mg/dl																																																																																	
- Coma com instabilidade respiratória ou não																																																																																		
- Convulsão após ingestão de drogas	NÍVEL DE PRIORIDADE																																																																																	
	Nível 2																																																																																	
PATOLOGIAS GASTROINTESTINAIS	* Nível 1: Instável, claramente enfermo, que necessita de cuidados intensivos como monitor e que comumente incluem VM, uso de DVA e/ou procedimentos invasivos.																																																																																	
- Hemorragia gastrointestinal complicada	* Nível 2: Potencialmente graves e estáveis que necessitam de monitorização e que possuem necessidade de intervenção imediata e para os quais não há limite terapêutico.																																																																																	
- Insuficiência hepática aguda	* Nível 3: Crítico, instável cujo estado funcional crítico e óbvio de base levam a uma situação de necessidade de sobrecarga, que dependem da possibilidade de cura e de benefício com o tratamento (paliativo). A UTI será para avaliar doença aguda (parar, limitar ou estopar terapêutica) após cogitados.																																																																																	
- Pancreatite grave	* Nível 4: Sem indicação ou indicação duvidosa:																																																																																	
- Gastroenterite com choque	- Evidência clínica e exames complementares de morte encefálica ou se for um potencial doador de órgãos																																																																																	
- Perfuração intestinal																																																																																		

7. QUADRO RECAPTULATIVO

Descrição da Revisão	Revisão	Data
Emissão inicial	01	07/07/2016

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf. ^a Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 07/07/2016
		Ult. Revisão: 10/05/2024
		Vencimento: 10/05/2026
		Versão: 05
		Nº Páginas: 16/16
PROCEDIMENTO GERAL	GESTÃO DE ACESSO HPD-GA-PG-01	

Revisão Geral adequação ao ACC.1 ao 6 do Manual de Acreditação Internacional da JCI	02	07/07/2018
Revisão geral para adequação ao Manual 7º edição JCI Alteração de código novo HPD-GEOP-GA-PG-01	03	22/12/2020
<p>Atualização nos itens:</p> <p>4.Procedimentos, subitem 3.1 Internação Hospitalar de Pacientes no Hospital Porto Dias: número de leitos 351, sendo 281 de UI e 70 de UTI.</p> <p>4.7 Internação de Paciente Externo (Por Transferência): Pacientes pediátricos: Pacientes pediátricos com perfil de atendimento pelo Hospital Porto Dias.</p> <p>5.Referências: atualização manual 7ª edição.</p>	04	28/07/2021
<p>Atualização nos itens:</p> <p>4.4 Admissões de paciente na unidade de internação (UI)</p> <p>4.6 internações paciente cirúrgico</p> <p>4.9 Pagamentos em caso de pacientes contam particular com pagamentos exclusivos em dinheiro;</p>	05	10/05/2023

Elaboração e Revisão: Priscila Secco Gestão de Acesso.	Validação: Enf.ª Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Enf.ª Drielly Costa Coordenadora da Qualidade
---	---	---