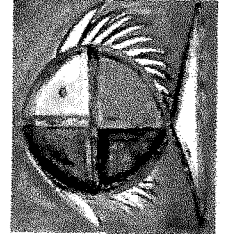


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



B R A S I L

---

## RESOLUÇÃO Nº 171, DE 05 DE JUNHO DE 2024 DO CONSELHO CURADOR DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

A Presidente do Conselho Curador da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião, no uso de suas prerrogativas legais e estatutárias e, considerando:

1- Que a Diretoria Executiva da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião, apresentou na 56ª Assembleia Geral Ordinária deste Conselho Curador, ocorrida em 05/06/2024, o Manual Operacional Padrão Normas e Rotinas de Enfermagem do Centro de Saúde II.


2- Que foram prestados todos os esclarecimentos com relação à matéria, sendo dirimidas todas as dúvidas dos Conselheiros.

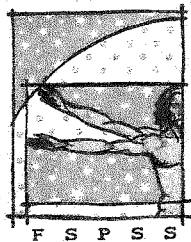
### RESOLVE:

**Art. 1º.** Aprovar o Manual Operacional Padrão Normas e Rotinas de Enfermagem do Centro de Saúde II.

**Art. 2º.** Essa Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São Sebastião, 05 de junho de 2024.

  
**LAYSA CHRISTINA PIRES DO NASCIMENTO**  
Presidente Conselho Curador

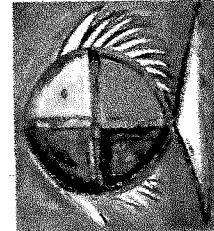


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

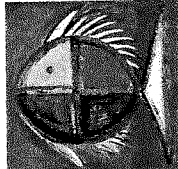
S. SEBASTIÃO



BRASIL

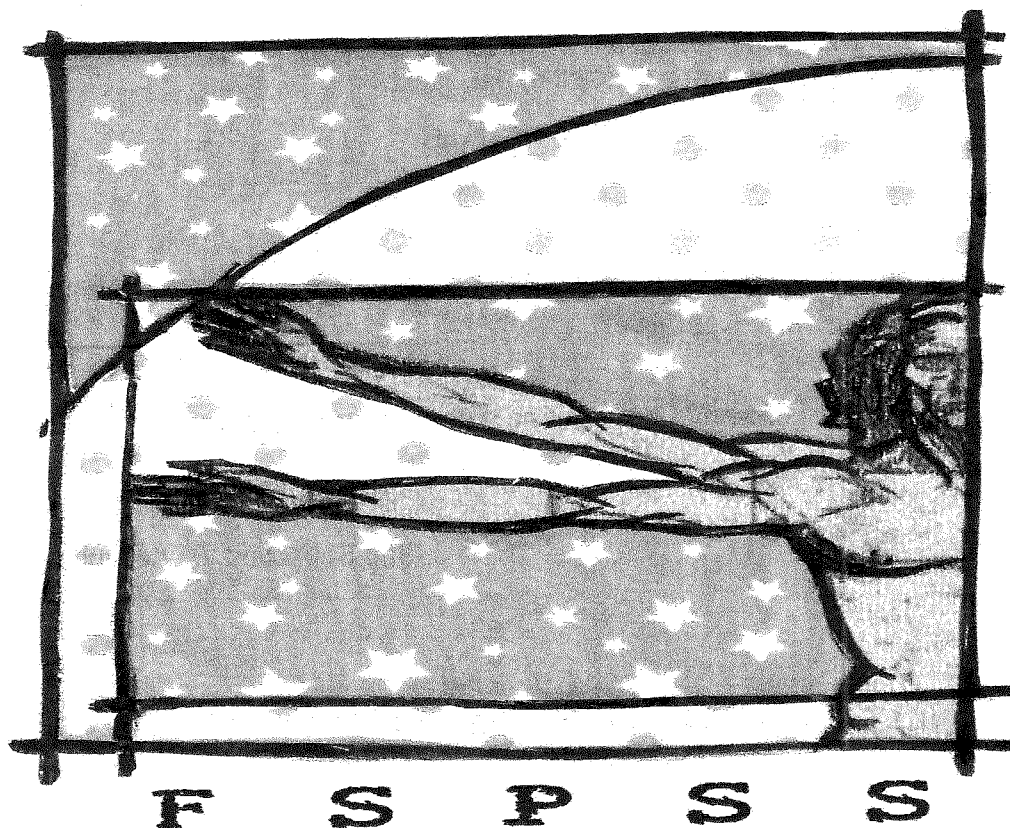
PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO  
ESTÂNCIA BALNEÁRIA ESTADO DE SÃO PAULO

SÃO SEBASTIÃO

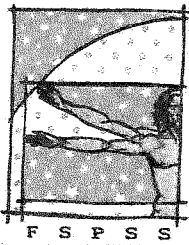


SP - BRASIL

MANUAL OPERACIONAL PADRÃO  
NORMAS E ROTINAS  
ENFERMAGEM  
CENTRO DE SAÚDE II



São Sebastião  
Junho 2024

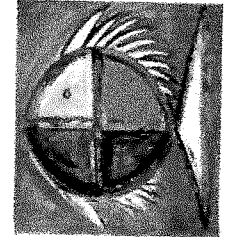


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



B R A S I L

## ELABORAÇÃO

Enfermeira Maria Aparecida Soares

## EQUIPE GESTORA

Prefeito Municipal  
Felipe Augusto

Secretário Municipal de Saúde  
Reinaldo Alves Moreira Filho

## FSPSS – FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

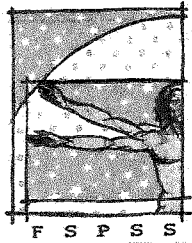
Presidente da Fundação Pública de São Sebastião  
Carlos Eduardo Antunes Craveiro

Diretora da Atenção Especializada  
Angélica Oliveira Costa

Coordenadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa  
Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves

Coordenadora do Centro de Saúde II  
Maria Aparecida Soares

“Somos aquilo que fazemos repetidas vezes.  
Portanto, a excelência não é fruto de um feito, mas sim de um hábito”.  
Aristóteles

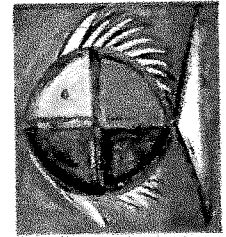


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



B R A S I L

## APRESENTAÇÃO

O Centro de Saúde II “Dr. Carlos Alberto Câmara Leal de Oliveira” localizado no bairro Vila Amélia na cidade de São Sebastião oferta serviços da Atenção Especializada para a população. Atualmente oferece consultas nas seguintes especialidades médicas: Dermatologia/Alergologia, Ginecologia / Pré-natal de alto risco / Colposcopia, Hematologia, Cardiologia, Neurologia adulto e infantil, Psiquiatria adulto e infantil, Reumatologia, Infectologia, Otorrinolaringologia, Anestesiologia, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Psiquiatria adulto e infantil. Contamos ainda com atendimento de Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Nutricionista e Serviço Social.

A unidade é composta por três ambulatórios: Ambulatório de pequenas cirurgias/ambulatório de feridas crônicas, Ambulatório de Hanseníase e Ambulatório Médico de Especialidades.

É referência municipal no tratamento e seguimento de pacientes com Hanseníase.

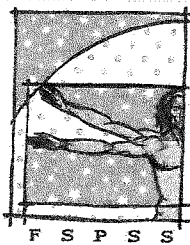
É referência municipal no diagnóstico e tratamento de Leishmaniose tegumentar.

A equipe de Enfermagem atua na realização de eletrocardiograma (ECG), curativos, pré e pós-consultas, coleta de raspado intradérmico para baciloscopia em Hanseníase e avaliação sensitiva e do grau de incapacidade em Hanseníase.

A unidade é formada por: uma recepção; uma sala para gerência de enfermagem; uma sala para acolhimento de enfermagem, pré e pós consulta; uma sala para Serviço Social; uma sala para Fonoaudiologia/Psicologia; uma sala de Psicologia para os atendimentos de crianças e adolescentes vítimas de violência; duas salas para Nutrição, seis consultórios médicos; uma sala para pequenos procedimentos dermatológicos e curativos e uma sala de ECG.

Este manual visa descrever os principais procedimentos, normas e rotinas realizados na unidade a fim de obter resultado satisfatórios no processo que envolve o atendimento realizado pela equipe de enfermagem ao usuário.



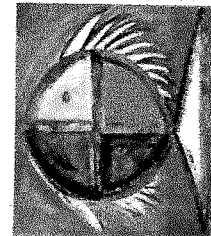


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

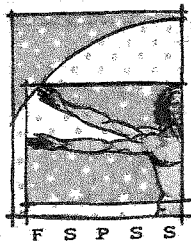
S. SEBASTIÃO



BRASIL

## SUMÁRIO

Ordem	Título	Pág.
01	Normas e rotinas do serviço de enfermagem	6
02	Ambulatório de pequenas cirurgias	8
03	Desinfecção de almotolias	21
04	Pré e pós-consulta	22
05	Notificação de doenças compulsórias	30
06	Procedimentos ginecológicos	33
07	Ambulatório de Hanseníase	42
08	Leishmaniose Tegumentar	54
09	Consulta de enfermagem	56
10	Supervisão de enfermagem	57
11	Treinamento e capacitação em serviço	58
12	Solicitação de compra	59
13	Solicitação de correlatos, medicamentos e impressos	60
14	Manutenção dos equipamentos médicos	61
15	Manutenção predial	62
16	Eletrocardiograma	64
17	Glicemia capilar	66
18	Baciloscopia de raspado intradérmico	67
19	Avaliação sensitiva em Hanseníase	69
20	Teste rápido para Hanseníase	72
21	Curativo	74
22	Laserterapia e fototerapia dinâmica	76
23	Retirada de pontos	77
24	Bota de Unna	78
25	Oxigenoterapia	80
26	Reanimação cardiopulmonar	81
27	Aferição de pressão arterial	83
28	Administração de medicação por via endovenosa	84
29	Administração de medicação por via intramuscular	85
30	Administração de medicação por via subcutânea	86
31	Administração de medicação por via oral	87
32	Referência bibliográfica	88

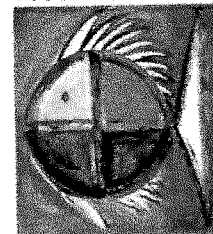


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/03	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM			

OBJETIVO: Estabelecer as normas e rotinas do serviço de enfermagem.

## DESCRIÇÃO DAS NORMAS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Obedecer ao Regimento da Prefeitura do Município de São Sebastião.

Exercer as funções de acordo com o que determina a Lei de Exercício 7.498/86 e Decreto 94.406/87 do profissional.

Apresentar-se ao serviço sem atrasos, devidamente uniformizado (jaleco), asseado e com identificação em lugar visível.

As mulheres devem manter os cabelos presos, unhas curtas, com maquiagem discreta, sem adornos que dificultem ou interfiram no cuidado ao cliente.

Os homens deverão manter os cabelos curtos, unhas curtas e barba feita.

Calçar sapatos adequados, sem abertura na frente e nem atrás.

O servidor deverá usar obrigatoriamente todos os equipamentos de segurança (EPI) de acordo com o procedimento que irá executar.

O horário de almoço será estipulado pela chefia, respeitando o revezamento.

É dever de todo funcionário zelar pelo patrimônio móvel e imóvel.

É dever de todo funcionário não se ausentar durante o horário de serviço.

Toda anotação de Enfermagem deverá ser carimbada (nome, função e COREN) e assinada por quem a executou.

Este carimbo é de responsabilidade de cada funcionário. No caso do profissional não portar o carimbo, escrever por extenso o nome e colocar o número do COREN, proibido realizar rubrica.

Cada funcionário deverá conhecer as atribuições a ele destinadas.

A escala de serviço de Enfermagem será confeccionada pelo Enfermeiro e deverá ser seguida obrigatoriamente.

Assuntos pertinentes à enfermagem deverão ser discutidos com o enfermeiro, respeitando a hierarquia do serviço.

Evitar comentários indevidos na frente de pacientes e/ou acompanhantes.

Comunicar qualquer acidente de trabalho exigindo a abertura da comunicação de acidente de trabalho (CAT) por menor que seja o acidente, mesmo não havendo afastamento do trabalho.

Os trabalhadores que utilizarem objetos perfurocortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte.

Ao recepcionar o cliente manter postura respeitosa e cordial.

O profissional que preparar a medicação obrigatoriamente será o que irá administrar.

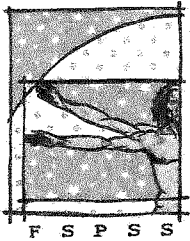
É de responsabilidade da equipe de enfermagem todos os equipamentos que fazem parte do uso para execução do seu trabalho, a perda ou a quebra desses equipamentos deverá ser comunicada a chefia imediata, em caso de roubo realizar o Boletim de Ocorrência (BO).

## DESCRIÇÃO DAS ROTINAS GERAIS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Realizar diariamente limpeza concorrente nas salas de atendimento com álcool 70% nas superfícies. Realizar a limpeza dos armários semanalmente com solução alcoólica a 70%.

Os medicamentos e materiais deverão ser revisados mensalmente quanto à validade. Em caso de vencimento, desprezar em recipiente próprio e comunicar ao Enfermeiro para que providencie a reposição. Registrar em impresso próprio a data da conferência da sala, assinar e carimbar.

A reposição dos medicamentos, impressos, material de escritório e correlatos será realizada através da solicitação mensal ao Almoxarifado.

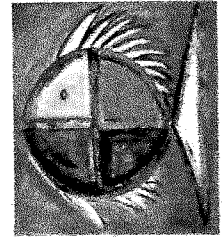


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



B R A S I L

Administrar a medicação de acordo com a prescrição médica. Anotar no prontuário ou receita, carimbar e assinar. Finalizado o registro no prontuário dos clientes atendidos pelo Ambulatório de Especialidades, organizar as folhas e devolver à recepção devidamente fechada.

Após realização de procedimentos de enfermagem, anotar na planilha de produção (FAA) o nome completo do cliente, data de nascimento, número do cartão SUS, sexo e código do procedimento realizado. Solicitar assinatura do cliente ou responsável.

O coletor de perfurocortantes (descarpac) deve ser utilizado apenas para descarte de perfurocortantes e deverá ser trocado sempre que atingir a linha de limite máximo.

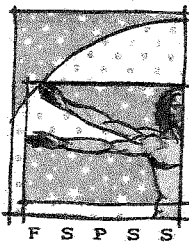
Não realizar o reencape das agulhas.

Os consultórios médicos deverão ser organizados e repostos após o término das consultas. Observar diariamente a necessidade de reposição de impressos, espátulas, luvas, lençol de papel, espéculos vaginais, fixador, escova endocervical, etc. Realizar desinfecção nos espéculos auriculares que foram utilizados.

Manter as salas organizadas. Conferir diariamente se a sala está devidamente abastecida, limpa e organizada.

## EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

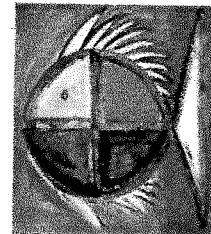


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

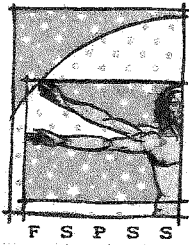
CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



B R A S I L

	<b>CENTRO DE SAÚDE II</b> <b>MANUAL OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>NORMAS E ROTINAS</b> <b>ENFERMAGEM</b>		
	Pág. no: 01/17	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares Giulia Naomi Mendes Priscila Lopes Raimundo	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	<b>AMBULATÓRIO DE PEQUENAS CIRURGIAS</b>		
<b>OBJETIVO:</b> Estabelecer as rotinas e os procedimentos no ambulatório de pequenas cirurgias.			
<b>ENTRADA DO PACIENTE NO AMBULATÓRIO</b> Ao chegar na unidade, o cliente deve passar pela recepção para assinar a planilha de atendimento ambulatorial e, em seguida, será chamado na sala de pré-consulta para aferição de pressão arterial, peso e glicemia capilar, se diabético. Após a realização da pré-consulta, a equipe de enfermagem encaminhará o prontuário ao ambulatório de pequenas cirurgias.			
<b>ATRIBUIÇÕES GERAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM</b> Realizar acolhimento dos pacientes. Realizar os curativos, conforme agendamento. Realizar os agendamentos de retorno e o agendamentos dos procedimentos dermatológicos. Retirar prontuários na véspera do atendimento da Dra. Vera e no final do expediente, arquivar todos os prontuários utilizados neste ambulatório. Assistir equipe médica durante os procedimentos. Acondicionar adequadamente os materiais e equipamentos. Preparar e encaminhar os materiais para esterilização. Encaminhar campos, lençóis e toalhas para lavanderia do HCSS. Todos os itens devem ser relacionados em 2 vias, sendo 1 via para controle da unidade e outra, para a lavanderia. Realizar a desinfecção concorrente da sala diariamente. Manter a organização da sala, repondo diariamente os materiais. Conferir prazo de validade dos insumos e correlatos, controlando o estoque. Fazer pedido mensal de correlatos e medicamentos e armazená-los adequadamente assim que enviado pelo Almoxarifado. Identificar a validade na caixa ou invólucro dos materiais e correlatos, mantendo a frente os que apresentarem vencimento mais próximo. Realizar limpeza e troca das almotolias semanalmente. Controlar estoque de impressos e solicitar ao assistente administrativo, conforme a necessidade. A recarga do nitrogênio, quando necessária, deve ser solicitado via memorando à Diretoria de Atenção Especializada com registro na relação de remessas. Organizar e repor a bandeja de Ortopedia.			

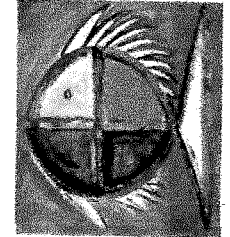


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÃ



B R A S I L

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO AMBULATÓRIO DE PEQUENAS CIRURGIAS

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã	Dra. Vera	Curativos	Curativos	Dra. Vera	Curativos
Tarde	Preparo de materiais	Preparo de materiais	Preparo de materiais Última quarta de cada mês: Biópsia Dr. José Oscar	Preparo de materiais	Preparo de materiais Última sexta de cada mês: Procedimentos Dr. José Oscar

### FLUXO DE AGENDAMENTOS

Primeira consulta: agendamento realizado pela Central de Regulação, via CROSS. Paciente encaminhado com Referência pela Atenção Básica (USF) ou Especializada.

Segunda e Quinta: 2 vagas por dia.

Após primeira consulta: acompanhamento ambulatorial, programação para Pequena Cirurgia, contra referência ou alta.

Cirurgia Ambulatorial: Procedimento agendado e realizado pela Dra. Vera, com assistência da equipe de enfermagem.

Segunda e quinta: 1 vaga por dia.

Consulta de retorno: Agendamento realizado pela Dra. Vera ou equipe de enfermagem.

Segunda e quinta: 4 vagas por dia.

Curativos: São realizados diariamente pela equipe de enfermagem, sendo que a avaliação médica ocorre apenas nas segundas e quartas.

Segunda e Quinta: 4 vagas por dia.

Terça, quarta e sexta: 6 vagas, sendo 2 vagas às 08 horas; 2 vagas às 09 horas; 1 vaga às 10 horas e 1 vaga às 11 horas.

### TIPOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Laserterapia no tratamento de feridas;

Cauterização com crioterapia;

Eletrocauterização;

Biópsias e procedimentos dermatológicos;

Pequenas cirurgias, como retirada de tumor, cistos, lipomas, nevos e lesões pré-malignas;

Desbridamento instrumental;

Pré e pós- consulta de cirurgias (ginecomastia, cirurgias reparadoras, enxertos de pele, câncer de pele);

Curativos com as seguintes coberturas padronizadas: placa de hidrocoloide, hidrogel, hidrofibra com prata, placa de alginato de cálcio, filme transparente.

#### Eletrocautério:

Certificar de que o paciente não possui marcapasso e solicitar que retire todos os adornos de metal;

Posicionar a placa neutra no paciente, de forma que sua superfície fique inteira em contato com a pele e o mais próximo possível da área do procedimento;

Ligar a máquina na tomada, acionar o interruptor e deixar aquecer;

Posicionar o pedal, ajustar a frequência conforme solicitado pelo médico responsável;

Selecionar a ponta que será utilizada e entregá-la, juntamente com a caneta, para o médico;

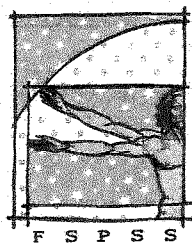
Após o procedimento, higienizar o equipamento.

#### Nitrogênio líquido:

Colocar equipamentos de proteção individual (óculos e luvas);

Mensurar quantidade de nitrogênio no cilindro utilizando a régua medidora uma vez por semana. Quando a quantidade estiver abaixo de 15 cm, solicitar recarga;

Abastecer o criocautério de nitrogênio, utilizando o pescador para retirada do líquido do cilindro;

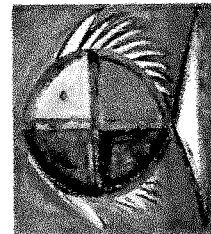


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



B R A S I L

Após o uso, devolver o líquido remanescente do criocautério no cilindro;  
Higienizar o material e certificar que o cilindro está fechado corretamente.

Seladora de grau cirúrgico:

Ligar a máquina na tomada, acionar interruptor e aguardar de 5 a 10 minutos o aquecimento da mesma;  
Posicionar o papel grau cirúrgico, previamente cortado nas medidas adequadas, em uma extremidade, atentando-se para que a face de plástico esteja voltada para baixo e a face de papel para cima; acionar o pedal e mantê-lo pressionado pelo tempo necessário para que se le completamente a embalagem;  
Após acondicionamento no material na embalagem, repetir o procedimento na outra extremidade da embalagem.

## DESCRIÇÃO DA ROTINA NOS PROCEDIMENTOS DERMATOLÓGICOS

Os procedimentos dermatológicos são agendados pela equipe de Enfermagem (agenda de Hanseníase) mediante solicitação médica, via SADT.

Os procedimentos são agendados na última sexta-feira de cada mês às 12 horas, 10 vagas por dia.

No dia do procedimento é respeitada a ordem de chegada.

Organizar a sala de pequenas cirurgias e os materiais necessários ao procedimento.

Preencher o campo de informações pessoais do cliente no SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico).

Observar se o médico assinou, carimbou e anotou a CID (classificação internacional de doenças).

Instrumentais utilizados no procedimento: bandeja, cúpula, pinça anatômica, cabo de bisturi, tentacânula, backaus, pinça para algodão, tesoura, dente de rato, cureta, afastador, mosquito, punch e sutura. Após utilização, esses materiais devem ser processados e encaminhados previamente ao Hospital de Clínicas de São Sebastião (HCSS) ou Centro de Saúde Topolândia para serem esterilizados.

Durante o procedimento, o dermatologista será auxiliado pela equipe de enfermagem.

Após o término do procedimento, organizar os prontuários e a sala, repondo o que for necessário.

Devolver os prontuários organizados à recepção.

## DESCRIÇÃO DA ROTINA NA BIÓPSIA DE PELE

As biópsias solicitadas pelo dermatologista são agendadas pela equipe de Enfermagem (agenda de Hanseníase) mediante solicitação médica, via SADT.

As biópsias de pele são agendadas na última quarta-feira de cada mês às 13 horas, 05 vagas por dia.

No dia da biópsia é respeitada a ordem de chegada, exceto se houver alguma urgência.

Organizar a sala de pequenas cirurgias e os materiais necessários ao procedimento.

Durante o procedimento, o dermatologista ou a cirurgiã plástica serão auxiliados pela equipe de enfermagem.

Orientar o cliente quanto ao resultado do exame, aproximadamente 20 dias.

Identificar corretamente o frasco de biópsia contendo o material coletado. Devem constar na identificação do frasco: nome do paciente, idade, data da biópsia, unidade, localização anatômica e etiqueta de identificação.

Preencher o campo de informações pessoais do cliente no SADT. Observar se o médico assinou, carimbou e anotou a CID. Colar etiqueta de identificação.

A requisição médica deve estar devidamente preenchida: nome do paciente sem abreviações ou rasuras, idade, sexo, data de nascimento; médico solicitante; local do corpo de onde foi retirado o fragmento; lateralidade do fragmento e hipótese diagnóstica.

O médico deverá identificar na requisição: anatomopatológico + topografia e imunohistoquímica (se necessário).

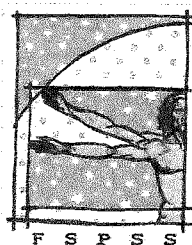
Fluxo para solicitação de imunohistoquímica quando solicitada separadamente e posteriormente à biópsia: A solicitação de imunohistoquímica deve ser encaminhada por e-mail (enviar e-mail anexando a foto da SADT e a foto do resultado da biópsia), identificada com novo jogo de etiquetas, juntamente com o resultado da biópsia.

Enviar para [solicitacao.anatomia@afip.com.br](mailto:solicitacao.anatomia@afip.com.br). O SADT e o resultado da biópsia físicos devem ser colocados na pasta da AFIP para ser encaminhado ao laboratório.

Anotar a biópsia realizada no LIVRO DE REGISTRO DE ANATOMOPATOLÓGICOS: nome do cliente, data de nascimento, endereço, telefone para contato, número do prontuário, amostra coletada, data da biópsia, profissional que realizou a biópsia e etiqueta de identificação.

Sobras de etiquetas do paciente devem ser coladas atrás do pedido médico a fim de impedir que sejam reaproveitadas para outro paciente.

Acondicionar apenas 1 fragmento em cada frasco; o fragmento deve ser coberto com formol a 10%. Certificar-se que o frasco esteja bem vedado.

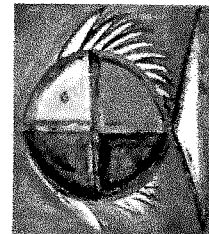


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



B R A S I L

Se houver biopsiado mais de um fragmento de locais distintos, preencher uma requisição (SADT) para cada fragmento coletado, especificando a topografia na requisição. Separar cada fragmento em um frasco com formal para biópsia e identificar a topografia de cada fragmento no frasco.

Acondicionar a amostra no saco picotado, e este deverá ser colocado no Flyer específico de anatomia patológica. Preencher o formulário para laque numerado, registrando o nome da unidade, a data, o nome do colaborador, a quantidade de material na frente do tipo de material, o número do laque que consta no Flyer e o nome completo dos clientes por extenso na parte inferior do formulário.

A requisição médica e o formulário para laque numerado deverão ser colocados na pasta específica destinada ao laboratório AFIP. Deixar o material coletado no Flyer e a pasta contendo a requisição médica sobre armário de vidro na sala de pré/pós consulta para facilitar a retirada no próximo dia útil pelo motorista do laboratório.

O resultado deve ser anotado no LIVRO DE REGISTRO DE ANATOMOPATOLÓGICOS e encaminhados para avaliação do médico responsável.

Os exames alterados devem ser convocados, conforme orientação médica. Agendar consulta e avisar o cliente por telefone.

Os resultados de biópsia devem ser arquivados em caixa específica no ambulatório de pequenas cirurgias.

Após o término do procedimento, organizar os prontuários e a sala, repondo o que for necessário.

Devolver à recepção os prontuários dos pacientes atendidos pelo dermatologista e arquivar os prontuários dos pacientes atendidos pela cirurgiã plástica do ambulatório de pequenas cirurgias.

## DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALARES

Após a utilização do material da sala de procedimento: recolher e acondicionar em recipiente próprio sobre a pia. Imergir os instrumentais cirúrgicos em solução desincrustante (detergente enzimático) seguindo orientações do fabricante.

Lavagem dos instrumentais cirúrgicos: Realizar o processo de remoção da sujidade e resíduos orgânicos presentes nos instrumentais cirúrgicos, por meio de fricção com escovas.

Enxaguar abundantemente em água corrente.

Enxugar com papel toalha ou compressa.

Após limpeza, inspecionar os instrumentais quanto à integridade, limpeza e funcionalidade.

Embalar com papel grau cirúrgico, selar e identificar adequadamente o material (data de preparo, data do vencimento, tipo de material, nome da unidade e assinatura do responsável pelo preparo).

Preencher em 2 vias a relação de materiais que serão enviados, contendo o destinatário, data, quantidade de cada item e assinatura do responsável, conforme documento em anexo.

Uma das vias fica na unidade para controle interno e a outra é encaminhada com o material, onde será conferida, assinada e devolvida com os materiais esterilizados.

Transferir os instrumentais cirúrgicos devidamente embalados e identificados para serem esterilizados no Hospital de Clínicas de São Sebastião (HCSS) ou Centro de Saúde Topolândia, com transporte da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião (FSPSS), nas terças e/ou quintas.

Os campos cirúrgicos devem ser encaminhados à lavanderia do HCSS, devidamente acondicionados em saco branco e com identificação da unidade e relação dos campos cirúrgicos que estão sendo encaminhados, com transporte da FSPSS, nas terças e/ou quintas pela manhã.

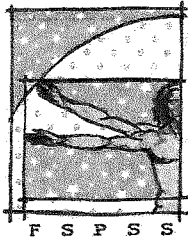
Conferir mensalmente a validade dos pacotes e observar a integridade da embalagem. Caso a embalagem não esteja íntegra, o material deverá ser reembalado e reesterilizado.

Os instrumentais classificados como inutilizáveis, devem ser entregues para enfermeira que fará os devidos encaminhamentos à Diretoria da Atenção Especializada.

Montagem dos kits para procedimentos, conforme documento em anexo.

## EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

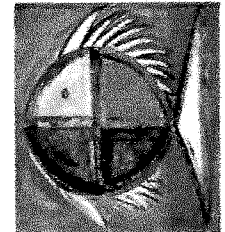


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



BRASIL

## ANEXO

DE: CENTRO DE SAÚDE II  
PARA: \_\_\_\_\_

DATA DE ENVIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

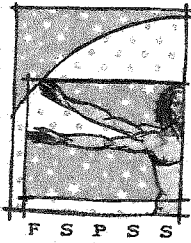
Segue relação de materiais para esterilização.

DESCRIÇÃO	QTDE	DESCRIÇÃO	QTDE	DESCRIÇÃO	QTDE
Pinça Kelly reta		Tesoura Íris reta		PEQUENA CIRURGIA	
Pinça Kelly curva		Tesoura Íris curva		PEQUENA CIRURGIA DELICADA	
Pinça Kocher reta		Tesoura Mayo reta		PEQUENA CIRURGIA DELICADA 1	
Pinça Kocher curva		Tesoura Mayo curva		KIT PROCEDIMENTO	
Pinça anatômica		Tesoura Metzemaum reta		KIT DIU	
Pinça dente de rato		Tesoura Metzemaum curva		KIT BACILOSCOPIA	
Pinça mosquito reta		Cabo de bisturi nº 3		KIT CURATIVO 1	
Pinça mosquito curva		Cabo de bisturi nº 4		KIT CURATIVO 2	
Pinça Cheron		Ponta eletrocautério		KIT CURATIVO 3	
Pinça Pozzi		Campo fenestrado		KIT CURATIVO 4	
Pinça Biópsia GO		Campo cirúrgico			
Punch		Compressa cirúrgica			
Cureta		Rayon			

OBS:

<b>PEQUENA CIRURGIA</b> 1 bandeja 1 cúpula 1 Pean 1 cabo bisturi nº 3 1 pinça anatômica 1 pinça dente de rato 1 pinça Kelly reta 1 pinça Kelly curva 1 pinça mosquito reta 1 pinça mosquito curva 1 pinça Kocher 1 tesoura Mayo reta 1 tesoura Mayo curva 1 porta agulha 1 par Backaus 1 par afastador Farabeuf 1 campo fenestrado	<b>PEQUENA CIRURGIA DELICADA</b> 1 bandeja 1 cúpula vidro 1 Pean 1 cabo de bisturi nº 3 1 carpule 1 pinça Adson sem dente 1 pinça Adson com dente 2 pinças mosquito reta 2 pinças mosquito curva 1 tesoura Íris reta 1 tesoura Íris curva 1 porta agulha 1 campo fenestrado	<b>PEQUENA CIRURGIA DELICADA 1</b> 1 bandeja 1 cúpula 1 Pean 1 cabo de bisturi nº 3 1 carpule 2 pinças anatômicas 1 dente de rato 1 pinça mosquito reta 2 pinças mosquito curva 1 pinça Kocher 1 tesoura Íris reta 1 tesoura Metzemaum curva 1 porta agulha 1 campo fenestrado	<b>KIT PROCEDIMENTO</b> 1 pinça Kelly 1 pinça dente de rato 1 tesoura 1 porta agulha 1 campo fenestrado 10 gazes
			<b>KIT DIU</b> 1 pinça Cheron 1 pinça Pozzi 1 histerômetro 1 tesoura
			<b>KIT BACILOSCOPIA</b> 1 pinça mosquitinho 1 cabo de bisturi nº 3



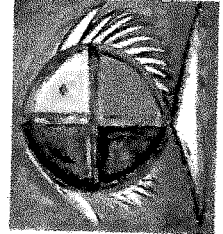


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

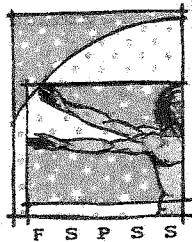
CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



B R A S I L

KIT CURATIVO 1 1 pinça Kelly 1 pinça anatômica	KIT CURATIVO 2 1 pinça Kelly 1 pinça dente de rato	KIT CURATIVO 3 1 pinça Kocher 1 pinça anatômica	KIT CURATIVO 4 1 pinça Kocher 1 pinça dente de rato

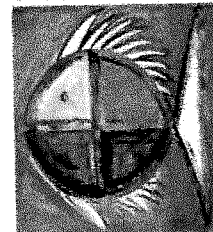


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

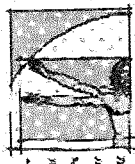
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



B R A S I L



**CENTRO DE SAÚDE II - Dr Carlos Alberto Câmara Leal de Oliveira**  
**AMBULATÓRIO DE FERIDAS**  
Av. Marechal Floriano Peixoto, 163, Vila Amélia  
Telefone: (12) 3892-6044

S. SEBASTIÃO



SF-BRASIL

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM

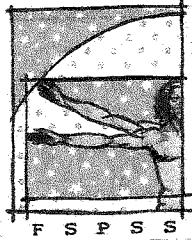
Eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, portador da Cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente à Av./Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, município de São Sebastião. AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre imagens de vídeo, fotos e documentos de forma anônima, para ser divulgado em materiais do Centro de Saúde II e da Prefeitura de São Sebastião.

Fica ainda **autorizada**, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração.

\_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



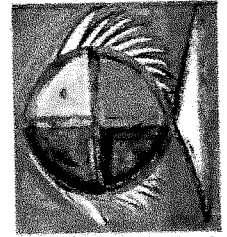


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÁ ⊕



B R A S I L



## FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações  
Diretoria de Atenção Especializada  
Centro de Saúde II "Dr. Carlos Alberto Câmara Leal de Oliveira"



### FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE FERIDA

Identificação: \_\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo ( ) F ( ) M Pront: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Alt: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ ESF de Origem: \_\_\_\_\_

Histórico: DM ( ) HAS ( ) Cirurgias ( ) Outras: \_\_\_\_\_

Medicamentos utilizados: \_\_\_\_\_

**Alergias:** ( ) N ( ) S Quais: \_\_\_\_\_

**Hábitos sociais:** Etilista ( ) Tabagista ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Nutrição:** Adequada ( ) Inadequada ( ) Desnutrido ( ) Desidratado ( )

**Higiene:** Boa ( ) Ruim ( ) Péssima ( )

**Mobilidade:** Independente ( ) Parcial ( ) Cadeirante ( ) Acamado ( )

**Capacidade de auto cuidado:** Ótima ( ) Boa ( ) Ruim ( ) Precária ( )

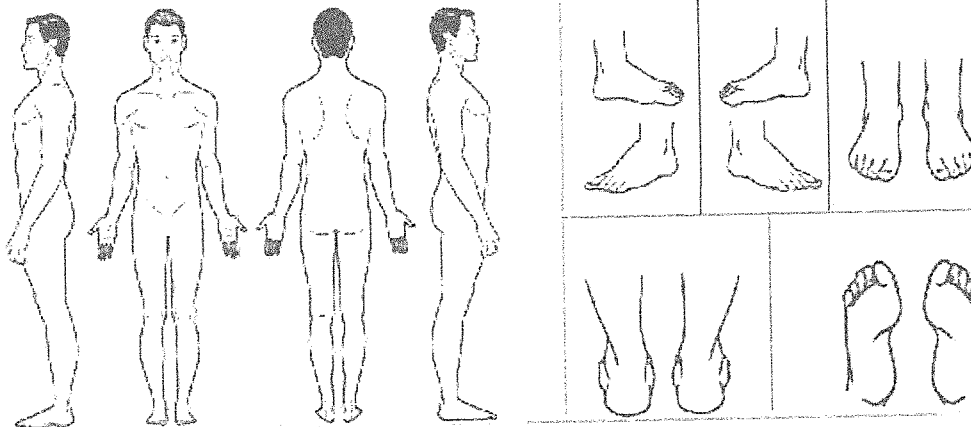
#### **AVALIAÇÃO DA FERIDA – Tipo de lesão:**

( ) Vascular: \_\_\_\_\_ ( ) Cirúrgica: \_\_\_\_\_

( ) Pé diabético: \_\_\_\_\_ ( ) Traumática: \_\_\_\_\_

( ) Lesão por pressão: \_\_\_\_\_ ( ) Queimadura: \_\_\_\_\_

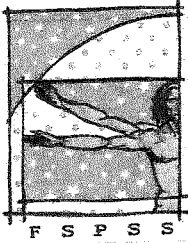
**Duração da ferida:** Aguda ( ) Crônica ( ) \_\_\_\_\_



**Pulso:** Pedioso (P) (A) Femoral (P) (A) Radial (P) (A) ITB= \_\_\_\_\_

\*Elaborado pela Enfª Thaís Lima e A. Enfª Priscila Lopes. Validado pela Drª Vera Capovilla



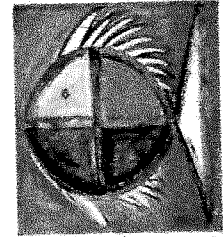


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

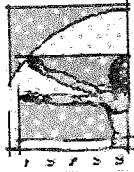
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÃO



BRASIL



CENTRO DE SAÚDE II - Dr Carlos Alberto Câmara Leal de Oliveira

AMBULATÓRIO DE FERIDAS

Av. Marechal Floriano Peixoto, 163, Vila Amélia  
Telefone: (12) 3892-6044

S. SEBAS+IÃO

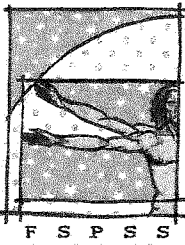


SP-BRASIL

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

NOME: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<b>Risco para infecção</b> <input type="checkbox"/> exposição ambiente <input type="checkbox"/> doença crônica <input type="checkbox"/> imunossupressão <input type="checkbox"/> procedimento invasivos <input type="checkbox"/> alteração nutricional	<input type="checkbox"/> orientar sobre a importância da higiene <input type="checkbox"/> trocar luvas <input type="checkbox"/> lavar mãos antes e depois do procedimento <input type="checkbox"/> orientar sobre a doença <input type="checkbox"/> orientar sobre a medicação <input type="checkbox"/> orientar sobre a importância do tratamento <input type="checkbox"/> controlar sinais vitais <input type="checkbox"/> observar e anotar sinais de rubor, calor, edema, dor <input type="checkbox"/> proteger curativo com tecido impermeável antes do banho <input type="checkbox"/> não retirar o curativo no banho
<b>Risco para integridade da pele prejudicada</b> <input type="checkbox"/> imobilização física <input type="checkbox"/> idade <input type="checkbox"/> medicação <input type="checkbox"/> proeminência óssea <input type="checkbox"/> sensibilidade alterada <input type="checkbox"/> estado nutricional <input type="checkbox"/> pigmentação alterada <input type="checkbox"/> circulação alterada <input type="checkbox"/> alteração de turgor <input type="checkbox"/> fatores mecânicos <input type="checkbox"/> extremos de temperatura <input type="checkbox"/> prevenção de incapacidades	<input type="checkbox"/> retirar o curativo anterior <input type="checkbox"/> fazer limpeza da lesão com SF 0,9% <input type="checkbox"/> remover parcialmente tecido desvitalizado, necrosado, crostas, excesso de esfacelo <input type="checkbox"/> fazer curativo em _____ Utilizando _____ <input type="checkbox"/> manter úlceras ocluídas <input type="checkbox"/> fazer anotação do aspecto da lesão/pele a cada troca do curativo <input type="checkbox"/> orientar a temperatura da água do banho <input type="checkbox"/> orientar e auxiliar na aplicação do hidratante com a pele úmida <input type="checkbox"/> orientar para não colocar o creme em interdigitais de MMII <input type="checkbox"/> orientar para não permanecer na mesma posição por muito tempo ou deambulando
<b>Nutrição alterada</b> <input type="checkbox"/> fatores econômicos <input type="checkbox"/> falta de conhecimento sobre as necessidades nutricionais <input type="checkbox"/> ingestão inadequada <input type="checkbox"/> perda de peso <input type="checkbox"/> ausência de dentes ou prótese	<input type="checkbox"/> estimular a ingestão de líquido diária <input type="checkbox"/> estimular a aceitação de uma alimentação saudável <input type="checkbox"/> controle de peso
<b>Risco para trauma</b> <input type="checkbox"/> piso escorregadio <input type="checkbox"/> uso de tapetes <input type="checkbox"/> visão deficiente <input type="checkbox"/> redução da sensação de temperatura e/ou tátil <input type="checkbox"/> fraqueza <input type="checkbox"/> dificuldade de equilíbrio	<input type="checkbox"/> orientar para andar devagar <input type="checkbox"/> estimular o uso de calçado adequado <input type="checkbox"/> estimular o uso de óculos quando necessário <input type="checkbox"/> orientar e incentivar o uso de bengalas e muletas

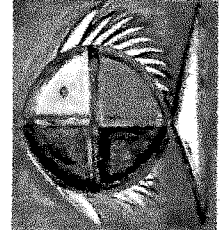


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

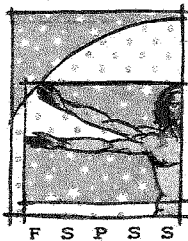
CONSELHO CURADOR

S.SEBAS+IA⊕



B R A S I L

Controle diário de curativos													Ambulatório de Feridas- CS II																				
MES:													ANO:																				
<b>MATERIAL</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Hidrofibra + Prata																																	
Hidrofibra + Alginato																																	
Placa Hidrocolóide																																	
Hidrogel c/ alginato																																	
Hidrogel s/ alginato																																	
Papaína em pó																																	
Papaína em gel																																	
AGE																																	
<b>TOTAL</b>																																	
<b>PROCEDIMENTOS</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Limpeza																																	
Desbridamento																																	
Laser Baixa P.																																	
Fototerapia Dinâm.																																	
Curativo grau 1																																	
Curativo grau 2																																	
Curativo grau 3																																	
Total de procedimentos no dia																																	
Total de pacientes atendidos no dia																																	

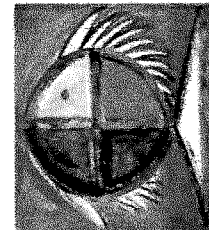


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

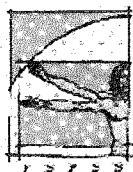
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL



## CENTRO DE SAÚDE II - Dr Carlos Alberto Câmara Leal de Oliveira AMBULATÓRIO DE FERIDAS

Av. Marechal Floriano Peixoto, 163, Vila Amélia  
Telefone: (12)3892-5050 (12) 3892-6044 (12)3892-2413

S. SEBASTIÃO



SP - BRASIL

### Orientações ao paciente com lesão Aguda/Crônica

Nome: \_\_\_\_\_

- As trocas de curativos devem ser realizadas DIARIAMENTE, na Unidade de Saúde do seu bairro e aos fins de semana na UPA Centro ou Hosp. Boiçucanga;
- Durante o banho cubra o curativo com saco plástico e fita adesiva;
- Use sapatos confortáveis, evite chinelo tipo havaianas®, sapatilhas ou calçados que apertem os pés;
- Examine seus pés diariamente após o banho, seque bem entre os dedos;
- Mantenha boa higiene de seu curativo.

### COMO FAZER SEU CURATIVO

#### PASSO A PASSO:

- Retire o curativo com cuidado, se precisar molhe com Soro Fisiológico;
- Cubra a ferida com gaze e lave ao redor da lesão com água comum;
- Lave a ferida com SORO FISIOLÓGICO;
- Nas bordas da lesão utilize a pomada Hipoglo's®;
- Coloque sobre a ferida ( ) Hidrogel com alginato ( ) Hidrogel sem alginato
- ( ) Colagenase ( ) Alginato de cálcio ( ) Hidrofibra com prata ( ) Placa hidrocoloide Outro: \_\_\_\_\_

- Cubra com Rayon \_\_\_\_\_ em Soro fisiológico e com gaze seca toda a lesão;
- Passe a atadura (faixa), sem apertar e finalize com fita crepe.
- OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

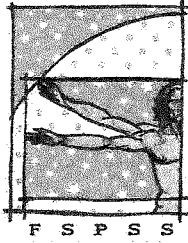
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



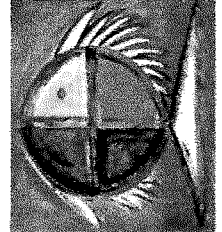


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

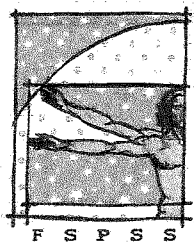
CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/01	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS		
OBJETIVO: Estabelecer a rotina para desinfecção de almotolias.			
<p><b>DESCRIÇÃO DA ROTINA</b></p> <p>Realizar semanalmente a lavagem das almotolias com água e sabão. Realizar a secagem e fazer a desinfecção na solução de hipoclorito de sódio 0,5% por 30 minutos. Acondicionar as almotolias em recipiente tampado após a secagem. Preencher as almotolias com volume mínimo de solução. Identificar a etiqueta: nome da solução, data da troca e do vencimento, nome do profissional executor. Distribuir as almotolias nas salas, consultórios e recepção.</p> <p><b>EXECUTANTE:</b> Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>			

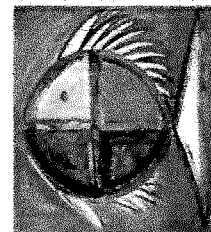


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/09	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	PRÉ E PÓS-CONSULTA		

**OBJETIVO:** Estabelecer a rotina na pré e pós-consulta.

**DESCRIÇÃO DA ROTINA NA PRÉ-CONSULTA:**

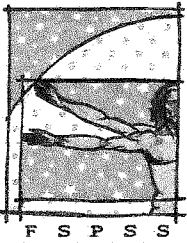
**Adulto (a partir de 15 anos):**  
Registrar no prontuário: data da consulta, idade, pressão arterial, peso e glicemia capilar (se diabético) nas consultas com cardiologista, neurologista, infectologista, anestesista, hematologista e cirurgia plástica. O profissional que efetuou o registro deve assinar e carimbar no prontuário do paciente. Se o cliente apresentar deficiência motora, visual, mental/intelectual e/ou auditiva, colocar senha de **PRIORIDADE** sobre a senha numérica fornecida pela recepção. Priorizar idosos acima de 80 anos.

**Gestante:**  
Registrar no prontuário: Data da consulta, idade, peso, pressão arterial e glicemia capilar (se diabética). O profissional que efetuou o registro deve assinar e carimbar no prontuário da paciente. Se a gestante apresentar deficiência motora, visual, mental/intelectual e/ou auditiva, colocar senha de **PRIORIDADE** sobre a senha numérica fornecida pela recepção.

**Criança:**  
Registrar no prontuário: Data da consulta, idade, peso, altura e temperatura (se história de febre) nas consultas com neurologista e psiquiatra infantil. Para crianças < 1 ano pesar sem roupa. Se pesar com fralda, registrar no prontuário. Se a fralda estiver cheia, pesar somente após a troca da mesma. O profissional que efetuou o registro deve assinar e carimbar no prontuário do paciente. Se a criança apresentar deficiência motora, visual, mental/intelectual e/ou auditiva, colocar senha de **PRIORIDADE** sobre a senha numérica fornecida pela recepção.

**DESCRIÇÃO DA ROTINA NA PÓS CONSULTA:**

Encaminhamentos para outras especialidades e pedidos de exames (Raio X, Ultrassom, Tomografia, Ressonância Magnética, Densitometria Óssea, Endoscopia Digestiva Alta, etc.): preencher os campos de informações pessoais do cliente. Em seguida, orientar o cliente a entregar o pedido na recepção da unidade básica de saúde do seu bairro, bem como a cópia dos documentos e exames que se façam necessários conforme protocolo da central de regulação, para serem encaminhados a central para agendamento. Pedidos de exames que necessitam anexar Eletrocardiograma (ECG) e SADT 2 vias: Holter (se solicitante não for cardiologista), Ecocardiograma, Teste ergométrico. Pedidos de Ressonância magnética, Densitometria óssea e Endoscopia digestiva alta: SADT em 2 vias e questionário específico em 1 via, ambos devidamente preenchidos, assinado e carimbado pelo médico solicitante. Pedidos de exames laboratoriais: preencher o campo de informações pessoais do cliente, orientar o preparo e a coletar o exame na unidade básica de saúde do seu bairro. Fornecer coletor de urina, fezes ou escarro, se solicitado exames de urina, fezes ou escarro. Pedido de Radiografia: preencher o campo de informações pessoais do cliente e orientá-lo a agendar na Ecorad.

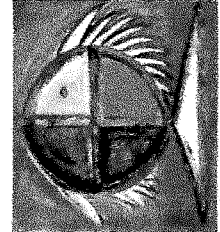


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBAS+IA⊕

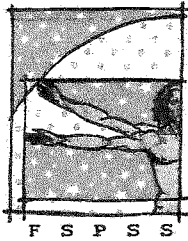


B R A S I L

Pedido de Fisioterapia: preencher o campo de informações pessoais do cliente e orientá-lo a se dirigir à Reabilitação da Topolândia ou Boiçucanga para agendamento.  
Devolver as senhas e os prontuários organizados à recepção assim que finalizar o atendimento médico.  
Os consultórios médicos deverão ser organizados após o término das consultas. Repor diariamente os impressos, espátulas, luvas, lençol de papel, espéculos vaginais, instrumentais cirúrgicos, fixador, escova endocervical, etc.  
Realizar desinfecção nos espéculos auriculares que forem utilizados.

EXECUTANTE:

Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

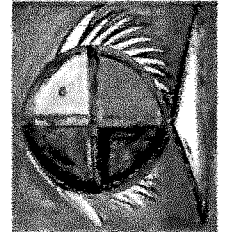


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião


Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

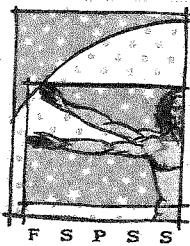
CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



BRASIL

 <b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL</b>		<b>fls.172</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				3 - CNES	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>					
3 - NOME DO PACIENTE			4 - SEXO Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			7 - DATA DE NASCIMENTO	8 - RAÇA/COR	
9 - NOME DA MÃE			10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)					
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - CDD. IBGE MUNICÍPIO		16 - UF	17 - CEP
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			20 - QTDE.
<b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>					
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			35 - QTDE.
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>					
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID10 PRINCIPAL	38 - CID10 SECUNDÁRIO	39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
40 - OBSERVAÇÕES					
<b>SOLICITAÇÃO</b>					
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF			45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
49 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF			50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>					
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				55 - CNES	

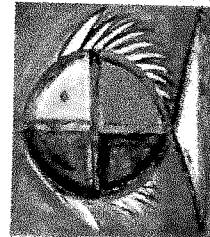


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL



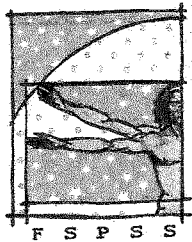
## FICHA DE ENCAMINHAMENTO - REFERÊNCIA

DA UNIDADE: Centro de Saúde II CNES: 2086824	PARA UNIDADE:	ESPECIALIDADE:
NOME:	DATA NASC.:	Nº CARTÃO SUS:
ENDEREÇO:		
RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:		
RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS (NOS ÚLTIMOS 3 MESES):		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____ CID: _____		
TRATAMENTO REALIZADO:		
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:		
_____/_____/_____		
PROFISSIONAL - CARIMBO E ASSINATURA		



## FICHA DE ENCAMINHAMENTO - CONTRA REFERÊNCIA

DA UNIDADE: Centro de Saúde II CNES: 2086824	ESPECIALIDADE:	PARA UNIDADE:
NOME:	DATA NASC.:	Nº CARTÃO SUS:
ENDEREÇO:		
PARECER DO ESPECIALISTA:		
DIAGNÓSTICO: _____ CID: _____		
CONDUITA ADOTADA E ORIENTAÇÃO:		
_____/_____/_____		
PROFISSIONAL - CARIMBO E ASSINATURA		

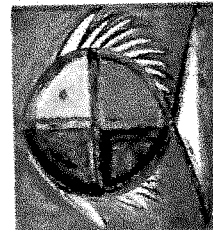


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÁ⊕



B R A S I L



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO**  
ESTÂNCIA BALNEÁRIA ESTADO DE SÃO PAULO

S. SEBAS+IÁ⊕



S P - B R A S I L

## QUESTIONÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA DENSITOMETRIA ÓSSEA (ANEXO 1)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Peso ( )      Altura ( )      ICM ( )

Motivo da solicitação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) Diagnóstico

Faz controle de osteoporose? ( ) Sim ( ) Não

Caso positivo há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Quais os medicamentos utilizados? \_\_\_\_\_

Quebras:

Dores ósseas: ( ) Sim ( ) Não

História Progressiva:

Cirurgia Ginecológica: ( ) Sim ( ) Não

Histerectomia: ( ) Sim ( ) Não

Ooforectomia: ( ) Sim ( ) Não

Perda de massa óssea: ( ) Sim ( ) Não

Corticoterapia: ( ) Sim ( ) Não

Reposição hormonal: ( ) Sim ( ) Não

Tabagismo: ( ) Sim ( ) Não

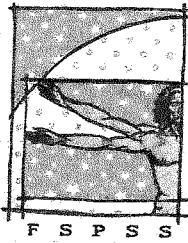
Alcoolismo: ( ) Sim ( ) Não

Baixo Peso: ( ) Sim ( ) Não

Fatores ortopédicos graves?: ( ) Sim ( ) Não.

Caso positivo descrever: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico solicitante: \_\_\_\_\_

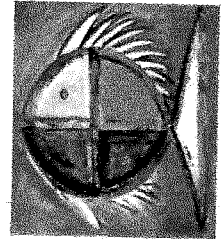


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

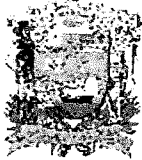
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



BRASIL



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO ESTÂNCIA BALNEÁRIA ESTADO DE SÃO PAULO



### QUESTIONÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ANEXO 2)

Nome: \_\_\_\_\_

Motivo da solicitação:

Diagnóstico ( ) Controle de Tratamento ( ) tratamento Endoscópico de Varizes ( )

Biópsia dirigida ( ) Pesquisa de h. Pilory ( )

outros: \_\_\_\_\_

Queixa:

Disfagia: Sim ( ) Não ( ) Se sim: Alta ( ) Média ( ) Baixa ( )

Regurgitação: Sim ( ) Não ( )

Pirose retroesternal ( ) Epigastralgia ( ) Plenitude pós prandial ( )

Acorda a noite com epigastralgia? Sim ( ) Não ( )

Emagrecimento ( ) Vômitos ( ) Hematêmese ( ) Melenas ( )

Duração: Anos ( ) Meses ( ) Dias ( )

História patológica pregressa

Diabetes: Sim ( ) Não ( ) Se sim: Tipo 1 ( ) Tipo 2 ( )

Hipertensão: Sim ( ) Não ( )

Outras patologias: \_\_\_\_\_

Tabagista: Sim ( ) Não ( )

Alcoolismo: Sim ( ) Não ( )

Anti-inflamatório: Sim ( ) Não ( )

Fármacos: \_\_\_\_\_

Cirurgias no sistema digestivo: Sim ( ) Não ( ) Se sim: Qual? \_\_\_\_\_

Outras patologias: \_\_\_\_\_

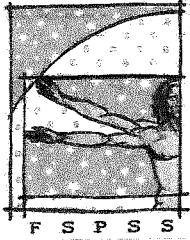
Já realizou tratamento para a queixa atual: Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Medicamento utilizado por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Já realizou endoscopia antes? Sim ( ) Não ( ) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Qual o resultado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico solicitante

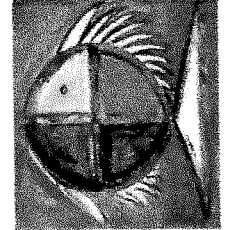


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
GRUPO DE REGULAÇÃO

## PROTOCOLO DE ACESSO PARA SOLICITAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

(Preencher este Formulário e Anexar na Solicitação Junto com o Laudo APAC)

UNIDADE SOLICITANTE:		CÓD. CROSS:
Nome Paciente:		Idade:
Peso:	Altura:	Categoria: ( )P0 ( )P1 ( )P2 ( )P3
Procedimento Solicitado: _____		
Metal no Corpo? Sim <input type="checkbox"/> - Não <input type="checkbox"/> - (considerar as contraindicações para solicitação)		
Sedação: Sim <input type="checkbox"/> Justificar: _____ Não <input type="checkbox"/>		
CID: _____		
Principais Sinais e Sintomas Clínicos que Justifiquem a Solicitação:		
EXAMES DE IMAGEM JÁ REALIZADOS: <input type="checkbox"/> ECG - <input type="checkbox"/> RX - <input type="checkbox"/> USC - <input type="checkbox"/> Tomografia - <input type="checkbox"/> Ressonância		
Principais Resultados de Provas Diagnósticas, Achados Relevantes e Datas Aproximadas:		
Condições que Justificam a Solicitação, qual Tratamento INDICADO/Realizado?		
Apresenta Alteração nos Valores de Creatinina? Sim ( ) - Não ( )		
Resultado: _____ Data exame: _____		
Na presença de alterações renais o médico solicitante consente com a realização do exame, ciente das complicações decorrentes? ( ) Sim - Não ( )		
Realiza diálise: Sim ( ) - Não ( )		

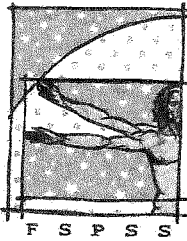
Data: / /

Assinatura/Carimbo Médico Solicitante

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS:	CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS
<p>Módulo de pressão intracraniana;</p> <p>Módulo sensorial interno (cochlear e vestibular);</p> <p>Coil de Swan-Ganz e outros cateteres;</p> <p>Clipes cirúrgicos do tipo Popov-Heydick;</p> <p>Clipes de aneurisma (cabeçalhos ferromagnéticos (antes de 1995 todos são));</p> <p>Desfibrilador implantável;</p> <p>Expansores mamários dos tipos MacChae ou Infil;</p> <p>Fixa metálica de localização pré-cirúrgica mamária (exceto aquelas especificamente compatíveis);</p> <p>Ferramentas ortopédicas em pacientes anestesiados ou com rebaixamento do nível de consciência;</p> <p>Índices crâneos;</p> <p>Índices de infusão (exceto implantes);</p> <p>Capela endoscópica;</p> <p>Índices;</p> <p>Implantes dentários magnéticos;</p> <p>Marca passo cardíaco;</p> <p>Sensores médicos embolados em pacientes anestesiados ou com rebaixamento do nível de consciência;</p> <p>Prótese ocular metálica, implantes orbitais e aparelhos não removíveis;</p> <p>Prótese lentes ortopédicas em pacientes anestesiados ou com rebaixamento do nível de consciência;</p>	<p>Clipes transdermicos para material metálico (necessário remover);</p> <p>Clipes cirúrgicos (depende do tipo de exame) possibilidade de saída e tamanho do tubo;</p> <p>Clipes cirúrgicos metálicos (podem realizar exame, exceto na de aneurisma cerebral);</p> <p>Clipes de aneurisma cerebral ferromagnéticos (checar data de fabricação, modelo, etc.);</p> <p>Filtro de veia cava (checar modelo, se não for usado -- e considerado seguro -- não realizar antes de 4 semanas);</p> <p>Gestões (evitar no primeiro trimestre, evitar Gladiflex);</p> <p>Sonda gastrostomical ou esofágica (remover se entrar de abcesso superior);</p> <p>Tampones ou traqueias definitivas (remoção do paciente, utilização de compressas frias);</p> <p>Margem de mobilização ortopédica (tala, gesso, equipamentos de tração) (necessário remover);</p> <p>Aparelhos dentários (necessário remover);</p> <p>Cintila de magnetometria estática (remover por óculos plásticos);</p> <p>Molas de endoscopia (checar modelo, se não for usado -- e considerado seguro -- não realizar antes de 4 semanas);</p> <p>Parelho transdermico para material metálico (necessário remover);</p> <p>Parelho (necessário remover);</p> <p>Prótese ou implantes metálicos por ferimento de arma de fogo (depende da localização) -- avaliar com radiografias;</p> <p>Valvulas de DVT de pressão ajustável / programáveis (necessário reprogramação para realizar).</p>
SEM CONTRAINDICAÇÕES	
<p>Acesso vascular central (port-o-cath, Hickman), exceto Swan-Ganz ou cateteres; Aparelhos ortodônticos;</p> <p>Camiseta esportiva "dupla Z";</p> <p>Prótese pericardial (exceto tipo Duraphase e OncoPhase);</p> <p>Prótese valvulas e ferromagnéticas cardíacas (exceto metálicas);</p> <p>Diagnóstico contínuo; DXR;</p> <p>Implantes dentários (exceto aqueles magnéticos que não interferem);</p> <p>Prótese ou expansores mamários (exceto tipo MacChae ou Infil); Sensores associados (marcador associativo), traqueostomia e biliares *;</p> <p>Valvulas de DVT (exceto de pressão ajustável / programáveis); Prótese valvulares;</p>	

Ver-11-25-03-2018



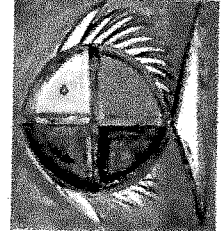


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião


Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



BRASIL



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

1- Número do CNES\* \_\_\_\_\_ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante \_\_\_\_\_

3- Nome completo do Paciente\* \_\_\_\_\_ 5- Peso do paciente\* \_\_\_\_\_ kg

4- Nome da Mãe do Paciente\* \_\_\_\_\_ 6- Altura do paciente\* \_\_\_\_\_ cm

	7. Medicamento(s)*	8. Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10\* \_\_\_\_\_ 10- Diagnóstico \_\_\_\_\_

11- Anamnese\* \_\_\_\_\_

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*  
 NÃO  SIM. Relatar: \_\_\_\_\_

**13- Atestado de capacidade\***  
 A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?  
 NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento \_\_\_\_\_  
 Nome do responsável \_\_\_\_\_

14- Nome do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 17- Assinatura e carimbo do médico\* \_\_\_\_\_

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 16- Data da solicitação\* \_\_\_\_\_

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante  
 Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*  
 Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_  
 Parda  Sem informação \_\_\_\_\_

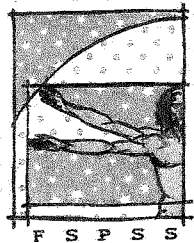
20- Telefone(s) para contato do paciente \_\_\_\_\_

21- Número do documento do paciente \_\_\_\_\_  
 CPF ou  CNS \_\_\_\_\_

22- Correlativo eletrônico do paciente \_\_\_\_\_

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\* \_\_\_\_\_

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

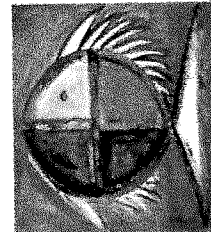


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

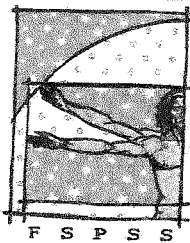
CONSELHO CURADOR

S.SEBAS+IÁ⊕



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/03	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS COMPULSÓRIAS			
OBJETIVO: Descrever a rotina de notificação de doenças compulsórias.			
<p><b>DESCRIÇÃO DA ROTINA:</b></p> <p>Verificar na lista Estadual de Doenças de Notificação Compulsória se o agravo é de notificação compulsória. Notificar a doença através de ficha própria do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pré numerada e ficha epidemiológica do agravo.</p> <p>Encaminhar semanalmente as notificações, devidamente preenchidas, à Vigilância Epidemiológica do município. Doenças comumente notificadas na unidade: Hanseníase e Leishmaniose tegumentar.</p> <p>As notificações de Hanseníase podem ser encaminhadas à Vigilância Epidemiológica juntamente com o fechamento do boletim de Hanseníase, que ocorre no último dia útil de cada mês.</p> <p>As notificações de Leishmaniose devem ser encaminhadas à Vigilância Epidemiológica no mesmo dia ou no próximo dia útil para evitar atrasos na solicitação da medicação de tratamento da doença.</p> <p>Arquivar no prontuário cópia da notificação de Hanseníase e Leishmaniose.</p> <p>Registrar a notificação no prontuário (agravo notificado e numeração do SINAN) e no livro de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.</p>			
<p><b>EXECUTANTE</b></p> <p>Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>			

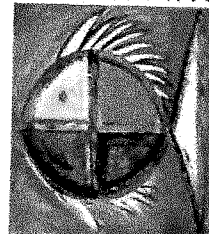


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

## CONSELHO CURADOR

S.SEBAS+IA@



BRASIL

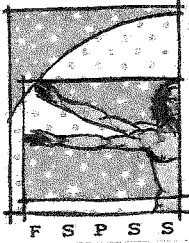
República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE

Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença HANSENÍASE	Código (CID10) A30.9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Menor de 10 2 - 10 a 14 3 - 15 a 19 4 - 20 ou mais	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Constante 1 - 12 meses 2 - 24 meses 3 - 36 meses 4 - Não informado/ignorado 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica	13 Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 6 - Ignorado
	14 Escolaridade 0 - Não sabe ler e escrever 1 - 12 e 48 horas incompletas de EP (anexo preenchido ou 12 graus) 2 - 48 horas completas de EP (anexo preenchido ou 12 graus) 3 - 24 a 36 horas incompletas de EP (anexo preenchido ou 12 graus) 4 - Ensino fundamental completo (anexo preenchido ou 12 graus) 5 - Ensino médio incompleto (anexo preenchido ou 22 graus) 6 - Ensino médio completo (anexo preenchido ou 22 graus) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	Dados de Residência			
17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP	
28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares do Caso				
Dados Clínicos	31 Nº do Prontuário	32 Ocupação		
	33 Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado	35 Classificação Operacional 1 - PB 2 - MB	36 Nº de Nervos afetados
Atendimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado			
	38 Modo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Residência 7 - Outros Reingressos 8 - Ignorado			
Dados Lab.	39 Modo de Detecção do Caso Novo 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 8 - Ignorado			
	40 Baciloscopia 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não realizada 8 - Ignorado			
Tratamento	41 Data do Início do Tratamento	42 Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos		
	43 Número de Contatos Registrados			
Med. Cont.	Observações adicionais:			
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura	
Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007

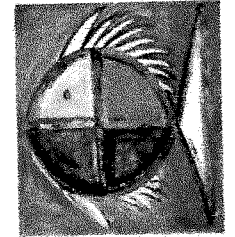


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



BRASIL

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

**CASO CONFIRMADO:**  
 Leishmaniose cutânea: todo indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.  
 Leishmaniose mucosa: todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca (palato e nasofaringe), com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/enferma	LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Análise gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 8 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 8 - Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 8 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

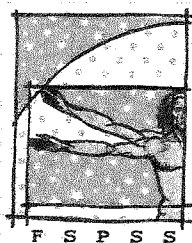
### Dados Complementares do Caso

Anec. Epidemiol.	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
	33 Presença de Lesão	34 Em Caso de Presença de Lesão Mucosa, Há Presença de Cicatrizes Cutâneas	35 Co-infecção HIV
Dados Clínicos	1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Cutânea <input type="checkbox"/> Mucosa	1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/>	1 - Sim 2 - Não 8 - Ignorado
	36 Parasitológico Direto	37 IRM	38 Histopatologia
Dados Labor.	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado	1 - Encontro do Parasita 2 - Compatível 3 - Não Compatível 4 - Não Realizado
	39 Tipo de Entrada	40 Forma Clínica	
Tratamento	1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Transferência 8 - Ignorado	1 - Cutânea 2 - Mucosa 8 - Ignorado	
	41 Data do Início do Tratamento	42 Droga Inicial Administrada	
	43 Peso	1 - Antimoniol Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Outras 5 - Não Utilizada	
	44 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb15	1 - Menor que 10 2 - Maior ou igual a 10 e menor que 15 3 - igual a 15 4 - Maior que 15 e menor que 20 5 - Maior ou igual a 20	
45 Nº Total de Ampolas Prescritas	46 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial		
	1 - Anfotericina b 2 - Pentamidina 3 - Outros 4 - Não Se Aplica		

Leishmaniose Tegumentar Americana

Sinan NET

SVS 27/09/2005

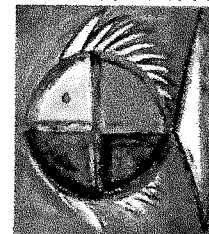


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

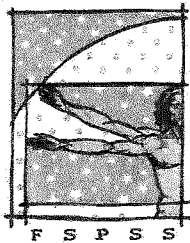
CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/12	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	PROCEDIMENTOS GINECOLÓGICOS		
OBJETIVO: Estabelecer a rotina das atribuições de enfermagem nos procedimentos ginecológicos.			
<p><b>PAPANICOLAOU</b></p> <p>Preparo da paciente:</p> <p>Não estar menstruada e aguardar 48 horas após o término da menstruação;</p> <p>Nas 72 horas que antecedem o exame: não fazer exame digital (toque) ou assepsia endovaginal; manter abstinência sexual; não usar creme/óvulo vaginal, ducha ou realizar lavagem interna (endovaginal); não fazer ultrassom transvaginal ou colposcopia;</p> <p>Informar medicação, se em uso;</p> <p>Informar data da última menstruação (D.U.M).</p> <p><b>DESCRIÇÃO DA ROTINA:</b></p> <p>Preencher os dados pessoais da cliente na Requisição de Exame Citopatológico e colar a etiqueta.</p> <p>Identificar a lâpis manualmente a parte fosca da lâmina com as iniciais do paciente e data de nascimento.</p> <p>Identificação do porta lâmina: nome completo da cliente, idade, data do exame, data da última menstruação e nome do médico. Colar etiqueta na parte externa.</p> <p>Organizar a sala e os materiais necessários ao procedimento (espéculo vaginal de tamanhos variados, escova endocervical, espátula de Ayres, fixador, lâmina de vidro com extremidade fosca, caixa ou tubete porta-lâmina, luvas de procedimento, gaze, pinça Cheron).</p> <p>Acolher a cliente e explicar as etapas do procedimento.</p> <p>Colocar luvas de procedimentos.</p> <p>Auxiliar a cliente a se posicionar na mesa ginecológico.</p> <p>Cobrir a cliente com lençol (região umbilical até terço médio da perna); deixá-la confortável.</p> <p>Observar a ambiência da sala para preservar a privacidade da usuária.</p> <p>Posicionar o foco de luz.</p> <p>Auxiliar o médico durante a realização do exame. Dispor os materiais e insumos necessários, conforme seja solicitado.</p> <p>Ao término do exame, auxiliar a cliente a descer da mesa ginecológica.</p> <p>Para a fixação deste material na lâmina é importante respeitar a distância ao utilizar o fixador (aproximadamente 1 palmo de distância para a aplicação do fixador na lâmina).</p> <p>Deve-se fixar o esfregaço imediatamente após a coleta.</p> <p>Terminado o atendimento médico, as lâminas devem ser recolhidas.</p> <p>Para armazenar a lâmina em tubete ou caixa específica para lâminas após a fixação, é necessário esperar que a mesma seque por completo.</p> <p>Solicitar a cliente que troque de roupa no banheiro. Colocar lençol utilizado no cesto de roupa infectada.</p> <p>Retirar lençol descartável da mesa ginecológica e higienizá-la com álcool a 70%.</p> <p>Retirar luvas de procedimento.</p> <p>Realizar a higienização das mãos.</p> <p>Ao término da consulta, conduzir paciente à saída da sala.</p> <p>Orientar o cliente quanto ao resultado do exame, aproximadamente 15 a 20 dias.</p> <p>Certificar-se que o ginecologista assinou e carimbou a requisição.</p>			

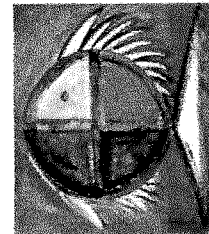


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



B R A S I L

Os exames devem ser registrados NO LIVRO DE REGISTRO DE PAPANICOLAOU/BÍÓPSIA DE LESÕES GINECOLÓGICAS.

Acondicionar no saco picotado a caixa ou tubete porta-lâmina. O saco picotado deverá ser colocado no Flyer CITOLOGIA.

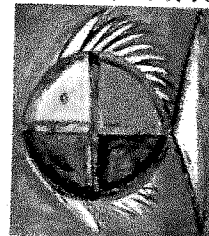
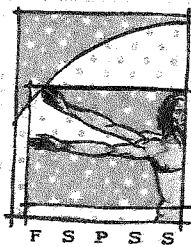
Preencher o formulário para lacre numerado, registrando o nome da unidade, a data, o nome do colaborador, a quantidade de material na frente do tipo de material, o número do lacre que consta no Flyer e o nome completo dos clientes por extenso na parte inferior do formulário.

A Requisição de Exame Citopatológico e o formulário para lacre numerado deverão ser colocados na pasta específica destinada ao laboratório AFIP. Deixar o material coletado no Flyer e a pasta contendo a requisição sobre armário de vidro na sala de pré/pós consulta para facilitar a retirada no próximo dia útil pelo motorista do laboratório.

Organizar a sala e repor materiais e insumos necessários ao próximo atendimento.

Devolver à recepção os prontuários das pacientes atendidas.

Recebendo os resultados dos exames, proceder à baixa no livro de registro e encaminhar para avaliação do ginecologista.



MINISTÉRIO DA SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF, CHES de Unidade de Saúde, Nº Prontuário, Unidade de Saúde, Município, Prescritor

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS\*, Nome Completo da Mulher\*, Nome Completo da Mãe\*, CPF, Data de Nascimento\*, Sexo, Raça/cor, Endereços, CEP, DDD, Telefone, Pontos de Referência, Escolaridade

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame\*, 2. Fez o exame preventivo (Pap smear) alguma vez?\*, 3. Usa DIU?\*, 4. Está grávida?\*, 5. Usa pílula anticoncepcional?\*, 6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?\*, 7. Já fez tratamento por radioterapia?\*, 8. Data da última menstruação / regra?\*, 9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?\*, 10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?\*

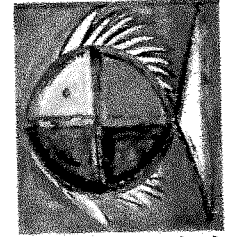
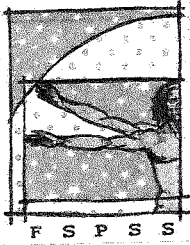
EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo\*, 12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?\*

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data do exame\*, Responsável\*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios



### COLPOSCOPIA E BIÓPSIA DE LESÕES GINECOLÓGICAS

Em casos de resultado de citologia oncótica alterado e/ou exame especular sugestivo de lesões precursoras e malignas do colo uterino, a unidade básica de saúde entra em contato por telefone ou via whatsapp para agendar a consulta ginecológica com colposcopia.

A cliente deve ser orientada a levar o resultado da citologia oncótica, o encaminhamento e o cartão SUS no dia da consulta ginecológica.

Acolher a cliente e explicar as etapas do procedimento.

Organizar a sala e os materiais necessários ao procedimento (espéculo vaginal de tamanhos variados, luvas de procedimento, gaze, frasco com formol para biópsia, pinça Cheron, pinça Pozzi, pinça para biópsia, solução de lugol e ácido acético).

Colocar luvas de procedimentos.

Auxiliar a cliente a se posicionar na mesa ginecológica.

Cobrir a cliente com lençol (região umbilical até terço médio da perna); deixá-la confortável.

Observar a ambiência da sala para preservar a privacidade da usuária.

Posicionar o aparelho de colposcópio.

Auxiliar o médico durante a realização do exame de colposcopia e biópsia, se necessário, dispor os instrumentais, materiais e insumos necessários, conforme seja solicitado.

Ao término do exame, auxiliar a cliente a descer da mesa ginecológica.

Solicitar a cliente que troque de roupa no banheiro. Colocar lençol utilizado no cesto de roupa infectada.

Retirar lençol descartável da mesa ginecológica e higienizá-la com álcool a 70%.

Retirar luvas de procedimento.

Realizar a higienização das mãos.

Ao término da consulta, conduzir paciente à saída da sala.

Orientar o cliente quanto ao resultado do exame, aproximadamente 20 a 30 dias.

Preencher o campo de informações pessoais do cliente na REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO. Observar se o médico preencheu a requisição, assinou e carimbou a requisição. Colar etiqueta de identificação.

Identificar corretamente o frasco com material coletado. Devem constar na identificação do frasco: iniciais do nome do paciente, idade, localização anatômica, topografia/lateralidade e etiqueta de identificação.

Anotar a biópsia realizada no LIVRO DE REGISTRO DE PAPANICOLAOU/BÍÓPSIA DE LESÕES

GINECOLÓGICAS: nome do cliente, data de nascimento, endereço, telefone para contato, número do prontuário, amostra coletada, data da biópsia, profissional que realizou a biópsia e etiqueta de identificação.

Sobras de etiquetas do paciente devem ser coladas atrás do pedido médico a fim de impedir que sejam reaproveitadas.

Acondicionar apenas 1 fragmento em cada frasco; o fragmento deve ser coberto com formol a 10%. Certificar-se que o frasco esteja bem vedado.

Se houver biopsiado mais de um fragmento de locais distintos, preencher uma requisição de exame histopatológico para cada fragmento coletado, especificando a topografia na requisição. Separar cada fragmento em um frasco com formol para biópsia e identificar a topografia de cada fragmento no frasco.

Acondicionar no saco picotado o (s) frasco (s) contendo a (s) amostra (s). O saco picotado deverá ser colocado no Flyer ANATOMIA PATOLÓGICA.

Preencher o formulário para lacre numerado, registrando o nome da unidade, a data, o nome do colaborador, a quantidade de material na frente do tipo de material, o número do lacre que consta no Flyer e o nome completo dos clientes por extenso na parte inferior do formulário.

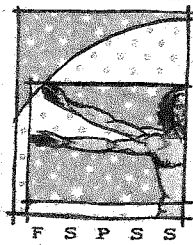
A requisição médica e o formulário para lacre numerado deverão ser colocados na pasta específica destinada ao laboratório AFIP. Deixar o material coletado no Flyer e a pasta contendo a requisição médica sobre armário de vidro na sala de pré/pós consulta para facilitar a retirada no próximo dia útil pelo motorista do laboratório.

Organizar a sala e repor materiais e insumos necessários ao próximo atendimento.

Devolver à recepção os prontuários dos pacientes atendidos pelo ginecologista.

Chegando os resultados das biópsias, proceder à baixa no livro de registro de registro de Papanicolaou/biópsia de lesões ginecológicas e encaminhar para avaliação do ginecologista.



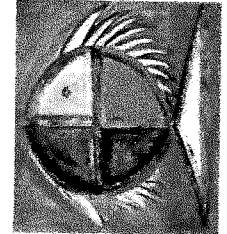


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBAS+IÃ⊕

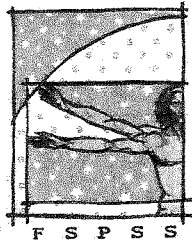


B R A S I L

Os exames alterados devem ser convocados, conforme orientação médica. Agendar consulta e avisar o cliente por telefone.

Nos casos de neoplasia de colo uterino a cliente é referenciada pelo ginecologista ao Hospital Regional Litoral Norte; neoplasia nos ovários, endométrio ou vulva referenciar ao Serviço de Oncologia no Hospital São Francisco em Jacareí ou Santa Casa de São José dos Campos.

Os resultados de biópsia devem ser arquivados no prontuário da cliente.

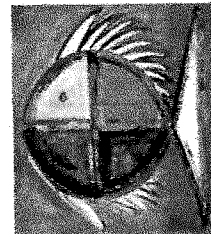


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



BRASIL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

## REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF  CNES da Unidade de Saúde  Nº Protocolo   
 (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município  Prantônio

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SIS\*

Nome Completo da Mulher\*

Nome Completo da Mãe\*

Apelido da Mulher

CPF  Nacionalidade

Data de Nascimento\*  /  /  Idade\*  Sexo  Masculino  Fêmea  Preta  Parda  Amarela  Indígena/Etnia

Dados Residenciais Logradouro

Número  Complemento  Bairro  UF

Código de Município  Município

CEP  -  -  DDD  Telefone  -  -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE:  Analfabeto  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Completo  Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios

### RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO / ENCAMINHAMENTO\*

RESULTADO NORMAL / BENIGNO

LESÃO SUGESTIVA DE CÂNCER (CITO NÃO REALIZADO)

RESULTADO ALTERADO:

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:  Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)  
 Não se pode excluir lesão de alto grau (ASC-H)

Glandulares:  Possivelmente não neoplásicas  
 Não se pode excluir lesão de alto grau

De origem indefinida:  Possivelmente não neoplásicas  
 Não se pode excluir lesão de alto grau

ATÍPICAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pela HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)

Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)

Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão

Carcinoma epidermóide invasor

ATÍPICAS EM CÉLULAS GLANDULARES

Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor:  Cervical  
 Endometrial  
 Sem outras especificações

Outras neoplasias malignas. Qual?

### INFORMAÇÕES DA COLPOSCOPIA E PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO DO COLO DO ÚTERO

1. Achados colposcópicos (intenso o achado mais importante)\*

Normal

Anormal  Alterações Menores (sus. Baixo grau, Grau I)  
 Alterações Maiores (sus. Alto grau, Grau II)

Sugestiva de câncer

Mucosano (condioma, seqüela pós tratamento, pólipos, esteatose, assmetria, congestão, inflamação, endometriose)

2. Zona de Transformação (ZT)/Adequabilidade:\*

Satisfatória ZT completamente visível e ectocervical (ZT tipo I)

Satisfatória ZT ecto e endocervical (ZT tipo II)

JEC até 1 cm do canal

JEC além de 1 cm do canal

Insatisfatória

ZT não visível ou parcialmente visível (presença incomplet endocervical / ZT tipo III)

Atrófia/Inflamação severa/trauma colo/ cervice não visível (colposcopia inadequada)

3. Procedimento:\*

Biópsia

Exame da Zona de Transformação

Ver e Tratar

Pós biópsia

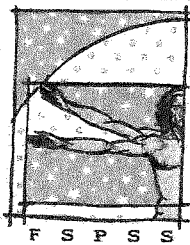
Conização

Outros

Nota: Não utilizar uma ferramenta para biópsia ou procedimentos em áreas localizações anormais (ruins, vagina).

Informações adicionais para o patologista

Data do teste\*  /  /  Responsável\*

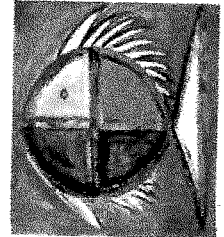


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



B R A S I L

## INSERÇÃO DE DIU DE COBRE

Separar o material necessário ao procedimento médico: Bandeja de DIU (histerômetro, Pozzi, Sheron, tesoura longa e reta), espéculo vaginal descartável de tamanho variado, pacote de gaze estéril, luva estéril, cuba redonda estéril, clorexidina aquosa, DIU de cobre, luva de procedimento.

Acolher a cliente e explicar as etapas do procedimento.

Observar a ambiência da sala para preservar a privacidade da usuária.

Posicionar a cliente na maca em posição ginecológica.

Ligar e posicionar o foco de luz.

Auxiliar o ginecologista durante o procedimento, entregando o espéculo vaginal e luvas, abrindo a bandeja de DIU e dispondo em seu interior os materiais sem contaminá-los.

Após término do procedimento, auxiliar a cliente a sair da mesa ginecológica.

Preencher os campos de identificação da requisição médica de ultrassom transvaginal.

O CARTÃO DA USUÁRIA (contido no Kit do DIU) é um impresso contido dentro da embalagem do DIU de cobre com informações à mulher e lote do produto. Deve ser entregue à paciente devidamente assinado e carimbado pelo profissional médico que realizou a inserção. O CARTÃO DO MÉDICO, que vem na caixa do dispositivo, também deve ser preenchido - a via do médico fica no prontuário.

Reforçar a validade do DIU, de acordo com o fabricante. Validade do fabricante atual: 10 anos.

Orientar a retornar ao ambulatório em presença de anormalidades.

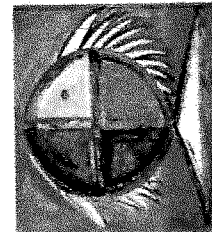
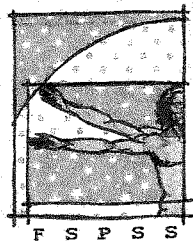
Orientar a marcação de retorno com a médica para avaliação do resultado da ultrassonografia transvaginal.

Registrar todos os dados da paciente no LIVRO DE REGISTRO DE INSERÇÃO DE DIU: nome completo da cliente, data de nascimento, telefone, data de inserção do DIU, profissional que realizou a inserção do DIU, lote e validade do DIU.

Organizar a sala e encaminhar a bandeja de DIU para ser esterilizada, após passar pelo processo de preparo.

## EXECUTANTE

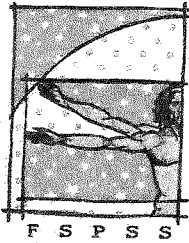
Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.



INDICAÇÕES DE ECOCARDIOGRAFIA FETAL EM GESTANTES DE OUTROS MUNICÍPIOS

- ✓ Diabetes pré-gestacional / DMG diagnosticada no primeiro trimestre
- ✓ Exposição materna a substâncias cardiateratogênicas (álcool, anti-epilético, lítio e vitamina A)
- ✓ Exposição à radiação ionizante
- ✓ Infecção congênitas (rubéola, citomegalovírus e coxsackie)
- ✓ História familiar de cardiopatia congênita
- ✓ Presença de lúpus ou de anti-Ro + / Anticorpos maternos SSA/SSB
- ✓ Gestação por reprodução assistida
- ✓ Cardiopatia congênita em parente de primeiro grau (mãe, pai ou irmão portador)
- ✓ Herança mendeliana associada à cardiopatia congênita em parente do primeiro ou segundo graus
- ✓ Suspeita de cardiopatia congênita pelo ultrassom obstétrico/morfológico (*anexar imagem suspeita*)
- ✓ Suspeita de anomalia extracardíaca pelo ultrassom obstétrico/morfológico e/ou cariótipo fetal alterado
- ✓ Ritmo cardíaco fetal irregular, bradicardia ou taquicardia
- ✓ Translucência nuca) aumentada > 95% ( $\geq 3$  mm)
- ✓ Gestação gemelar monócôrionica
- ✓ Hidropisia fetal ou derrames
- ✓ Cardiopatia congênita em parente de segundo grau
- ✓ Anormalidade fetal do cordão umbilical ou da placenta
- ✓ Anomalia venosa intra-abdominal fetal

NÃO SERÃO ACEITAS AS SOLICITAÇÕES EM QUE A ÚNICA INDICAÇÃO DO EXAME SEJA POR "DIFICULDADE TÉCNICA" NA AVALIAÇÃO DO CORAÇÃO FETAL.

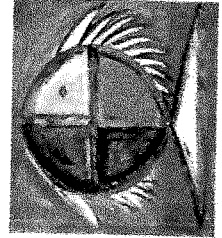


Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

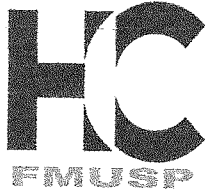
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



BRASIL



### Questionário - Encaminhamento

Nome completo da paciente:

**CAMPO OBRIGATÓRIO** e-mail:

Data de nascimento:

Nome da mãe:

Nome do Pai:

Cor:                      Escolaridade:                      Naturalidade:

**CAMPO OBRIGATÓRIO** RG:                      data de expedição:                      Estado civil

CPF:

Endereço:

Bairro

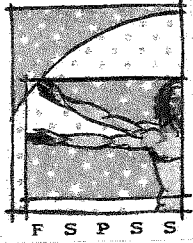
Município:                      Cep:

Telefone de contato:

#### Preenchimento obrigatório pelo médico

Data da última menstruação:                      idade gestacional:

**Descrever a alteração fetal (favor anexar laudo do último USG)**

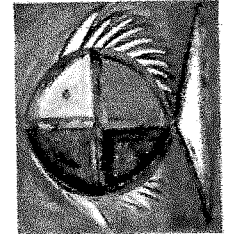


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÃO



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/15	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	AMBULATÓRIO DE HANSENÍASE		
OBJETIVO: Estabelecer a rotina no ambulatório de Hanseníase.			

## CASO NOVO

Acolher o cliente, explicando sobre a doença, importância da adesão ao tratamento, efeitos adversos da poliquimioterapia (PQT), hidratação da pele e mucosas, uso de chapéu, óculos de sol e protetor solar durante exposição solar, cuidado diário com os pés.

Administrar primeira dose supervisionada de PQT. Entregar cartela contendo 28 comprimidos para dose diária autoadministrada. Mostrar na cartela os comprimidos que fará uso até a próxima dose supervisionada e horário para administração diária da dose.

Realizar a notificação de Hanseníase, registrar contatos na ficha epidemiológica.

Deixar uma cópia da notificação no prontuário do paciente.

No fechamento do boletim de Hanseníase, enviar à Vigilância Epidemiológica a notificação juntamente com 1 via da receita de PQT.

Pedido de exame laboratorial: preencher o campo de informações pessoais do cliente, orientar o preparo e a coletar o exame na unidade básica de saúde do seu bairro.

Encaminhamento para Oftalmologista: preencher o campo de informações pessoais do cliente e orientar a encaminhar para sua unidade básica de saúde.

Encaminhamento para Psicologia: preencher o campo de informações pessoais do cliente e encaminhar para Psicóloga da unidade.

Encaminhamento para Fisioterapia: preencher o campo de informações pessoais do cliente e orientar a levar o encaminhamento na Reabilitação Topolândia ou Boiçucanga, dependendo do endereço do paciente.

Agendar consulta médica juntamente com a data da próxima dose mensal supervisionada, preferencialmente.

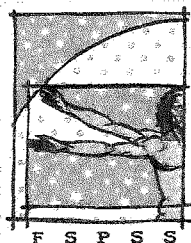
Agendar avaliação sensitiva e Baciloscopia (se solicitado).

Após avaliação sensitiva diagnóstica, registrar no formulário para avaliação neurológica simplificada a classificação do grau de incapacidade física em hanseníase e a soma OMP.

Registrar no prontuário o número da notificação, a dose supervisionada realizada, a data da próxima consulta e da próxima dose supervisionada. Descrever os sinais e sintomas do paciente, seus contatos domiciliares, abordando se há casos de hanseníase na família ou pessoas próximas com os mesmos sinais da doença. Anotar o que entregou ao paciente no momento da pós-consulta: cartela PQT, encaminhamentos (descrever a especialidade), receita, pedido de exames (descrever o exame), ureia 10%, etc.

Registrar o caso novo no LIVRO MH. Anotar dados pessoais do cliente, número e data da notificação, classificação da hanseníase, tipo e data de início do tratamento, registrar data e resultado de biópsia e Baciloscopia, grau de incapacidade física, data que administrou a dose supervisionada, se foi encaminhado para Fisioterapia ou Psicologia.

Registrar os contatos no LIVRO DE REGISTRO DE CONTATOS MH.

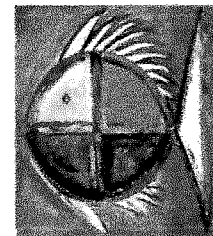


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



B R A S I L

## CONSULTAS MENSAIS

Durante o tratamento, o paciente deverá passar em consulta médica mensalmente e receber sua dose supervisionada no mesmo dia do agendamento da consulta, preferencialmente.

Na pré-consulta, após acolhimento: perguntar ao cliente se tem apresentado alguma intercorrência com a PQT e confirmar se está sabendo usar de forma correta a medicação autoadministrada; observar possíveis episódios reacionais; questionar se está fazendo uso do colírio, hidratante corporal, protetor solar e solução fisiológica nas narinas. Registrar no prontuário as informações obtidas.

Administrar a dose supervisionada de PQT, registrar no prontuário e LIVRO MH. Entregar cartela de 28 comprimidos para dose diária autoadministrada.

Na pós-consulta descrever no prontuário o que foi entregue ao paciente e a dose supervisionada realizada.

## TÉRMINO DA POLIQUIMIOTERAPIA (PQT)

Administrar a última dose supervisionada, registrar no prontuário e LIVRO MH.

Agendar consulta médica para alta medicamentosa, avaliação neurológica simplificada e conduta médica pertinente.

Explicar que será necessário a avaliação médica anual por 5 anos. Orientar a procurar o serviço a qualquer momento, caso apresente reações hansênicas ou na suspeita de reinfecção.

Após avaliação sensitiva de alta, registrar no formulário para avaliação neurológica simplificada a classificação do grau de incapacidade física (GIF) em hanseníase e a soma OMP.

## USO DA TALIDOMIDA NAS REAÇÕES HANSÊNICAS

As reações hansênicas podem ocorrer tanto em pacientes em tratamento quanto em pacientes já considerados curados.

Receita de TALIDOMIDA na pós-consulta:

Na primeira prescrição de Talidomida:

Preencher anexo VII, FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA DE USO DO MEDICAMENTO À BASE DE TALIDOMIDA (identificação do paciente, identificação da unidade e registrar os dois métodos contraceptivos utilizados para pacientes do sexo feminino). Médico deverá assinar e carimbar. Enviar à Vigilância Epidemiológica.

Preencher anexo V – B, TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO MENORES DE 55 ANOS DE IDADE. Médico deverá assinar e carimbar. Enviar a via original à Vigilância Epidemiológica, deixar uma cópia no prontuário e entregar outra cópia ao paciente. Anexar resultado de BHCG recente e enviar à Vigilância Epidemiológica, deixar uma cópia do exame no prontuário.

Preencher anexo V – A, TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU HOMENS DE QUALQUER IDADE. Médico deverá assinar e carimbar. Enviar a via original à Vigilância Epidemiológica, deixar uma cópia no prontuário e entregar outra cópia ao paciente.

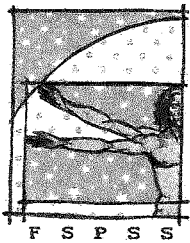
Fornecer ao paciente a quantidade exata da medicação solicitada pelo médico e anotar na receita a quantidade fornecida e data.

Preencher a NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA (identificação do paciente, CID A30, identificação do medicamento, data e lote da medicação), que deverá estar carimbada e assinada pelo médico. Encaminhar a segunda via da NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA à Vigilância Epidemiológica juntamente com o fechamento mensal de acompanhamento de Hanseníase. Arquivar a primeira via no prontuário.

Preencher o FORMULÁRIO DE CONTROLE DE USO DA TALIDOMIDA. Esse formulário deverá ser aberto para cada frasco de Talidomida. Ao término do frasco, anexar as NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA e enviar à Vigilância Epidemiológica.

O fornecimento de um novo frasco de Talidomida pela Vigilância Epidemiológica se dá mediante o envio do FORMULÁRIO DE CONTROLE DE USO DA TALIDOMIDA e NOTIFICAÇÕES DE RECEITA DE TALIDOMIDA.

Às mulheres em idade fértil em uso de Talidomida, enfatizar que não poderá engravidar durante todo o tratamento e que deverá aguardar 30 dias após o término. Aos homens em tratamento com Talidomida, salientar que deverá utilizar preservativo durante todo o tratamento e 30 dias após o término.

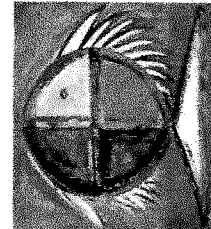


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



B R A S I L

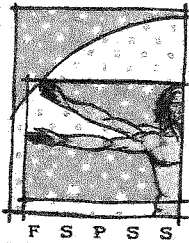
Nas demais prescrições de Talidomida:

Preencher a NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA (identificação do paciente, CID A30, identificação do medicamento, data e lote da medicação), que deverá estar carimbada e assinada pelo médico. Fornecer ao paciente a quantidade exata da medicação solicitada pelo médico e anotar na receita a quantidade fornecida e data.

Encaminhar a segunda via da NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA à Vigilância Epidemiológica juntamente com o fechamento mensal de acompanhamento de Hanseníase. Arquivar a primeira via no prontuário. Preencher o FORMULÁRIO DE CONTROLE DE USO DA TALIDOMIDA. Esse formulário deverá ser aberto para cada frasco de Talidomida. Ao término do frasco, anexar as NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA e enviar à Vigilância Epidemiológica.

Às mulheres em idade fértil em uso de Talidomida, enfatizar que não poderá engravidar durante todo o tratamento e que deverá aguardar 30 dias após o término. Aos homens em tratamento com Talidomida, salientar que deverá utilizar preservativo durante todo o tratamento e 30 dias após o término.



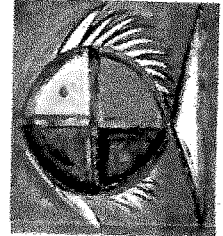


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR


S. SEBAS+IÃO



BRASIL

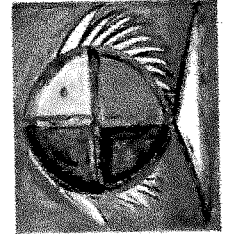
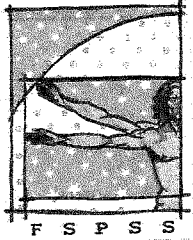
## ANEXO VI

### NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

<b>Notificação de Receita de Talidomida</b> UF _____ NÚMERO _____ CID _____		 <b>ATENÇÃO</b>	"Proibida para mulheres grávidas ou com chances de engravidar"  "Talidomida causa nascimento de crianças sem braços e sem pernas"
<b>1 – IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO</b> Nome: _____ Nº do Cadastro: _____ End.: _____ Especialidade: _____ CPF: _____ CRM nº: _____ UF: _____ Data: ____/____/____ Assinatura e Carimbo _____			
<b>2 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b> Nome: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Telefone (se houver): _____ Endereço: _____ Documento Oficial de Identificação nº: _____ Órgão Emissor: _____			
<b>3 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)</b> Nome: _____ Endereço: _____ Telefone (se houver): _____ Documento Oficial de Identificação nº: _____ Órgão Emissor: _____			
<b>4 – IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO</b> Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso): _____ Dose por Unidade Posológica (Ex.: 100mg): _____ Posologia: _____ Tempo de tratamento: _____ Outras orientações (se houver): _____			
<b>5 – DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO</b> Quantidade (comprimidos): _____ Nº do lote: _____ Nome do farmacêutico dispensador: _____ CRF nº: _____  Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico _____ Data ____/____/____			
<b>6 – CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)</b>   			

Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº da autorização concedido pela Autoridade Sanitária Competente.

(2 Vias) 1ª via: paciente; 2ª via: unidade pública dispensadora



ANEXO V - A

TERMO DE RESPONSABILIDADE/ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_ registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado \_\_\_\_\_ sob número \_\_\_\_\_ sou responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente \_\_\_\_\_ do sexo masculino  feminino  com idade de \_\_\_\_\_ anos completos, com diagnóstico de \_\_\_\_\_ para quem estou indicando o medicamento à base de talidomida.

1. Informe verbalmente ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves efeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que não evita filhas e que não provoca aborto. Portanto somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe verbalmente também que a talidomida pode causar problemas como sonolência, neuropatia periférica e pseudo abdome agudo.
3. Informe verbalmente ao paciente que poderá ser responsabilizado (a) na justiça, caso repasse o medicamento à base de talidomida para outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Recomendei ao paciente do sexo masculino que utilize preservativo durante todo o tratamento com Talidomida e 30 (trinta dias) após o término e que informe a sua parceira e familiares o potencial risco da droga.
6. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
7. Certifiquei-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A ser preenchido pelo (a) paciente:

Eu, \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_  
Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ residente na rua \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ e telefone \_\_\_\_\_

Recebi pessoalmente as informações do prescriptor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

Assinatura: \_\_\_\_\_

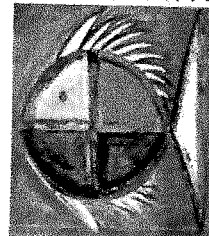
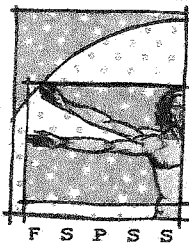
CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do responsável caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Eu, \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_  
responsável pelo (a) paciente \_\_\_\_\_ comprometo-me a repassar  
todas estas orientações do prescriptor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



ANEXO V - B
TERMO DE RESPONSABILIDADE/ESCLARECIMENTO PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

- 1. Informe verbalmente a paciente com diagnóstico de... que o medicamento à base de Talidomida tem altíssimo risco de causar deficiências graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez.
2. Informe verbalmente à paciente que a talidomida pode causar sonolência, neuropatia periférica e pseudo abdome agudo; que a talidomida não provoca aborto e não evita filhos e que não deve passar este medicamento para ninguém.
3. Expliquei verbalmente que como este remédio fica no corpo durante algum tempo após o tratamento e pode causar defeitos em bebês mesmo que ela já terminou o tratamento, ela deve aguardar 30 dias antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com talidomida.
4. Informe verbalmente à paciente que poderá ser responsabilizada na justiça, caso repasse o medicamento à base de talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
5. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
6. Constatei, por meio de teste de gravidez de ALTA SENSIBILIDADE (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida.
Data do Teste: Resultado:
Nome do laboratório onde foi realizado o teste:
7. Certifiquei-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficazes, sendo um deles de barreira.
Métodos anticoncepcionais em uso: Data do início:
8. Informe a paciente que seu parceiro deve usar preservativo nas relações sexuais ocorridas durante o tratamento.
9. Solicitei a paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.
10. Informe verbalmente a paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá para imediatamente o tratamento e me procurar.
11. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
12. Certifiquei-me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): CRM: Data: / /

A ser preenchido pela paciente:

Eu, Carteira de Identidade nº
Órgão Expedidor residente na rua
Cidade Estado e telefone
recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

[ ] NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

Assinatura:

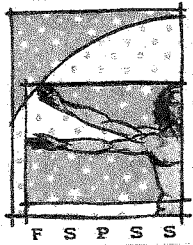
[ ] CONCORDO que vou fazer e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer e declaro que entendi as orientações que foram prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 3, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura:

Nome e Assinatura do responsável caso a paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitada de locomoção:

Eu, R.G. órgão expedidor responsável pelo (a) paciente comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: Data: / /

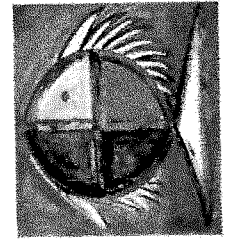


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



BRASIL

## CONTATOS DE HANSENÍASE

Fazer o acolhimento e explicar a importância das avaliações médicas aos contatos de Hanseníase.

Registrar no LIVRO DE CONTATOS MH: nome do contato, idade, telefone e número do prontuário; nome do paciente fonte e data do término do tratamento (assim que finalizar).

Toda vez que o contato for avaliado pelo médico, registrar a data no LIVRO DE CONTATOS MH e no prontuário.

Nos casos que for realizar teste rápido para Hanseníase, registrar a data e o resultado no LIVRO DE CONTATOS, preencher e assinar o impresso de LAUDO DO TESTE. Registrar no prontuário e arquivar o LAUDO DO TESTE no prontuário.

Se o resultado do teste rápido for reagente, será solicitado pelo médico a Baciloscopia, conforme preconiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Hanseníase. Se o resultado da Baciloscopia for negativo, iniciar vigilância ativa com avaliação anual por 5 anos. Se a Baciloscopia for positiva, iniciar o tratamento farmacológico e seguir o fluxo de casos novos.

Digitar o resultado do teste rápido no Forms (planilha de controle de aplicação do teste para controle provisório).

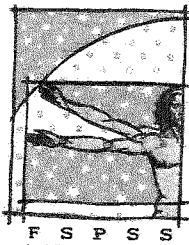
Se indicado BCG, nos casos assintomáticos e morador da Costa Sul, na pós-consulta entregar o pedido médico de BCG ao contato avaliado e orientar a procurar a sala de vacina no Centro de Saúde Boiçucanga.

Se indicado BCG, nos casos assintomáticos e morador da Costa Norte ou região Central, na pós-consulta entregar o pedido médico de BCG ao contato avaliado e orientar a aguardar agendamento para realização da vacina na Maternidade do HCSS (Hospital das Clínicas de São Sebastião).

Registrar no LIVRO DE CONTATOS MH a indicação de BCG e posteriormente a data da aplicação da vacina.

Explicar que será necessário a avaliação médica anual por 5 anos. Orientar a procurar o serviço a qualquer momento, caso apresente algum sinal ou sintoma da doença.

Contato assintomático Teste rápido negativo	BCG (se indicado) Avaliação anual por 5 anos
Contato assintomático Teste rápido positivo	Baciloscopia Se Baciloscopia positiva: tratar Se Baciloscopia negativa: BCG (se indicado) Vigilância ativa Avaliação anual por 5 anos.
Contato sintomático Teste rápido negativo ou positivo	Baciloscopia e/ou Biópsia

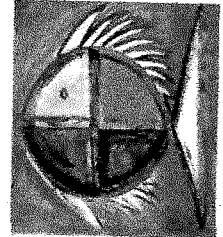


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



BRASIL



Ministério da Saúde



Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

Secretaria da Vigilância em Saúde  
Departamento de Doenças de Condições e Infecções Sexualmente Transmissíveis  
Coordenação Geral da Vigilância de Doenças em Eliminação

## Teste Rápido para contatos de Hanseníase

<b>GVE</b>	<b>MUNICÍPIO</b>
<b>Nº CNES</b>	<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>
<b>NOME DO CASO ÍNDICE</b>	<b>Nº SINAN</b>

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome do usuário: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc ( ) Fem ( )

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Data da realização do exame: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CNS/CPF: \_\_\_\_\_

### Teste Rápido para detecção de anticorpos IgM anti-*Mycobacterium leprae*

Material biológico: Sangue total/ punção digital  
Método: Imunocromatografia

( ) REAGENTE                      ( ) NÃO REAGENTE

#### INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

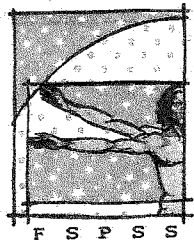
A interpretação dos resultados deve ser sempre realizada por profissional habilitado, que possa correlacioná-los com os dados clínicos e epidemiológicos. Um resultado REAGENTE isoladamente não confirma atividade de doença. Um resultado NÃO REAGENTE não exclui atividade de doença.

Nº LOTE: \_\_\_\_\_

VALIDADE: \_\_\_\_\_

Cod.SIGTAP:02.14.01.017-1- Teste rápido para detecção de anticorpos IGM anti *Mycobacterium leprae*

Responsável pelo laudo do teste  
(assinatura e carimbo)

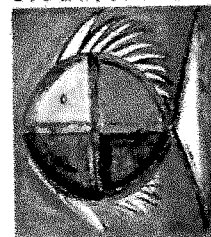


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



B R A S I L

## BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE

Na última semana de cada mês, realizar o fechamento do boletim de acompanhamento de Hanseníase.

Preencher o boletim de acompanhamento de Hanseníase.

Preencher a tabela de PQT e Talidomida dispensadas no mês vigente. Registrar nome dos pacientes que receberam a dose supervisionada de PQT, esquema e número da dose. Registrar o nome do paciente que recebeu a Talidomida e CID.

Preencher o boletim de contatos.

Solicitar a loção hidratante Ureia 10%.

Solicitar a quantidade de PQT para o próximo mês, conforme saída da medicação.

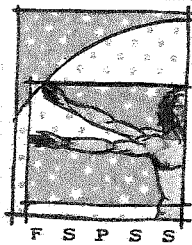
Enviar à Vigilância Epidemiológica: o boletim de acompanhamento de Hanseníase, a tabela de PQT e Talidomida, o boletim de contatos, o pedido de ureia 10%, cópia de resultado de biópsia e de Baciloscopia dos casos novos (se houver), as notificações de Hanseníase do mês vigente e o termo de responsabilidade e de justificativa da Talidomida (se houver) do mês vigente.

Preencher o formulário de quadrimestre do mês vigente.

Deixar na unidade uma cópia dos impressos enviados à Vigilância Epidemiológica.

### EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

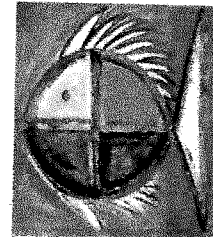


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IA



BRASIL

## SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem - HANSENÍASE

Data: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
DN: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Dados pessoais	Antecedentes
Idade	No pessoas na casa
Estado civil	Doença preexistente
No filhos	Alergia
Sexo	Uso de drogas
Escolaridade	Etilismo
Ocupação	Tabagismo
Tipo de moradia	Internação

### COMUNICANTES

Nome	DN	Tipo de contato

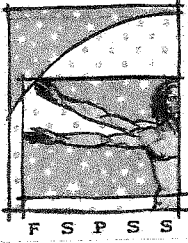
### EXAME FÍSICO

Geral	Consciência	Psíquico
Peso:	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Deprimido
PA:	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Inseguro
FC:	<input type="checkbox"/> Atende a estímulos dolorosos	<input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Indiferente

#### Olhos

<input type="checkbox"/> s/ alteração	<input type="checkbox"/> ↓ Opacidade córnea	<input type="checkbox"/> Lagofalmo / fenda
<input type="checkbox"/> ↓ Sobrancelhas e cílios / Madarose	<input type="checkbox"/> ↓ Acuidade visual	<input type="checkbox"/> Hipolacrimejamento
<input type="checkbox"/> ↓ sensibilidade córnea	<input type="checkbox"/> Triquíase	
<input type="checkbox"/> ↓ força muscular palpebral	<input type="checkbox"/> Ectrópio	

Nariz	Boca	Orelha	Pescoço
<input type="checkbox"/> S/ alteração	<input type="checkbox"/> S/ alteração	<input type="checkbox"/> S/ alteração	<input type="checkbox"/> S/ alteração
<input type="checkbox"/> Ferida	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> C/ deformidade	<input type="checkbox"/> C/ deformidade
<input type="checkbox"/> Ressecamento	<input type="checkbox"/> prótese	<input type="checkbox"/> Infiltração	
<input type="checkbox"/> Sangramento			
<input type="checkbox"/> Perfuração de septo			

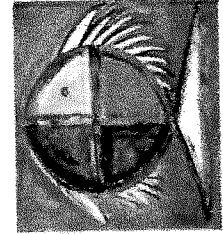


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

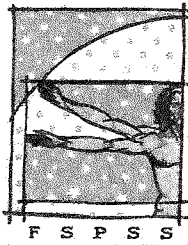
S. SEBAS+IÁ⊕



B R A S I L

<b>Pulmão</b> <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Tosse seca <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Tosse produtiva	<b>Cardíaco</b> <input type="checkbox"/> Rítmico <input type="checkbox"/> Arrítmico																																																	
<b>Abdome</b> <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Cicatriz <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Hérnia	<b>Genitourinário</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Urgência miccional <input type="checkbox"/> Polaciúria <input type="checkbox"/> S/ alteração																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Membros Superiores</th> <th colspan="2">Membros Inferiores</th> </tr> <tr> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> <th>Direito</th> <th>Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>↓ Força muscular</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>↓ Sensibilidade</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ressecamento</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Garra</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Reabsorção óssea</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mão / pé caído</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ulceração / lesões</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mal perfurante</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Membros Superiores		Membros Inferiores		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	↓ Força muscular					↓ Sensibilidade					Ressecamento					Garra					Reabsorção óssea					Mão / pé caído					Ulceração / lesões					Mal perfurante				
	Membros Superiores		Membros Inferiores																																															
	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo																																														
↓ Força muscular																																																		
↓ Sensibilidade																																																		
Ressecamento																																																		
Garra																																																		
Reabsorção óssea																																																		
Mão / pé caído																																																		
Ulceração / lesões																																																		
Mal perfurante																																																		
Legenda: N = Não    S= Sim																																																		
<b>Pele</b> <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Mancha / local _____ <input type="checkbox"/> Descorada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Nódulo / local _____																																																		
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>																																																		
Baciloscopia / / <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Biópsia / /    Resultado																																																	
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</b>																																																		
Risco de infecção <input type="checkbox"/> Exposição ambiente <input type="checkbox"/> Procedimento invasivo <input type="checkbox"/> Alteração nutricional	<input type="checkbox"/> Tratamento de feridas <input type="checkbox"/> Orientar sobre a importância da higiene corporal <input type="checkbox"/> Orientar sobre a doença e a importância do tratamento <input type="checkbox"/> Observar e anotar sinais de rubor, calor, edema e dor																																																	
Nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Desfavorecido economicamente <input type="checkbox"/> Ingestão alimentar insuficiente <input type="checkbox"/> Perda de peso	<input type="checkbox"/> Estimular a ingestão diária de líquido <input type="checkbox"/> Estimular aceitação de uma alimentação saudável <input type="checkbox"/> Controle de peso <input type="checkbox"/> Solicitar encaminhamento para Nutricionista																																																	
Risco para isolamento social <input type="checkbox"/> Alterações na aparência física <input type="checkbox"/> Estigma e discriminação da doença <input type="checkbox"/> Isolamento social <input type="checkbox"/> Episódios reacionais hansênicos	<input type="checkbox"/> Incentivar o relacionamento com os familiares e a sociedade <input type="checkbox"/> Estimular o lazer e a leitura <input type="checkbox"/> Estimular a atividade em grupo <input type="checkbox"/> Solicitar encaminhamento para Psicologia <input type="checkbox"/> Incentivar a prática da atividade física, se indicada pelo médico.																																																	
Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Alteração na integridade da pele <input type="checkbox"/> Imobilização física <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Alteração na sensibilidade <input type="checkbox"/> Nutrição inadequada <input type="checkbox"/> Circulação prejudicada	<input type="checkbox"/> Retirar o curativo anterior <input type="checkbox"/> Fazer limpeza da pele com SF 0,9% <input type="checkbox"/> Remover parcialmente tecido desvitalizado, necrosado, crostas, excesso de esfacelo <input type="checkbox"/> Fazer curativo em _____ utilizando _____ <input type="checkbox"/> Manter úlceras ocluídas <input type="checkbox"/> Fazer anotação do aspecto da lesão a cada troca de curativo																																																	



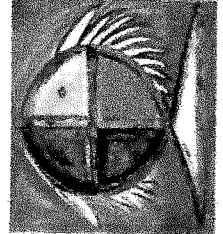


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

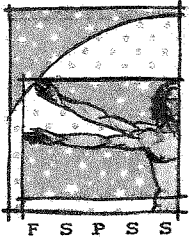
CONSELHO CURADOR

S.SEBAS+IA



BRASIL

<input type="checkbox"/> Alteração de turgor <input type="checkbox"/> Ressecamento cutâneo, ocular e narinas <input type="checkbox"/> Imunodeficiência <input type="checkbox"/> Alteração na pigmentação <input type="checkbox"/> Pressão sobre saliência óssea <input type="checkbox"/> Umidade <input type="checkbox"/> Secreções	<input type="checkbox"/> Orientar a aplicação de hidratante com a pele úmida <input type="checkbox"/> Orientar para não colocar o creme em interdígitos de MMII <input type="checkbox"/> Orientar para não tomar sol das 10 às 16 h <input type="checkbox"/> Orientar o uso do protetor solar <input type="checkbox"/> Aplicar colírios CPM <input type="checkbox"/> Realizar a higiene ocular com SF 0,9% <input type="checkbox"/> Realizar lavagens das narinas com SF 0,9%	
Dor aguda <input type="checkbox"/> Posição para aliviar a dor <input type="checkbox"/> Expressão facial de dor <input type="checkbox"/> Alteração no apetite	<input type="checkbox"/> Dar atenção a queixa de dor e anotar local e tipo <input type="checkbox"/> Proporcionar melhor posicionamento do corpo <input type="checkbox"/> Oferecer alívio com os analgésicos prescritos <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente e a família a buscar e oferecer apoio	
Risco de mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Redução da sensibilidade em MMII <input type="checkbox"/> Perda da força muscular em MMII/MMSS	<input type="checkbox"/> Solicitar encaminhamento para Fisioterapia <input type="checkbox"/> Orientar o exame dos pés uma vez por dia, com espelho, buscando a presença de ferimentos.	
Risco de síndrome do desuso <input type="checkbox"/> Dor intensa <input type="checkbox"/> Alteração da imagem corporal	<input type="checkbox"/> Administrar medicamentos CPM <input type="checkbox"/> Orientar para o autocuidado: rosto, nariz, orelhas, olhos, pés e mãos	
Controle ineficaz do regime terapêutico <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Tratamento irregular <input type="checkbox"/> Comportamento destrutivo	<input type="checkbox"/> Orientar sobre a doença, transmissão, tratamento e curativo <input type="checkbox"/> Orientar sobre a importância da avaliação dos contatos <input type="checkbox"/> Busca de faltosos em consulta e TDO <input type="checkbox"/> Orientar sobre a importância do tratamento completo	
<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>		

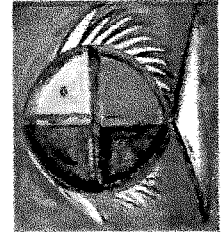


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

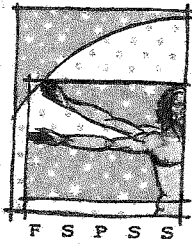
CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÁ⊕



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/03	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	LEISHMANIOSE TEGUMENTAR		
OBJETIVO: Estabelecer o fluxo de atendimento dos casos suspeitos e diagnosticados com Leishmaniose Tegumentar (LT).			
<p><b>DESCRIÇÃO DA ROTINA:</b></p> <p>Os encaminhamentos de casos suspeitos de Leishmaniose tegumentar são agendados com a equipe de Enfermagem na AGENDA MH /LT.</p> <p>A confirmação diagnóstica se faz através de exame histopatológico por meio da análise de uma amostra recolhida por biópsia.</p> <p>Confirmando a Leishmaniose tegumentar, notificar a doença através de ficha própria do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pré numerada e ficha epidemiológica do agravo.</p> <p>Preencher ficha complementar de investigação de Leishmaniose Tegumentar.</p> <p>Deixar uma cópia da notificação e da receita médica no prontuário do paciente.</p> <p>Se a medicação indicada para o tratamento for GLUCANTIME, via endovenosa:</p> <p>Enviar à Vigilância Epidemiológica: receita médica em 2 vias juntamente com a notificação, ficha complementar de investigação de leishmaniose tegumentar e cópia do resultado da biópsia.</p> <p>Vigilância Epidemiológica (VE) solicita a medicação ao Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) de São José dos Campos/SP.</p> <p>Ao receber a medicação do NAF, a Vigilância Epidemiológica enviará a medicação à Unidade Básica de Saúde do paciente.</p> <p>A Unidade Básica de Saúde entrará em contato com o paciente e o informará o local e a data de início da medicação prescrita.</p> <p>A medicação deverá ser administrada na Unidade de Pronto Atendimento Central (UPA).</p> <p>Após iniciar a medicação, o paciente deverá fazer controle de: eletrocardiograma e exames de sangue a cada 7 dias.</p> <p>O paciente deverá passar por consulta médica para avaliar os exames de controle e possíveis efeitos adversos.</p> <p>O paciente deverá passar por avaliação médica final após a conclusão do tratamento.</p> <p>Se a medicação indicada para o tratamento for MILTEFOSINA, via oral:</p> <p>Enviar à Vigilância Epidemiológica: notificação, ficha complementar de investigação de Leishmaniose Tegumentar e cópia do resultado da biópsia.</p> <p>Enviar à Farmácia Central, se paciente do sexo feminino com menos de 55 anos de idade: Termo de Responsabilidade e Esclarecimento para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos de idade, anexo I, devidamente preenchido e assinado pelo médico e paciente. Anexar resultado recente de BHCG. Orientar que será necessário 2 métodos de contracepção e estar em uso 30 dias antes do início do tratamento, durante o tratamento (28 dias) e 4 meses após o término do tratamento.</p> <p>Enviar à Farmácia Central, se paciente do sexo feminino com mais de 55 anos de idade ou para homens de qualquer idade: Termo de Responsabilidade e Esclarecimento para mulheres com mais de 55 anos de idade ou para homens de qualquer idade, anexo II, devidamente preenchido e assinado pelo médico e paciente.</p> <p>Fornecer uma cópia do Termo de Responsabilidade à paciente e deixar uma outra cópia no prontuário.</p> <p>Enviar à Farmácia Central: Registro de Dispensação da Miltefosina devidamente preenchido e assinado pelo médico. Enfermagem preenche os campos de identificação do paciente.</p>			

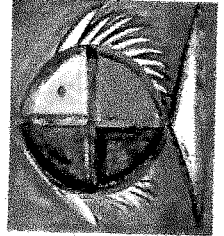


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

Enviar à Farmácia Central: Receita médica em 2 vias e válida por 30 dias.

O paciente será informado pela Farmácia Central quando a medicação da primeira etapa do tratamento (14 cápsulas) estiver disponível para retirada.

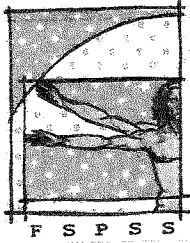
O paciente deverá ser avaliado pelo médico no 13º dia de tratamento para avaliar quanto à continuidade (segunda etapa – uso de mais 14 cápsulas) e averiguação de sobra de medicamento.

Havendo relato de sobra de medicamento, o paciente será orientado a devolver a sobra na Farmácia Central, onde irá assinar o Registro de Devolução.

O paciente deverá passar por avaliação médica final após a conclusão do tratamento.

EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

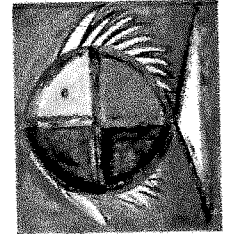


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

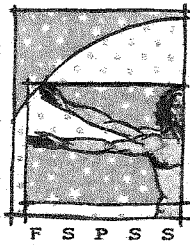
CONSELHO CURADOR

S.SEBAS+IÁ⊕



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/01	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
CONSULTA DE ENFERMAGEM			
OBJETIVO: Descrever a rotina da consulta de enfermagem.			
<p><b>DESCRIÇÃO DA ROTINA:</b></p> <p>Receber o usuário e explicar o procedimento. Desenvolver a consulta conforme as etapas previstas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Realizar anotação no prontuário e no impresso da SAE. As consultas de Enfermagem devem ser executadas nos casos novos atendidos nos ambulatórios de feridas e de hanseníase. Preencher a planilha de atendimento ambulatorial e solicitar ao cliente que assine. Manter a organização da sala.</p>			
<p><b>EXECUTANTE</b> Enfermeiro.</p>			

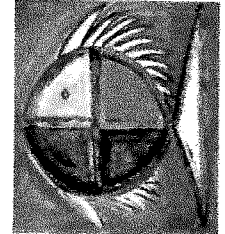


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/02	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM			
OBJETIVO: Assegurar a assistência de enfermagem com qualidade, proporcionando a educação em serviço.			

## DESCRIÇÃO DA ROTINA

O enfermeiro deve supervisionar diariamente as ações desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem, proporcionando a educação em serviço.

Checar a limpeza e organização das salas e mobiliários.

Observar o fluxo e acomodação da clientela.

Avaliar o estoque e qualidade do material de consumo.

Checar as condições dos equipamentos.

Checar a rotina de desinfecção dos materiais.

Checar registros dos procedimentos realizados (produção, prontuário, identificação do profissional).

Supervisionar a técnica utilizada nos procedimentos.

Observar e/ou orientar a postura do profissional no setor.

Avaliar a qualidade da assistência.

Avaliar conteúdo e desenvolvimento das ações educativas.

Observar procedimentos de biossegurança.

Manter-se atualizado e orientar a equipe de enfermagem quanto às novas resoluções do COFEN e COREN/SP e protocolos do Ministério da Saúde

Supervisionar e/ou treinar a equipe de enfermagem na técnica de lavagem e desinfecção do material conforme sua classificação.

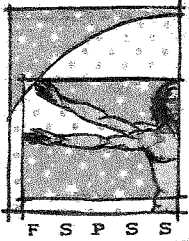
Checar o acondicionamento do material a ser esterilizado em papel grau cirúrgico e validade do material esterilizado.

Supervisionar e/ou treinar a equipe de enfermagem no manuseio da seladora.

Solicitar cópia da Carteira Profissional do COREN aos profissionais de Enfermagem que estão sob sua supervisão e alertar que a carteira deverá ser renovada o mais breve possível se estiver vencida.

## EXECUTANTE

Enfermeiro.

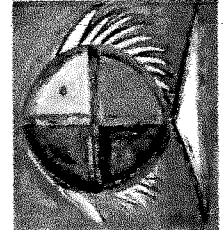


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

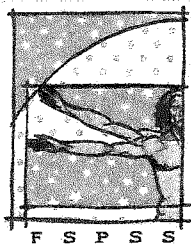
CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/01	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	TREINAMENTOS E CAPACITAÇÃO EM SERVIÇO		
OBJETIVO: Estabelecer as rotinas nos treinamentos e capacitações em serviço			
<p><b>DESCRIÇÃO DA ROTINA</b></p> <p>O enfermeiro deve capacitar a equipe de Enfermagem conforme a necessidade. Os treinamentos e capacitações em serviço devem ser registrados na Pasta de Desenvolvimento de Pessoal – Enfermagem, contendo lista de presença com o objetivo do treinamento/capacitação, tema e período de execução.</p>			
<p><b>EXECUTANTE</b> Enfermeiro.</p>			

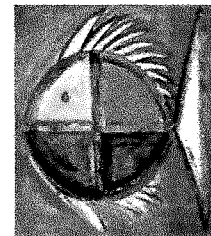


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

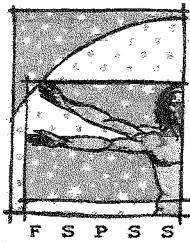
CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/01	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
SOLICITAÇÃO DE COMPRA			
OBJETIVO: Estabelecer a rotina na solicitação de compra.			
<p><b>DESCRIÇÃO DA ROTINA</b></p> <p>A solicitação de compra deve ser realizada via memorando. Descrever as especificações do material, quantidade e justificativa. O memorando deve estar devidamente assinado pelo coordenador da unidade. Relacionar memorando no arquivo de remessas enviadas. Encaminhar memorando via malote para Diretoria de Atenção Especializada da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião.</p>			
<p><b>EXECUTANTE</b> Enfermeiro.</p>			

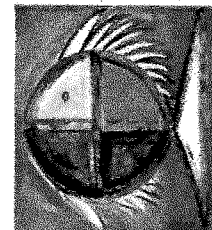


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

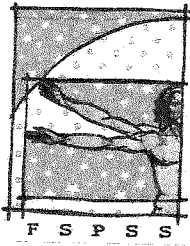
S. SEBAS+IÁ ⊕



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/01	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	SOLICITAÇÃO DE CORRELATOS, MEDICAMENTOS E IMPRESSOS		
OBJETIVO: Estabelecer a rotina na solicitação de correlatos, medicamentos e impressos.			
<p><b>DESCRIÇÃO DA ROTINA</b></p> <p>Na última semana de cada mês, solicitar os correlatos e medicamentos que necessitam de reposição, pertinentes às atividades desenvolvidas na Unidade.</p> <p>Os pedidos de correlatos e medicamentos devem ser enviados no e-mail <a href="mailto:pedidoscafss@gmail.com">pedidoscafss@gmail.com</a>, em impresso próprio.</p> <p>Na última semana de cada mês, rever o carrinho de emergência quanto a estoque e validade e realizar o pedido de correlatos e medicamentos, se necessário. O pedido deve ser enviado separadamente, em impresso próprio, no e-mail <a href="mailto:pedidoscafss@gmail.com">pedidoscafss@gmail.com</a></p> <p>Os impressos utilizados nos consultórios médicos e pela enfermagem devem ser solicitados na última semana de cada mês e sempre que houver a necessidade no e-mail <a href="mailto:almoxarifado2.fspss@gmail.com">almoxarifado2.fspss@gmail.com</a>, em impresso próprio.</p>			
EXECUTANTE Enfermeiro.			



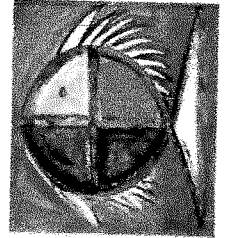


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



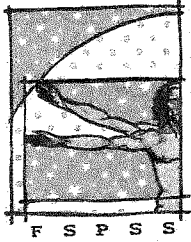
BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/01	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	MANUTENÇÃO PREDIAL		
OBJETIVO: Estabelecer a rotina na solicitação da manutenção predial.			

## DESCRIÇÃO DA ROTINA

A manutenção dos serviços gerais deve ser feita através do preenchimento de uma solicitação de ordem de serviço (SOS) no arquivo Modelo SOS e enviada no e-mail [sos.manutencao.fspss@gmail.com](mailto:sos.manutencao.fspss@gmail.com)  
A manutenção preventiva dos bebedouros de água, dedetização, limpeza das caixas de água e recarga, manutenção dos extintores de incêndio e manutenção preventiva dos aparelhos de ar condicionado seguem o cronograma estabelecido pela Fundação de Saúde Pública de São Sebastião.

EXECUTANTE  
Enfermeiro.

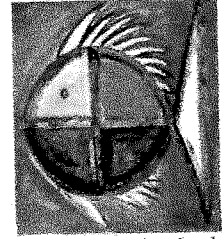


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

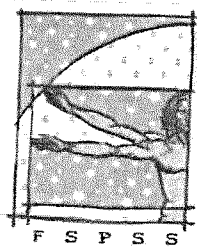
CONSELHO CURADOR

S.SEBAS+IÁ⊕



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II MANUAL OPERACIONAL PADRÃO NORMAS E ROTINAS ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/01	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS MÉDICOS		
OBJETIVO: Estabelecer a rotina na solicitação de manutenção dos equipamentos médicos.			
<p><b>DESCRIÇÃO DA ROTINA</b></p> <p>A solicitação de manutenção corretiva dos equipamentos médicos deve ser feita através do preenchimento de uma solicitação de ordem de serviço (SOS) no arquivo Modelo SOS e enviada no e-mail <a href="mailto:sos.manutencao.fspss@gmail.com">sos.manutencao.fspss@gmail.com</a></p> <p>Quando houver necessidade de retirada do equipamento da unidade para realizar a manutenção, preencher a ficha de <b>AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE EQUIPAMENTOS</b> em 3 vias, uma via na unidade, uma via para o profissional da empresa prestadora do serviço de manutenção e a outra via deverá ser enviada para a Diretoria de Atenção Especializada.</p> <p>Em casos de empréstimo de bens patrimoniais a outras unidades, desde que autorizado pela Diretoria de Atenção Especializada, registrar em caderno de protocolo e solicitar a assinatura do responsável pela retirada.</p> <p>A manutenção preventiva dos equipamentos médicos segue cronograma estabelecido pela Fundação de Saúde Pública de São Sebastião.</p>			
<p><b>EXECUTANTE</b> Enfermeiro.</p>			

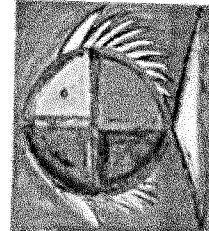


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

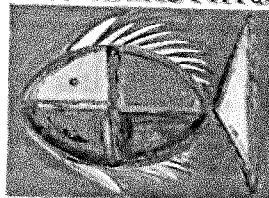
S. SEBAS+IÃO



BRASIL

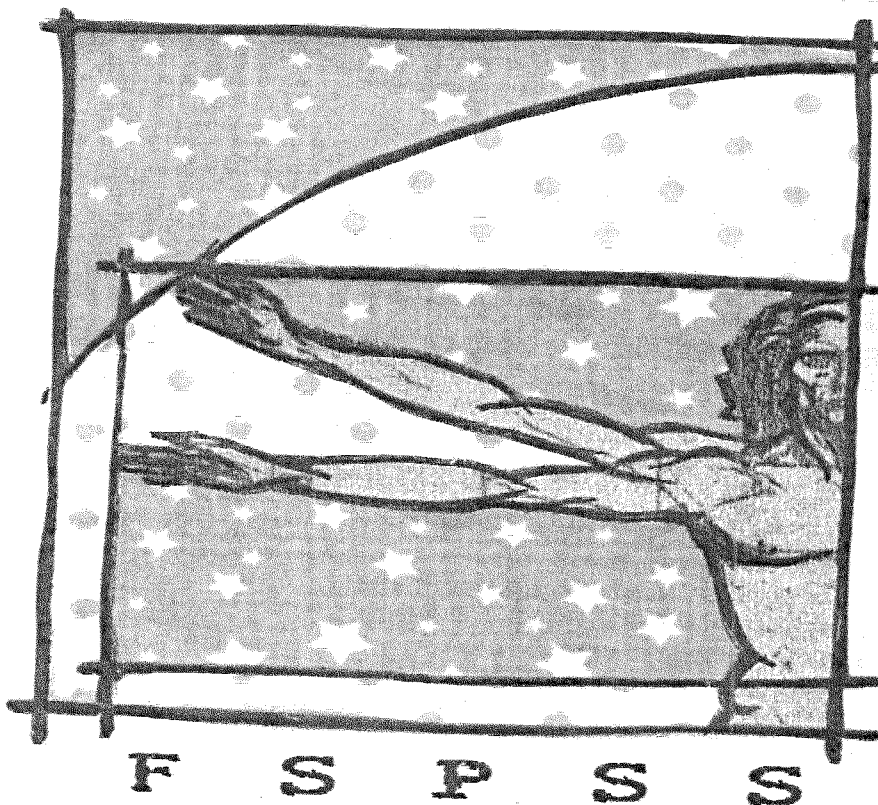
PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO  
ESTÂNCIA BALNEÁRIA ESTADO DE SÃO PAULO

SÃO SEBASTIÃO

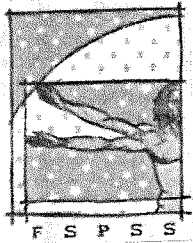


SP - BRASIL

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO  
ENFERMAGEM  
CENTRO DE SAÚDE II



São Sebastião  
Junho 2024

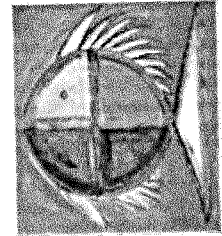


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

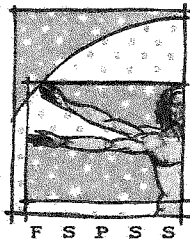
CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/03	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	ELETROCARDIOGRAMA (ECG)		
OBJETIVO: Descrever e as etapas e os materiais na realização de eletrocardiograma.			
<b>MATERIAIS</b> Eletrocardiógrafo; Eletrodos descartáveis ou peras para ECG e braçadeiras; Folha de papel milimetrado; Material de tricotomia (quando necessário); Gaze; Álcool 70%; Gel condutor.			
<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b> Lavar as mãos. Reunir o material. Ligar o aparelho à rede elétrica. Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante. Solicitar a retirada de adornos e outros objetos metálicos. Manter a privacidade do paciente. Posicionar o paciente em decúbito dorsal. Orientar o paciente a evitar movimentação, tosse ou conversa durante o registro do ECG. Expor o tórax do paciente e realizar a tricotomia, se necessário. Realizar a antisepsia da pele na região torácica com gaze umedecida com álcool 70%. Realizar a antisepsia da pele nas extremidades dos membros (na face interna e longe dos ossos) com gaze umedecida com álcool 70%. Colocar as peras ou eletrodos descartáveis nos membros. Amarelo no braço esquerdo (LA); verde na perna esquerda (LL); vermelho no braço direito (RA) e preto na perna direita (RL). Colocar as peras ou eletrodos descartáveis na linha precordial. V1 no quarto espaço intercostal na margem direita do esterno; V2 no quarto espaço intercostal à esquerda do esterno; V3 quinto espaço intercostal, entre V2 e V4; V4 quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular; V5 quinto espaço intercostal, na linha axilar anterior; V6 quinto espaço intercostal, na linha axilar média. Ligar o aparelho e iniciar o registro eletrocardiográfico. Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a se levantar e a se vestir. Orientar o paciente a retirar o exame na sala de pré-consulta após 15 dias, aproximadamente, após ser laudado pelo cardiologista antes da entrega. Identificar a folha registro do eletrocardiograma: nome do paciente, data de nascimento, idade, nome do médico ou unidade solicitante, data e horário do exame (se o eletrocardiógrafo não registrar). Lavar as mãos.			

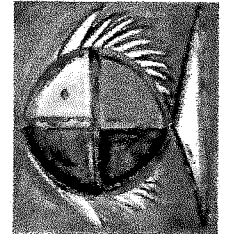


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



B R A S I L

Anotar o procedimento no LIVRO DE ECG: data do exame, nome completo do paciente e telefone, profissional que realizou o exame, nome do médico e da unidade solicitante.

Manter a sala em ordem.

Semanalmente, entregar os exames realizados ao cardiologista para emissão de laudo.

Arquivar os exames laudados em ordem alfabética na caixa de RESULTADO DE ECG.

No momento da entrega do exame, registrar a entrega no caderno de protocolo e solicitar ao paciente que assine.

Observações:

DII longo: Não há necessidade dos eletrodos precordiais. No aparelho, no botão modo, selecionar ritmo e apertar segue.

V7: quinto espaço intercostal, na linha axilar posterior (fio do eletrodo V5).

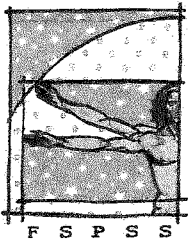
V8: quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular posterior (fio do eletrodo V6).

V3R: quinto espaço intercostal direito.

V4R: quinto espaço intercostal direito, linha hemiclavicular.

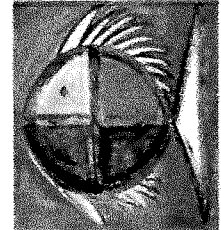
EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.



# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

S. SEBAS+IÁ ⊕

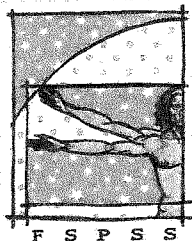


B R A S I L

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/02	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
T S P S S	GLICEMIA CAPILAR		
OBJETIVO: Descrever as etapas na execução do teste de glicemia capilar.			
<p><b>MATERIAIS</b></p> <p>Glicosímetro; Fitas reagentes; Bandeja; Algodão; Álcool a 70%; Luvas de procedimento; Lanceta.</p> <p><b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b></p> <p>Lavar as mãos. Reunir o material. Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante. Calçar as luvas. Conectar a fita reagente ao glicosímetro. Fazer antisepsia da pele usando algodão com álcool a 70%. A limpeza da pele deve ser feita em um único sentido, aguardando a secagem natural antes de fazer o procedimento. Perfurar a lateral do dedo com a lanceta. Aproximar o dedo da tira reagente quando formar uma gota de sangue e aguardar a sucção. Comprimir o local com algodão seco. Aguardar o resultado pelo glicosímetro. Desprezar o material utilizado. Retirar as luvas de procedimento. Higienizar as mãos. Realizar anotação de enfermagem no prontuário, assinar e carimbar. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.</p> <p><b>EXECUTANTE</b></p> <p>Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>			

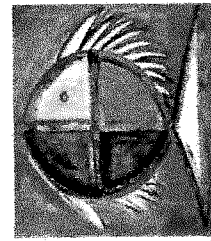


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÁ



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/03	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	BACILOSCOPIA DE RASPADO INTRADÉRMICO		

OBJETIVO: Descrever as etapas da coleta de raspado intradérmico para baciloscopia em Hanseníase.

## MATERIAIS

Lâmina de bisturi número 15;  
Gaze estéril;  
Álcool 70%;  
Cabo para bisturi número 3;  
Pinça Kelly reta;  
2 frascos porta lâminas;  
4 lâminas para microscopia com ponta fosca;  
Curativo adesivo;  
Luva de procedimento, máscara, avental;  
Garrote 10 cm (para colocar nas pontas da pinça Kelly);  
Lápis preto (para identificar a lâmina).

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Agendar a data da coleta e informar ao paciente.

Preencher todos os campos da guia de SADT.

Separar o material a ser utilizado no procedimento: Identificar as 4 lâminas na ponta fosca, uma lâmina por sítio. Anotar com lápis as iniciais do nome do cliente, data de nascimento e sítio de coleta. No primeiro porta-lâmina registrar "COTOVELO DIREITO E ESQUERDO", no segundo porta-lâmina registrar "LÓBULOS DIREITO E ESQUERDO"

Identificar os 2 porta-lâminas: nome completo do paciente, data de nascimento, nome da unidade e o sítio de coleta.

Acomodar o cliente confortavelmente. Explicar o procedimento que será realizado.

Observar indicações dos sítios de coleta na solicitação médica.

Realizar assepsia das lâminas com uma gaze limpa.

Fazer antissepsia dos sítios de coleta com álcool 70%.

Colocar os equipamentos de proteção individual (EPI).

Encaixar a lâmina de bisturi no cabo e colocar 10 cm, aproximadamente, de garrote nas pontas da pinça Kelly.

Em pacientes que não apresentam lesões ativas visíveis, colher material do lóbulo auricular direito (LD), lóbulo auricular esquerdo (LE), cotovelo direito (CD) e cotovelo esquerdo (CE).

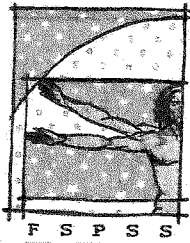
Em pacientes que apresentam lesões ativas visíveis, colher material no lóbulo auricular direito (LD), lóbulo auricular esquerdo (LE), cotovelo direito (CD) e lesão (L).

Manusear a lâmina pelas bordas evitando colocar os dedos no local onde a amostra será distribuída.

Com o auxílio da pinça Kelly, fazer uma prega no sítio de coleta, pressionando a pele o suficiente para obter a isquemia, evitando o sangramento. Manter a pressão até o final da coleta tomando o cuidado de não travar a pinça.

Fazer um corte na pele de aproximadamente 5mm de extensão por 3mm de profundidade. Colocar o lado não cortante da lâmina do bisturi em ângulo reto em relação ao corte e realizar o raspado intradérmico nas bordas e no fundo da incisão, retirando quantidade suficiente e visível do material.

Se fluir sangue no momento do procedimento (o que não deverá acontecer se a compressão da pele estiver adequada), enxugue com gaze seca.

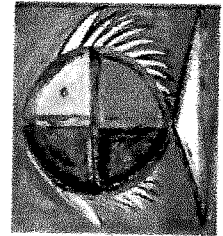


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

Desfazer a pressão e distribuir o material coletado na lâmina, fazendo movimentos circulares do centro para a borda numa área aproximadamente de 5 – 7 mm de diâmetro, mantendo uma camada fina e uniforme

Entre um sítio e outro de coleta, limpar a lâmina do bisturi e a pinça utilizada com gaze embebido em álcool 70%, para que não ocorra a contaminação entre eles.

Fazer curativo compressivo e nunca liberar o paciente se estiver sangrando.

Manter as lâminas contendo os raspados intradérmicos em superfície plana e à temperatura ambiente, durante cinco a dez minutos até estarem completamente secos.

Acondicionar as lâminas nos 2 porta-lâminas, conforme sítio.

Retirar os EPI'S e higienizar as mãos.

Acondicionar os 2 frascos de porta-lâminas no saco picotado, e este deverá ser colocado no Flyer específico IAL.

Preencher o FORMULÁRIO PARA LACRE NUMERADO, registrando o nome da unidade, a data, o nome do colaborador, a quantidade de material na frente do tipo de material, o número do lacre que consta no Flyer e o nome completo dos clientes por extenso na parte inferior do formulário.

A requisição médica e o formulário para lacre numerado deverão ser colocados na pasta específica destinada ao laboratório AFIP. Deixar o material coletado no Flyer e a pasta contendo a requisição médica sobre armário de vidro na sala de pré/pós consulta para facilitar a retirada no próximo dia útil pelo motorista do laboratório.

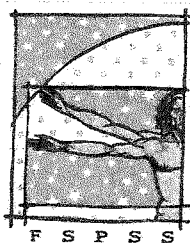
Registrar o procedimento no prontuário do paciente e no livro de exames (biópsias e baciloscopias). Organizar a sala e guardar o prontuário.

O resultado do exame deverá ser anotado no livro de registro de exames e encaminhados para avaliação do médico responsável.

## EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.



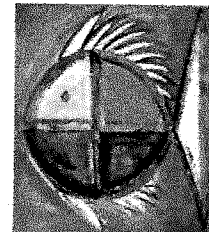


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÃO



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/04	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
AVALIAÇÃO SENSITIVA EM HANSENÍASE			
OBJETIVO: Descrever e as etapas na execução da avaliação sensitiva com monofilamentos em pacientes em tratamento para Hanseníase.			

## MATERIAIS

Estesiômetro (monofilamentos) nas cores verde (0,05 g), azul (0,2 g), violeta (2,0 g), vermelho (4,0 g), laranja (10,0 g), rosa (300 g);  
Fio dental fino, sem sabor e com cera (5 cm de comprimento);  
Caneta-esferográfica nas cores verde, azul, violeta, vermelho e preta;  
Lanterna;  
Formulário para avaliação neurológica simplificada e classificação do grau de incapacidade física em Hanseníase.

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

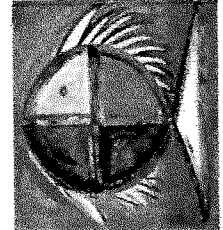
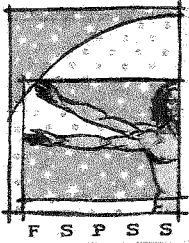
Agendar a data da avaliação sensitiva e informar ao paciente.  
Preencher os campos de identificação do paciente no FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA E CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA EM HANSENÍASE.  
Lavar as mãos.  
Separar o material a ser utilizado no procedimento.  
Deixar o paciente sentado de frente para o examinador.

### Avaliação dos olhos:

Inspecionar os olhos e observar sinais de triquiase, ectrópio, perda de cílios ou das sobrancelhas (madarose).  
Projetar luz em cada olho do paciente e observar se há sinais de opacidade córnea.  
Solicitar ao paciente que feche os olhos sem força e em seguida com força. Observar se há fenda palpebral (lagofalmo) ou perda de força motora nos olhos.  
Teste de sensibilidade corneana com fio dental: Após lavar as mãos, encostar a ponta do fio dental no quadrante inferior externo de cada olho para observar se há reflexos normais de piscar e lacrimejar (observar se o piscar do paciente é imediato, demorado ou ausente). Na ausência desses reflexos indica diminuição da sensibilidade corneana.

### Teste com Estesiômetro (monofilamentos):

Lavar as mãos.  
Explicar a finalidade do teste ao paciente e demonstrar o teste para o paciente utilizando uma área da pele com sensibilidade normal.  
Solicitar ao paciente que feche os olhos.  
O filamento é aplicado sobre a pele perpendicularmente produzindo uma curvatura no fio. Essa curvatura não deve encostar na pele do paciente, para não produzir estímulo extra.  
Evitar movimentos bruscos ou muito lentos.  
Iniciar o teste com o filamento verde em todos os pontos das mãos e em seguida, dos pés (conforme pontos indicados nas imagens abaixo).  
Nos pontos em que o paciente não sentir o filamento verde, prossiga a avaliação passando para o filamento azul e assim sucessivamente.



Solicitar ao paciente que responda “sim” quando sentir o toque.

A cada ponto testado, o filamento verde e o azul devem ser tocados 3 vezes seguidas, para garantir que o paciente percebeu o toque. Os demais filamentos geralmente devem ser tocados apenas uma vez, não causando problemas se forem tocados mais de uma vez.

Se o filamento escorregar na pele no momento do toque, não considerar a resposta e repetir o teste no mesmo ponto.

No caso de respostas positivas e negativas em um mesmo ponto, considera-se certa se o paciente acertar pelo menos 1 das 3 tentativas.

Registrar a resposta no formulário para avaliação neurológica simplificada e classificação do grau de incapacidade física em Hanseníase, colorindo cada ponto com a cor, ou legenda correspondente a cada filamento.

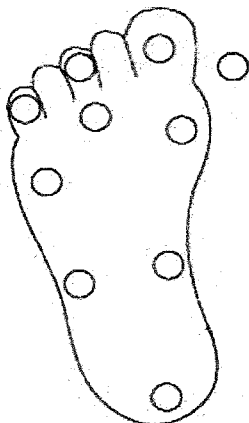
EXECUTANTE

Enfermeiro.

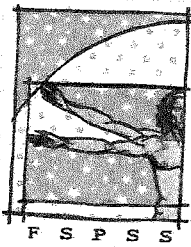
### Anexo A – Formulário de Inspeção Sensitiva nas Mãos

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA					
1º	2º	3º	4º	5º	6º
D	E	D	E	D	E
Legenda: Caneta; Filamento (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) Não sente X ou Monofilamentos seguiti cores					
Garras móveis; M. Gama rígida; R. Teste sorção; Ferida; <input type="checkbox"/>					

Pontos a serem testados por monofilamentos na palma da mão direita e esquerda.



Pontos a serem testados por monofilamentos na região plantar direita e esquerda.

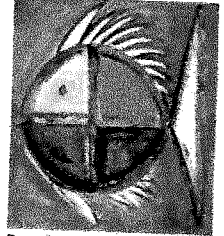


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

DISQUE SAÚDE 136



SECRETARIA DE SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Zoonose

## FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA E CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA EM HANSENÍASE

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M:  F:

Ocupação: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Classificação Operacional: PB:  MB:

Data Início PQT-U: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data Alta PQT-U: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FACE		1ª		2ª		3ª		4ª	
Máxila		D	E	D	E	D	E	D	E
Quebras									
Ressecamento	(S/N)								
Ferida	(S/N)								
Perfuração de septo	(S/N)								
Olhos		D	E	D	E	D	E	D	E
Quebras									
Diminuição da sensibilidade da córnea	(S/N)								
Diminuição da força muscular das pálpebras superiores	(S/N)								
Fenda olhos sem força	(Fenda)								
Fenda olhos com força	"mm" ou "0"								
Triquiasse	(S/N)								
Estrópio	(S/N)								
Opacidade da córnea central	(S/N)								
Acuidade Visual	(Anotação em decívol)								

Legenda: Sim = S; Não = N;  
Notas: Em caso de fenda, anotar em milímetros (mm), em caso de ausência de fenda anotar 0 (zero); Acuidade visual: se usar óculos para longe, usar durante o exame; Utilizar a tabela de optotipos "E" a distância a 3 metros para medida da acuidade visual.

MEMBROS SUPERIORES		1ª		2ª		3ª		4ª	
PALPAÇÃO DE NERVOS		D	E	D	E	D	E	D	E
Quebras									
Radial									
Ulnar									
Mediano									

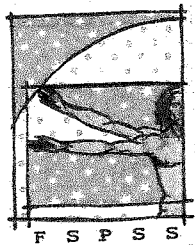
Legenda: Normal = N Espessado = E Dor = D Choque = C

AVALIAÇÃO DE FORÇA		D	E	D	E	D	E	D	E
Elevar o punho / Extensão de punho (nervo radial)									
Abrir dedo mínimo / Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)									
Elevar o polegar / Abdução do polegar (nervo mediano)									

Legenda: Forte = 5 Resistência Parcial = 4 Movimento completo = 3 Movimento Parcial = 2 Contração = 1 Paralisado = 0 OU Forte = F Diminuída = D Paralisado = P

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA I							
1ª		2ª		3ª		4ª	
D	E	D	E	D	E	D	E

Legenda: Seguir as cores dos monofilamentos  
Garra móvel = M Garra rígida = R Reabsorção = Lesões tróficas =  Lesões traumáticas =

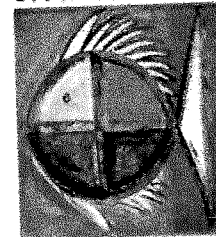


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/03	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	TESTE RÁPIDO PARA HANSENÍASE		

**OBJETIVO:** Descrever as etapas para realização do teste rápido para contatos de Hanseníase.

**MATERIAL**

Equipamentos de proteção individual: óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;  
Kit do teste rápido: diluente, pipeta plástica descartável, lancetas descartáveis e cassete (dispositivo do teste);  
Algodão;  
Álcool 70%;  
Lápis no 2;  
Cronômetro ou relógio;  
Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortantes.

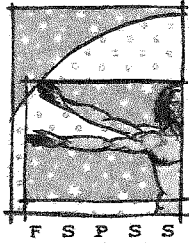
**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Higienizar as mãos.  
Reunir o material.  
Colocar os equipamentos de proteção individual.  
Recepcionar o usuário de forma acolhedora e orientá-lo quanto ao procedimento.  
A amostra deve estar em temperatura ambiente antes de iniciar o teste.  
Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste.

Retirar o cassete (dispositivo de teste) da embalagem protetora, colocá-lo sobre uma superfície limpa e nivelada.  
Identificar o cassete com as iniciais do nome do usuário.  
Passar álcool 70% na ponta do dedo do paciente na área a ser utilizada.  
Remover a tampa de proteção da lanceta.  
Pressionar a ponta do dedo que será perfurada pela lanceta para acúmulo de sangue nesta região.  
Posicionar e pressionar a lanceta com firmeza sobre a área a ser puncionada. Em seguida, o sangue sairá pela área perfurada.  
Coletar o sangue com auxílio da pipeta até o traço marcado.  
No poço de amostra, dispensar o sangue pressionando novamente a pipeta.  
Segurar o frasco de diluente verticalmente e aplicar 2 gotas de diluente no poço da amostra.  
Aguardar a formação das linhas. Interpretar os resultados entre 15 e 20 minutos.  
Os resultados só devem ser lidos entre 15 e 20 minutos, e não antes ou depois desse tempo. Não interpretar após 20 minutos.

**Interpretação do resultado:**

Teste Reagente: Formação de uma linha vermelha na região teste (T) e outra linha na região do controle (C) nos primeiros 15 a 20 minutos.  
Teste Não Reagente: Formação de uma linha vermelha na região controle (C) e ausência completa de linha vermelha na região teste (T).  
Resultado Inválido: Ausência completa de linha na região controle (C) com ou sem linha vermelha na região teste (T). Testar a amostra novamente.

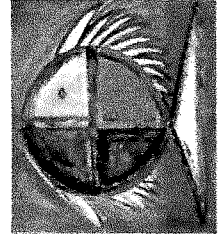


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBAS+IÃ⊕



B R A S I L

## Observações:

O teste rápido para Hanseníase detecta anticorpos IgM específicos ao *Mycobacterium leprae*. A presença desses anticorpos indica que a pessoa teve contato com o *M. leprae* e portanto tem um risco maior de desenvolver a Hanseníase.

A temperatura de armazenamento e transporte deverá ser entre 20°C e 30°C. Manter ao abrigo de luz e evitar umidade. Não congelar.

Abrir o envelope de alumínio, para retirar o cassete (dispositivo de teste), somente no momento do uso.

Não misturar os reagentes (componentes) dos kits com mesmo lote ou com números de lotes diferentes.

Não utilizar kit fora da data de validade. O prazo de validade está indicado no rótulo do produto.

A linha na região controle pode aparecer antes dos 15 minutos de incubação do teste, mas isso não significa que resultados negativos possam ser interpretados antes do tempo.

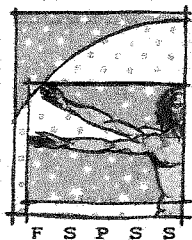
A presença de linha vermelha na região teste (T) em qualquer intensidade, fraca ou forte, quando estiver presente também a linha controle, identifica resultado reagente.

O cassete (dispositivo de teste), a pipeta e a lanceta são descartáveis e não podem ser reutilizados.

O descarte das lancetas e das pipetas devem ser feitos em lixo perfurocortantes. Os cassetes (dispositivos de teste) e frascos de diluente devem ser descartados em lixo biológico.

## EXECUTANTE

Técnicos e Auxiliares de enfermagem capacitados, porém o laudo é privativo do Enfermeiro.

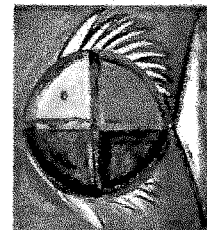


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

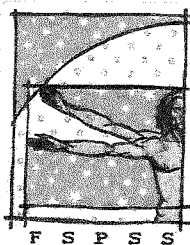
CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/04	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares Giulia Naomi Mendes	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	CURATIVO		
OBJETIVO: Descrever as etapas na execução dos curativos de feridas crônicas.			
<b>MATERIAIS</b> Bandeja; Luva de procedimento, avental, óculos de proteção e máscara cirúrgica; Pacote de curativo; Cabo e lâmina de bisturi (se necessário); Soro fisiológico 0,9%; Solução de PHMB; Solução antisséptica (clorexidina degermante); Agulha 40x12; Seringa 20 ml; Gaze estéril; Tesoura; Atadura de rayon estéril; Chumaço estéril; Atadura de crepe de largura adequada a extensão da lesão; Espátula; Micropore, esparadrapo; Biombo; Régua de papel; Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme as características da lesão.			
<b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b> Lavar as mãos. Reunir o material. Explicar o procedimento ao paciente e sua finalidade. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada. Manter a privacidade do paciente com auxílio de biombo. Manter a postura correta durante o curativo. Colocar máscara, avental, luva de procedimentos e óculos. Observar o curativo anterior antes da remoção. Abrir o pacote de curativo utilizando a técnica asséptica, arrumar as pinças no campo, abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças. Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo. Remover com cuidado a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo. Umedecendo com soro fisiológico 0,9%, se houver aderência, removendo a cobertura sem traumatizar a lesão. Caracterizar a ferida quanto ao tamanho (extensão e profundidade), evolução, tipo de tecido, exsudato, odor, bordas e pele ao redor, atentando-se a presença de sinais de infecção (edema, hiperemia, calor e dor). Descartar o curativo anterior no lixo apropriado.			

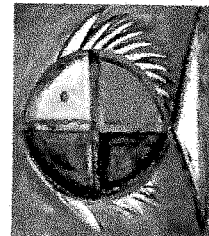


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



B R A S I L

Perfurar o frasco de soro fisiológico 0,9% com agulha 40X12, realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%.

Com o auxílio das pinças, limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida em soro fisiológico 0,9%; Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de soro fisiológico 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida.

Na presença de tecido desvitalizado (leito/bordas, aderido/solto), solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento.

Secar apenas a região perilesional e bordas com gaze, a fim de evitar a maceração dos mesmos.

Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico (mediante autorização prévia do paciente), semanal ou quinzenalmente.

Aplicar gaze umedecida com solução de PHMB sobre a ferida e deixar agir por 10 minutos.

Aplicar laserterapia ou fototerapia dinâmica (Enfermeiro).

Aplicar óxido de zinco ou creme barreira ao redor da ferida.

Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo médico.

Cobrir com Rayon umedecido em soro fisiológico 0,9%.

Ocluir o curativo conforme a necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe).

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados.

Retirar os equipamentos de proteção individual.

Higienizar as mãos.

Registrar a produção no prontuário.

Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

## Observações:

A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico 0,9%.

Proteger sempre as úlceras com gazes antes de aplicar uma atadura de crepe.

Não apertar demais a atadura devido ao risco de garroteamento por falta de circulação.

Iniciar o enfaixamento no sentido distal para o proximal para evitar o garroteamento do membro.

Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade, dor, edema e esfriamento da área enfaixada.

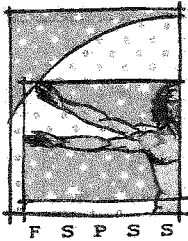
Orientar o paciente o tempo da troca do curativo na atenção básica e agendar o próximo retorno no ambulatório de feridas.

A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.

Os curativos crônicos devem ser avaliados pelo Enfermeiro no primeiro atendimento, contemplando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, com a prescrição do cuidado a ser prestado, e se responsabilizando pelas subseqüentes evoluções e avaliações periódicas necessárias, sendo delegada aos profissionais de nível médio a execução do procedimento.

## EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

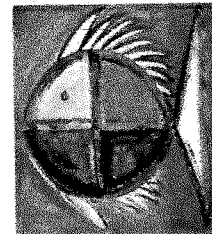


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

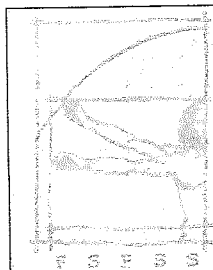
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÃ⊕



B R A S I L



## CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM

Pág. no: 01/02

Data da Emissão:  
02/05/2024

Próxima revisão:  
05/2026

Elaborado por:  
Giulia Naomi Mendes

Revisado por:  
Isabelle Christina de  
Oliveira Gonçalves

Aprovado por:  
Angélica Oliveira Costa

### LASERTERAPIA E FOTOTERAPIA DINÂMICA

**OBJETIVO:** Descrever as etapas na execução da laserterapia e fototerapia dinâmica no tratamento de feridas crônicas.

#### MATERIAIS

Luva de procedimento;  
Óculos de proteção contra raio laser;  
Plástico filme;  
Espátula;  
Azul de metileno;  
Gaze;  
Aparelho de laserterapia.

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos.  
Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado.  
Manter o paciente em posição confortável.  
Programar o laser.  
Envolver o aparelho de laser com plástico filme.  
Colocar os equipamentos de proteção individual (luva de procedimento e óculos de proteção).  
Orientar o paciente e acompanhante a fechar os olhos.  
Iniciar aplicação do laser na lesão, dando espaço de aproximadamente 1 cm entre cada local de aplicação.  
Após a aplicação, retirar o plástico-filme e desprezã-lo.  
Higienizar as mãos.

#### FOTOTERAPIA DINÂMICA

Quando indicado, aplicar azul de metileno na lesão com o auxílio de cotonete ou espátula com gaze;  
Deixar o produto agir por 10 minutos;  
Aplicar o laser.

#### Observações:

Para programar o laser, deve-se seguir os seguintes passos:

Para utilizar o CLUSTER AZUL + VIS:

Ligar o aparelho de laser no botão Power ON/OFF  
Terapias não assistidas  
CLUST AZUL&VIS CW  
Tempo de 20 segundos

Para utilizar o LASER VIS+IV:

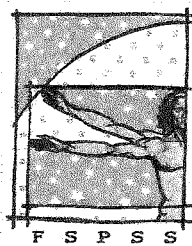
Ligar o aparelho de laser no botão Power ON/OFF  
Terapias não assistidas

VIS&IV 808 CW

Adequar a quantidade de Joules de acordo com o indicado.

EXECUTANTE - Enfermeiro.



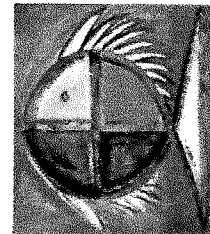


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

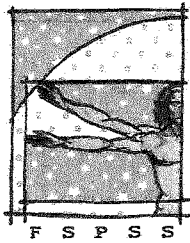
CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/02	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Giulia Naomi Mendes	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	RETIRADA DE PONTOS		
OBJETIVO: Descrever as etapas na execução da retirada de pontos.			
<p><b>MATERIAIS</b></p> <p>Luvas de procedimentos; Kit de procedimento; Soro Fisiológico 0,9%; Gazes estéreis.</p> <p><b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b></p> <p>Reunir o material. Explicar ao paciente o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução. Higienizar as mãos. Paramentar-se com os equipamentos de proteção individual. Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico 0,9%. Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris. Colocar os pontos retirados sobre uma gaze. Cobrir a ferida se houver necessidade. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados. Retirar os equipamentos de proteção individual e higienizar as mãos. Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.</p> <p>Observações: Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas. Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro.</p> <p><b>EXECUTANTE</b></p> <p>Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.</p>			

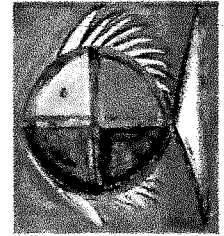


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÃO



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/03	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Giulia Naomi Mendes	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	BOTA DE UNNA		

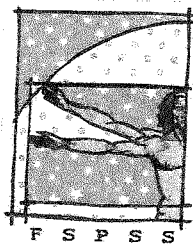
**OBJETIVO:** Descrever as etapas da técnica de realização da Bota de Unna.  
O objetivo da bota de Unna é auxiliar no retorno venoso e na redução do edema e, conseqüentemente, favorecer a cicatrização de lesões em membros inferiores.

**MATERIAIS**

Kit de curativo;  
Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);  
Tesoura;  
Solução fisiológica 0,9%;  
Solução antisséptica (clorexidina degermante);  
Aguilha 40x12;  
Luvas de procedimento;  
Esparadrapo;  
Atadura de crepe;  
Bota de Unna;  
Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;  
Gaze não estéril.

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Higienizar as mãos.  
Reunir o material.  
Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada. Repouso mínimo de 15 minutos, com membros inferiores elevados, preferencialmente pela manhã, na primeira aplicação, ou quando necessário.  
Higienizar novamente as mãos.  
Calçar luvas de procedimento e outros equipamentos de proteção individual necessários.  
Retirar a bota anterior (se houver).  
Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor.  
Se necessário proceder à limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periférica com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze não estéril.  
Trocar luvas de procedimento.  
Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de solução fisiológica 0,9% e se necessário, utilizar de desbridamento instrumental conservador.  
Utilizar o produto/cobertura adequado.  
Iniciar pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial. Realizar até três voltas próximas aos dedos dos pés.  
Cruzar a faixa em sentido diagonal no dorso do pé.  
Após realizar até três vezes o enfaixamento em oito no tornozelo, seguir cobrindo o calcanhar, podendo enfaixar até duas voltas na região do calcâneo, em posição de dorsiflexão.  
Terminar o enfaixamento do pé e tornozelo, seguir sempre reto o enfaixamento quando estiver na região posterior e cruzado na região anterior formando visualmente um X.

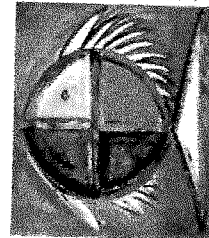


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



B R A S I L

Ao chegar à altura da panturrilha, manter o pé apoiado na maca, de modo que esta musculatura fique relaxada.  
Realizar o enfaixamento em 8 (oito) até tuberosidade da tibia, aproximadamente 2 dedos abaixo do joelho.  
Enfaixar com atadura de crepe.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados.  
Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos.  
Realizar anotação de enfermagem e registrar a produção.  
Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### Observações:

No caso de úlceras mistas, a Bota de Unna poderá ser realizada desde que indicada pelo especialista que irá avaliar o IPTB (índice pressão tornozelo- braço) com auxílio do Doppler vascular para verificação do grau de comprometimento arterial.

A indicação da Bota de Unna é realizada por médicos e enfermeiros capacitados.

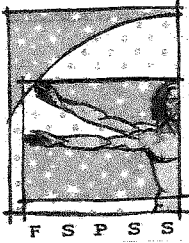
Em membros inferiores de maior tamanho (largura e comprimento), reduzir número de voltas na região do pé e calcâneo.

É possível realizar o enfaixamento circular, além do enfaixamento em 8. Avaliar a melhor técnica de acordo com o produto.

Orientar e avaliar sinais de alerta como piora da dor, cianose de extremidades, formigamento e piora do edema. As demais trocas devem permanecer em até 7 dias ou antes de acordo com a necessidade, assim como o curativo secundário deve ser trocado diariamente ou conforme a quantidade de exsudato.

#### EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

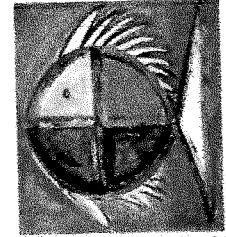


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÁ ⊕



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/02	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	OXIGENOTERAPIA		

**OBJETIVO:** Descrever as rotinas na administração de oxigênio por cateter nasal.

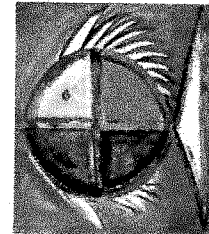
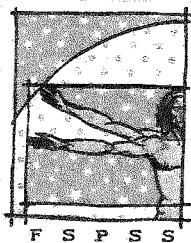
**CONCEITO**  
É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores que aquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia. Utilizado em situações de urgência.

**MATERIAIS**  
Cilindro de oxigênio;  
Cateter de oxigênio tipo óculos;  
Válvula de regulação com fluxômetro;  
Extensão de borracha;  
Umidificador;  
Frasco de água destilada 250 ml;  
Luvas de procedimento.

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**  
Lavar as mãos.  
Reunir o material.  
Explicar o procedimento ao paciente e sua finalidade.  
Preparar o umidificador, colocando água destilada entre os níveis mínimo e máximo.  
Conectar o umidificador ao fluxômetro.  
Conectar a extensão de borracha ao umidificador e a parte distal do cateter à extensão de borracha.  
Calçar as luvas de procedimento.  
Colocar os pinos do cateter tipo óculos nas narinas do cliente; passar a extensão do cateter ao redor da orelha do cliente e sob o queixo; ajustar a extensão do cateter.  
Ligar o fluxômetro de oxigênio, regulando a quantidade de litros conforme prescrição médica.  
Retirar as luvas e lavar as mãos.  
Anotar no prontuário o horário do início e término da oxigenoterapia. Assinar e carimbar.

**Observação:**  
O cilindro de oxigênio com regulador e fluxômetro encontram-se na SALA DE ENFERMAGEM, na lateral do carrinho de emergência.

**EXECUTANTE**  
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.



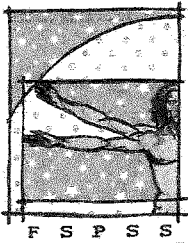
	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/03	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
	REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)		
OBJETIVO: Descrever as etapas na execução da reanimação cardiopulmonar.			

#### MATERIAIS

Bolsa-Válvula-Máscara (ambu) com reservatório;  
Oxigênio 100% a 15 litros/minutos;  
Desfibrilador externo automático (DEA);  
Medicações (adrenalina, solução fisiológica 0,9% 500 ml);  
Seringa 20 ml, agulha 40x12, equipo de soro, cateter intravenoso periférico (jelco), esparadrapo, equipo multivias (polifix), algodão, álcool 70%;  
Tábua para massagem cardíaca;  
Luvas de procedimento.

#### DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Reconhecer os sinais imediatos da parada cardiopulmonar (não responsivo, sem respiração ou com gasping e ausência de pulso).  
Solicitar a presença da enfermagem e de um médico.  
Pedir que chame o SAMU (192) e que traga o carrinho de emergência até o local de atendimento.  
Posicionar o paciente em decúbito dorsal sobre uma superfície plana e rígida (colocar a tábua de massagem cardíaca embaixo do paciente).  
Iniciar as compressões torácicas (100 compressões por minuto com 5 cm, no mínimo, de profundidade da compressão).  
Minimizar as interrupções nas compressões.  
Alternar a pessoa que aplica as massagens a cada 2 minutos.  
A cada 30 compressões torácicas, abrir as vias aéreas e aplicar 2 ventilações com bolsa-válvula-máscara (AMBU) com reservatório.  
Evitar ventilação excessiva.  
Ligar o DEA e colar os 2 eletrodos para desfibrilação no tórax do paciente. O eletrodo com a indicação do lado direito do paciente precisa ficar no peito acima do mamilo direito e abaixo da clavícula. O eletrodo com a indicação do lado esquerdo do paciente precisa ser colocado nas últimas costelas, abaixo do mamilo esquerdo. Em homens com excesso de pelos no tórax é indicada a raspagem antes de colar os eletrodos.  
Após a fixação dos eletrodos, instale o cabo dos eletrodos no conector do equipamento e espere o DEA analisar o ritmo cardíaco do paciente.  
Se for indicado o choque, mantenha-se afastado da vítima e se certifique para que ninguém esteja encostado ou muito perto dela e do DEA antes de apertar o botão. Aperte o botão e assim que o DEA orientar, reinicie imediatamente as compressões torácicas.  
Caso o aparelho não indique choque, mantenha as compressões torácicas.  
Puncionar acesso venoso periférico calibroso.  
Realizar as medicações prescritas e logo após fazer um bolus de 20 ml de solução fisiológica 0,9% e elevar o membro (braço).  
Checar pulso a cada 2 minutos.  
Na chegada do SAMU, passar o caso e entregar relatório médico.  
Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

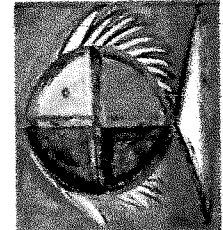


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBASTIÃO



B R A S I L

Reorganizar a unidade.

Algoritmo de reanimação cardiopulmonar - CABD primário:

C primário: Circulação – 30 compressões torácicas para 2 ventilações.

A primário: Via aérea - Abrir via aérea e desobstruir.

B primário: Boa respiração - Ventilação primária não invasiva (AMBU).

D primário: Desfibrilação

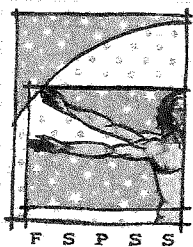
Observações:

Qualquer pessoa que constate uma PCR tem por obrigação iniciar as manobras de atendimento e solicitar ajuda.

Atribuição no atendimento ao paciente em PCR: um profissional na ventilação; um na compressão torácica; um na punção venosa e manipulação dos medicamentos e um no comando.

**EXECUTANTE**

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

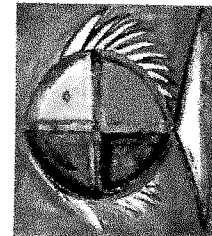


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBAS+IÃO



BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/02	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL			
OBJETIVO: Descrever e as etapas na aferição da pressão arterial (PA).			

## MATERIAIS

Estetoscópio;  
Aparelho de pressão Esfigmomanômetro.

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos e não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida.

Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante o procedimento.

Colocar o manguito firmemente cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80% do braço.

Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.

Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento no nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente.

Colocar o estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura voltada para frente.

Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.

Inflar até ultrapassar de 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), que se intensifica com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento completo do som (fase V de Korotkoff). Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).

Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica.

Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

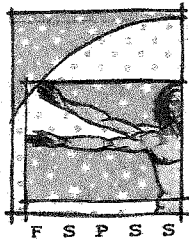
### Observações:

Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.

Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço.

## EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

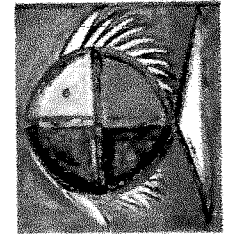


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S.SEBAS+IA⊕



B R A S I L

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/02	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ENDOVENOSA			
OBJETIVO: Estabelecer as rotinas na administração de medicação por via endovenosa.			

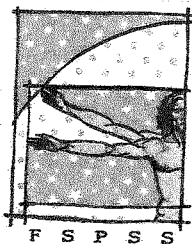
## MATERIAIS

Seringa 20 ml;  
Agulha 40x12;  
Escalpe ou cateter intravenoso periférico;  
Algodão com álcool 70%;  
Garrote;  
Bandeja;  
Luvas de procedimento;  
Medicamento e soro prescrito;  
Esparadrapo ou micropore;  
Equipo macrogotas;  
Equipo multivias.

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir a prescrição médica.  
Lavar as mãos.  
Selecionar a ampola de medicação e o frasco de soro (se prescrito), observando nome, validade, cor e presença de resíduos.  
Escolher seringa segundo a quantidade de líquidos a ser administrada e quantidade de diluente.  
Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%.  
Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola. Aspirar a medicação com agulha 40x12.  
Se houver prescrição de soroterapia, conectar no frasco de soro ao equipo macrogotas e multivias. Retirar o ar contido no equipo de soro e multivias. Fechar o pinça e proteger a extremidade do equipo. Adicionar os componentes do soro de acordo com a prescrição.  
Se for utilizar escalpe, retirar o ar antes da punção venosa.  
Calçar as luvas de procedimento.  
Explicar o procedimento ao paciente e sua finalidade.  
Selecionar uma veia para punção e garrotear o braço do paciente.  
Realizar antisepsia do local escolhido (sentido do retorno venoso) com algodão embebido em álcool 70%.  
Puncionar a veia do paciente introduzindo a agulha em ângulo de 30° a 45°.  
Observar o refluxo do sangue e soltar o garrote.  
Fixar o cateter com micropore ou esparadrapo.  
Instalar o frasco de soro e administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas.  
Ao término da infusão, retirar o cateter e pressionar o local da punção com algodão seco.  
Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado (descarpac).  
Retirar as luvas.  
Lavar as mãos.  
Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.  
Organizar o ambiente.  
EXECUTANTE - Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.



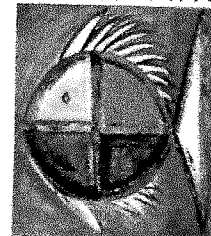


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/02	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR			
OBJETIVO: Estabelecer as rotinas na administração de medicação por via intramuscular.			

## MATERIAIS

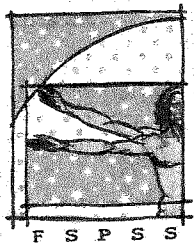
Seringa 3ml ou 5 ml;  
Agulha 30x7 ou 25x7;  
Algodão;  
Álcool 70%;  
Bandeja;  
Medicação prescrita.

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Conferir a prescrição médica.  
Lavar as mãos.  
Preparar a medicação.  
Explicar o procedimento ao paciente e sua finalidade.  
Atentar-se para a privacidade do paciente.  
Selecionar a região apropriada para a injeção.  
Inspeccionar o local da pele avaliando existência de equimose, inflamação, edema entre outros.  
Fazer antisepsia da pele com algodão e álcool 70%.  
Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar.  
Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo.  
Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento).  
Injetar o líquido lentamente.  
Retirar a seringa e agulha em movimento único e firme.  
Fazer leve compressão no local com algodão seco.  
Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado (descarpack).  
Lavar as mãos.  
Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.  
Organizar o ambiente.

## EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

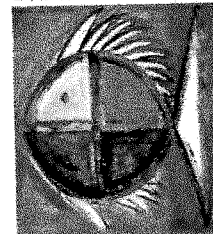


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBASTIÃO



BRASIL

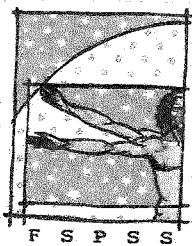
	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/02	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA SUBCUTÂNEA			
OBJETIVO: Estabelecer as rotinas na administração de medicação por via subcutânea			

**MATERIAIS**  
Seringa 1 ml;  
Aguilha 13x4,5 mm;  
Algodão;  
Álcool 70%;  
Bandeja;  
Medicação prescrita.

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**  
Conferir a prescrição médica.  
Lavar as mãos.  
Preparar a medicação.  
Explicar o procedimento ao paciente e sua finalidade.  
Escolher o local de aplicação realizando rodízio dos locais.  
Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%.  
Esperar a região secar.  
Pinçar a pele com os dedos polegar e indicador da mão não-dominante, mantendo até o fim da aplicação.  
Segurar a seringa com a mão dominante e inserir no tecido subcutâneo com a agulha em ângulo de 90 graus.  
Injetar o medicamento de forma lenta.  
Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção, aplicando algodão seco.  
Colocar o material utilizado na bandeja.  
Descartar a seringa na caixa de perfurocortantes.  
Realizar higienização das mãos.

Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.  
Organizar o ambiente.

**EXECUTANTE**  
Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

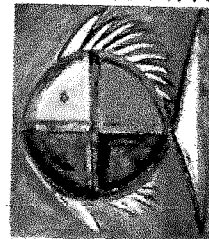


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÃO



BRASIL

	CENTRO DE SAÚDE II PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM		
	Pág. no: 01/01	Data da Emissão: 02/05/2024	Próxima revisão: 05/2026
	Elaborado por: Maria Aparecida Soares	Revisado por: Isabelle Christina de Oliveira Gonçalves	Aprovado por: Angélica Oliveira Costa
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ORAL			
OBJETIVO: Estabelecer as rotinas na administração de medicação por via oral.			

## MATERIAIS

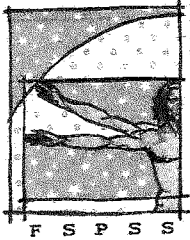
Copo descartável;  
Bandeja;  
Medicação prescrita.

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Verificar a prescrição médica.  
Realizar higienização das mãos.  
Conferir se o nome do medicamento, dose da medicação e via de administração estão de acordo com a prescrição médica. Também conferir se o medicamento está dentro do prazo de validade.  
Se o medicamento for em comprimido, manter na embalagem individual até o momento da administração.  
Informar ao paciente e/ou acompanhante o medicamento a ser administrado e sua finalidade.  
Oferecer ao paciente a medicação.  
Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida.  
Lavar as mãos.  
Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.  
Organizar o ambiente.

## EXECUTANTE

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

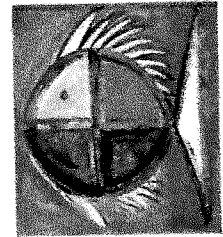


# Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

CONSELHO CURADOR

S. SEBAS+IÃO



B R A S I L

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- LEHMAN, L. F.; ORSINI, FUZIKAWA, P. L.; LIMA, R. C.; GONÇALVES, S. D. Avaliação Neurológica Simplificada. Belo Horizonte, 1997.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem: Atenção Básica. 2ª ed. São Paulo, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da hanseníase. Brasília, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos de suporte básico de vida - SAMU 192. Brasília, 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doenças Transmissíveis. Brasília, 2017.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas, 2020.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. Hospital Universitário Lauro Wanderley. POP SUE 015, Realização de Eletrocardiograma, 2022.
- TROVARELLI, Karina. Curso: Cobertura para tratamento de feridas. 2023.
- SOUZA, J. S.; MACEDO, J. C.; SILVA, A. N. Laserterapia no tratamento de feridas: novas práticas de Enfermagem. Paripiranga. 2022.
- SANTOS, C. J. S. F. Impactos das inovações tecnológicas ao tratamento e cicatrização de feridas crônicas/complexas: uma revisão integrativa. Paripiranga. 2022.
- BIOCLIN FAST ML FLOW HANSENÍASE. Disponível em: <https://loja.bioclin.com.br>  
Data do acesso: 05/03/24
- CVE – CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Teste rápido Hanseníase. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac>. Data do acesso: 05/03/24.