

ANEXO

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (Anexo I)

É o instrumento para solicitação/autorização de internação do paciente em estabelecimentos de saúde (públicos federais, estaduais, municipais, privados com ou sem fins lucrativos) integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. O Laudo contém informações de identificação do paciente, sobre a anamnese, exame físico, exames complementares, justificativa da solicitação; dados de identificação do profissional solicitante e autorizador; diagnóstico inicial, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela do SUS e CID.

O laudo deve ser corretamente preenchido em todos os seus campos, com letra legível, em 01 (uma) via, anexada ao prontuário do paciente no estabelecimento.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Campo 01 - Nome do Estabelecimento Solicitante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento solicitante.

Campo 02 - CNES: Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento solicitante.

Campo 03 - Nome Estabelecimento Executante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

Campo 04 - CNES: Preencher com o número do CNES do estabelecimento de saúde executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Campo 05 - Nome do Paciente: Preencher com o nome do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o nome do meio.

Campo 06 - Apelido do paciente: Preencher com o apelido (nome diferente do nome constante do registro do paciente), pelo qual o paciente é conhecido entre os familiares ou na comunidade onde reside.

Campo 07 - Nº do Prontuário: número adotado pelo SAME ou similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 08 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do paciente (15 dígitos).

Campo 09 - Data de Nascimento: Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa;

Campo 10 - Sexo: Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um "X" no quadro indicativo: 1 - Masculino ou 3 - Feminino.

Campo 11 - Raça/Cor: Preencher com o tipo de raça/cor do paciente.

Campo 12 - Etnia: Preencher com a etnia do paciente. A informação da etnia somente será exigida quando o usuário for registrado no Campo RAÇA/COR nos sistemas de captação do atendimento ambulatorial e hospitalar como Indígena.

Campo 13 - Nome da Mãe: Preencher com o nome completo da mãe do paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 14 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado pelo hospital para possíveis contatos com familiares do paciente.

Campo 15 - Nome do Responsável: Preencher com o nome completo do responsável pelo paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 16 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado pelo hospital para possíveis contatos com familiares do paciente.

Campo 17 – Endereço de Residência : Preencher com o endereço completo da residência do paciente - rua, número, complemento e bairro.

Campo 18 - Número da Residência: Preencher com o número da residência do paciente.

Campo 19 - Nome do Bairro de Residência: Preencher com o nome do bairro de residência do paciente.

Campo 20 - Município de Residência: Preencher com o nome do município de residência do paciente. Não abreviar o nome do município para facilitar pesquisa nos sistemas de informação.

Campo 21 - Código IBGE do Município: Preencher com o código do IBGE do município de residência do paciente.

Campo 22 - UF: Preencher com a sigla do estado (unidade da federação - UF) de residência do paciente. Utilizar duas letras.

Campo 23 - CEP: Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP) específico do logradouro. Não deve ser registrado o código genérico se houver específico.

Campo 24 - Ponto de Referência: Preencher com o nome do ponto de referência da residência do paciente.

Campo 25 - Documento: Assinalar com um "X" no campo correspondente ao tipo de documento apresentado pelo paciente. Registrar o número do documento apresentado. Deve ser preenchido quando não for obrigatório o Cartão Nacional de Saúde – CNS.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Campo 26 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos: Preencher com os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente. Incluir dados da anamnese e do exame físico.

Campo 27 - Condições que Justificam a Internação: Preencher com as condições clínicas do paciente que justificam a sua internação.

Campo 28 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas: Preencher com os principais resultados de provas diagnósticas / exames realizados antes da internação do paciente.

Campo 29 - Diagnóstico Inicial: Preencher com a descrição do diagnóstico inicial ou com a hipótese diagnóstica.

Campo 30 - CID 10 Principal: Preencher com o CID 10 PRINCIPAL que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento hospitalar (obrigatório).

Campo 31 - CID 10 Secundário: Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base.

Campo 32 - CID-10 Causa(s) Associada(s): Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente.

Obs.: Todos os campos de CID são importantíssimos para avaliação epidemiológica, porém, os campos 31 e 32 não são obrigatórios, exceto os casos previstos em normalização específica, estabelecido pelo gestor federal, estadual ou municipal.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Campo 33 - Descrição: Preencher com a descrição do procedimento solicitado conforme a Tabela do SUS.

Campo 34 - Código do Procedimento: Preencher com o código do procedimento para o qual está sendo solicitada a internação, de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 35 - Carácter do Atendimento: Preencher com o código do carácter do atendimento, de acordo com a tabela especificada no Manual do SIH.

Campo 36 - Clínica: Preencher com a especialidade do leito/clínica.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Campo 37 - Solicitação: Preencher com o nome do profissional que solicita a internação, o qual deve estar cadastrado no CNES.

Campo 38 - Nº. Documento do CNS do Profissional Solicitante: Preencher com o nº do CNS utilizado pelo profissional solicitante/assistente.

Campo 39 - Nº. Registro do Conselho: Preencher com o número de registro no Conselho de Classe do profissional solicitante/assistente.

Campo 40 - Data da Solicitação: Preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 41 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional solicitante/assistente deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

AUTORIZAÇÃO

Campo 42 - Nome do Profissional Autorizador: Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES da unidade autorizadora/órgão emissor e também no Sistema de Informação Hospitalar.

Campo 43 - Nº. Registro do Conselho: Preencher com o número de registro no Conselho de Classe do profissional autorizador.

Campo 44 - Nº. Documento do CNS do Profissional Autorizador: Preencher com o nº do CNS utilizado pelo profissional autorizador.

Campo 45 - Código do Órgão Emissor: Preencher com o código do Órgão Emissor, devidamente cadastrado no Sistema de Informação Hospitalar, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº 637, de 11 de novembro de 2005.

Campo 46 - Tipo de Autorização: Assinalar com um "X" no quadro correspondente ao tipo de autorização.

Campo 47 - Status da Autorização: Assinalar com um "X" no quadro correspondente ao status da autorização.

Campo 48 - Data da Autorização: Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 49 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no Conselho de Classe.

Campo 50 - Numeração da AIH: Reservado para registrar o número da AIH quando autorizado (colar a etiqueta com o número da AIH autorizada). O Ministério da Saúde recomenda a utilização de aplicativo para emissão e controle da numeração magnética das AIH, seja por meio do Módulo Autorizador disponibilizado pelo DATASUS/MS, ou aplicativo próprio que o gestor disponha.

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS
ESPECIAIS E/OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR (Folha 1/2)
(Anexo II)**

É o documento para solicitação de procedimentos especiais e/ou para mudança de procedimento a ser preenchido pelo profissional solicitante/assistente, com autorização do Diretor Clínico/Técnico e do Gestor Local. A normalização sobre PROCEDIMENTO ESPECIAL e MUDANÇA DE PROCEDIMENTO encontra-se disponível para *download* no site www.saude.ba.gov.br/dicon.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO E DO PACIENTE

Os campos de 01 ao 25 - Seguir as mesmas orientações de preenchimento do Anexo I.

Campo 26- Nº. AIH: Preencher com o número da Autorização de Internação Hospitalar - AIH que originou a internação e que necessite do procedimento especial ou que sofrerá mudança de procedimento.

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO (marcar com um “X” no quadrado ao lado)

Campo 27 - Descrição do Procedimento - Anterior: Preencher com o nome/descrição do procedimento principal e que foi inicialmente solicitado/autorizado.

Campo 28 - Código do Procedimento - Anterior: Preencher com o código do procedimento principal, que foi inicialmente solicitado/autorizado, de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 29 - Descrição do Procedimento - Mudança: Preencher com o nome/descrição do novo procedimento para atender à mudança solicitada.

Campo 30 - Código do Procedimento – Mudança: Preencher com o código do procedimento que está sendo solicitado para atender à mudança de procedimento de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 31 - Diagnóstico Inicial: Preencher com a descrição do diagnóstico inicial ou da hipótese diagnóstica do paciente.

Campo 32 - CID 10 Principal: Preencher com o CID 10 PRINCIPAL que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento hospitalar. Pode mudar em relação ao colocado no Laudo Inicial (obrigatório).

Campo 33 - CID 10 Secundário: Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base.

Campo 34 - CID 10 Causas Associadas: Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente.

Obs.: Todos os campos de CID são importantíssimos para avaliação epidemiológica, porém, os campos 33 e 34 não são obrigatórios, exceto os casos previstos em normalização específica, estabelecido pelo gestor federal, estadual ou municipal.

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS) - (assinalar com um "X" no quadrado ao lado)

Campo 35 - Descrição do Procedimento Principal: Preencher com o nome/descrição do procedimento principal e que foi inicialmente autorizado.

Campo 36 - Código do Procedimento Principal: Preencher com o código do procedimento principal e que foi inicialmente autorizado.

Campo 37 - Solicitação de Diária: Havendo necessidade de solicitação de diária de acompanhante ou diária de UTI, assinalar com um "X" no quadrado correspondente.

Campos 38, 41 e 44 - Preencher, quando necessário, com o nome/descrição procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade de tratamento do paciente.

Campos 39, 42 e 45 - Preencher com o código do procedimento especial que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campos 40, 43 e 46 - Preencher com as quantidades correspondentes, nos casos em que couber (Ex.: quantidade de exames, OPM, medicamentos, etc).

47 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O profissional solicitante deve preencher a justificativa da solicitação de mudança de procedimento e/ou solicitação de procedimento especial que embase com segurança a autorização do gestor.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Campo 48 - Solicitação: Preencher com o nome do profissional que solicita a mudança de procedimento e/ ou procedimento especial, o qual deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 49 - Nº. Documento do CNS do Profissional Solicitante: Preencher com o nº do CNS utilizado pelo profissional solicitante/assistente.

Campo 50 - Nº. Registro do Conselho: Preencher com o número de registro no Conselho de Classe do profissional solicitante/assistente.

Campo 51 - Data da Solicitação: Preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano no formato (dd/mm/aaaa).

Campo 52 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional solicitante/assistente deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

AUTORIZAÇÃO

Campo 53 - Nome do Profissional Autorizador: Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES da unidade autorizadora/órgão emissor e também no Sistema de Informação Hospitalar.

6

Campo 54 - Nº. Registro do Conselho: Preencher com o número de registro no Conselho de Classe do profissional autorizador.

Campo 55 - Nº. Documento do CNS do Profissional Autorizador: Preencher com o nº do CNS utilizado pelo profissional autorizador.

Campo 56 - Código do Órgão Emissor: Preencher com o código do Órgão Emissor, devidamente cadastrado no Sistema de Informação Hospitalar, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº 637, de 11 de novembro de 2005.

Campo 57 - Tipo de Autorização: Assinalar com um "X" no quadro correspondente ao tipo de autorização.

Campo 58 – Status da Autorização: Assinalar com um "X" no quadro correspondente ao status da autorização.

Campo 59 - Data da Autorização: Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 60 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no Conselho de Classe.

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) – CONTINUAÇÃO (Folha 2/2)

Somente utilizar se for necessária a solicitação/autorização de mais de 03 procedimentos especiais.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Campo 61 - Nome do Estabelecimento Executante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento solicitante.

Campo 62 - CNES: Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento executante.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Campo 63 - Nome do Paciente: Preencher com o nome do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o nome do meio.

Campo 64 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do paciente (15 dígitos).

Campo 65 - Nº do Prontuário: número adotado pelo SAME ou similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS) - Continuação

Campos 66 a 76 - Preencher com o nome/descrição procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade de tratamento do paciente.

Campos 77 a 87 - Preencher com o código do procedimento especial que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campos 88 a 98 - Preencher com as quantidades correspondentes, nos casos em que couber (Ex.: quantidade de exames, OPM, medicamentos, etc).

99 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O profissional solicitante deve preencher a justificativa da solicitação de mudança de procedimento e/ou solicitação de procedimento especial que embase com segurança a autorização do gestor.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Campo 100 - Nome do Profissional Solicitante: Preencher com o nome do profissional que solicita a mudança de procedimento e/ ou procedimento especial, o qual deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 101 - Nº. Documento do CNS do Profissional Solicitante: Preencher com o nº do CNS utilizado pelo profissional solicitante/assistente.

Campo 102 - Nº. Registro do Conselho: Preencher com o número de registro no Conselho de Classe do profissional solicitante/assistente.

Campo 103 - Data da Solicitação: Preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano no formato (dd/mm/aaaa).

Campo 104 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional solicitante/assistente deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

AUTORIZAÇÃO

Campo 105 - Nome do Profissional Autorizador: Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES da unidade autorizadora/órgão emissor e também no Sistema de Informação Hospitalar.

Campo 106 - Nº. Registro do Conselho: Preencher com o número de registro no Conselho de Classe do profissional autorizador.

Campo 107 - Nº. Documento do CNS do Profissional Autorizador: Preencher com o nº do CNS utilizado pelo profissional autorizador.

Campo 108 - Código do Órgão Emissor: Preencher com o código do Órgão Emissor, devidamente cadastrado no Sistema de Informação Hospitalar, em conformidade com a Portaria SAS/MS nº 637, de 11 de novembro de 2005.

Campo 109 - Tipo de Autorização: Assinalar com um "X" no quadro correspondente ao tipo de autorização.

Campo 110 – Status da Autorização: Assinalar com um "X" no quadro correspondente ao status da autorização.

Campo 111 - Data da Autorização: Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 112 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no Conselho de Classe.