

Normas Informativas e Compartilhadas em Cirurgia Plástica

“O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência”.

Princípio Fundamental – Código de Ética Médica

Muito se tem discutido nos últimos anos sobre as informações prestadas pelos médicos aos seus pacientes. Conflitos decorrentes do desencontro de entendimento sobre condutas e demais esclarecimentos tem sido móvel de muitas reclamações frente aos Conselhos Regionais de Medicina ou mesmo ao Poder Judiciário.

O prontuário médico (documento oficial onde devem estar registrados todos os atos praticados) sempre serviu para a anotação das informações e demais condutas propostas ou realizadas. No entanto, denota-se ainda a falta de um documento compartilhado, ágil e de conhecimento público, que venha tratar afirmativamente o conhecimento por parte dos pacientes sobre a qualificação do médico, do ambiente de atendimento, das responsabilidades individuais e da equipe, além das questões referentes a proposta de técnica a ser empregada. Neste mesmo documento assegura-se informação sobre a continuidade de acompanhamento da equipe médica no pós-operatório.

A Câmara Técnica de Cirurgia Plástica do Conselho Federal de Medicina, com a efetiva participação e apoio da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e após longos e produtivos debates, propôs ao Plenário do CFM o documento denominado *“Normas Informativas e Compartilhadas em Cirurgia Plástica”*, aprovado por unanimidade, devendo fazer parte do manual de fiscalização a ser brevemente editado pela entidade.

Esse protocolo informativo não exige a necessidade de um prontuário ambulatorial e/ou hospitalar bem elaborado, conforme previsto no artigo 87 do Código de Ética Médica, que traz a seguinte redação:

“É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente”.

§1º. O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica, com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina;

§2º. O prontuário estará sob a guarda do médico ou instituição que assiste o paciente.”

Também não exclui a possibilidade dos termos de consentimento já usados por muitos médicos. Contudo, o protocolo agrega um novo instrumento ao repertório de ações que primam pela boa prática médica e pela segurança do paciente.

O documento aqui apresentado deverá ser usado pelos cirurgiões plásticos em 3 (três) fases distintas:

1. Ambulatorial (Pag. 1)
2. Pré cirúrgica (Pag. 2)
3. Hospitalar (Pags. 3 e 4)

Cada uma dessas fases impõe uma parte do documento onde estará aposta a assinatura do médico assistente e do paciente ou seu responsável. Sempre em 2 (duas) vias, sendo uma entregue ao paciente e outra de posse do médico.

O formulário está disponibilizado gratuitamente no site do Conselho Federal de Medicina (www.portalmedico.org.br ou www.cfm.org.br) e pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). Com sua leitura, preenchimento e assinatura, responsabilizam-se médicos e pacientes pelo conhecimento e compartilhamento das informações.

O CFM pretende que seja um documento de concórdia e de aprimoramento da relação médico-paciente, possibilitando atendimentos convergentes em busca do melhor resultado possível frente a individualidade de cada caso.



Normas Informativas e Compartilhadas em Cirurgia Plástica*

Médico _____ CRM _____

Local de atendimento _____

FASE AMBULATORIAL: CONSULTA E AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

A) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome _____ Nº Registro _____

Endereço (Rua, Av., Praça Etc) _____ Número _____

CEP _____ Complemento _____ UF _____

Tel. contato _____ Tel. Cel _____ E-mail _____

CI _____ Emissor _____ Data _____ Sexo _____

CIC/CPF _____

Data de Nascimento _____ Local de Nascimento _____ UF _____

B) PATOLOGIA/ INDICAÇÃO

1) Anamnese

Geral _____ Específica _____

2) Antecedentes

Referidos _____

Pesquisados Tabagismo Alergia Tratamento Clínico Psiquiátrico

Uso de medicamentos _____

C) COMPARTILHAMENTO COM OUTRA ESPECIALIDADE CIRÚRGICA

Mesma área anatômica _____ Outra área anatômica _____

D) ESCLARECIMENTOS/ DISCUSSÃO DO CASO: PLANO CIRÚRGICO PROPOSTO

Das Técnicas _____ Dos riscos _____

Das cicatrizes _____ Do pós-operatório imediato/mediato _____

E) EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

Gerais _____ Específicos _____

Outros _____ Parecer risco cirúrgico _____

F) CONSULTA PRÉ-ANESTESICA (SBA)

Indicada _____ Encaminhada _____

Prescrição Especial _____

G) DO CIRURGIÃO

Especialista AMB (SBCP) _____ Título da CNRM _____

H) DO HOSPITAL

Hospital Geral Hospital Especializado Clínica Especializada Hospital Dia

Registros CRM/SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

I) INSTRUMENTAL ESPECÍFICO

Próprios Do Hospital/ Clínica De ambos

Local _____ Data ____/____/____

Médico Assistente

Paciente ou Responsável

Normas Informativas e Compartilhadas em Cirurgia Plástica*

Médico _____ CRM _____

Paciente _____ Data de nascimento ____/____/____

Local de atendimento _____

FASE TRANS-OPERATÓRIO

A) TRANS-OPERATÓRIO-ANESTESIA (SBA) – Checagem de equipamentos

Execução de Planejamento Prévio Necessidade de Mudança de Planejamento

Descreva os motivos _____

B) TRANS-OPERATÓRIO-CIRURGIA – Checagem de equipamentos

Execução de Planejamento Prévio Necessidade de Mudança de Planejamento

Descreva os motivos _____

C) PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS

Temperatura ambiente Tromboembolismo Acidentes de contato elétrico, químico e postural

D) DURAÇÃO DO ATO – Preparo em Sala _____ Cirúrgico _____

Anestésico _____ Total _____

E) DRENOS – Aplicação: Não Aspirativo Não Aspirativo

F) SONDAGENS – Vesical: Não Alívio Demora

G) CURATIVOS – Tipos: Não Por imobilização Por contenção

H) BOLETINS/ DESCRIÇÕES – Anestésico Cirúrgico

Outros eventos _____

I) SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE MATERIAL CIRÚRGICO – Não Sim

Em caso de sim descreva qual _____

Entregue para paciente (responsável) Hospital Responsável

J) INTERCORRÊNCIAS

Anestésicas: Sim Não

Em caso de sim descreva as intercorrências anestésicas _____

Cirúrgico: Sim Não

Em caso de sim descreva as intercorrências cirúrgicas _____

Outras intercorrências _____

OBSERVAÇÕES

Local _____ Data ____/____/____

Médico Assistente

Paciente ou Responsável

