



Unidade Rocinha

Relatório Assistencial

CTA – Trimestral

VIVARIO

Agosto – Setembro - Outubro

2014

Coordenador Sistemas de Informação: Silvio Maffei

Analista de Informação: Roberta Passetto

1

Rua do Russel, 76 Glória Cep: 22210-010 Rio de Janeiro Brasil
Tel.: (55 21) 2555-3750 Fax: (55 21) 2555-3753

CNPJ: 00.343.941/0001-28 Inscrição Estadual: 85.643.355 Inscrição Municipal: 01.953.745
www.vivario.org.br

Apresentação

O presente relatório tem por objetivo descrever e apresentar as atividades assistenciais de saúde desenvolvidas pela Unidade de Pronto Atendimento – UPA ROCINHA durante o trimestre que compreende os meses de **AGOSTO a OUTUBRO/2014**, relacionadas ao Contrato de Gestão celebrado com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SMS RIO e a Organização Social Viva Rio– OSS.

O documento está estruturado de acordo com as linhas de ação estabelecidas pela Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação – CTA, que monitora e avalia o desempenho das Organizações Sociais no cumprimento das metas estabelecidas em contrato de gestão nº006/2009 entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SMS RIO e a Organização Social Viva Rio– OSS.

Conteúdo

Apresentação.....	2
1. Indicador de Desempenho Assistencial	7
1.1 <i>Percentual de pacientes atendidos por médico.....</i>	7
1.2 <i>Percentual de pacientes atendidos conforme tempo definido na classificação de risco</i>	9
1.3 <i>Tempo de permanência na Emergência.....</i>	11
1.4 <i>Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) \leq 24 hs</i>	13
1.5 <i>Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) \geq 24 hs</i>	14
1.6 <i>Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de SEPSE.....</i>	16
1.7 <i>Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC.....</i>	18
1.8 <i>Percentual de trombólises realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.....</i>	19
2. Indicador de Gestão	21
2.1 <i>Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.....</i>	21
2.2 <i>Índice de absenteísmo por categoria profissional</i>	22
2.3 <i>Taxa de turn-over.....</i>	24
2.4 <i>Treinamento hora-homem.....</i>	25
3. Indicador de Satisfação do usuário.....	28
3.1 <i>Índice de questionários preenchidos pelos pacientes</i>	28
3.2 <i>Percentual de pacientes satisfeitos/ muito satisfeitos</i>	30
4. Relatório Financeiro	34
5. ANEXOS	37

Lista de tabelas

<i>Tabela 1: Resumo dos Indicadores de Desempenho, Agosto a Outubro/2014</i>	5
<i>Tabela 2: Percentual de pacientes atendidos por médico, Agosto a Outubro/2014</i>	7
<i>Tabela 3: Percentual de pacientes atendidos conforme tempo definido na classificação de risco, Agosto a Outubro/2014</i>	9
<i>Tabela 4: Tempo de permanência na Emergência, Agosto a Outubro/2014</i>	11
<i>Tabela 5: Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) \leq 24 horas, Agosto a Outubro/2014</i>	13
<i>Tabela 6: Taxa de mortalidade na unidade de emergência sala amarela e vermelha) \geq 24 hs, Agosto a Outubro/2014</i>	14
<i>Tabela 7: Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse, Agosto a Outubro/2014</i>	16
<i>Tabela 8: Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC, Agosto a Outubro/2014</i>	18
<i>Tabela 9: Percentual de trombólies realizadas no tratamento de IAM com supra de ST, Agosto a Outubro/2014</i>	19
<i>Tabela 10: Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades, Agosto a Outubro/2014</i>	21
<i>Tabela 11: Índice de absenteísmo por categoria profissional, Agosto a Outubro/2014</i>	22
<i>Tabela 12: Taxa de turn-over, Agosto a Outubro/2014</i>	24
<i>Tabela 13: Treinamento hora-homem, Agosto a Outubro/2014</i>	26
<i>Tabela 14: Índice de questionários preenchidos pelos pacientes, Agosto a Outubro/2014</i>	28
<i>Tabela 15: Percentual de pacientes satisfeitos/ muitos satisfeitos, Agosto a Outubro/2014</i>	30

Lista de Gráficos

<i>Gráfico 1: Pontuação dos Indicadores de Desempenho, Agosto a Outubro/2014</i>	6
<i>Gráfico 2: Pontuação do Indicador: Percentual de pacientes atendidos por médico, Agosto a Outubro/2014</i>	8
<i>Gráfico 3: Pontuação do Indicador: Percentual de pacientes atendidos conforme tempo definido na classificação de risco, Agosto a Outubro/2014</i>	9
<i>Gráfico 4: Pontuação do Indicador: Tempo de permanência na Emergência, Agosto a Outubro/2014</i>	11
<i>Gráfico 5: Pontuação do Indicador: Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) \leq 24 horas, Agosto a Outubro/2014</i>	13
<i>Gráfico 6: Pontuação do Indicador: Taxa de mortalidade na unidade de emergência sala amarela e vermelha) \geq 24 hs, Agosto a Outubro/2014</i>	15
<i>Gráfico 7: Pontuação do Indicador: Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse, Agosto a Outubro/2014</i>	16
<i>Gráfico 8: Pontuação do Indicador: Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC, Agosto a Outubro/2014</i>	18
<i>Gráfico 9: Pontuação do Indicador: Percentual de trombólies realizadas no tratamento de IAM com supra de ST, Agosto a Outubro/2014</i>	20
<i>Gráfico 10: Pontuação do Indicador: Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades, Agosto a Outubro/2014</i>	21
<i>Gráfico 11: Pontuação do Indicador: Índice de absenteísmo por categoria profissional, Agosto a Outubro/2014</i>	23
<i>Gráfico 12: Pontuação do Indicador: Taxa de turn-over, Agosto a Outubro/2014</i>	25
<i>Gráfico 13: Pontuação do Indicador: Índice de questionários preenchidos pelos pacientes, Agosto a Outubro/2014</i>	26
<i>Gráfico 14: Pontuação do Indicador: Índice de questionários preenchidos pelos pacientes, Agosto a Outubro/2014</i>	29
<i>Gráfico 15: Pontuação do Indicador: Índice de questionários preenchidos pelos pacientes, Agosto a Outubro/2014</i>	31

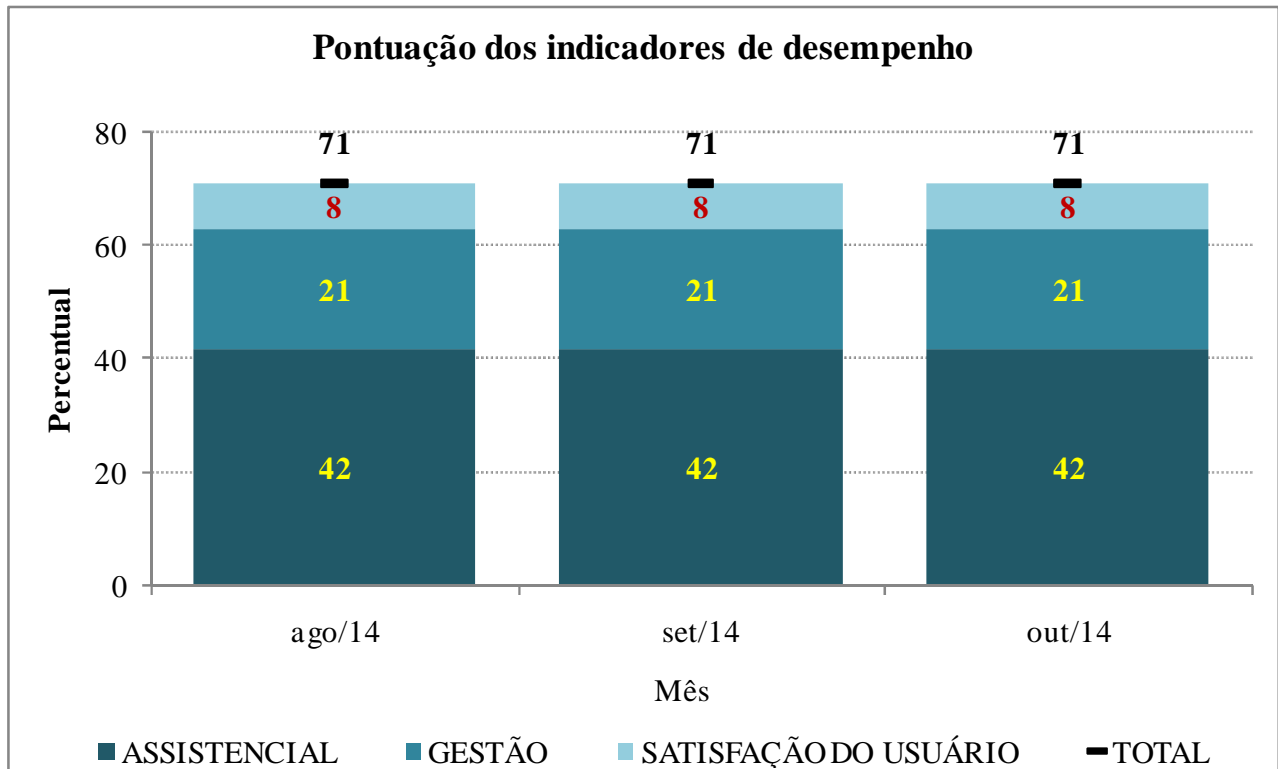
Indicadores de Desempenho

Tabela 1: Resumo dos Indicadores de Desempenho, Agosto a Outubro/2014

UPA ROCINHA		Meta	ago/14	set/14	out/14
DESEMPENHO ASSISTENCIAL					
1	Percentual de pacientes atendidos por médico	70%	85,8%	90,2%	84,8%
2	Percentual de pacientes atendidos conforme tempo definido na classificação de risco	100%	70,5%	88,0%	86,2%
3	Tempo de permanência na Emergência*	máximo 24h	23:21:53	15:28:39	26:31:31
4	Taxa de mortalidade na unidade de emergência sala amarela e vermelha) \leq 24 hs	< 4 %	3,7%	1,0%	0,0%
5	Taxa de mortalidade na unidade de emergência sala amarela e vermelha) \geq 24 hs	< 7%	2,5%	2,0%	0,8%
6	Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse	100%	55,6%	80,0%	100,0%
7	Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC	100%	100,0%	100,0%	100,0%
8	Percentual de trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST	100%	100,0%	100,0%	100,0%
GESTÃO					
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades	> 90%	95,8%	95,0%	96,7%
2	Índice de absenteísmo por categoria profissional	< 3%	2,2%	1,2%	0,6%
3	Taxa de turn-over	\leq 3,5%	2,2%	0,8%	2,3%
4	Treinamento hora-homem	> 1,5	0,0%	0,0%	0,0%
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO					
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes	> 15%	53,1%	62,4%	54,3%
2	Percentual de pacientes satisfeitos/muito satisfeitos	> 85%	81,5%	82,1%	83,7%
Percentual das metas alcançadas		100%	71	71	71

* Sugestão de fórmula de cálculo para o indicador considerando seu objetivo de análise – página 13

Gráfico 1: Pontuação dos Indicadores de Desempenho, Agosto a Outubro/2014





1. Indicador de Desempenho Assistencial

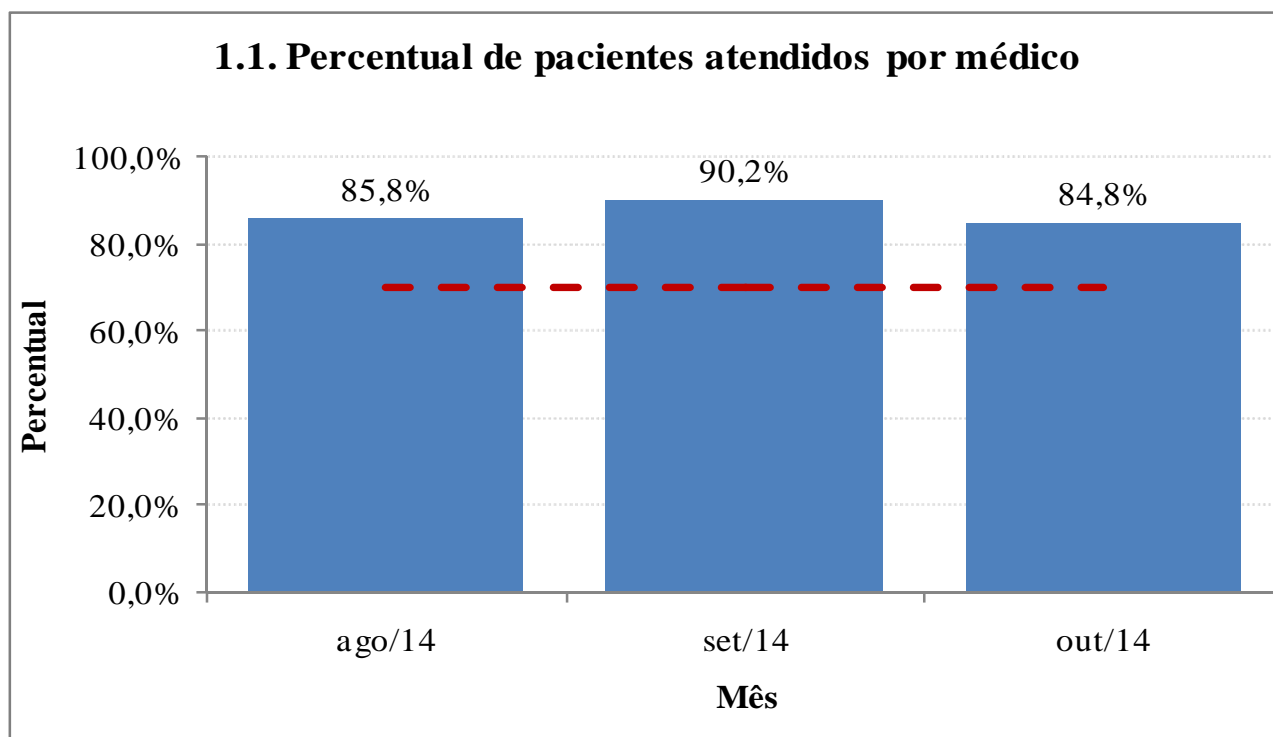
Dos oito indicadores referentes ao Desempenho Assistencial, para os meses de Agosto, Setembro e Outubro, 06 atingiram a meta, totalizando 42 pontos.

1.1 Percentual de pacientes atendidos por médico

Tabela 2: Percentual de pacientes atendidos por médico, Agosto a Outubro/2014

1.1 Percentual de pacientes atendidos por médico		ago/14	set/14	out/14
Número de atendimentos médicos x100		7.351	7.039	7.062
Número total de pacientes acolhidos		8.567	7.805	8.332
Meta	70%	85,8%	90,2%	84,8%
Pontos	7	7	7	7

Gráfico 2: Pontuação do Indicador: Percentual de pacientes atendidos por médico, Agosto a Outubro/2014



Numerador: Número de atendimentos médicos x100

Denominador: Número total de pacientes acolhidos

Meta: $\geq 70\%$

Objetivo: Identificar necessidade e prioridade do paciente.

Para o mês de agosto, dos 8.567 pacientes acolhidos, 7.351 (85,8%) foram atendidos (5.784, clínica médica e 1.567, pediatria). No mês de setembro, foram acolhidos, 7.805, dentre estes, 7.039 (90,2%) foram atendidos (5.537 para clínica médica e 1.502 para pediatria). Já para o mês de Outubro, 8.332 pacientes foram acolhidos e destes, 7.062 (84,8%) foram atendidos (5.614, clínica médica e 1.448, pediatria) atingindo o cumprimento da meta nos três meses.

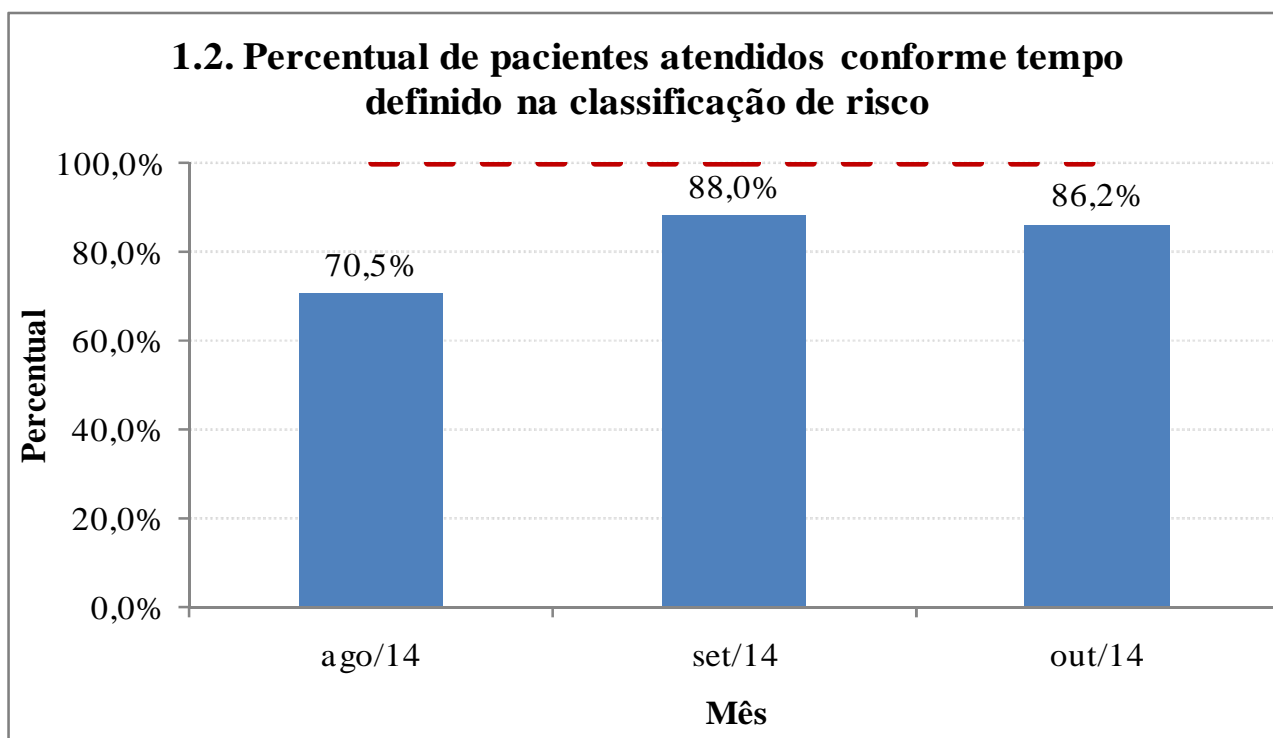
Observamos diferenças entre o total de pacientes acolhidos e o total de pacientes atendidos para os meses de agosto, setembro e outubro. Essa diferença está relacionada aos pacientes que são acolhidos e encaminhados para atendimento do serviço social, pacientes que são acolhidos, classificados como “azul” e redirecionados, pacientes que são acolhidos para realização de exames de raio-x encaminhados das clínicas da família do território e eventualmente pacientes acolhidos e que não aguardaram tendo desistido do atendimento.

1.2 Percentual de pacientes atendidos conforme tempo definido na classificação de risco

Tabela 3: Percentual de pacientes atendidos conforme tempo definido na classificação de risco, Agosto a Outubro/2014

1.2 Percentual de pacientes atendidos conforme tempo definido na classificação de risco		ago/14	set/14	out/14
Numero de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco x 100		5.321	6.367	6.228
Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco		7.551	7.235	7.227
Meta	100%	70,5%	88,0%	86,2%
Pontos	7	0	0	0

Gráfico 3: Pontuação do Indicador: Percentual de pacientes atendidos conforme tempo definido na classificação de risco, Agosto a Outubro/2014





Numerador: Numero de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco x 100

Denominador: Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco.

Meta: 100%

Objetivo: Acesso rápido ao atendimento médico, priorizando o risco de vida.

A partir da competência 09/2014 foram considerados para compor o denominador da fórmula apenas aqueles pacientes classificados para atendimento médico, totalizando 7.235 pacientes, sendo excluídos da fórmula do indicador aqueles pacientes classificados para atendimento do serviço social (244) e os pacientes classificados e referenciados para as clínicas da família (152 classificados como azul). Em outubro foram classificados para atendimento médico 7.227 (não contabilizando os 487 atendimentos do serviço social e 333 referenciados para as clínicas da família).

Apesar da meta estipulada não ter sido atingida em nenhum dos meses analisados, observa-se um percentual médio de 81,5% de pacientes atendidos dentro do tempo definido na classificação de risco. Em agosto, 70,5% foram atendidos dentro do tempo enquanto em setembro o percentual subiu para 88,0%. No mês de outubro 86,2% pacientes foram classificados e atendidos dentro do tempo estipulado.

Muitas das vezes o tempo de espera na unidade é elevado considerando-se o número elevado de pacientes que buscam atendimento. Desta forma, muitas vezes a demanda é maior que a capacidade de atendimento, aumentando esse tempo de espera. Sendo assim, considerando que sempre haverá alguma variável que irá interferir no atendimento de todos os pacientes no tempo definido, sugerimos uma revisão da meta de 100%.

Com o objetivo de diminuir este tempo de atendimento o enfermeiro escalado para classificação de risco, acompanha e monitora o tempo de espera do paciente na fila, e sempre que necessário, sinaliza o médico plantonista sobre a necessidade de agilizar o atendimento dos pacientes que encontram-se com o tempo de espera elevado; paralelamente a isso, o coordenador médico acompanha a rotina da unidade diariamente através do painel de monitoramento, cobrando dos profissionais o atendimento dentro da

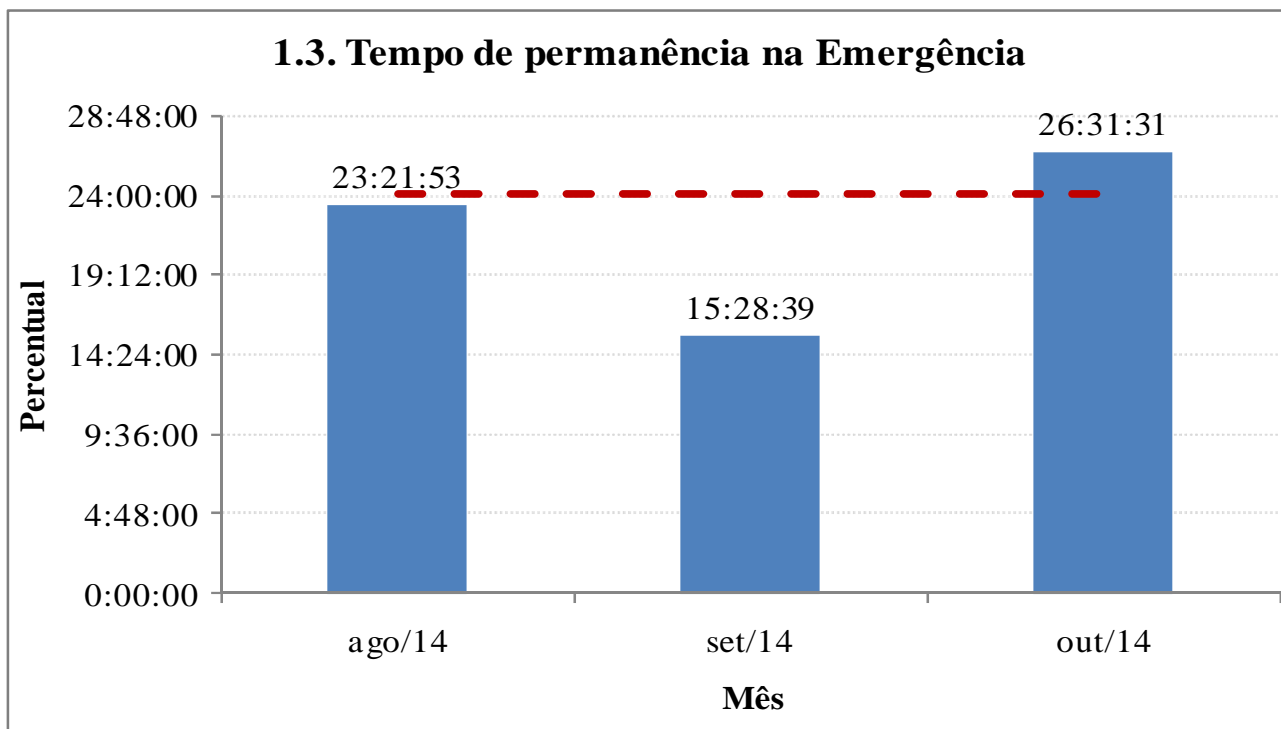
meta estipulada. Quando ocorre o aumento na demanda, o mesmo atende juntamente a equipe a fim de minimizar o tempo de espera para o atendimento.

1.3 Tempo de permanência na Emergência

Tabela 4: Tempo de permanência na Emergência, Agosto a Outubro/2014

1.3 Tempo de permanência na Emergência		ago/14	set/14	out/14
Número de pacientes /dia		3785:05:58	1563:12:57	3368:41:59
Número de saídas		162	101	127
Meta	máximo 24h	23:21:53	15:28:39	26:31:31
Pontos	7	7	7	0

Gráfico 4: Pontuação do Indicador: Tempo de permanência na Emergência, Agosto a Outubro/2014





Numerador: Número de pacientes /dia

Denominador: Número de saídas

Meta: 100%

Objetivo: Manter o fluxo de alocação dos pacientes.

Anexos: [Anexos 5.1](#), [5.2](#) e [5.3](#)

Para apresentar um resultado expresso em horas, de acordo com o objetivo do indicador que é acompanhar o tempo médio de permanência dos pacientes na emergência, ajustamos a fórmula para cálculo para considerar no numerador a soma das horas de permanência na emergência dos pacientes no período analisado. Desta forma, sugerimos que forma de cálculo para o indicador considerando seu objetivo de análise seja:

Numerador: Soma do tempo de permanência dos pacientes em observação (sala amarela adulto, sala amarela pediátrica e sala vermelha)

Denominador: Total de pacientes em observação (Todas as salas).

Meta: Máximo 24 horas.

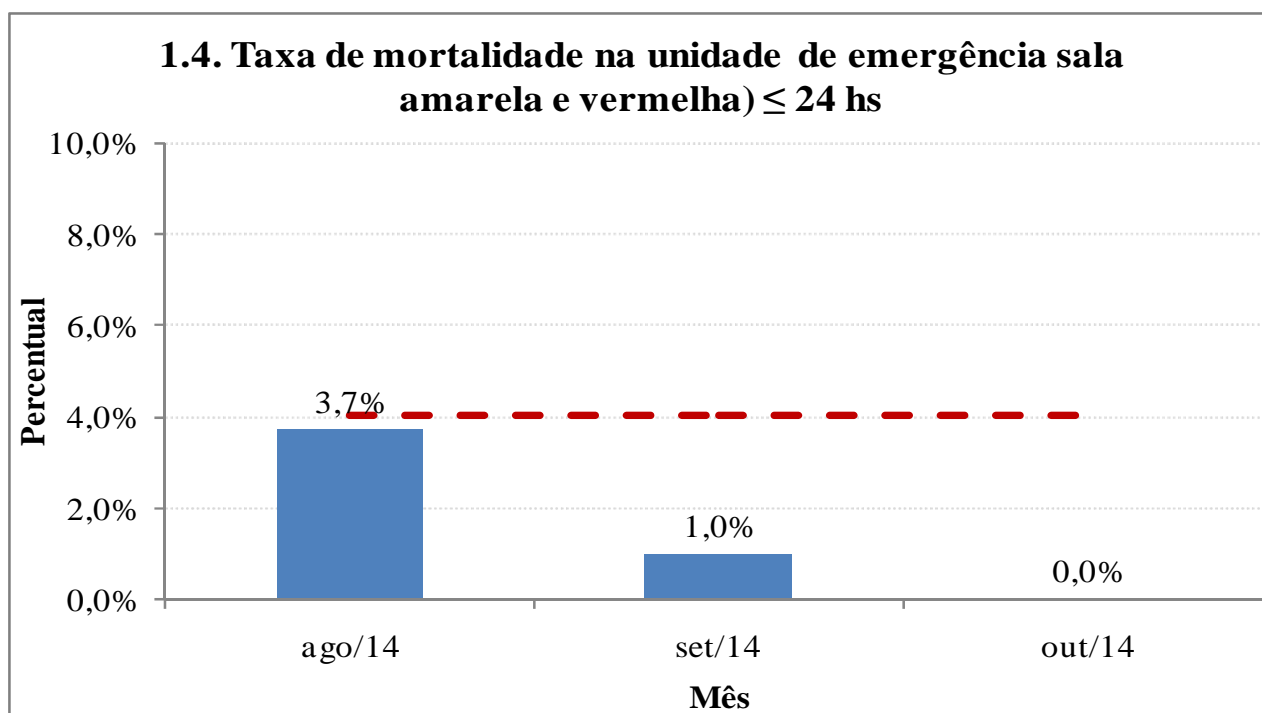
Observa-se que nos meses de agosto e setembro atingiu-se a meta estabelecida. Já no mês de outubro a meta não foi alcançada, uma vez que ocorreu um caso (Paciente: M.L.S.) onde a paciente permaneceu em observação na sala vermelha por dez dias aguardando transferência para unidade de alta-complexidade (apesar de sua regulação ter sido realizada três horas depois de sua chegada, a paciente só foi transferida após o 2º mandato judicial), elevando o tempo médio de permanência, uma vez que a OSS Viva Rio não tem governabilidade sobre o processo de regulação (SISREG).

1.4 Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) \leq 24 horas

Tabela 5: Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) \leq 24 horas, Agosto a Outubro/2014

1.4 Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) \leq 24 hs		ago/14	set/14	out/14
Número de óbitos com pacientes em observação \leq 24hs (amarela e vermelha)		6	1	0
Total de pacientes em observação (todas as salas)		162	101	127
Meta	4%	3,7%	1,0%	0,0%
Pontos	7	7	7	7

Gráfico 5: Pontuação do Indicador: Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) \leq 24 horas, Agosto a Outubro/2014



Numerador: Número de óbitos com pacientes em observação ≤ 24 hs (amarela e vermelha)

Denominador: Total de pacientes em observação (todas as salas)

Meta: $< 4\%$

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos em unidade pré-hospitalar fixa.

Anexo: [Anexos 5.4](#)

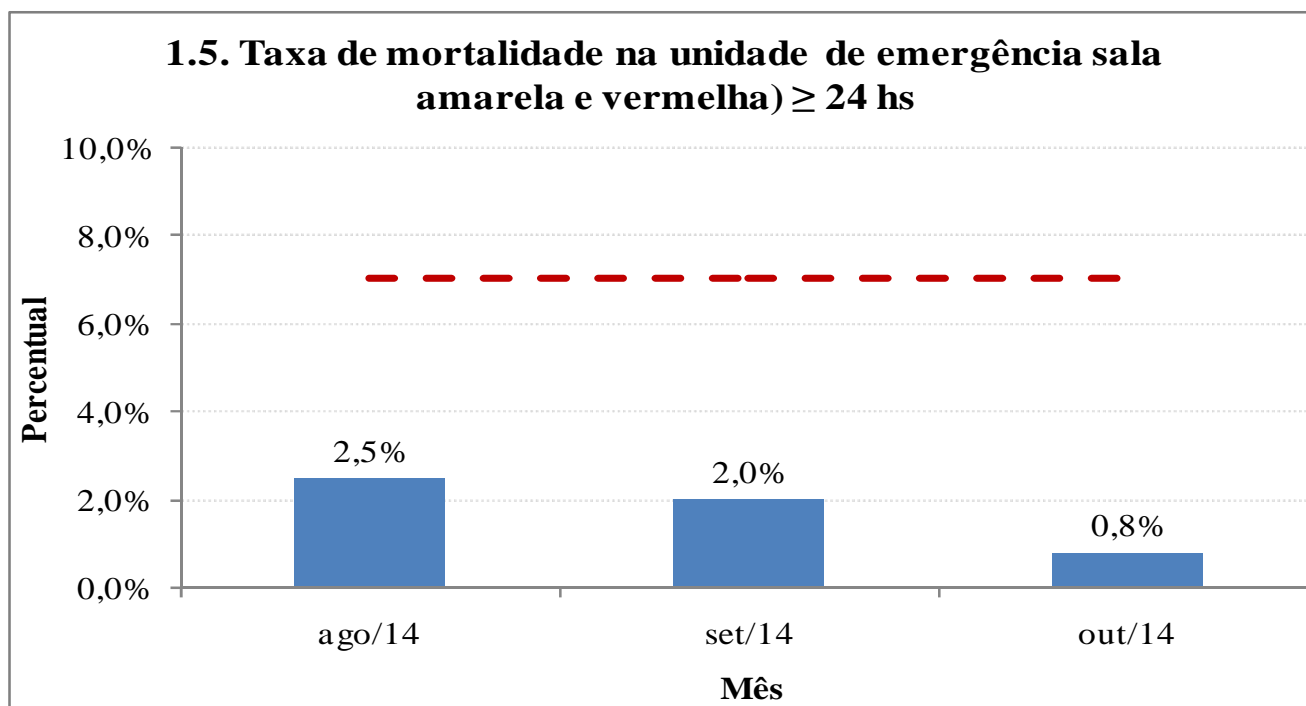
No mês de agosto, ocorreram seis óbitos nos 162 pacientes em observação, atingindo a meta. Em Setembro, ocorreu um óbito ≤ 24 hs dentre os 101 pacientes em observação. E no mês de Outubro não houve ocorrência de óbito dentre os 127 pacientes. Sendo assim, nos meses de Agosto (3,7%), Setembro (1,0%) e Outubro (0,0%), atingiu-se a meta exigida pelo indicador.

1.5 Taxa de mortalidade na unidade de emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24 hs

Tabela 6: Taxa de mortalidade na unidade de emergência sala amarela e vermelha) ≥ 24 hs, Agosto a Outubro/2014

1.5 Taxa de mortalidade na unidade de emergência sala amarela e vermelha) ≥ 24 hs		ago/14	set/14	out/14
Número de óbitos com pacientes em observação ≥ 24 hs (amarela e vermelha)		4	2	1
Total de pacientes em observação (todas as salas)		162	101	127
Meta	7%	2,5%	2,0%	0,8%
Pontos	7	7	7	7

Gráfico 6: Pontuação do Indicador: Taxa de mortalidade na unidade de emergência sala amarela e vermelha) \geq 24 hs, Agosto a Outubro/2014



Numerador: Número de óbitos com pacientes em observação \geq 24hs (amarela e vermelha)

Denominador: Total de pacientes em observação (todas as salas)

Meta: $<7\%$

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos em unidade pré-hospitalar fixa

Anexo: [Anexo 5.5](#) e as Atas das Comissões, anexos [5.6](#), [5.7](#) e [5.8](#)

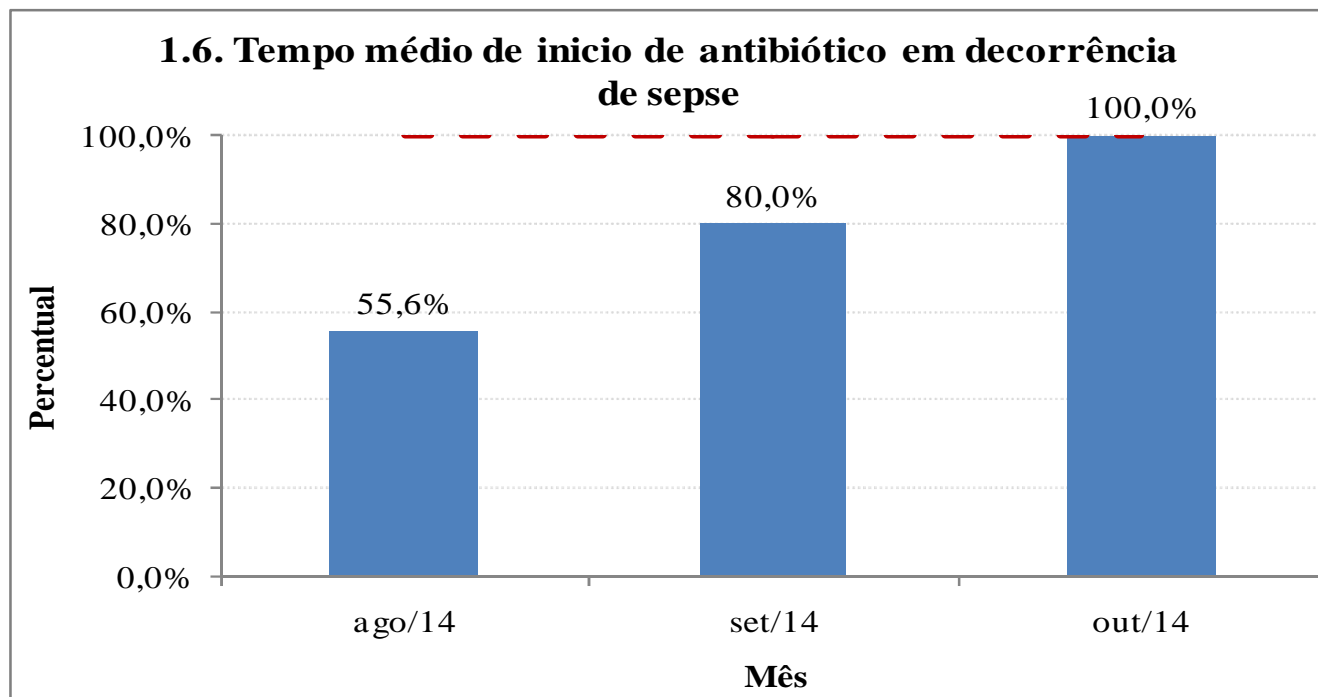
No mês de agosto, ocorreram quatro óbitos dentre os 162 pacientes em observação, atingindo a meta. Em Setembro, ocorreram dois óbitos com tempo de permanência \geq 24hs dentre os 101 pacientes. Já no mês de Outubro, ocorreu apenas um óbito dentre os 127 pacientes em observação. Sendo assim, nos meses de agosto (2,5%), setembro (2,0%) e outubro (0,8%), atingiu-se a meta exigida pelo indicador.

1.6 Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de SEPSE

Tabela 7: Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse, Agosto a Outubro/2014

1.6 Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse		ago/14	set/14	out/14
Total de antibióticos infundidos em um tempo ≤ 2 hs na SEPSE		5	4	6
Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE		9	5	6
Meta	100%	55,6%	80,0%	100,0%
Pontos	7	0	0	7

Gráfico 7: Pontuação do Indicador: Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse, Agosto a Outubro/2014





Numerador: Número de pacientes que tiveram antibióticos administrados em um tempo \leq 2 hs na SEPSE

Denominador: Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE

Meta: 100%

Objetivo: Medir a taxa de adesão de infusão do antibiótico no tempo adequado nos pacientes portadores de sepse.

Anexo: [Anexo 5.9](#) e as Atas da CCIH, anexos [5.10](#), [5.11](#) e [5.12](#)

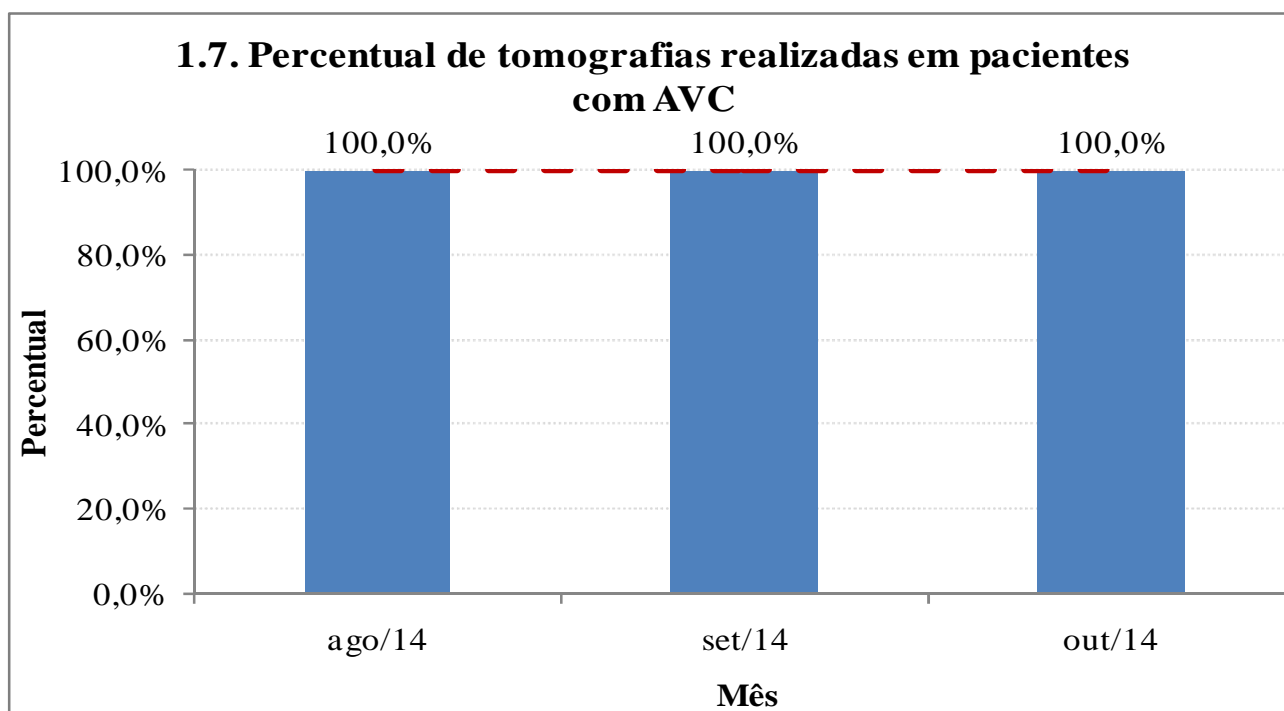
No mês de Agosto ocorreram nove casos com diagnóstico de sepse, em apenas cinco casos houve administração de antibiótico em tempo inferior a 2 horas. Segundo o Coordenador médico a equipe foi sensibilizada e orientada sobre a conduta a ser seguida. Para o mês de Setembro, foram diagnosticados cinco casos com diagnóstico de sepse, sendo quatro destes com administração de medicação inferior a 2 horas. No mês de Outubro, ocorreram seis diagnósticos de sepse e em quatro casos houve administração do antibiótico inferior a 2 horas. Nos outros dois casos (Pacientes: V.C.S.L e L.R.S), após avaliação da coordenação da unidade chegou-se a conclusão que o antibiótico não foi administrado em tempo inferior a 2 horas devido ao quadro clínico dos pacientes não evidenciar o diagnóstico. Sendo assim, o plantonista optou por aguardar o resultado do hemograma para definição do fechamento dos critérios de sepse, não havendo erro na terapia e conduta ministrada conforme relatado pela coordenação na descrição dos casos.

1.7 Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC

Tabela 8: Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC, Agosto a Outubro/2014

1.7 Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC		ago/14	set/14	out/14
Total de pacientes com AVC que realizaram TC		1	1	3
Total de pacientes com diagnóstico de AVC		1	1	3
Meta	100%	100,0%	100,0%	100,0%
Pontos	7	7	7	7

Gráfico 8: Pontuação do Indicador: Percentual de tomografias realizadas em pacientes com AVC, Agosto a Outubro/2014



Numerador: Total de pacientes com AVC que realizaram TC

Denominador: Total de pacientes com diagnóstico de AVC

Meta: 100%

Objetivo: Medir a taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico – AVC que foram submetidos a Tomografia Computadorizada (TC).

Anexo: Anexo [5.13](#) e os comprovantes de solicitação de SISREG, anexos [5.14](#), [5.15](#), [5.16](#)

De acordo com o levantamento realizado pelo Coordenador médico da unidade foram identificados com diagnóstico de AVC, um pacientes no mês de agosto, um no mês de setembro e três casos no mês de outubro.

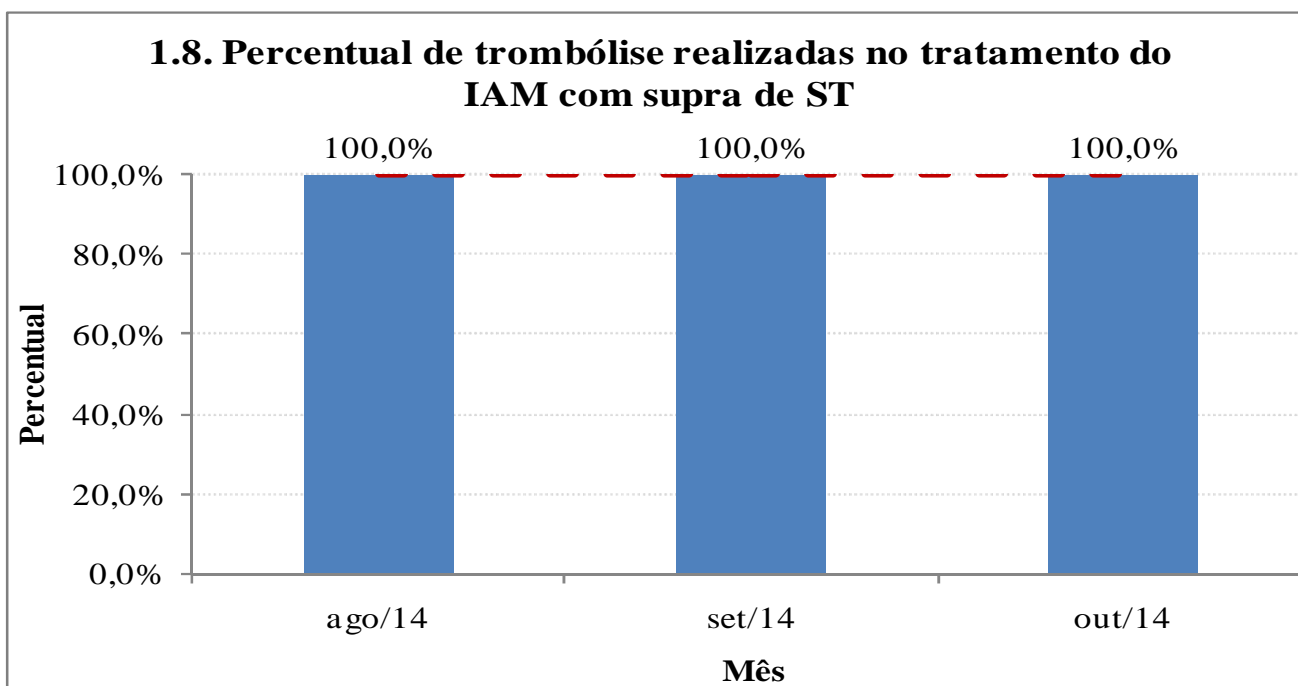
O exame de tomografia computadorizada é indicado como principal método diagnóstico de imagem para a definição do tratamento do Acidente Vascular Cerebral, sendo assim, todos os pacientes que buscaram a unidade e receberam o diagnóstico de AVC foram encaminhados para realização do exame (TC), atingindo no trimestre a meta exigida no indicador (100%). (comprovantes do SISREG em anexo).

1.8 Percentual de trombólises realizadas no tratamento do IAM com supra de ST

Tabela 9: Percentual de trombólises realizadas no tratamento de IAM com supra de ST, Agosto a Outubro/2014

1.8 Percentual de trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST		ago/14	set/14	out/14
Total de pacientes IAM com supra de ST Trombolisados		2	0	0
Total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST no período analisado.		2	0	0
Meta	100%	100,0%	100,0%	100,0%
Pontos	7	7	7	7

Gráfico 9: Pontuação do Indicador: Percentual de trombólises realizadas no tratamento de IAM com supra de ST, Agosto a Outubro/2014



Numerador: Total de pacientes IAM com supra de ST Trombolizados

Denominador: Total de pacientes com diagnóstico de IAM com supra de ST no período analisado.

Meta: 100%

Objetivo: Medir a taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio – IAM com supra de ST que foram submetidos a trombólise via periférica.

Anexo: Anexo [5.17](#)

De acordo com a Coordenação da unidade foram identificados em agosto dois casos de IAM com supra de ST, sendo realizado trombólises em ambos. Em setembro e outubro os casos de diagnóstico de IAM que ocorreram foram sem supra de ST e com isso sem critério para a realização de trombólise. Sendo assim, nos três meses, atingiu-se a meta exigida pelo indicador (100%).

2. Indicador de Gestão

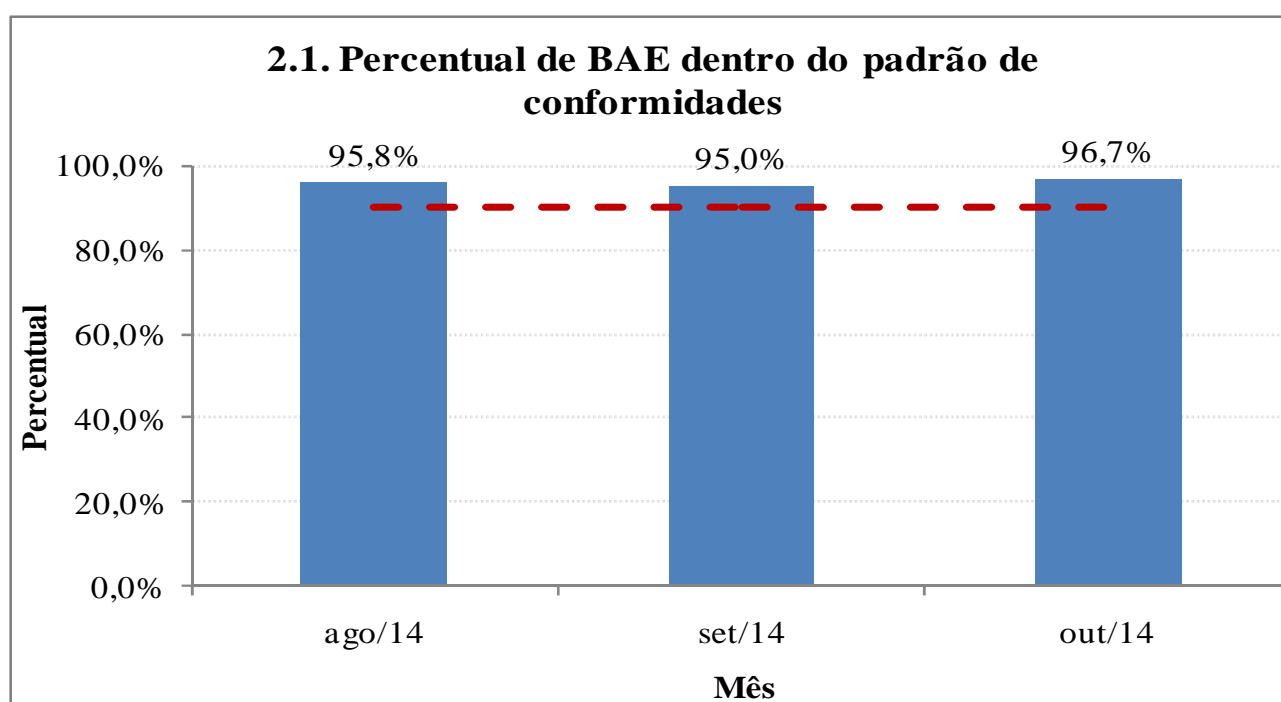
Dos quatro indicadores referentes a Gestão, para os meses de agosto, setembro e outubro três atingiram a meta, totalizando 21 pontos.

2.1 Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades

Tabela 10: Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades, Agosto a Outubro/2014

2.1 Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades		ago/14	set/14	out/14
Total de BAE dentro do padrão de conformidades		92	96	116
Total de BAE analisados		96	101	120
Meta	90%	95,8%	95,0%	96,7%
Pontos	7	7	7	7

Gráfico 10: Pontuação do Indicador: Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades, Agosto a Outubro/2014





Numerador: Total de BAE dentro do padrão de conformidade x100

Denominador: Total de BAE analisados

Meta: > 90%

Objetivo: Medir o percentual de BAE organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas.

Anexo: Atas de comissão de revisão de prontuário, anexos [5.18](#), [5.19](#) e [5.20](#)

No mês de agosto, foram analisados 96 BAEs, e destes, 92 estavam dentro do padrão de conformidade (95,8%). Para o mês de Setembro, dos 101 BAEs analisados, 96 estavam conformes (95%). Já para o mês de Outubro, foram analisados 120 BAEs e destes 116 (96,7%) estavam conformes. Sendo assim atingiu-se a meta nos três meses analisados.

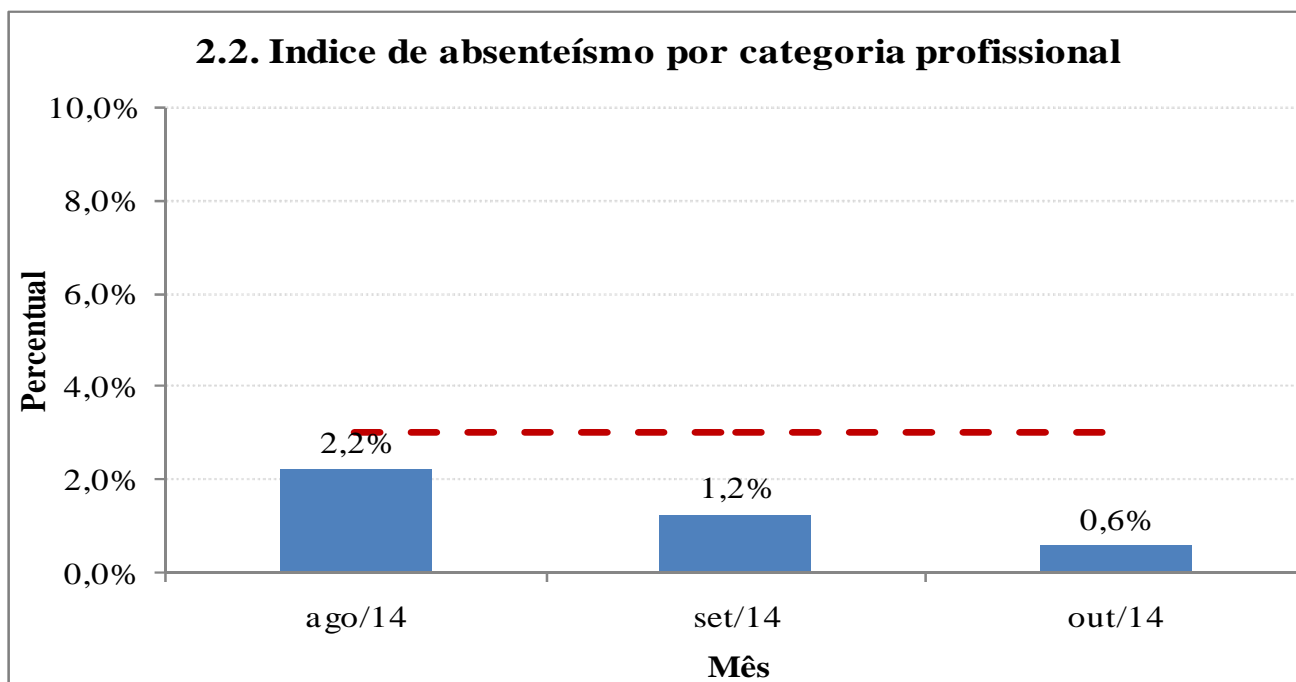
A coordenação vem utilizando critérios rigorosos para avaliação dos BAEs, tais como: prontuário preenchido, impresso e carimbado; classificação de risco efetuada com sinais vitais; queixa principal, anamnese e exame físico, bem como hipótese diagnóstica, Cid e conduta, minimamente preenchidos e coerentes com o caso em si; e conduta terapêutica e prescrições coerentes e necessárias ao caso.

2.2 Índice de absenteísmo por categoria profissional

Tabela 11: Índice de absenteísmo por categoria profissional, Agosto a Outubro/2014

2.2 Índice de absenteísmo por categoria profissional		ago/14	set/14	out/14
Horas líquidas faltantes x 100		288	156	72
Horas líquidas disponíveis		13.020	12.600	13.020
Meta	3%	2,2%	1,2%	0,6%
Pontos	7	7	7	7

Gráfico 11: Pontuação do Indicador: Índice de absenteísmo por categoria profissional, Agosto a Outubro/2014



Numerador: Horas líquidas faltantes x 100

Denominador: Horas líquidas disponíveis

Meta: < 3%

Objetivo: Medir a disponibilidade da força de trabalho e dar um indicativo do nível de satisfação do usuário, através da análise das faltas ao trabalho.

Anexo: Tabela de Cálculo por categoria, anexo [5.21](#)

No mês de agosto, observa-se um índice de absenteísmo de 2,2%. Ao analisar por categoria profissional, as que apresentaram índices diferentes de zero foram: enfermagem (1,1%) e técnico de enfermagem (4,4%). Para o mês de Setembro, atingiu-se a meta com um índice de absenteísmo de 1,2%. As categorias profissionais, que apresentaram índices diferentes de zero foram: enfermagem (0,6%) e técnico de enfermagem (2,5%). Já para Outubro, houve uma queda no índice de absenteísmo, 0,6% e a única categoria profissional que apresentou índices diferentes de zero foi: técnico de enfermagem (1,2%). Sendo assim, atingiu-se a meta nos três meses analisados.

A unidade tem um controle rigoroso sobre o absenteísmo dos profissionais. A coordenação da unidade se organiza previamente para cumprir a escala e manter o quadro



de profissionais completos, porém em casos inesperados nem sempre se consegue uma cobertura no momento em que ocorrem as faltas.

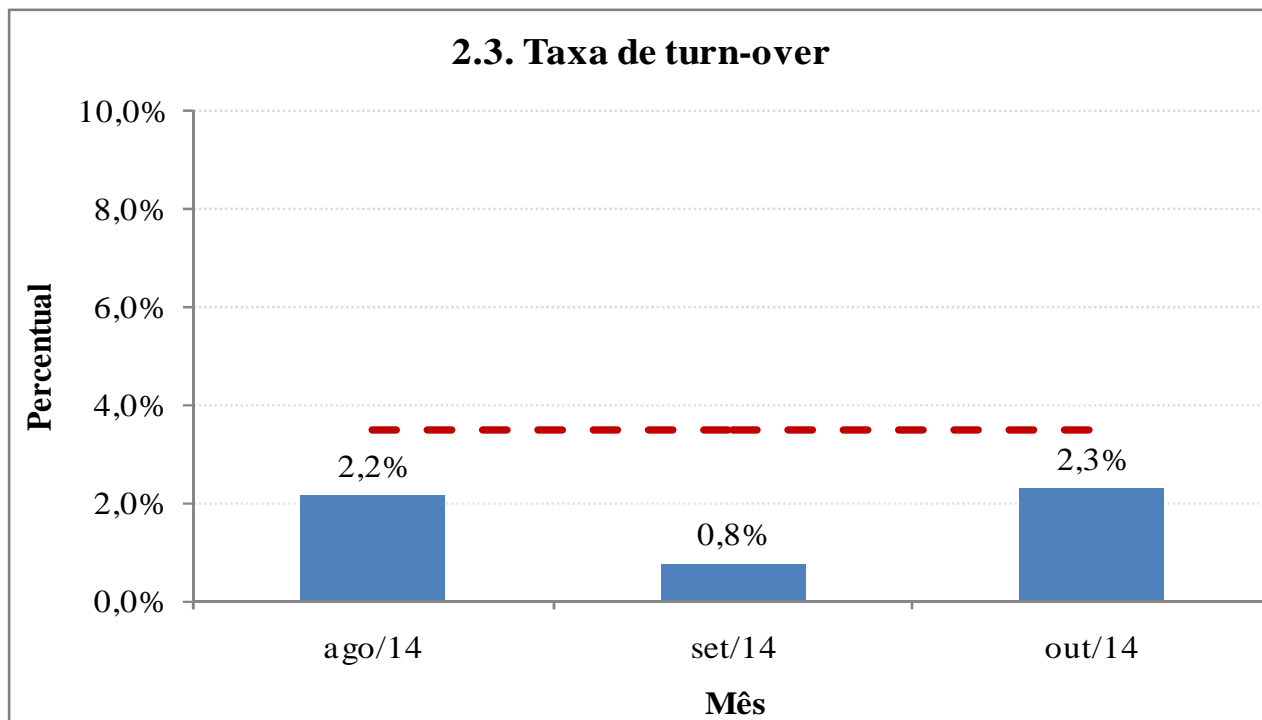
Com o objetivo de minimizar o absenteísmo a coordenação criou alguns critérios para que o profissional tenha a oportunidade de fazer plantões extras. Para que o mesmo seja disponibilizado os profissionais não podem se ausentar sem uma justificativa, por licenças médicas e atrasos excessivos.

2.3 Taxa de turn-over

Tabela 12: Taxa de turn-over, Agosto a Outubro/2014

2.3 Taxa de turn-over		ago/14	set/14	out/14
Número de demissões + Número de admissões / 2		3	1	3
Número de funcionários ativo (no último dia do mês anterior)		138	129	130
Meta	3,5%	2,2%	0,8%	2,3%
Pontos	7	7	7	7

Gráfico 12: Pontuação do Indicador: Taxa de turn-over, Agosto a Outubro/2014



Numerador: Número de demissões + número de admissões / 2

Denominador: Número de funcionários ativos (no último dia do mês anterior)

Meta: $\leq 3,5\%$

Objetivo: Controlar de modo a manter o funcionário de obra e evitar grandes impactos sobre os custos da organização (custo de recrutamento seleção e treinamento).

No mês de Agosto dos 138 funcionários ativos na unidade, quatro foram admitidos e um foi demitido, com uma taxa de turn-over de 2,2%. No mês de Setembro, foram 129 funcionários ativos, ocorrendo duas demissões, apresentando uma taxa de 0,8%. Já para o mês de Outubro, foram 130 ativos, dois admitidos e quatro demitidos, com taxa de 2,3%. Atingindo-se a meta nos três meses.

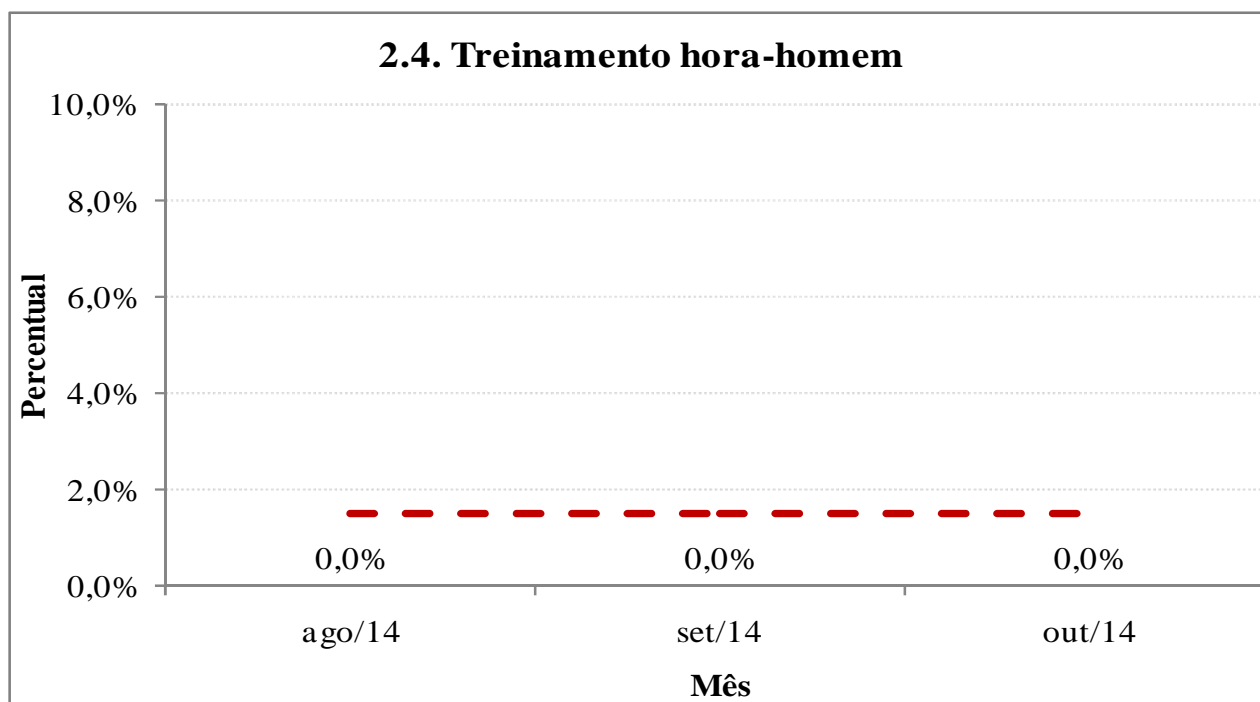
A coordenação da unidade juntamente com o RH, trabalham juntos para manter o quadro de profissionais completos. Apesar de haver certa rotatividade, o trabalho de captação desses profissionais no mercado, para reposição imediata, tem sido satisfatório.

2.4 Treinamento hora-homem

Tabela 13: Treinamento hora-homem, Agosto a Outubro/2014

2.4 Treinamento hora-homem		ago/14	set/14	out/14
Total de horas homem que foram capacitados no período		0	0	0
Total de funcionários ativos no período		138	129	130
Meta	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Pontos	7	0	0	0

Gráfico 13: Pontuação do Indicador: Índice de questionários preenchidos pelos pacientes, Agosto a Outubro/2014



Numerador: Total de horas homem que foram capacitados no período

Denominador: Total de funcionários ativos no período

Meta: >1,5%



Objetivo: Reciclar ou capacitar os funcionários para torná-los aptos a atender os níveis crescentes de qualidade nas atividades que desempenham padronizando a assistência.

Anexos: [5.22](#)

Apesar de não ter sido ministrado nenhum treinamento de profissionais no trimestre avaliado, a coordenação de educação permanente junto à unidade elaboraram um cronograma da escala de cursos e treinamentos com os cursos a serem ministrados a partir de dezembro/2014 conforme previsão da coordenadora a fim do cumprimento da meta deste indicador.

No Anexo 5.22, segue a proposta que faz parte de um planejamento de gestão educacional para as atividades não só de educação permanente, mas também, de educação continuada e capacitação em urgência e emergência na UPA Rocinha. Ou seja, constitui um conjunto de ações pedagógicas que envolvam um processo mais amplo de recertificação profissional a cada 2 anos, até mesmo para manter consonância e cumprindo exigência de acordo com a Portaria Ministerial nº 2048/2002, respeitando também indicadores de desempenho.



3. Indicador de Satisfação do usuário

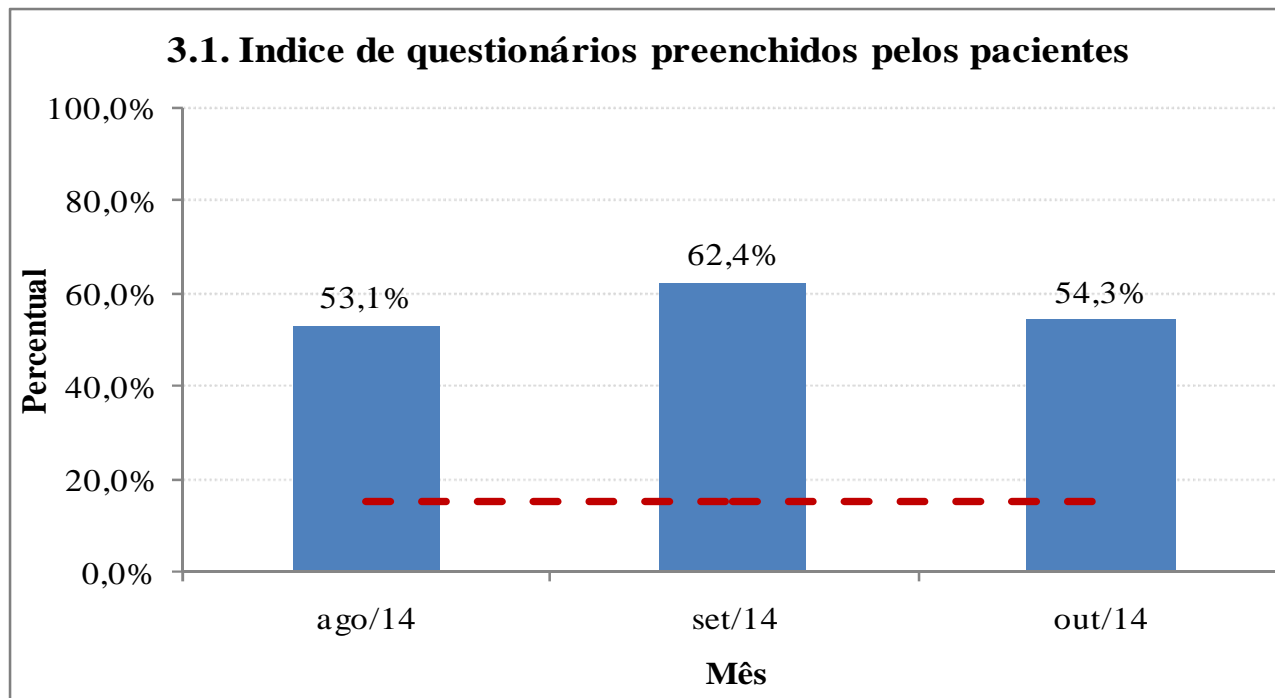
Dos quatro indicadores referentes a Gestão, para os meses de agosto, setembro e outubro três atingiram a meta, totalizando 21 pontos.

3.1 Índice de questionários preenchidos pelos pacientes

Tabela 14: Índice de questionários preenchidos pelos pacientes, Agosto a Outubro/2014

3.1 Índice de questionários preenchidos pelos pacientes		ago/14	set/14	out/14
Numero de questionários preenchidos x 100		86	63	69
Total de pacientes em observação		162	101	127
Meta	15%	53,1%	62,4%	54,3%
Pontos	8	8	8	8

Gráfico 14: Pontuação do Indicador: Índice de questionários preenchidos pelos pacientes, Agosto a Outubro/2014



Numerador: Número de questionários preenchidos x 100

Denominador: Total de pacientes em observação

Meta: >15%

Objetivo: Avaliar a percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação. A pesquisa será formulada através da aplicação de questionários e poderá ser feita através da contratação de empresa de consultoria de satisfação com emissão de relatórios trimestrais.

Para os meses de agosto, setembro e outubro apenas o indicador Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação atingiu a meta.

No mês de agosto dos 162 pacientes em observação na unidade, 86 responderam o questionário, atingindo a meta em 53,1%. No mês de Setembro, foram 101 pacientes em observação e destes 63 responderam o que corresponde a 62,4%, atingindo a meta para o mês. Já para o mês de Outubro, 127 pacientes estiveram em observação, com 69 questionários respondidos, o que atinge a meta em 54,3%.

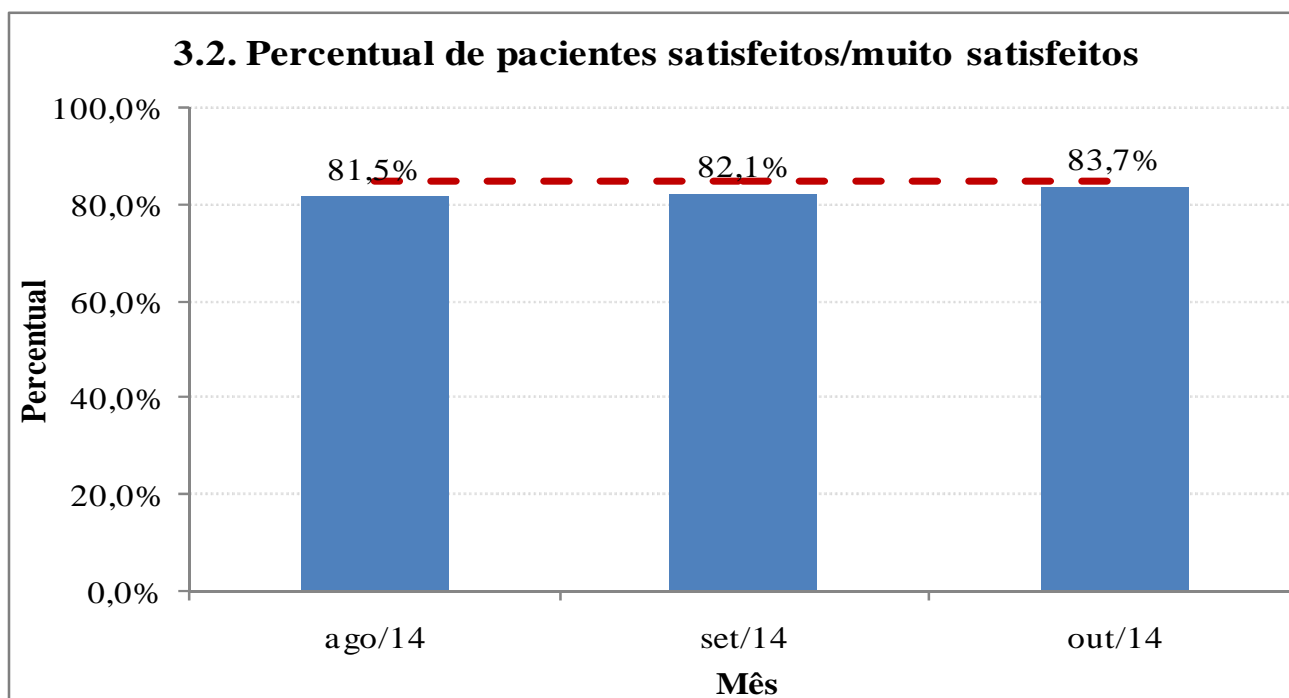
A pesquisa de satisfação com os pacientes em observação é importante para avaliação da unidade, uma vez que estes permanecem mais tempo na unidade do que os outros que foram apenas atendidos. Sendo assim, avaliam melhor a qualidade de atendimento prestado.

3.2 Percentual de pacientes satisfeitos/ muito satisfeitos

Tabela 15: Percentual de pacientes satisfeitos/ muitos satisfeitos, Agosto a Outubro/2014

3.2 Percentual de pacientes satisfeitos/muito satisfeitos		ago/14	set/14	out/14
Número de conceitos satisfeito e muito satisfeito x 100		3.219	3.769	2.624
Total de respostas efetivas		3.949	4.589	3.136
Meta	85%	81,5%	82,1%	83,7%
Pontos	8	0	0	0

Gráfico 15: Pontuação do Indicador: Índice de questionários preenchidos pelos pacientes, Agosto a Outubro/2014



Numerador: Número de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos x 100

Denominador: Total de respostas efetivas

Meta: >85%

Objetivo: Medir o nível de satisfação dos clientes, através da pesquisa de satisfação.

Anexo: Atas de Reunião da SAU, anexo [5.23](#)

O indicador referente ao Percentual de usuários Satisfeitos/ Muito satisfeitos não atingiu a meta estabelecida. Porém ao analisar os resultados atingidos considera-se bom o nível de adesão e satisfação do usuário, uma vez que em todos os meses atingiu-se o percentual acima de 81%.

No mês de agosto, dos 3.949 usuários pesquisados, 3.219 (81,5%) diziam-se satisfeitos com o atendimento prestado. Para o mês de Setembro, dos 4.589 usuários pesquisados, 3.769 (82,1%) diziam-se satisfeitos. Para o mês de Outubro, dos 3.136 usuários pesquisados, 2.624 (83,7%) estavam satisfeitos.



O questionário é composto de dez perguntas, com respostas que variam como Não, Não se aplica, Sim, Bom, Muito bom, Regular e Ruim. Para os três meses analisados, das 10 perguntas realizadas, nove apresentaram um índice de insatisfação de no máximo 1%. Por outro lado, a pergunta que se destaca entre as outras pelo índice médio de insatisfação de 77% é “*Foram fornecidas informações sobre os encaminhamentos para outras unidades?*”.

Diante deste cenário, a unidade irá acompanhar juntamente aos usuários e aos profissionais aos motivos que geram tal grau de insatisfação e assim tomar as medidas cabíveis para melhorar esta avaliação.



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Unidade Rocinha

Relatório Financeiro

CTA – Trimestral

Agosto – Setembro - Outubro
2014

4. Relatório Financeiro

RELATÓRIO FINANCEIRO - UPA AGOSTO - SETEMBRO - OUTUBRO/2014					
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: Thiago Lopes Pinheiro CPF 018.168.927-85					
QUADRO 1 - DEMONSTRATIVO DETALHADO DAS RECEITAS E DESPESAS DO PERÍODO					
Dados bancários: Banco do Brasil - Agência - 87-6 - Conta Corrente - 40795-x					
1. RECEITAS		Mês 08	Mês 09	Mês 10	TOTAL
		AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	
1.1	Repasse Parcela do Termo de Parceria	-	2.318.835,44	-	2.318.835,44
1.2	Outra receitas para aplicação no objeto do TP	-	-	-	-
1.3	Rendimentos de aplicações financeiras	5.407,46	1.821,51	5.201,73	12.430,70
1.4	Saldo mês anterior	2.074.490,32	990.955,50	2.307.908,75	5.373.354,57
1.5	Devolução de Pagamento	211,47	-	5.952,21	6.163,68
1.6	Empréstimo Recebido	-	-	-	-
1.7	Devolução de Empréstimo Concedido	-	-	-	-
1.8	Outras Entradas	32,75	896,50	105.265,46	106.194,71
(A) TOTAL DE RECEITAS NO PERÍODO		2.080.142,00	3.312.508,95	2.424.328,15	7.816.979,10
2. DESPESAS		Mês 08	Mês 09	Mês 10	TOTAL
2.1. Gastos com Pessoal		AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	
2.1.1	Proventos (Líquidos)	366.655,30	417.652,32	406.299,99	1.190.607,61
2.1.2	Vale transporte	6.770,00	8.187,24	7.388,38	22.345,62
2.1.3	Vale Alimentação	2.404,17	2.232,67	2.125,11	6.761,95
2.1.4	Serviço PF (RPA)	61.282,68	12.513,25	23.203,23	96.999,16
2.1.5	Estagiários	-	-	-	-
2.1.6	INSS (empregado+empregador)	160.102,65	24.841,46	23.780,60	208.724,71
2.1.7	FGTS	41.434,93	44.711,59	44.935,24	131.081,76
2.1.8	FGTS Multa Rescisória	700,23	7.313,56	6.316,57	14.330,36
2.1.9	PIS folha de pagamento	5.197,37	5.806,87	5.856,72	16.860,96
2.1.10	Seguro de Vida	-	-	-	-
2.1.11	IRRF folha de pagamento	32.137,59	69.258,08	65.560,55	166.956,22
2.1.12	Contribuição Sindical	166,30	729,40	561,36	1.457,06
2.1.13	Exames Ocupacionais e Afins	-	-	-	-
2.1.14	Empréstimo Consignado	-	-	-	-
Subtotal		676.851,22	593.246,44	586.027,75	1.856.125,41
2.2. Serviços Tomados (Pessoa Jurídica)		AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	TOTAL
2.2.1	Serviço de Raio X	-	1.150,26	-	1.150,26
2.2.2	Serviços Gráficos	-	954,00	-	954,00
2.2.3	Assessoria Jurídica	6.536,30	3.545,92	892,51	10.974,73
2.2.4	Manutenção Predial	10.007,14	10.007,14	15.010,71	35.024,99
2.2.5	Vigilância e Segurança	736,05	37.666,06	96.525,12	134.927,23
2.2.6	Limpeza e Conservação	87.095,72	1.255,09	89.457,75	177.808,56
2.2.7	Coleta, transporte e Destinação de Resíduos	6.172,94	179,84	8.156,87	14.509,65
2.2.8	Lavanderia	8.154,19	9.291,92	14.568,72	32.014,83
2.2.9	Alimentação	60.366,74	61.353,08	92.850,00	214.569,82
2.2.10	Locação de Ambulância / Cegonha Carioca	79.959,75	5.693,50	39.979,87	125.633,12
2.2.11	Outros Serviços de Terceiros	107.334,99	38.875,41	235.358,61	381.569,01
2.2.12	PIS / COFINS / CSLL/ISS retido da NF de serviço PJ	7.802,95	4.113,89	16.897,01	28.813,85
2.2.13	IRRF/ INSS retido da NF de serviço	27.431,02	13.765,72	17.224,66	58.421,40
Subtotal		401.597,79	187.851,83	626.921,83	1.216.371,45

RELATÓRIO FINANCEIRO - UPA AGOSTO - SETEMBRO - OUTUBRO/2014
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: Thiago Lopes Pinheiro CPF 018.168.927-85
QUADRO 1 - DEMONSTRATIVO DETALHADO DAS RECEITAS E DESPESAS DO PERÍODO
Dados bancários: Banco do Brasil - Agência - 87-6 - Conta Corrente - 40795-x

2.3.	Despesas Gerais - Não Operacionais	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	TOTAL
2.3.1	Aluguel	1.154,23	1.326,72	2.474,51	4.955,46
2.3.2	Condomínio	-	-	-	-
2.3.3	Água e Esgoto	101,27	63,64	3.383,27	3.548,18
2.3.4	Telefone Fixo	1.604,09	1.846,85	4.428,24	7.879,18
2.3.5	Telefone/Rádio Móvel	1.868,10	820,30	1.336,40	4.024,80
2.3.6	Acesso a Internet	1.352,20	1.522,16	586,79	3.461,15
2.3.7	Luz	15.690,00	14.802,81	15.469,16	45.961,97
2.3.8	IPTU	331,45	440,31	676,99	1.448,75
2.3.9	Taxas e Emolumentos (cartório, tx judiciais)	-	-	-	-
2.3.10	Medicamentos	32.621,25	38.844,54	16.939,40	88.405,19
2.3.11	Material Medico Hospitalar	32.410,27	101.227,73	12.375,98	146.013,98
2.3.12	Material Odontológico	-	-	-	-
2.3.13	Material de Copa/Cozinha e limpeza	-	-	387,45	387,45
2.3.14	Material de Informática	-	-	-	-
2.3.15	Material de Escritório	2.766,88	3.284,60	2.984,09	9.035,57
2.3.16	Instalação e Manutenção	3.651,64	2.279,94	2.225,27	8.156,85
2.3.17	Tarifas bancárias	21,90	457,49	383,69	863,08
2.3.18	Reformas (obras)	-	-	-	-
2.3.19	Devolução de pagamento indevido	-	-	-	-
2.3.20	Informática	-	-	311,80	311,80
2.3.21	Frete	-	-	-	-
2.3.22	Publicações	-	-	5,47	5,47
2.3.23	Outras Despesas	46,03	1.157,36	190,77	1.394,16
2.3.24	Adiantamento p/ pequenas despesas	-	-	-	-
2.3.25	Empréstimo Concedido	-	-	-	-
2.3.26	Amortização de Empréstimo Recebido	-	-	-	-
2.3.27	Locomoção urbana	-	-	-	-
	Subtotal	93.619,31	168.074,45	64.159,28	325.853,04
2.4.	Despesas com Provisionamentos	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	TOTAL
2.4.1	Despesas com provisão para 13º Salário	-	-	-	-
2.4.2	Despesas com provisão para Férias	19.094,66	19.823,30	20.226,58	59.144,54
2.4.3	Rescisão contratual	5.454,52	35.604,18	29.105,60	70.164,30
	Subtotal	24.549,18	55.427,48	49.332,18	129.308,84
2.5	Despesas Operacionais (Atividades relacionadas diretamente ao objeto)	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	TOTAL
2.5.1	Capacitação	-	-	-	-
2.5.2	Eventos	-	-	-	-
2.5.3	Seminários	-	-	-	-
2.5.4	Diárias	-	-	-	-
2.5.5	Passagem	-	-	-	-
	Subtotal	-	-	-	-
2.6	Aquisição de Bens Permanentes	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	TOTAL
2.6.1	Informática	-	-	-	-
2.6.2	Mobiliário	-	-	-	-
2.6.3	Equipamentos	-	-	-	-
2.6.4	Veículo	-	-	-	-
	Subtotal	-	-	-	-
(B) TOTAL DE DESPESAS NO PERÍODO		1.196.617,50	1.004.600,20	1.326.441,04	3.527.658,74
SALDO DE RECURSOS NO PERÍODO (A-B)		883.524,50	2.307.908,75	1.097.887,11	4.289.320,36



SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

Declaro para os devidos fins que todas as informações que constam neste documento são verídicas e refletem as atividades realizadas na Unidade de Pronto Atendimento 24hs - Rocinha.

Todos os dados que compõe os indicadores apresentados foram gerados e documentados podendo ser apresentados a qualquer tempo aos membros desta CTA caso haja necessidade.

O setor de Sistemas de Informações da OSS Viva Rio fica à disposição desta CTA para esclarecimentos de quaisquer informações que compõem este documento.

Atenciosamente,

Rio de Janeiro, 14 de novembro de 2014.

SILVIO ALEXANDRE FIGUEIRA MAFFEI
COORDENADOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
OSS VIVA RIO

5. ANEXOS

5.1. Pacientes em observação – Agosto/2014

CONTROLE DA SALA AMARELA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
10/08/2014	05:47	0:23:00	A.S.F	45 ANOS	FERIMENTO NO BRAÇO POR ARMA BRANCA	10/08/2014	06:10	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
29/08/2014	00:20	0:25:00	L.F	31 ANOS	FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO (ULNA)	29/08/2014	00:45	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
30/08/2014	16:30	0:30:00	F.R.V	25 ANOS	TRAUMATISMO MÚLTIPLOS DE PUNHO E DA MÃO	30/08/2014	17:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
17/08/2014	14:27	0:33:00	A.P.S	72 ANOS	INFECÇÃO E REAÇÃO INFLAMATÓRIA DEVIDAS A DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO INTERNA (QQ LUGAR)	17/08/2014	15:00	ALTA HOSPITALAR
03/08/2014	10:00	0:40:00	L.B.B.J	19 ANOS	DOR EM MEMBRO	03/08/2014	10:40	ALTA HOSPITALAR
03/08/2014	22:00	0:40:00	A.M.A.S	19 ANOS	FRATURA DE OUTRO OSSO DO CORPO	03/08/2014	22:40	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
04/08/2014	18:00	0:50:00	F.W.S	19 ANOS	FRATURA DO PÉ NÃO ESPECIFICADO	04/08/2014	18:50	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
19/08/2014	08:30	0:50:00	T.B.M	30 ANOS	FRATURA DO PERÔNIO (FÍBULA)	19/08/2014	09:20	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
28/08/2014	17:10	0:50:00	D.R.S	28 ANOS	DISPNÉIA	28/08/2014	18:00	ALTA A REVELIA
21/08/2014	01:00	0:55:00	G.M.S.S	17 ANOS	APENDICITE AGUDA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO	21/08/2014	01:55	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
28/08/2014	23:50	0:55:00	J.V.M	13 ANOS	HÉRNIA UMBILICAL SEM OBSTRUÇÃO OU GANGRENA	29/08/2014	00:45	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
09/08/2014	20:00	1:00:00	J.M.S	34 ANOS	FRATURA DA EXTREMIDA DE SUPERIOR DO ÚMERO	09/08/2014	21:00	HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE
19/08/2014	19:30	1:00:00	R.S.C	40 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO	19/08/2014	20:30	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
16/08/2014	13:50	1:13:00	E.S	48 ANOS	OUTROS EXAMES GERAIS	16/08/2014	15:03	ALTA A REVELIA
04/08/2014	20:25	1:15:00	E.C.O	28 ANOS	FRATURA DA CLAVÍCULA	04/08/2014	21:40	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
18/08/2014	11:45	1:15:00	A.C.S	18 ANOS	ABORTO ESPONTÂNEO - COMPLETO OU NÃO ESPEC, SEM COMPLICAÇÕES	18/08/2014	13:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
01/08/2014	10:41	1:19:00	K.H.R.S	37 ANOS	TRABALHO DE PARTO PRÉ -TERMO COM PARTO TERMO	01/08/2014	12:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
01/08/2014	07:20	1:20:00	R.F.M	40 ANOS	LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO	01/08/2014	08:40	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
24/08/2014	18:10	1:20:00	G.S.S	51 ANOS	FRATURA DO POLEGAR	24/08/2014	19:30	ALTA A REVELIA
10/08/2014	09:25	1:25:00	M.A.G	56 ANOS	FRATURA DA EXTREMIDA DE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO (ULNA)	10/08/2014	10:50	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
30/08/2014	01:25	1:35:00	A.N.A	19 ANOS	DISPNÉIA	30/08/2014	03:00	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
24/08/2014	06:40	1:40:00	T.M.S	19 ANOS	ALCOOLEMIA DE 40-59 MG/100ML	24/08/2014	08:20	ALTA HOSPITALAR
10/08/2014	09:30	2:00:00	E.F	27 ANOS	AGITAÇÃO E IQUIETAÇÃO	10/08/2014	11:30	ALTA HOSPITALAR
14/08/2014	20:40	2:05:00	L.F.S	42 ANOS	HIPOGLICEMIA NÃO ESPECIFICADA	14/08/2014	22:45	ALTA HOSPITALAR
10/08/2014	08:30	2:20:00	J.F.S	24 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL NÃO ESPECIFICADO DO OMBRO E DO BRAÇO	10/08/2014	10:50	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
18/08/2014	02:03	2:47:00	R.A.S	26 ANOS	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA	18/08/2014	04:50	ALTA HOSPITALAR
06/08/2014	20:30	2:50:00	F.C.N	40 ANOS	HIPOGLICEMIA	06/08/2014	23:20	ALTA HOSPITALAR
04/08/2014	13:40	3:00:00	A.C.S	38 ANOS	INTOXICAÇÃO POR BENZODIAZEPINAS	04/08/2014	16:40	ALTA HOSPITALAR
16/08/2014	15:30	3:00:00	F.R.S	61 ANOS	TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS DA CABEÇA	16/08/2014	18:30	ALTA HOSPITALAR
20/08/2014	18:00	3:00:00	A.S.S	40 ANOS	AMIGDALITE AGUDA NÃO ESPECIFICADA	20/08/2014	21:00	HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR
24/08/2014	14:30	3:06:00	T.R.D	54 ANOS	DOR PRECORDIAL	24/08/2014	17:36	ALTA HOSPITALAR
15/08/2014	18:40	3:30:00	R.R.S	65 ANOS	TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR	15/08/2014	22:10	ALTA HOSPITALAR
07/08/2014	12:25	3:35:00	M.E.P.B	41 ANOS	DOR TORÁCICA, NÃO ESPECIFICADA	07/08/2014	16:00	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
16/08/2014	06:05	3:35:00	R.F.L	34 ANOS	TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAL DEVIDO A USO DE ÁLCOOL - INTOXICAÇÃO AGUDA	16/08/2014	09:40	ALTA HOSPITALAR
16/08/2014	15:10	3:39:00	J.S.S	77 ANOS	MAL ESTAR, FADIGA	16/08/2014	18:49	ALTA A REVELIA
09/08/2014	17:15	3:45:00	F.M.S	18 ANOS	GASTROENTERITE E COLITE ALÉRGICAS OU LIGADAS À DIETA	09/08/2014	21:00	ALTA HOSPITALAR
24/08/2014	08:38	4:10:00	D.N.A.R	30 ANOS	BRONCOPNEUMONIA NÃO ESPECIFICADO	24/08/2014	12:48	ALTA HOSPITALAR
05/08/2014	09:45	4:15:00	F.S.R.S	46 ANOS	FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA	05/08/2014	14:00	HOSPITAL MUNICIPAL DA ORDEM DO CARMO
12/08/2014	15:35	4:25:00	J.P.S	67 ANOS	HIPERPLASIA DE PRÓSTATA	12/08/2014	20:00	ALTA HOSPITALAR
30/08/2014	12:30	4:30:00	M.J.S	38 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DA CABEÇA	30/08/2014	17:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
24/08/2014	13:20	4:40:00	O.R.P	27 ANOS	TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS DA CABEÇA	24/08/2014	18:00	ALTA HOSPITALAR
22/08/2014	04:38	4:52:00	A.R.C	45 ANOS	ABDOME AGUDO	22/08/2014	09:30	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
01/08/2014	04:30	5:15:00	E.M.S.F	18 ANOS	INTOXICAÇÃO ALCÓOLICA MODERADA	01/08/2014	09:45	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
19/08/2014	13:15	5:15:00	J.R.C	49 ANOS	NASOFARINGITE AGUDA	19/08/2014	18:30	ALTA HOSPITALAR
17/08/2014	14:26	5:39:00	A.F.R.S	25 ANOS	SANGRAMENTO ANORMAL DO ÚTERO OU DA VAGINA , NÃO ESPECIFICADO	17/08/2014	20:05	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
18/08/2014	05:50	5:50:00	L.E.A.J	21 ANOS	QUEDA E OU DE ESCADAS OU DEGRAUS - RUA OU ESTRADA	18/08/2014	11:40	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
13/08/2014	13:50	6:00:00	E.S.S.L	69 ANOS	NÁUSEAS E VÔMITOS	13/08/2014	19:50	SALA VERMELHA
15/08/2014	03:45	6:05:00	J.P.S	53 ANOS	HIPOGLICEMIA NÃO ESPECIFICADA	15/08/2014	09:50	ALTA HOSPITALAR
23/08/2014	23:00	6:15:00	G.S.P	12 ANOS	ALCOOLEMIA DE 20-39 MG/100ML	24/08/2014	05:15	ALTA HOSPITALAR
30/08/2014	12:00	6:15:00	S.H.J.S	38 ANOS	OUTROS EXAMES GERAIS	30/08/2014	18:15	HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR
05/08/2014	08:45	7:05:00	M.A.M	24 ANOS	SANGRAMENTO ANORMAL DO ÚTERO OU DA VAGINA , NÃO ESPECIFICADO	05/08/2014	15:50	ALTA HOSPITALAR
20/08/2014	03:00	7:05:00	L.A.M	21 ANOS	SANGRAMENTO ANORMAL DO ÚTERO OU DA VAGINA, NÃO ESPECIFICADO	20/08/2014	10:05	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
29/08/2014	09:30	7:10:00	R.B.S	68 ANOS	HIPEROSMOLARIDADE E HIPERNATREMIA	29/08/2014	16:40	SALA VERMELHA
18/08/2014	14:30	7:30:00	J.G.S	58 ANOS	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NÃO ESPECIFICADO	18/08/2014	22:00	SALA VERMELHA
27/08/2014	10:35	7:40:00	M.V.M	73 ANOS	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	27/08/2014	18:15	SALA VERMELHA
12/08/2014	15:45	7:53:00	J.C.S.G	35 ANOS	DELIRIUM NÃO ESPECIFICADO	12/08/2014	23:38	ALTA HOSPITALAR
23/08/2014	06:00	8:00:00	J.B.S	64 ANOS	EDEMA PULMONAR, NÃO ESPECIFICADO DE OUTRA FORMA	23/08/2014	14:00	ALTA HOSPITALAR
15/08/2014	22:25	9:35:00	F.J.L	54 ANOS	TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTO MENTAL DEVIDO A USO DE ÁLCOOL - INTOXICAÇÃO AGUDA	16/08/2014	08:00	ALTA HOSPITALAR
05/08/2014	23:30	10:00:00	M.P.B	61 ANOS	QUEIMADURA DE SEGUNDO GRAU DO TRONCO	06/08/2014	09:30	ALTA HOSPITALAR
10/08/2014	09:25	10:05:00	R.L.L	69 ANOS	DOR PRECORDIAL	10/08/2014	19:30	ALTA HOSPITALAR
17/08/2014	00:10	11:00:00	D.O	26 ANOS	USO DE DROGA	17/08/2014	11:10	ALTA HOSPITALAR
28/08/2014	18:40	13:00:00	M.L.S.P	56 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO COURO CABELUDO	29/08/2014	07:40	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
02/08/2014	16:00	13:16:00	J.J.S	72 ANOS	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA	03/08/2014	05:16	ALTA HOSPITALAR
21/08/2014	23:20	13:55:00	G.C.G.A	45 ANOS	CONVULSÕES DISSOCIATIVAS	22/08/2014	13:15	ALTA HOSPITALAR
02/08/2014	07:30	14:10:00	R.H.L	48 ANOS	ABDOMEN AGUDO	02/08/2014	21:40	HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE
31/07/2014	16:55	14:35:00	C.L	58 ANOS	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA	01/08/2014	07:30	SALA VERMELHA
16/08/2014	11:30	15:10:00	R.R.S	53 ANOS	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO	17/08/2014	02:40	IML
30/08/2014	14:10	15:21:00	J.A.O	72 ANOS	NÃO ADMINISTRAÇÃO DE CUIDADO MÉDICO E CIRÚRGICO	01/09/2014	05:31	ALTA A REVELIA
01/08/2014	18:45	15:30:00	D.R.S	18 ANOS	SÍNDROME DE MARFAN	02/08/2014	10:15	ALTA HOSPITALAR
21/08/2014	16:00	17:15:00	C.F.S	21 ANOS	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA	22/08/2014	09:15	ALTA HOSPITALAR
09/08/2014	19:00	17:20:00	R.S	69 ANOS	HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA)	10/08/2014	12:20	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
03/08/2014	15:50	18:10:00	A.R.S	30 ANOS	TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAL DEVIDO A USO DE COCAÍNA - USO NOCIVO PARA SAÚDE	04/08/2014	10:00	ALTA HOSPITALAR
18/08/2014	14:45	20:15:00	F.M.A.S	38 ANOS	CELULITE DE FACE	19/08/2014	11:00	ALTA HOSPITALAR
17/08/2014	13:55	20:35:00	C.P.S	44 ANOS	CONVULSÕES DISSOCIATIVAS	18/08/2014	10:30	ALTA HOSPITALAR
18/08/2014	13:40	23:20:00	M.S.A	38 ANOS	INTOXICAÇÃO POR OUTROS NARCÓTIÇOS SINTÉTICOS	19/08/2014	13:00	ALTA HOSPITALAR
05/08/2014	10:00	23:30:00	K.B.M.S	13 ANOS	APENDICITE AGUDA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO	06/08/2014	09:30	ALTA HOSPITALAR
23/08/2014	09:20	23:50:00	M.A.B	39 ANOS	DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) NÃO ESPECIFICADA	24/08/2014	09:10	SALA VERMELHA
05/08/2014	14:55	25:35:00	E.N.A	61 ANOS	NEOPLASIA MALIGNA DO CÉREBRO, EXCETO LOBOS E VENTRÍCULOS	06/08/2014	16:30	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
22/08/2014	12:30	26:05:00	M.N.S	66 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	23/08/2014	14:35	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
30/07/2014	12:40	30:20:00	J.P.F	42 ANOS	DIARRÉIA E GASTROENTE RITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMÍVEL	01/08/2014	19:00	SALA VERMELHA
16/08/2014	11:00	35:00:00	C.E.F	58 ANOS	ASCITE	17/08/2014	22:00	SALA VERMELHA
06/08/2014	20:40	36:50:00	J.R.P	49 ANOS	HERPES ZOSTER DISSEMINAD O	08/08/2014	09:30	HOSPITAL MUNICIPAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA
07/08/2014	17:00	39:15:00	V.O.S	33 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICAD A	09/08/2014	08:15	ALTA HOSPITALAR
20/08/2014	18:00	39:30:00	L.R.P	41 ANOS	OUTRA DOR TORÁCICA	22/08/2014	09:30	ALTA HOSPITALAR
11/08/2014	17:55	40:35:00	P.R.S	23 ANOS	CELULITE DE OUTRAS PARTES DOS MEMBROS	13/08/2014	10:30	CLINICA JARDIM AMERICA
19/08/2014	14:10	43:35:00	G.B.F	21 ANOS	TAQUICARDI A SUPRAVENTR ICULAR	21/08/2014	09:45	ALTA HOSPITALAR
13/08/2014	18:00	47:15:00	F.R.F	38 ANOS	TRANSTORNO SOMATOFOR ME NÃO ESPECIFICAD O	15/08/2014	17:15	ALTA HOSPITALAR
18/08/2014	10:30	54:30:00	S.R.S	66 ANOS	ARRITIMIA CARDÍACA NÃO ESPECIFICAD A	20/08/2014	17:00	ALTA HOSPITALAR
29/08/2014	13:27	58:32:59	C.A.F	70 ANOS	ERISPELA	31/08/2014	23:59	SEGUE EM OBSERVAÇÃO
14/08/2014	17:50	68:40:00	D.T.S	43 ANOS	HEMORRAGI A NÃO CLASSIFICAD A EM OUTRA PARTE	17/08/2014	14:30	ALTA HOSPITALAR
19/08/2014	11:00	68:40:00	L.G.N	35 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICAD A	22/08/2014	07:40	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
10/08/2014	14:10	75:50:00	J.P.S	67 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	13/08/2014	18:00	SALA VERMELHA
12/08/2014	15:00	89:30:00	J.G.S	58 ANOS	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NÃO ESPECIFICADO	16/08/2014	08:30	SALA VERMELHA
04/08/2014	09:20	97:40:00	J.B.S	64 ANOS	INFARTO AGUDO TRANSMURAL DA PAREDE INFERIOR DO MIOCÁRDIO	08/08/2014	11:00	ALTA HOSPITALAR
18/08/2014	20:45	110:40:00	V.S.C	18 ANOS	TUBERCULOSE PULMONAR, COM CONFIRMAÇÃO POR MEIO NÃO ESPECIFICADO	23/08/2014	11:25	ALTA HOSPITALAR
26/08/2014	15:50	116:55:00	F.V.A	63 ANOS	CELULITE DE OUTRAS PARTES DOS MEMBROS	31/08/2014	12:45	CLINICA JARDIM AMERICA
24/08/2014	08:40	124:53:00	J.G.S	58 ANOS	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NÃO ESPECIFICADO	29/08/2014	13:33	ALTA HOSPITALAR
17/08/2014	22:00	138:40:00	C.A.F	70 ANOS	SEPTICEMIA NÃO ESPECIFICADA	23/08/2014	16:40	ALTA HOSPITALAR
23/08/2014	17:30	162:30:00	J.J.S	72 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	30/08/2014	12:00	SALA VERMELHA
28/07/2014	18:00	196:20:00	J.A.P.S	53 ANOS	INFARTO AGUDO TRANSMURAL DA PAREDE INFERIOR DO MIOCÁRDIO	06/08/2014	22:20	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
14/08/2014	14:00	310:45:00	P.B.S.N	57 ANOS	IAM C/ SUPLA	27/08/2014	12:45	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
01/08/2014	19:00	361:40:00	F.V.S	44 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	16/08/2014	20:40	HOAPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA

CONTROLE DA SALA AMARELA PEDIÁTRICA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
18/08/2014	11:40	0:00:00	M.A.A.C	11 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DO PUNHO E DA MÃO	18/08/2014	11:40	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
03/08/2014	22:10	0:30:00	T.S.F.J	10 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DO MEMBRO SUPERIOR NÍVEL NÃO ESPECIFICADO	03/08/2014	22:40	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
22/08/2014	19:20	0:55:00	M.S.C.N	2 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DA CABEÇA	22/08/2014	20:15	ALTA A REVELIA
28/08/2014	14:00	1:20:00	P.M.S.S	1 ANO	BRONCOPNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA	28/08/2014	15:20	ALTA HOSPITALAR
25/08/2014	18:30	1:30:00	R.S.S.A	1 ANO	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO COURO CABELUDO	25/08/2014	20:00	ALTA HOSPITALAR
02/08/2014	20:00	1:40:00	M.E.V.S	03 ANOS	CONVULSÕES FEBRIS	02/08/2014	21:40	ALTA A REVELIA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
21/08/2014	14:10	1:59:00	Y.O.S	1 ANO	HÉRNIA INGUINAL UNILATERAL OU NÃO ESPECIFICADA, SEM OBSTRUÇÃO OU GANGRENA	21/08/2014	16:09	ALTA HOSPITALAR
28/08/2014	19:50	2:00:00	D.N.M	1 ANO	CRISE DE GRANDE MAL, NÃO ESPECIFICADA (COM OU SEM PEQUENO MAL)	28/08/2014	21:50	CER LEBLON
14/08/2014	17:40	2:20:00	F.B.L.S	7 ANOS	CEFALÉIA CRÔNICA PÓS-TRAUMÁTICA	14/08/2014	20:00	ALTA HOSPITALAR
22/08/2014	15:40	2:20:00	K.A	1 ANO	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABEÇA, PARTE NÃO ESPECIFICADA	22/08/2014	18:00	ALTA HOSPITALAR
29/08/2014	00:15	2:20:00	Y.C.P	1 ANO	INTOXICAÇÃO POR AGONISTA PRINCIPALMENTE ALFA-ADRENORRECEPTORES NÃO CLASSIFICADA EM OUTRAS PARTES	29/08/2014	02:35	ALTA HOSPITALAR
23/08/2014	20:00	2:35:00	G.J.OL	5 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OUTRAS PARTES DA CABEÇA	23/08/2014	22:35	ALTA HOSPITALAR
11/08/2014	12:15	2:45:00	J.V.O.G	5 ANOS	FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO	11/08/2014	15:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
03/08/2014	19:10	3:00:00	M.F.M	4 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DO MEMBRO SUPERIOR NÍVEL NÃO ESPECIFICADO	03/08/2014	22:10	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
21/08/2014	18:30	3:00:00	C.M.S	7 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO COURO CABELUDO	21/08/2014	21:30	ALTA A REVELIA
04/08/2014	23:45	3:10:00	T.N.O.S	1 ANO	CONVULSÕES FEBRIS	05/08/2014	02:55	ALTA HOSPITALAR
05/08/2014	16:45	3:35:00	P.A.B.S	5 MESE	FERIMENTO DO COURO CABELUDO	05/08/2014	20:20	ALTA HOSPITALAR
06/08/2014	10:33	3:47:00	C.O.D	4 ANOS	INFLUENZA (GRIPE) COM PNEUMONIA, DEVIDA A VÍRUS NÃO IDENTIFICADO	06/08/2014	14:20	ALTA HOSPITALAR
28/08/2014	17:10	4:20:00	L.F.V.M	1 ANO	INFECÇÃO BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	28/08/2014	21:30	ALTA HOSPITALAR
22/08/2014	13:00	5:00:00	D.S.L	7 ANOS	CONVULSÕES DISSOCIATIVAS	22/08/2014	18:00	ALTA HOSPITALAR
17/08/2014	13:45	5:10:00	K.S.B	2 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DA CABEÇA	17/08/2014	18:55	ALTA HOSPITALAR
10/08/2014	17:45	5:45:00	K.G.L	5 ANOS	FERIMENTO DO COURO CABELUDO	10/08/2014	23:30	ALTA HOSPITALAR
10/08/2014	16:20	6:10:00	M.S.F	02 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OUTRAS PARTES DA CABEÇA	10/08/2014	22:30	ALTA HOSPITALAR
28/08/2014	15:30	6:52:00	S.P.R.C	3 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO	28/08/2014	22:22	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
26/08/2014	00:30	8:15:00	D.L.F	7 ANOS	NÃO ADMINISTRAÇÃO DE CUIDADO MÉDICO E CIRÚRGICO	27/08/2014	08:45	ALTA HOSPITALAR
10/08/2014	08:10	8:25:00	K.E.M.O	1 ANO	PNEUMONIA DEVIDA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	10/08/2014	16:35	HOSPITAL PRIVADO MENINO JESUS
10/08/2014	11:40	8:50:00	S.R.A.S	5 ANOS	CELULITE DE FACE	10/08/2014	20:30	HOSPITAL MUNICIPAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA
13/08/2014	07:45	9:50:00	L.S.C	2 ANOS	INFECÇÃO VIRAL NÃO ESPECIFICADA	13/08/2014	17:35	ALTA HOSPITALAR
22/08/2014	23:00	10:30:00	D.N.M	1 ANO	CONVULSÕES FEBRIS	23/08/2014	09:30	ALTA HOSPITALAR
08/08/2014	23:20	10:40:00	K.C.A	8 ANOS	FERIMENTO DO COURO CABELUDO	09/08/2014	10:00	ALTA HOSPITALAR
12/08/2014	20:35	13:25:00	V.T.S	2 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	13/08/2014	10:00	ALTA HOSPITALAR
02/08/2014	22:40	17:20:00	J.S.S	4 ANOS	PNEUMONIA DEVIDA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	03/08/2014	16:00	HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE
13/08/2014	10:15	22:10:00	A.L.F.B	7 ANOS	EPILEPSIA, NÃO ESPECIFICADA	14/08/2014	08:25	ALTA HOSPITALAR
06/08/2014	15:20	26:40:00	K.O.C	2 MESES	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	07/08/2014	18:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
15/08/2014	00:20	32:10:00	J.V.M.S	8 ANOS	DOR LOCALIZADA EM OUTRAS PARTES DO ABDOME INFERIOR	16/08/2014	08:30	HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
18/08/2014	23:45	35:15:00	A.S.A	7 ANOS	CELULITE DE FACE	20/08/2014	11:00	HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE
07/08/2014	16:00	40:16:00	D.M.S	9 MESES	BRONQUIOLITE AGUDA DEVIDA A OUTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	09/08/2014	08:16	ALTA HOSPITALAR
13/08/2014	14:00	78:40:00	E.B.A	1 ANO	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	16/08/2014	20:40	HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE

CONTROLE DA SALA VERMELHA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
29/08/2014	07:59	0:01:00	G.A.P	2 MESES	PARADA CARDÍACA NÃO ESPECIFICADA	29/08/2014	08:00	IML
29/08/2014	16:40	0:20:00	R.B.S	68 ANOS	HIPEROSMOLARIDADE E HIPERNATREMIA	29/08/2014	17:00	MORGUE
13/08/2014	23:00	0:30:00	M.D.J	15 ANOS	INTOXICAÇÃO POR AGENTES ANTICOLINESTERASE	13/08/2014	23:30	IML
17/08/2014	09:50	0:50:00	P.B.S	21 ANOS	PARADA CARDÍACA NÃO ESPECIFICADA	17/08/2014	10:40	IML
01/08/2014	11:00	1:00:00	K.H.R.S	37 ANOS	TRABALHO DE PARTO PRÉ -TERMO COM PARTO TERMO	01/08/2014	12:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
10/08/2014	08:20	1:10:00	E.F	27 ANOS	AGITAÇÃO E IQUIETAÇÃO	10/08/2014	09:30	SALA AMARELA
13/08/2014	18:00	5:20:00	J.P.S	67 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	13/08/2014	23:20	MORGUE

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
31/08/2014	22:40	1:10:00	M.J.C	31 ANOS	CHOQUE ANAFILÁTICO DEVIDO A EFEITO ADVERSO DE DROGA/MEDICAMENTO CORRETO E ADMINISTRAÇÃO DE MANEIRA APROPRIADA	31/08/2014	23:50	MORGUE
13/08/2014	19:50	1:33:00	E.S.S.L	69 ANOS	NÁUSEAS E VÔMITOS	13/08/2014	21:23	MORGUE
05/08/2014	17:10	6:20:00	M.P.B	61 ANOS	QUEIMADURA DE SEGUNDO GRAU DO TRONCO	05/08/2014	23:30	SALA AMARELA
01/08/2014	07:30	7:00:00	C.L	58 ANOS	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA	01/08/2014	14:30	MORGUE
27/08/2014	18:15	9:09:00	M.V.M	73 ANOS	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	28/08/2014	03:24	MORGUE
17/08/2014	22:00	10:32:00	C.E.F	57 ANOS	ASCITE	18/08/2014	08:32	MORGUE
30/08/2014	12:00	11:59:59	J.J.S	72 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	31/08/2014	23:59	SEGUE EM OBSERVAÇÃO
24/08/2014	09:10	24:20:00	M.A.B	39 ANOS	DOENÇA PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) NÃO ESPECIFICADA	25/08/2014	09:30	MORGUE
31/07/2014	14:25	28:35:00	F.V.S	44 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	01/08/2014	19:00	SALA AMARELA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
16/08/2014	17:00	29:00:00	C.A.F	70 ANOS	SEPTICEMIA NÃO ESPECIFICADA	17/08/2014	22:00	SALA AMARELA
27/08/2014	15:30	46:50:00	J.M.P.S	52 ANOS	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NÃO ESPECIFICADO	29/08/2014	14:20	HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA
16/08/2014	08:30	54:00:00	J.G.S	58 ANOS	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NÃO ESPECIFICADO	18/08/2014	14:30	SALA AMARELA
21/08/2014	07:10	58:20:00	J.J.S	72 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	23/08/2014	17:30	SALA AMARELA
01/08/2014	19:00	76:00:00	J.P.F	42 ANOS	DIARRÉIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMÍVEL	04/08/2014	23:00	MORGUE
18/08/2014	22:00	130:40:00	J.G.S	58 ANOS	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NÃO ESPECIFICADO	24/08/2014	08:40	SALA AMARELA

5.2. Pacientes que ultrapassaram 24hs de observação – [Setembro/2014](#)

CONTROLE DA SALA AMARELA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
08/09/2014	12:36	0:00:00	R.F.L	37 ANOS	EPILEPSIA, NÃO ESPECIFICADO	08/09/2014	12:36	ALTA HOSPITALAR
23/09/2014	21:30	0:08:00	J.V.B	49 ANOS	FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO	23/09/2014	21:38	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
04/09/2014	01:05	0:10:00	R.C.S.S	38 ANOS	ASMA NÃO ESPECIFICADA	04/09/2014	01:15	ALTA A REVELIA
07/09/2014	03:40	0:20:00	A.R.S	22 ANOS	AGRESSÃO POR MEIOS NÃO ESPECIFICADOS - LOCAL NÃO ESPECIFICADO	07/09/2014	04:00	ALTA A REVELIA
06/09/2014	10:00	0:30:00	J.L.S	23 ANOS	FRATURA DE OUTROS DEDOS	06/09/2014	10:30	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
27/09/2014	23:15	0:30:00	J.A.S	53 ANOS	HIPOTENSÃO IDIOPÁTICA	27/09/2014	23:45	ALTA HOSPITALAR
07/09/2014	12:30	0:30:00	R.S	22 ANOS	AGRESSÃO POR MEIO DE UM OBJETO CONTUNDENTE - RUA E ESTRADA	07/09/2014	13:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
01/09/2014	22:20	0:40:00	M.J.B.S	59 ANOS	APENDICITE AGUDA SEM OUTRAS ESPECIFICAÇÕES	01/09/2014	23:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
12/09/2014	16:00	0:45:00	S.L.S	28 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO	12/09/2014	16:45	HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE
14/09/2014	16:45	0:50:00	R.F.S	27 ANOS	FRATURA DO ANTEBRAÇO, PARTE NÃO ESPECIFICADA	14/09/2014	17:35	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
30/09/2014	16:20	0:55:00	M.C.P.J	15 ANOS	FLATULÊNCIA E AFECÇÕES CORRELATADAS	30/09/2014	17:15	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
20/09/2014	16:19	0:56:00	G.F.C	20 ANOS	LITIASE URINÁRIA	20/09/2014	17:15	HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
14/09/2014	16:45	1:00:00	M.M.F	31 ANOS	FRATURA DO PÉ NÃO ESPECIFICADA	14/09/2014	17:45	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
17/09/2014	20:44	1:01:00	S.P.S	17 ANOS	FARINGITE AGUDA NÃO ESPECIFICADA	17/09/2014	21:45	ALTA HOSPITAL AR
22/09/2014	17:20	1:05:00	A.N	45 ANOS	FRATURA DA DIÁFISE DO CÚBITO (ULNA)	22/09/2014	18:25	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
13/09/2014	11:50	1:18:00	M.J.S	61 ANOS	FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	13/09/2014	13:08	HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE
28/09/2014	09:25	1:18:00	T.A.S	19 ANOS	INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NÃO ESPECIFICADA	28/09/2014	10:43	HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR
25/09/2014	15:05	1:20:00	B.N.S	19 ANOS	PARTO ESPONTÂNEO CEFÁLICO	25/09/2014	16:25	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
01/09/2014	09:30	1:27:00	E.C.M	48 ANOS	FRATURA DO ANTEBRAÇO, PARTE NÃO ESPECIFICADA	01/09/2014	10:57	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
27/09/2014	21:00	2:00:00	Y.A.T	22 ANOS	EPILEPSIA, NÃO ESPECIFICADO	27/09/2014	23:00	ALTA HOSPITAL AR
03/09/2014	12:15	2:05:00	I.F.A	52 ANOS	FRATURA DE OUTROS DEDOS	03/09/2014	14:20	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
25/09/2014	17:35	2:10:00	E.R.B	22 ANOS	ABDOME AGUDO	25/09/2014	19:45	ALTA HOSPITAL AR
25/09/2014	18:00	2:45:00	Z.A.G	28 ANOS	GRAVIDEZ PROLONGADA	25/09/2014	20:45	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
02/09/2014	19:51	2:57:00	R.L.P	53 ANOS	HÉRNIA UMBILICAL SEM OBSTRUÇÃO OU GANGRENA	02/09/2014	22:48	ALTA HOSPITAL AR
11/09/2014	14:00	3:00:00	F.M.S	18 ANOS	APENDICITE AGUDA SEM OUTRAS ESPECIFICAÇÕES	11/09/2014	17:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
26/09/2014	14:30	3:12:00	V.A.B	73 ANOS	FRATURA DE COSTELA	26/09/2014	17:42	ALTA HOSPITAL AR
13/09/2014	12:30	3:30:00	A.P.M.S	43 ANOS	ANSIEDADE GENERALIZADA	13/09/2014	16:00	ALTA HOSPITAL AR
03/09/2014	20:30	3:35:00	A.C.M	15 ANOS	GRAVIDEZ CONFIRMADA	04/09/2014	00:05	ALTA A REVELIA
22/09/2014	09:05	3:55:00	O.M.P	21 ANOS	ABDOMEN AGUDO	22/09/2014	13:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
03/09/2014	15:05	4:25:00	M.N	42 ANOS	DOR TORÁCICA, NÃO ESPECIFICADA	03/09/2014	19:30	ALTA HOSPITAL AR
15/09/2014	17:00	5:00:00	I.S.I	46 ANOS	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	15/09/2014	22:00	ALTA HOSPITAL AR
24/09/2014	11:30	5:30:00	A.B.P	44 ANOS	OSTEOMIELITE NÃO ESPECIFICADA	24/09/2014	17:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
26/09/2014	11:30	6:00:00	J.A.N	82 ANOS	HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA)	26/09/2014	17:30	ALTA HOSPITAL AR
27/09/2014	12:20	6:00:00	A.O.S	42 ANOS	INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NÃO ESPECIFICADA	27/09/2014	18:20	HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR
18/09/2014	12:55	6:55:00	M.L.S	51 ANOS	ASMA NÃO ESPECIFICADA	18/09/2014	19:50	ALTA HOSPITAL AR
12/09/2014	00:05	6:55:00	J.F.A.S	26 ANOS	AGRESSÃO POR MEIO DE UM OBJETO CONTUNDENTE - RUA E ESTRADA	12/09/2014	07:00	ALTA HOSPITAL AR
08/09/2014	12:50	7:03:00	M.B.S	74 ANOS	HIPERTENSÃO ESSENCIAL	08/09/2014	19:53	ALTA HOSPITAL AR
26/09/2014	09:50	7:35:00	H.G.A.C	34 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO	26/09/2014	17:25	ALTA HOSPITAL AR
28/09/2014	08:45	7:40:00	M.R.O.P	75 ANOS	ARRITIMIA CARDÍACA NÃO ESPECIFICADA	28/09/2014	16:25	ALTA HOSPITAL AR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
30/09/2014	15:20	8:39:59	A.E.S.C	20 ANOS	INFECÇÃO AGUDAS NÃO ESPECIFICADA DAS VIAS AÉREAS INFERIORES	30/09/2014	23:59	SEGUE EM OBSERVAÇÃO
25/09/2014	11:40	9:05:00	J.A.M	69 ANOS	OUTRAS DOENÇAS VASCULARES PERIFÉRICAS ESPECIFICADAS	25/09/2014	20:45	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
04/09/2014	01:20	9:50:00	V.C.S	31 ANOS	APENDICITE AGUDA SEM OUTRAS ESPECIFICAÇÕES	04/09/2014	11:10	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
17/09/2014	20:44	10:05:00	J.A.J	30 ANOS	ALCOOLEMIA IGUAL OU SUPERIOR A 240 MG/100ML	18/09/2014	06:49	ALTA A REVELIA
18/09/2014	23:00	12:23:00	O.P.F	86 ANOS	DIABETES MELLITOS INSULINO-DEPENDENTE - SEM COMPLICAÇÕES	19/09/2014	11:23	ALTA HOSPITALAR
27/09/2014	19:00	13:00:00	I.S.S	65 ANOS	ENFISEMA NÃO ESPECIFICADO	28/09/2014	08:00	ALTA HOSPITALAR
11/09/2014	01:10	14:11:00	H.E.V.F	53 ANOS	DOR LOCALIZADA NO ABDOME SUPERIOR	11/09/2014	15:21	ALTA HOSPITALAR
08/09/2014	16:12	15:38:00	B.A.A	76 ANOS	CAQUEXIA	09/09/2014	07:50	ALTA HOSPITALAR
10/09/2014	16:00	18:24:00	A.A.S	76 ANOS	CONSTIPAÇÃO	11/09/2014	10:24	ALTA HOSPITALAR
09/09/2014	20:00	18:45:00	J.F.V	24 ANOS	TRANSTORNOS NÃO ESPECIFICADOS DO APARELHO URINÁRIO	10/09/2014	14:45	HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNWICK
04/09/2014	14:55	19:47:00	A.E.C	39 ANOS	FERIMENTO DO COURO CABELUDO	05/09/2014	10:42	ALTA HOSPITALAR
08/09/2014	16:00	19:50:00	S.R.S	66 ANOS	NÁUSEA E VÔMITOS	09/09/2014	11:50	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
04/09/2014	14:45	20:05:00	E.A.S	90 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	05/09/2014	10:50	SALA VERMELHA
03/09/2014	13:00	22:10:00	J.R.S	75 ANOS	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO	04/09/2014	11:10	ALTA HOSPITALAR
09/09/2014	12:35	22:55:00	E.G.C	56 ANOS	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NÃO ESPECIFICADA	10/09/2014	11:30	ALTA HOSPITALAR
15/09/2014	15:00	23:15:00	S.D.P	22 ANOS	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA	16/09/2014	14:15	ALTA HOSPITALAR
29/09/2014	22:05	25:54:59	P.R.A	38 ANOS	<i>PNEUMONIA DEVIDA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i>	30/09/2014	23:59	<i>SEGUE EM OBSERVAÇÃO</i>
29/09/2014	18:28	29:31:59	F.S.O	83 ANOS	<i>PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA</i>	30/09/2014	23:59	<i>SEGUE EM OBSERVAÇÃO</i>
14/09/2014	04:00	33:00:00	A.A.S	66 ANOS	<i>ENFISEMA NÃO ESPECIFICADO</i>	15/09/2014	13:00	ALTA HOSPITALAR
16/09/2014	18:00	39:00:00	T.S.M	18 ANOS	<i>GASTROENTERITE E COLITE NÃO-INFECIOSAS, NÃO ESPECIFICADAS</i>	18/09/2014	09:00	ALTA HOSPITALAR
11/09/2014	14:00	42:50:00	I.B.O	79 ANOS	<i>DOR LOCALIZADA NO ABDOME SUPERIOR</i>	13/09/2014	08:50	ALTA HOSPITALAR
27/09/2014	21:00	43:45:00	N.M	67 ANOS	<i>ERISPELA</i>	29/09/2014	16:45	ALTA A REVELIA
23/09/2014	15:00	47:00:00	J.B.R.F	41 ANOS	<i>INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA, SEM OUTRAS ESPECIFICAÇÕES</i>	25/09/2014	14:00	HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
14/09/2014	16:35	67:55:00	C.A.X	13 ANOS	PIELONEFRITE NÃO-OBSTRUTIVA CRÔNICA ASSOCIADA A REFLUXO	17/09/2014	12:30	ALTA HOSPITAL AR
20/09/2014	07:30	73:00:00	A.L.G.S.S	36 ANOS	PIELONEFRITE NÃO-OBSTRUTIVA CRÔNICA ASSOCIADA A REFLUXO	23/09/2014	08:30	ALTA HOSPITAL AR
06/09/2014	13:15	91:30:00	J.A.S	61 ANOS	OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS ESPECIFICADOS	10/09/2014	08:45	CLÍNICA JARDIM AMÉRICA
29/08/2014	13:27	100:28:00	C.A.F	70 ANOS	ERISPELA	03/09/2014	17:55	ALTA HOSPITAL AR
26/09/2014	06:40	113:19:59	L.R.P	41 ANOS	DOR PRECORDIAL	30/09/2014	23:59	SEGUE EM OBSERVAÇÃO
01/09/2014	15:00	113:30:00	I.R.M	56 ANOS	INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	06/09/2014	08:30	ALTA HOSPITAL AR
17/09/2014	10:40	118:17:00	J.S.A	47 ANOS	DISPNÉIA	22/09/2014	08:57	ALTA HOSPITAL AR

CONTROLE DA SALA AMARELA PEDIÁTRICA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
02/09/2014	12:40	0:20:00	C.A.S.N	13 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO	02/09/2014	13:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
15/09/2014	18:00	0:40:00	B.F.V	4 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OUTRAS PARTES DA CABEÇA	15/09/2014	18:40	ALTA HOSPITAL AR
27/09/2014	22:35	0:55:00	G.L.S.S	11 ANOS	APENDICITE AGUDA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO	27/09/2014	23:30	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
13/09/2014	10:15	1:00:00	K.P	6 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DO TÓRAX	13/09/2014	11:15	ALTA HOSPITAL AR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
05/09/2014	19:25	1:05:00	L.A.S.S	4 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DA CABEÇA	05/09/2014	20:30	ALTA HOSPITALAR
27/09/2014	14:35	1:25:00	M.S.T	4 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABEÇA, PARTE NÃO ESPECIFICADA	27/09/2014	16:00	ALTA HOSPITALAR
08/09/2014	17:25	1:34:00	A.V.B.S	1 ANO E 7 MESES	QUEDA DA ESCADA	08/09/2014	18:59	ALTA A REVELIA
02/09/2014	16:08	1:42:00	A.C.F.M	1 ANO	CONVULSÕES FEBRIS	02/09/2014	17:50	ALTA A REVELIA
29/09/2014	23:00	2:00:00	K.M.D.M	1 ANO	FERIMENTO DO COURO CABELUDO	30/09/2014	01:00	ALTA HOSPITALAR
30/09/2014	15:00	2:15:00	N.R.C	2 ANOS	CONVULSÕES FEBRIS	30/09/2014	17:15	CERLEBLON
03/09/2014	21:45	2:30:00	L.C.T	5 ANOS	ESPOROTRICOSE	04/09/2014	00:15	ALTA A REVELIA
19/09/2014	06:21	2:39:00	T.A.B.L	1 ANO	CONVULSÕES FEBRIS	19/09/2014	09:00	ALTA HOSPITALAR
05/09/2014	10:30	2:42:00	M.L.S	2 ANOS	INTOXICAÇÃO POR ADSTRINGENTES E DETERGENTES DE USO LOCAL	05/09/2014	13:12	ALTA HOSPITALAR
20/09/2014	09:20	2:50:00	J.L.S.A	2 ANOS	CRISE CONVULSIVA	20/09/2014	12:10	ALTA HOSPITALAR
24/09/2014	06:30	3:00:00	Y.S.P.L	7 ANOS	CONVULSÕES DISSOCIATIVAS	24/09/2014	09:30	ALTA HOSPITALAR
08/09/2014	19:58	3:05:00	L.A.C	11 MESES	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABEÇA, PARTE NÃO ESPECIFICADA	08/09/2014	23:03	ALTA HOSPITALAR
29/09/2014	09:20	4:20:00	A.J.S.V	1 ANO	QUEIMADURAS ENVOLVENDO DE 20-29% DA SUPERFICIE CORPORAL	29/09/2014	13:40	HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
07/09/2014	11:00	5:50:00	R.M.S	12 ANOS	GASTROENTERITE E COLITE NÃO INFECCIOSAS, NÃO ESPECIFICADO	07/09/2014	16:50	HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE
30/09/2014	00:30	6:50:00	P.H.A.S	5 ANOS	BRONQUITE AGUDA NÃO ESPECIFICADA	30/09/2014	07:20	ALTA HOSPITALAR
19/09/2014	09:50	7:50:00	T.A.B.L	1 ANO	CONVULSÕES FEBRIS	19/09/2014	17:40	ALTA HOSPITALAR
17/09/2014	19:17	9:32:00	R.M.S.M	4 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABEÇA, PARTE NÃO ESPECIFICADA	18/09/2014	04:49	ALTA A REVELIA
01/09/2014	17:25	14:15:00	E.F.S	1 ANO	INFEÇÃO DAS VIAS AÉREAS INFERIORES	02/09/2014	07:40	ALTA A REVELIA
24/09/2014	16:30	15:55:00	K.M.O.S	1 ANO	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	25/09/2014	08:25	HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE
23/09/2014	19:05	19:40:00	A.L.A.R	2 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	24/09/2014	14:45	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO LORETO
03/09/2014	11:25	26:55:00	P.R.S.S	7 ANOS	CELULITE DE OUTROS LOCAIS	04/09/2014	14:20	HOSPITAL MUNICIPAL RAFAEL DE PAULA SOUZA
18/09/2014	01:50	30:00:00	E.C.G.S	3 ANOS	LARINGITE AGUDA	19/09/2014	07:50	ALTA HOSPITALAR

CONTROLE DA SALA VERMELHA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
10/09/2014	20:20	0:40:00	A.A.S	34 ANOS	PARADA CARDÍACA NÃO ESPECIFICADA	10/09/2014	21:00	IML
17/09/2014	23:02	1:10:00	C.H.S	42 ANOS	FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	18/09/2014	00:12	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
28/09/2014	18:12	1:08:00	A.S.R	62 ANOS	INFARTO AGUDO TRANSMURAL DO MIOCÁRDIO, DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA	28/09/2014	19:20	MORGUE
17/09/2014	23:02	1:10:00	C.H.S	42 ANOS	FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	18/09/2014	00:12	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
24/09/2014	21:20	19:10:00	M.F	34 ANOS	QUEIMADURA DO TRONCO, GRAU NÃO ESPECIFICADO	25/09/2014	16:30	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
30/08/2014	12:00	51:05:00	J.J.S	72 ANOS	<i>PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA</i>	02/09/2014	15:05	MORGUE
05/09/2014	10:50	54:15:00	E.A.S	90 ANOS	<i>PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA</i>	07/09/2014	17:05	MORGUE

5.3. Pacientes que ultrapassaram 24hs de observação – Outubro/2014

CONTROLE DA SALA AMARELA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
19/10/2014	03:00	0:15:00	S.S.F	12 ANOS	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO	19/10/2014	03:15	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
31/10/2014	14:10	0:20:00	C.S.B	26 ANOS	CANCRO MOLE	31/10/2014	14:30	ALTA HOSPITALAR
15/10/2014	11:50	0:25:00	J.A.L	52 ANOS	HÉRNIA INGUINAL BILATERAL, COM OBSTRUÇÃO, SEM GRANGRENA	15/10/2014	12:15	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
26/10/2014	21:45	0:25:00	V.F.M	33 ANOS	GRAVIDEZ TUBÁRIA	26/10/2014	22:10	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
02/10/2014	18:00	0:30:00	V.B.F	19 ANOS	DOR LOCALIZADA EM OUTRAS PARTES DO ABDOME INFERIOR	02/10/2014	18:30	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
30/10/2014	17:30	0:30:00	J.M.L	22 ANOS	FERIMENTO DO(S) ARTELHO(S) SEM LESÃO DA UNHA	30/10/2014	18:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
17/10/2014	17:55	0:35:00	J.C.S.G	35 ANOS	CONSTIPAÇÃO	17/10/2014	18:30	ALTA HOSPITALAR
04/10/2014	20:45	0:35:00	L.A.M	52 ANOS	FRATURA DE PUNHO PARTE NÃO ESPECIFICADA	04/10/2014	21:20	ALTA A REVELIA
06/10/2014	01:15	0:40:00	M.F.M	32 ANOS	TRABALHO DE PARTO PRECIPITADO	06/10/2014	01:55	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
09/10/2014	17:45	0:40:00	M.J.L	64 ANOS	FRATURA DE OUTROS OSSOS DO TARSO	09/10/2014	18:25	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
21/10/2014	11:30	0:45:00	A.C.C	57 ANOS	FRATURA DO MALÉOLO LATERAL	21/10/2014	12:15	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
14/10/2014	04:50	0:50:00	J.S	26 ANOS	TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO SEM PARTO	14/10/2014	05:40	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
31/10/2014	00:15	0:50:00	A.S.V	32 ANOS	CLACULOSE DO URETER	31/10/2014	01:05	ALTA HOSPITALAR
25/10/2014	12:05	0:55:00	L.S.B	37 ANOS	ABDOME AGUDO	25/10/2014	13:00	HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE
08/10/2014	21:45	1:05:00	J.A.F	20 ANOS	CISTITE AGUDA	08/10/2014	22:50	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
17/10/2014	15:35	1:10:00	J.L.R.A	30 ANOS	FRATURA DE MANDÍBULA	17/10/2014	16:45	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
12/10/2014	14:55	1:25:00	L.M.L	13 ANOS	APENDICITE AGUDA SEM OUTRAS ESPECIFICAÇÕES	12/10/2014	16:20	HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR
05/10/2014	11:10	1:35:00	A.F.A	62 ANOS	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA	05/10/2014	12:45	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
09/10/2014	11:45	1:35:00	M.V.O.L	15 ANOS	APENDICITE AGUDA SEM OUTRAS ESPECIFICAÇÕES	09/10/2014	13:20	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
06/10/2014	07:10	1:45:00	M.R.M	31 ANOS	TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO SEM PARTO	06/10/2014	08:55	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
29/10/2014	17:10	1:50:00	R.S.C	19 ANOS	FRATURA DA DIÁFISE DO CÚBITO (ULNA)	29/10/2014	19:00	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
08/10/2014	19:40	1:50:00	J.D.S	47 ANOS	OUTRAS CONVULSÕES E AS NÃO ESPECIFICADAS	08/10/2014	21:30	ALTA A REVELIA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
25/10/2014	19:20	2:00:00	M.F.R.S	30 ANOS	PARTO ESPONTÂNEO CEFÁLICO	25/10/2014	21:20	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
05/10/2014	17:35	2:45:00	A.P.C.A	33 ANOS	ABORTO ESPONTÂNEO - COMPLETO OU NÃO ESPEC, SEM COMPLICAÇÕES	05/10/2014	20:20	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
07/10/2014	17:00	2:59:00	R.S.S	24 ANOS	COLECISTITE AGUDA	07/10/2014	19:59	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
10/10/2014	10:30	3:00:00	A.M.P	58 ANOS	HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA)	10/10/2014	13:30	ALTA HOSPITALAR
20/10/2014	08:30	3:36:00	A.R.B	25 ANOS	FRATURA DE REGIÃO NÃO ESPECIFICADA DO CORPO	20/10/2014	12:06	ALTA HOSPITALAR
21/10/2014	13:10	4:10:00	R.S	70 ANOS	ANSIEDADE GENERALIZADA	21/10/2014	17:20	ALTA HOSPITALAR
03/10/2014	14:40	4:20:00	V.C.J.P	16 ANOS	PESSOA TRAUM EM OUT ACIDENTE DE TRANSP ESPECIF (COM/SEM COLISÃO), ENVOLVENDO UM VEÍCULO NÃO MOTORIZADO	03/10/2014	19:00	ALTA HOSPITALAR
23/10/2014	11:15	4:45:00	R.S.S	20 ANOS	INFECÇÃO VIRAL NÃO ESPECIFICADA	23/10/2014	16:00	ALTA HOSPITALAR
25/10/2014	18:50	5:00:00	L.R	69 ANOS	DISPNÉIA	25/10/2014	23:50	ALTA HOSPITALAR
01/10/2014	09:50	5:30:00	F.J	37 ANOS	ABORTO NÃO ESPECIFICADO - COMPLETO OU NÃO ESPECIFICADO, COMPLIC POR HEMORRAGIA EXCESSIVA OU TARDIA	01/10/2014	15:20	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
16/10/2014	12:15	5:45:00	N.C.S	61 ANOS	HIPOGLICEMIA NÃO ESPECIFICADA	16/10/2014	18:00	ALTA HOSPITALAR
30/10/2014	18:00	5:59:59	M.G.A.R	66 ANOS	PIELONEFRITE NÃO OBSTRUTIVA CRÔNICA ASSOCIADA A REFLUXO	31/10/2014	23:59	SEGUE EM OBSERVAÇÃO
26/10/2014	03:00	6:00:00	T.B.S	50 ANOS	AUTO INTOXICAÇÃO VOLUNTÁRIA POR ÁLCCOL - RUA E ESTRADA	26/10/2014	09:00	ALTA HOSPITALAR
08/10/2014	13:00	6:30:00	R.V.S	43 ANOS	DOR TORÁCICA, NÃO ESPECIFICADA	08/10/2014	19:30	ALTA HOSPITALAR
12/10/2014	08:50	7:00:00	J.B	73 ANOS	ASMA NÃO ESPECIFICADA	12/10/2014	15:50	ALTA HOSPITALAR
08/10/2014	07:30	7:15:00	L.A.S	67 ANOS	ENCEFALOPATIA NÃO ESPECIFICADA	08/10/2014	14:45	HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE
19/10/2014	11:00	7:15:00	Q.P.S	38 ANOS	TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS DO TÓRAX	19/10/2014	18:15	ALTA HOSPITALAR
05/10/2014	13:30	7:30:00	J.T.M	47 ANOS	FERIMENTO NA CABEÇA, PARTE NÃO ESPECIFICADA	05/10/2014	21:00	ALTA HOSPITALAR
21/10/2014	15:20	7:40:00	T.F.L	28 ANOS	CONTUSÃO DO OMBRO E DO BRAÇO	21/10/2014	23:00	ALTA HOSPITALAR
27/10/2014	10:20	8:00:00	A.M.S.L	26 ANOS	QUEDA SEM ESPECIFICAÇÃO - RUA E ESTRADA	27/10/2014	18:20	ALTA HOSPITALAR
10/10/2014	23:20	9:10:00	B.D.C	15 ANOS	CHOQUE ANAFILÁTICO NÃO ESPECIFICADO	11/10/2014	08:30	ALTA HOSPITALAR
03/10/2014	10:40	10:50:00	R.A.P	48 ANOS	DISPNÉIA	03/10/2014	21:30	SALA VERMELHA
05/10/2014	06:30	11:05:00	T.A.S	21 ANOS	AUTO INTOXICAÇÃO VOLUNTÁRIA POR ÁLCCOL - RUA E ESTRADA	05/10/2014	17:35	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
23/10/2014	18:40	13:35:00	I.S.S	64 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	24/10/2014	08:15	ALTA HOSPITAL AR
09/10/2014	18:15	13:35:00	M.S.A	20 ANOS	QUEIMADURA, PARTE DO CORPO NÃO ESPECIFICADA , GRAU NÃO ESPECIFICADO	10/10/2014	07:50	ALTA HOSPITAL AR
02/10/2014	20:00	13:50:00	I.A.N	49 ANOS	ASMA NÃO ESPECIFICADA	03/10/2014	09:50	ALTA HOSPITAL AR
09/10/2014	17:45	14:40:00	I.O	45 ANOS	DOR PRECORDIAL	10/10/2014	08:25	ALTA HOSPITAL AR
13/10/2014	03:05	14:55:00	J.R.D.D	36 ANOS	ALERGIA NÃO ESPECIFICADA	13/10/2014	18:00	ALTA HOSPITAL AR
16/10/2014	20:00	15:30:00	S.O.C	17 ANOS	INTOXICAÇÃO EXOGENA	17/10/2014	11:30	ALTA HOSPITAL AR
15/10/2014	18:30	15:40:00	P.R.R.S	62 ANOS	HEPATITE ALCOOLICA	16/10/2014	10:10	ALTA HOSPITAL AR
11/10/2014	16:45	15:44:00	R.S.S	24 ANOS	ICTERÍCIA NÃO ESPECIFICADA	12/10/2014	08:29	ALTA A REVELIA
10/10/2014	17:15	16:15:00	J.D.S	47 ANOS	EPILEPSIA, NÃO ESPECIFICADA	11/10/2014	09:30	ALTA HOSPITAL AR
17/10/2014	15:00	18:15:00	G.S	72 ANOS	FLUTTER E FIBRILAÇÃO ATRIAL	18/10/2014	09:15	ALTA HOSPITAL AR
04/10/2014	15:10	21:35:00	G.S.R	21 ANOS	AMIGDALITE AGUDA NÃO ESPECIFICADA	05/10/2014	12:45	ALTA HOSPITAL AR
30/10/2014	16:00	22:00:00	G.B.S	28 ANOS	CELULITE DA FACE	31/10/2014	14:00	ALTA HOSPITAL AR
30/09/2014	15:20	24:21:00	A.E.S.C	20 ANOS	OUTRAS PNEUMONIAS BACTERIANAS	01/10/2014	15:41	ALTA HOSPITAL AR
28/10/2014	02:30	31:45:00	L.E.F.R.O	13 ANOS	ENCEFALITE POR VARICELA	29/10/2014	10:15	HOSPITAL ESTADUAL ALBERT SCHWEITZER
07/10/2014	19:10	37:50:00	F.D.R	37 ANOS	CELULITE DE FACE	09/10/2014	09:00	CLÍNICA JARDIM AMERICA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
24/10/2014	19:30	47:15:00	P.S.S.S	20 ANOS	CELULITE DE FACE	26/10/2014	18:45	ALTA HOSPITAL AR
18/10/2014	14:45	48:30:00	I.C.S	59 ANOS	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA	20/10/2014	15:15	ALTA HOSPITAL AR
18/10/2014	09:15	52:50:00	H.M.S	50 ANOS	PNEUMONIA DEVIDA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	20/10/2014	14:05	ALTA HOSPITAL AR
20/10/2014	15:40	67:00:00	A.A.P	79 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	23/10/2014	10:40	ALTA HOSPITAL AR
17/10/2014	19:10	67:40:00	T.B.S	41 ANOS	DENGUE	20/10/2014	14:50	ALTA HOSPITAL AR
28/10/2014	07:20	73:40:00	M.L.A	55 ANOS	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO	31/10/2014	09:00	ALTA HOSPITAL AR
19/10/2014	21:00	85:10:00	R.S.F	33 ANOS	CELULITE DE OUTRAS PARTES DO(S) MEMBRO (S)	23/10/2014	10:10	ALTA HOSPITAL AR
19/10/2014	13:40	94:25:00	F.S.V.M	35 ANOS	DENGUE	23/10/2014	12:05	HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLA
11/10/2014	23:46	105:54:00	J.P.G	90 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA / IAM	16/10/2014	09:40	SALA VERMELHA
04/10/2014	21:50	131:00:00	D.F.S	34 ANOS	CONVULSÕES DISSOCIATIVAS	10/10/2014	08:50	ALTA HOSPITAL AR
29/09/2014	18:28	141:02:00	F.S.O	83 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	05/10/2014	15:30	ALTA HOSPITAL AR
14/10/2014	12:15	148:00:00	N.D.V	90 ANOS	PNEUMONIA DEVIDA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	20/10/2014	16:15	ALTA HOSPITAL AR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
22/10/2014	22:00	208:00:00	S.B.S	46 ANOS	HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA) / IAM	31/10/2014	14:00	ALTA HOSPITAL AR
09/10/2014	11:45	224:45:00	L.R.S	75 ANOS	PNEUMONIA DEVIDA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	18/10/2014	20:30	ALTA HOSPITAL AR
20/10/2014	22:31	236:39:00	J.J.F	63 ANOS	EDEMA PULMONAR, NÃO ESPECIFICADO DE OUTRA FORMA	30/10/2014	19:10	ALTA HOSPITAL AR
29/09/2014	22:05	445:10:00	P.R.A	38 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	18/10/2014	11:15	ALTA HOSPITAL AR

CONTROLE DA SALA AMARELA PEDIATRIA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
15/10/2014	18:00	0:10:00	E.V.S.G	4 ANOS	OUTRAS DORES ABDOMINAIS E AS NÃO ESPECIFICADAS	15/10/2014	18:10	ALTA A REVELIA
09/10/2014	18:15	0:10:00	V.O.R	2 ANOS	FRATURA DA EXTREMIDADE E DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO (ULNA)	09/10/2014	18:25	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
29/10/2014	12:17	0:43:00	A.R.A.S	6 ANOS	OUTRAS INFEÇÕES POR VÍRUS DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA	29/10/2014	13:00	ALTA A REVELIA
16/10/2014	21:15	1:15:00	P.H.N.B	11 MESES	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	16/10/2014	22:30	ALTA HOSPITAL AR
15/10/2014	23:00	1:15:00	L.P.D	7 ANOS	APENDICITE AGUDA SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO	16/10/2014	00:15	HOSPITAL ESTADUAL ALBERT SCHWEITZER
17/10/2014	09:30	1:30:00	C.S.V	13 ANOS	EPILEPSIA, NÃO ESPECIFICADA	17/10/2014	11:00	ALTA HOSPITAL AR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
11/10/2014	15:30	1:40:00	J.G.C	7 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO	11/10/2014	17:10	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
26/10/2014	18:10	1:50:00	D.A.N.G	4 ANOS	QUEDA SEM ESPECIFICAÇÃO - RESIDÊNCIA	26/10/2014	20:00	ALTA HOSPITALAR
25/10/2014	18:50	2:30:00	M.V.S.V	4 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO OUVIDO	25/10/2014	21:20	HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR
23/10/2014	14:50	2:45:00	M.V.F.M.M	5 ANOS	ASMA NÃO ESPECIFICADA	23/10/2014	17:35	ALTA HOSPITALAR
29/10/2014	20:00	2:45:00	M.S.M	1 ANO	FERIMENTO DO COURO CABELUDO	29/10/2014	22:45	ALTA HOSPITALAR
03/10/2014	14:40	3:00:00	L.M.F.P	4 MESES	TRAUMA EM ACIDENTE DE TRANSP ESPEC COM VEÍCULO A MOTO, SEM COLISÃO (ACID DE TRÂNSITO)	03/10/2014	17:40	ALTA HOSPITALAR
15/10/2014	15:00	3:00:00	R.M.S.S	4 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABEÇA, PARTE NÃO ESPECIFICADA	15/10/2014	18:00	ALTA HOSPITALAR
07/10/2014	15:45	3:20:00	E.D.A.S	5 ANOS	FERIMENTO DA PÁLPEBRA E DA REGIÃO PERIOCLAR	07/10/2014	19:05	ALTA HOSPITALAR
13/10/2014	18:00	3:20:00	J.V.V.S	7 ANOS	QUEDA SEM ESPECIFICAÇÃO - ESCOLA, OUT INSTITUTE ÁREA DE ADM PÚBLICA	13/10/2014	21:20	ALTA HOSPITALAR
15/10/2014	18:00	3:30:00	J.S.V	7 MESES	INFECÇÃO VIRAL NÃO ESPECIFICADA	15/10/2014	21:30	ALTA HOSPITALAR
19/10/2014	14:35	3:45:00	E.F.S	3 ANOS	FERIMENTO DO COURO CABELUDO	19/10/2014	18:20	ALTA HOSPITALAR
14/10/2014	19:00	3:50:00	B.C.S	5 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABEÇA, PARTE NÃO ESPECIFICADA	14/10/2014	22:50	ALTA HOSPITALAR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
03/10/2014	11:50	4:10:00	J.M.P	7 ANOS	AMIGDALITE AGUDA NÃO ESPECIFICADA	03/10/2014	16:00	ALTA HOSPITAL AR
17/10/2014	11:15	4:15:00	L.B.M	8 MESES	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO	17/10/2014	15:30	ALTA HOSPITAL AR
04/10/2014	13:30	4:25:00	L.B.F	1 ANO	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DA CABEÇA	04/10/2014	17:55	ALTA HOSPITAL AR
11/10/2014	12:45	4:25:00	A.S.M	2 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO	11/10/2014	17:10	ALTA HOSPITAL AR
27/10/2014	17:50	4:50:00	G.S.S	4 ANOS	QUEDA, ENQUANTO CARREGADO / APOIADO P/ OUT PESSOA - RUA E ESTRADA	27/10/2014	22:40	ALTA HOSPITAL AR
19/10/2014	15:40	5:05:00	L.A	4 ANOS	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO	19/10/2014	20:45	HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
07/10/2014	23:20	5:25:00	G.V.S	2 ANOS	QUEDA SEM ESPECIFICAÇÃO - RESIDÊNCIA	08/10/2014	04:45	ALTA HOSPITAL AR
12/10/2014	14:30	5:45:00	M.F.C	3 ANOS	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO COURO CABELUDO	12/10/2014	20:15	ALTA HOSPITAL AR
03/10/2014	00:30	8:30:00	J.H.P.S	11 MESES	GASTROENTERITE E COLITE ALÉRGICAS OU LIGADAS À DIETA	03/10/2014	09:00	ALTA HOSPITAL AR
18/10/2014	06:10	8:50:00	J.C.S	2 ANOS	ASMA NÃO ESPECIFICADA	18/10/2014	15:00	ALTA HOSPITAL AR
22/10/2014	21:45	8:50:00	R.Q.C	3 ANOS	QUEDA DE UM LEITO - RESIDÊNCIA	23/10/2014	06:35	ALTA HOSPITAL AR
20/10/2014	23:50	9:55:00	D.M.B	2 ANOS	CONVULSÕES FEBRIS	21/10/2014	09:45	ALTA HOSPITAL AR
10/10/2014	22:30	10:00:00	K.M.G	4 ANOS	AMIGDALITE AGUDA NÃO ESPECIFICADA	11/10/2014	08:30	ALTA HOSPITAL AR

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
27/10/2014	19:10	12:20:00	M.A.M	7 ANOS	QUEDA MESMO NÍVEL POR ESCORREGAR, TROPEÇO OU PASSO FALSO - ESCOLA	28/10/2014	07:30	ALTA HOSPITAL AR
08/10/2014	04:45	13:15:00	G.V.S	7 ANOS	CONVULSÕES FEBRIS	08/10/2014	18:00	HOSPITAL MUNICIPAL JESUS
05/10/2014	01:35	13:40:00	Y.T.M	6 ANOS	DOR NA COLUNA TORÁCICA	05/10/2014	15:15	ALTA HOSPITAL AR
07/10/2014	21:37	13:43:00	E.K.S.N	9 ANOS	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA	08/10/2014	11:20	HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO
15/10/2014	19:00	14:50:00	G.A.S	2 ANOS	CONVULSÕES FEBRIS	16/10/2014	09:50	ALTA HOSPITAL AR
23/10/2014	15:00	17:00:00	M.C.S	6 MESES	BRONQUIOLITE AGUDA DEVIDA A OUTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	24/10/2014	08:00	ALTA HOSPITAL AR
07/10/2014	16:50	22:00:00	A.J.D.B	2 ANOS	CONVULSÕES FEBRIS	08/10/2014	14:50	ALTA HOSPITAL AR
11/10/2014	10:35	25:35:00	A.V.V.S	2 ANOS	INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA	12/10/2014	12:10	ALTA HOSPITAL AR
01/10/2014	17:10	40:50:00	W.R.M	1 ANO	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	03/10/2014	10:00	HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR
25/10/2014	19:00	47:45:00	L.F.X.R	2 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	27/10/2014	18:45	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO LORETO
03/10/2014	12:00	48:10:00	Y.C.S.L	1 ANO	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	05/10/2014	12:10	ALTA HOSPITAL AR

CONTROLE DA SALA VERMELHA

Entrada / Data	Hora	Tempo de Permanência	Nome (somente iniciais)	Idade	Diagnóstico	Data /Saída	Hora / Saída	Destino / Unidade
04/10/2014	16:20	0:35:00	M.J.S	23 ANOS	MORTE QUE OCORRE EM < 24H APÓS O INÍCIO DOS SISTEMAS, QUE NÃO PODE SER EXPLICADA	04/10/2014	16:55	IML
04/10/2014	21:10	0:40:00	D.F.S	34 ANOS	CONVULSÕES DISSOCIATIVAS	04/10/2014	21:50	SALA AMARELA
28/10/2014	01:15	1:15:00	L.E.F.R.O	13 ANOS	ENCEFALITE POR VARICELA	28/10/2014	02:30	SALA AMARELA
23/10/2014	11:30	7:10:00	I.S.S	64 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	23/10/2014	18:40	SALA AMARELA
08/10/2014	11:36	8:04:00	J.D.S	47 ANOS	OUTRAS CONVULSÕES E AS NÃO ESPECIFICADAS	08/10/2014	19:40	SALA AMARELA
20/10/2014	04:58	17:33:00	J.J.F	63 ANOS	EDEMA PULMONAR, NÃO ESPECIFICADO DE OUTRA FORMA	20/10/2014	22:31	SALA AMARELA
03/10/2014	21:30	19:08:00	R.A.P	48 ANOS	DISPNÉIA	04/10/2014	16:38	MORGUE
16/10/2014	09:40	56:20:00	J.P.G	90 ANOS	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA	18/10/2014	18:00	HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA
12/10/2014	09:35	239:01:00	M.S.L	82 ANOS	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO	22/10/2014	08:36	CER LEBLON



5.4. Óbitos ≤ 24hs ocorridos na unidade – [Agosto a Outubro/2014](#)

AGOSTO/2014

G.A.P., 2 meses – BAM 551408290035 / Deu entrada Cadáver na Unidade / Encaminhado ao IML / CAUSA INDETERMINADA.

*Lactente de 2 anos, deu entrada em PCR, pupilas midriáticas, sem fotorresposta, livor cadavérico, trazida por sua genitora que relatava ter encontrado sua filha não reativa no berço. Paciente foi encaminhada ao IML para elucidação diagnóstica. **Óbito não evitável. Paciente deu entrada cadáver na unidade.***

M.D.J., 15 anos – BAM 551408130280 / Deu entrada Cadáver na Unidade / Encaminhado ao IML / CAUSA INDETERMINADA.

*Adolescente de 15 anos deu entrada em PCR, cianose central e extremidades, pupilas midriáticas, sem fotorresposta, trazido por sua mãe e amigos após ter sido encontrado desacordado na laje de sua casa, após uso excessivo de drogas. Tentado reanimação com massagem cardíaca, ventilação bolsa máscara e uso de epinefrina, por cerca de 30 min, sem sucesso. Paciente foi encaminhada ao IML para elucidação diagnóstica. **Óbito não evitável. Paciente deu entrada cadáver na unidade.***

P.B.S., 21 anos – BAM 551408170047 / Deu entrada CADAVER Unidade / Encaminhado ao IML / CAUSA INDETERMINADA.

*Paciente 21 anos, previamente hígida, histórico de abuso de álcool freqüente, Chega à unidade em PCR, ausência de pulsos centrais, onde prontamente foi iniciado manobras de reanimação com paciente em assistolia. Após terceiro ciclo de massagem de 3 minutos, a paciente foi intubada com TOT 7,5 mm em sequência rápida com boa ventilação pulmonar bilateral. Paciente inicia fibrilação ventricular fina o que motivou desfibrilação bifásica 200 J em três ciclos de massagem de 3 minutos sucessivos, totalizando 3 choques, sem alteração do ritmo. Por fim paciente inicia uma AESP com padrão ECG de Complexo QRS alargado. HGT de 175. Após vigésimo segundo ciclo, paciente entra novamente em assistolia. Durante todo este período de manobra não foi notado nenhum pulso espontâneo. Dado ausência de dados no relato do marido e da história clínica, A paciente foi encaminhada ao IML para elucidação diagnóstica. **Óbito não evitável. Paciente deu entrada cadáver na Unidade.***

R.R.S., 53 anos – BAM 551408160075 / Encaminhado ao IML para confirmação etiológica / AVC isquêmico.

Paciente com histórico de etilismo crônico, usuário de cocaína, deu entrada na unidade trazido

por policiais militares após ter sido encontrado em via pública irresponsivo. Chega à unidade torporoso, com quadro confusional associado à convulsão e desvio de comissura labial. Restante do exame físico não apresentava alterações Foi realizado Diazepam IM e paciente evoluiu para estado pós-ictal. Realizado TC de crânio sem contraste no HMMC, via solicitação de Vaga Zero no COR, que não revelou trauma cranioencefálico ou sinais de AVC isq. significativos, apresentando contudo importante atrofia cortical difusa. Paciente permaneceu torporoso e em observação na sala amarela, necessitando de ventilação de suporte com macronebulização para manter saturação acima de 94%. Exames Lab com Hb 14,2, Ht 41,7, Leuco 9.300, Pqts 90.000, Na 130, K 3,1, uréia 33, CR 1,10, VHS 14, Gasometrias arterial pH 7,476, pO2 58,1, SatO2 95,5%, pCO2 20,3, HCO3 29, BE 5,1. Às 2:00 da manhã, após cerca de 12h desde sua entrada na unidade, evolui subitamente com PCR. **Óbito não evitável – Paciente meia idade porém com quadro de uso crônico de drogas ilícitas, com provável quadro de AVC isquêmico, evoluiu rapidamente com descompensação do quadro clínico apesar das intervenções médicas.**

E.S.S.L, 69 anos – BAM 551408130022 / CHOQUE HIPOVOLÊMICO / HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

Paciente 69 anos, histórico de alcoolismo, com relato de dor epigástrica vômitos e dispneia e febre há menos de 24 horas. Lúcida e orientada quanto ao tempo e ao espaço. Saturando 99% em ar ambiente, anictérica, acianótica, hidratada e sem febre. Exame segmentar do AR, ACV e MMII era inalterado. ABD flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal. Iniciado medicação para controle da dor. Exames laboratoriais de admissão com: amilase: 33; ckmb: 16; cpk: 155; Trop: < 50; Crea: 0,46; Uréia: 20; K+: 3,9; Na+: 141; Hm: 3,78; Hb: 13,3; Ht: 37,9%; **Leuco: 1800**; plaq: 142 mil; ph: 6,857; pco2: 23,7; po2: 96,4; HCO3 5,8; Sat o2: 90%. Nas horas subseqüentes paciente evolui com franca deteriorização clínica e nítida piora dos sinais vitais: início de taquicardia, taquipnéia, hipotensão arterial, diminuição do nível de consciência e com episódios de vômitos fecalóides. Foi levada para Sala Vermelha, realizado intubação orotraqueal. Evoluiu para PCR em AESP às 19:55h. Realizado manobras de reanimação com retorno da circulação espontânea após 28 minutos. Às 21:00h sofreu nova PCR em assistolia. Após nova tentativa de reanimação, sem êxito, constatado óbito às 21:25h, após 14h na unidade. **Óbito evitável – Apesar do histórico de comorbidades do paciente algumas hipóteses diagnósticas não puderam ser feitas (hipertensão porta? Varizes esofagianas? Úlcera gástrica?). Equipe clínica assistente não foi capaz de identificar precocemente os sinais de gravidade – o que ocasionou grave deterioração clínica, sem chances de reversão.**

M. V. M, 73 anos – BAM 551408270039 / INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA / Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Paciente idosa, 73 anos, portadora de DPOC, Fibrilação atrial crônica, hipertensa, portadora de valvopatia, relatava “falta de ar” há quatro dias. Lúcida e orientada quanto ao tempo e ao espaço. FR: 22. Saturando 85% em ar ambiente. Anictérica, acianótica, hidratada. Bom

enchimento capilar. Exame segmentar do AR: MVUA com roncos difusos, ACV e MMII era inalterado. ABD flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal. Iniciado bloqueador de canal de Ca⁺⁺ e broncodilatador. Exames laboratoriais de admissão com: ckmb: 74; cpk: 124; Trop: 106; ECG: FA com alta resposta. Crea: 0,84; Uréia: 47; K⁺: 4,1; Na⁺: 140; INR: 1,19; Hm: 4,91; Hb: 14,1; Ht: 41,7%; Leuco: 8100; plaq: 193 mil; Usuária em observação na sala amarela, por não apresentar melhoras após tratamento inicial proposto. Nas horas subsequentes, evolui com franca bradipnéia e dessaturação. Removida para sala vermelha e instalado CPAP. Evoluiu para PCR em AESP às 02:58h. Realizado manobras de reanimação, sem êxito, constatado óbito às 03:24h, após 19h na unidade. **Óbito não evitável – Paciente idosa com múltiplas comorbidade, evoluiu rapidamente com descompensação do quadro clínico apesar das intervenções médicas.**

R. B. S, 68 anos – BAM 551408290056 / COMA HIPEROSMOLAR / DIABETES.

Paciente 68 anos, diabético, HPP de 4 AVC, com queda progressiva do estado geral, prostração e adnamia há dois dias. Deu entrada na unidade com HGT > 600 mg/dl, torporoso, sendo encaminhado diretamente à Sala de Observação Amarela. FC: 85bpm; PA: 130/70; FR: 18. Saturando 98% em ar ambiente. Anicterico, acianótico, hipocorado. Exame segmentar do AR, ACV e MMII era inalterado. ABD flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal. Iniciado hidratação venosa e insulino terapia, posteriormente aos resultados dos exames laboratoriais foi iniciado ATB. Exames laboratoriais de admissão com: Crea: 1,83; Uréia: 129; K⁺: 5,1; Na⁺: 153; Hm: 4,12; Hb: 12,8; Ht: 37,8%; Leuco: 15.700; plaq: 574 mil; Nas horas subsequentes, evolui com bradicardia e perda de nível de consciência. Transferido para sala vermelha, evoluindo para PCR às 16:40h. Realizado manobras de reanimação, sem êxito, constatado óbito às 17:00h, após 8h na unidade. **Óbito não evitável – Paciente idoso com múltiplas comorbidade, evoluiu muito rapidamente com descompensação do quadro apesar das intervenções médicas.**

C.L., 58 anos – BAM 551407310165 / Código SISREG 110766905/ Choque Séptico / Sepses Abdominal / Acidose metabólica / Insuficiência Renal crônica/ Declaração de Óbito 20650779-8

Paciente 58 anos, hipertenso, insuficiência renal crônica terminal em terapia dialítica 3xsemana, foi até sua clínica dialítica no dia 31/07/2014 onde lhe foi negado a realização da diálise devido a apresentar hipoglicemia no local. Foi então encaminhado verbalmente à UPA Rocinha onde foi acolhido com quadro de náuseas e tonturas. Apresentava-se em mal estado geral, disglucêmico (HGT 264 mg/dl), hipotenso (PA 80x40 mmHg). Foi rapidamente acomodado na sala amarela para estabilização clínica e coleta de exames, porém em questão de minutos evolui com piora da hipotensão, sendo levado para a sala vermelha onde apresentou evolui com PCR. Manobras de reanimação foram iniciadas prontamente. O Paciente apresentou 7 paradas cardiorespiratórias tendo sido revertido com sucesso. Após retorno ao ritmo sinusal,

*foi procedido com IOT com TOT 8,5 e acoplamento em VM:fiO2: 80, Peep:5, Vt: 500, Fr: 14. Sat: 99%, e em uso de midazolam e nora (7ml/h), mantendo-se PA 120x60mmHg. Nesse momento apresentava-se comatoso, bem perfundido e distribuído, afebril, desidratado (++/4+), acianótico. Realizada diversas tentativas para colocação de sonda vesical de demora ou alívio, sem sucesso (patologia em via urinária? Hiperplasia prostática?) Fraldas: Perdas fecais e urinárias. Exames lab: Hb: 11,2 / Ht: 37,2 / RDW: 16,4 / Leuco: 19300, B: 13/S: 72/TP:24,7seg AE: 52%, Glicemia: 189, Na: 141, K: 6,5, Ureia: 215, Creatinina: 11,36, CPK: 1897 CK/MB: 514, Troponina > 2000, Amilase: 1542. Após esses exames foi iniciado ATB (Tempo ATB 270 min, devido ao PCR e necessidade de procedimentos de reanimação que retardaram início precoce do ATB). Foi iniciado Ceftriaxona e metronidazol. Efetuado regulação SISREG para vaga CTI devido quadro de gravidade do paciente. Gasometria arterial evidencou acidose metabólica extrema: pH 6,85/ pO2 424/ pCO2 25,9/ BE 3,6. Esse quadro era compatível com paciente renal crônico em choque séptico devido a um provável quadro abdominal. Foi iniciado terapia com infusão de bicarbonato de sódio e gasometrias seriadas, porém 18h dps da chegada do paciente à unidade o mesmo evolui para Óbito. **Óbito não evitável – Paciente apresentava-se com quadro grave de Sepsis Abdominal e minutos após chegada na unidade já apresentou episódios de PCR. Medidas de reanimação e suporte intensivo foram prontamente tomadas, mas sem sucesso. Mesmo que uma vaga em unidade de terapia intensiva tivesse sido liberada prontamente, com acesso à ATB largo espectro + suporte hemodinâmico, ainda assim a chance de óbito seria muito elevada.***

M.J.C., 32 anos – BAM 551408160075 / Choque Anafilático / Asma Grave / Encaminhado ao IML para elucidação diagnóstica.

*Paciente 32 anos, asmático grave, apresentou quadro de choque anafilático por volta das 22:30h após infusão de hidrocortisona IV (500mg) por apresentar quadro de asma e bronquite, na sala de medicação, evoluindo para insuficiência respiratória aguda e cianose central e liberação esfíncteriana. Sendo realizado 0,1mg de adrenalina SC na sala de medicação e transferência para sala vermelha. Evolui para PCR na sala vermelha, revertida após manobras de ressuscitação cardiorespiratória com massagem + infusão de adrenalina 2ml, + aspiração de via aérea superior (presença de grande quantidade de restos alimentares – Broncoaspiração) + intubação com TOT nº08 (via aérea edemaciada), seguido de acoplamento a VM. Por volta das 23:05 paciente evolui para nova parada em assistolia, sendo iniciado novamente massagem e infusão de adrenalina, evoluindo para AESP, realizado desfibrilação, evoluindo para assistolia, sendo novamente realizado infusão de adrenalina + massagem + infusão de glicose hipertônica, porém sem resposta. Constatado o óbito do paciente as 23:50h do dia 31/08/2014. Causa mortis: Choque anafilático. **Óbito não evitável – Paciente apresentou quadro de choque anafilático súbito, por medicação do qual já havia feito uso previamente em outros momentos, sem histórico conhecido de alergias. Recebeu suporte adequado para reanimação e proteção de via aérea, mesmo assim não resistindo. Corpo foi encaminhado ao IML para elucidação diagnóstica.***

SETEMBRO/2014

A.A.S., 34 anos – BAM 551409100225 / Deu entrada Cadáver na Unidade / Encaminhado ao IML / CAUSA INDETERMINADA.

Paciente 34 anos, previamente hígido, histórico de uso de cocaína relatado por familiares, deu entrada em PCR, pupilas midriáticas, sem reflexo fotorresposta e corneopalpebral, trazido por PM acompanhando de sua esposa e irmã. Familiares relataram ter encontrado o paciente desmaiado há mais de 30 min antes de conseguirem sua remoção para à Unidade. Paciente deu entrada na unidade cadáver. Paciente foi encaminhada ao IML para elucidação diagnóstica. Óbito não evitável. Paciente deu entrada cadáver na unidade.

A.S.R., 53 anos – BAM 551409280151 / IAM sem supra ST – Sem indicação de trombólise / Declaração de Óbito 20690440-1

Paciente meia idade, histórico de hipertensão arterial em tratamento irregular com captopril 25 mg, chega por meios próprios à unidade queixando-se de “muita dor na barriga” (SIC). Relatava dor por todo abdômen, que havia iniciado após almoço. Na classificação de risco paciente apresentava-se com sudorese e palidez e referia escala de dor 6/10. Sinais vitais: FC 91 bpm, FR 20 ipm, SatO2 99%, PA 220x140. Foi classificado como amarelo e em cerca de 10 minutos de sua entrada na unidade recebeu o 1º atendimento médico. Paciente confirmou queixas algicas abdominais. Ao exame apresentava-se com abdômen algo distendido e doloroso à palpação. Registro das informações foi feito de forma muito sintética, com o médico plantonista não atentando para possibilidade de diagnósticos diferenciais, focando basicamente no quadro abdominal. Solicitou rotina laboratorial com hemograma, bioquímica básica, amilase, eletrólitos, e solicitou também marcadores de necrose miocárdica (CPK, CKMB e Troponina I). Paciente foi encaminhado para sala medicação para receber anti-hipertensivos orais e sintomáticos para o quadro abdominal. Após 1h na sala de medicação, evolui com dispneia intensa e é levado à Sala Vermelha. Nesse momento é realizado ECG que constatou IAM sem supra ST, porém imediatamente após paciente iniciada quadro de hipotensão e insuficiência respiratória aguda. Realizado IOT rápida, com ventilação em bolsa-mascara e posterior ventilação mecânica e iniciada infusão rápida de soro fisiológico. Em menos de 10 min da chegada do paciente à Sala Vermelha o mesmo evoluiu para parada cardiorrespiratória em assistolia. Foi Iniciado prontamente manobras de reanimação com massagem cardíaca externa e infusão em bolus de epinefrina a cada ciclo de 3 min. Após 30 min. de manobras, é declarado óbito do paciente. Exames Laboratoriais, após chegada do paciente à Sala Vermelha, vieram com marcadores de necrose miocárdica discretamente positivos: CKMB 29 / CPK 243 / Troponina 50-100. Óbito evitável – A evolução do quadro evidenciou uma apresentação superaguda do IAM. Desde à chegada desse paciente à Unidade o mesmo já apresentava sinais de alarme que deveriam ter sido melhor avaliados, além da anamnese dirigida e exame físico incompletos. Todo raciocínio e conduta terapêutica inicial levou em consideração somente a

queixa principal do paciente, sem considerar de imediato a possibilidade de uma apresentação atípica de um IAM, ou IAM associado. Palidez cutânea, sudorese e dor (mesmo que abdominal), além da PA claramente elevada e histórico prévio de hipertensão, deveriam ter propiciado esse questionamento pela equipe clínica. O ECG com IAM sem supra foi realizado tardiamente (1h e 20min. após chegada do paciente à unidade), apenas quando apresentou Choque Cardiogênico e instabilidade hemodinâmica irreversível. Apesar da solicitação inicial de marcadores de necrose miocárdica, o mesmo não recebeu nenhuma outra etapa do tratamento preconizado pelas diretrizes atuais de tratamento do IAM (vide 1ª Diretriz de Ressuscitação da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Out. 2013). Não teve ECG realizado nos primeiros momentos da chegada à unidade, não recebeu dupla terapia anti-agregante plaquetária (AAS + Clopidogrel), B-Bloqueador, enoxiheparina (venosa e subcutânea), morfina, nem regulação para tentativa de angioplastia primária de resgate. Este caso foi amplamente discutido posteriormente na comissão de Óbito e na Comissão de Prontuário, de forma a tornar a abordagem inicial da equipe médica e de enfermagem mais sistematizada e atenta às apresentações atípicas do IAM, além dos conceitos de equivalente anginoso no infarto.

OUTUBRO/2014

M.J.S., 23 anos – BAM 551410040148 / Deu entrada Cadáver na Unidade / Corpo encaminhado ao IML para elucidação diagnóstica.

*Paciente 23 anos, chega trazido por viatura policial após ter sido encontrado caído em via pública. Não apresentava sinais de agressão. Chega em PCR, pupilas midriáticas e livores pelo corpo, configurando cadáver ao chegar na unidade. Histórico pregresso colhido com familiares posteriormente indicavam que era usuário costumes de cocaína e “cheiro da loló”. Corpo foi encaminhado ao IML para elucidação diagnóstica. **Óbito não evitável. Deu entrada CADÁVER na unidade.***



5.5. Óbitos \geq 24hs ocorridos na unidade – [Agosto a Outubro/2014](#)

AGOSTO/2014

J.P.S., 67 anos – BAM 551408100072 / Código SISREG 111508391/ Choque Séptico / Sepses Pulmonar / Pneumonia Bacteriana / Cetoacidose Diabética / Diabetes mellitus / Declaração de Óbito 20650888-3

*Paciente meia idade, abandonado por familiares, com HAS e DM tipo II sem controle glicêmico adequado, deu entrada na unidade com hiperglicemia > 600 mg/dl com sinais de desorientação - coma hiperosmolar. Paciente apresentava histórico de tratamento de BK pulmonar há 3 anos com critérios de cura segundo familiares. Apresentava-se torporoso, glasglow 13, afebril, taquipneico, taquicárdica, dessaturando em ar ambiente porém com 98% saturação em macronebulização 5l/min. Exame físico com MV com estertores crepitantes em ambos os pulmões em terço médio e inferior. Exames admissão mostravam Hb:14,0 ; Ht: 40,8%; Leucocitos: 24200 (bastões: 10%,segmentados: 70%); plaq: 353mil ; glicose: 217; Na+: 151; K+: 4,2; Uréia: 76; Crea: 0,46; EAS: pH: 6,0; Proteínas presentes +; glicosuria +++; nitrito negativo; esterase: ausente; Leucocitos 11 por campo; bactérias presente. Radiografia ao leito mostrava infiltrados pulmonar difuso bilateralmente com opacificação em ápice pulmonar esquerdo. Paciente foi acomodado na sala amarela e iniciado ATB terapia (Ceftriaxona + azitromicina), devido ao Diagnóstico de Pneumonia + Cetoacidose diabética. Tempo da 1a. dose ATB de 120 min. Foi solicitada vaga de regulação via SISREG para unidade intermediária. Não evolui de forma esperada, mantendo nível de consciência reduzido, com pouca interação e evolui, apesar dos ATB e hidratação venosa com piora progressiva da função renal e pulmonar, perfazendo quadro de acidose metabólica. Leucograma não apresentou melhora, mantendo-se em plateaua casa dos 20.000 leucócitos. No 4a. dia de observação na sala amarela, apresentou sinais de instabilidade hemodinâmica, evoluindo com hipotensão refratário à infusão de cristalóides. Foi procedido com punção venosa profunda e intubação orotraqueal com acoplamento em ventilador. Iniciado infusão de noradrenalia em altas elevadas além de infusão em bomba de bicarbonato de sódio, na tentativa de corrigir a grave acidose metabólica que se instaurara (pH 7,06 pCo2 51 pO2 214 HCO3 12). Após 4 horas na sala vermelha a paciente apresentou fibrilação ventricular, sendo procedido com choque 200J por 2 vezes, seguido se protocolo de massagem cardíaca. O mesmo evolui para assistolia irreversível e a´os 15 min de manobras de reanimação é declarado óbito. **Óbito evitável – Apesar do histórico de comorbidades do paciente caso o mesmo tivesse sido prontamente recebido em uma unidade hospitalar de maior porte, onde houvesse disponibilidade de ATB de largo espectro, além de terapia de suporte dialítica, o desfecho poderia ter sido diferente.***

J.P.F., 42 anos – BAM 551407300086 / Código SISREG 110669553/ Choque Séptico / Sepses Pulmonar / Pneumonia / SIDA / Declaração de Óbito 20650780-1

Paciente 42 anos, HIV positivo, sem tratamento anti-retroviral, trazido por Agentes da Clinica da família do Rinaldo de Lamare com quadro de Gastroenterite e febre alta há dez dias. Nega

acompanhamento ambulatorial regular. Chega à unidade paciente em regular estado geral, hipocorado 2+/4+, emagrecido, desidratado, anictérico e acianótico, eupneico em macronbz de o₂ a 3l/min mas com sinais de esforço respiratório, candidose oral, afebril, com diarréia persistente. Exames lab. admissão mostravam hb=8,5 ->7,7/ ht=24,8 ->22,9 / leuco=3500 (86%neutrofilos, 7% linfocitos)->4300 (88,2% neutro, 5,8% linfo, 3%mono) plaquetas=26.000/ inr=1,58 / Na 129/ k=4,8 / u=44 / cr=1,02 / tgo=401 / tgp= 69 / bt=0,83 bd=0,54 bi=0,29/ ptn=4,75 / albumina=1,66 / eas: 5 hem ;15-20 leuco; ptn`s ++ ; mucu ++ // rx de tórax: infiltrado intersticial reticulonodular difuso (bk miliar?/pneumocistose?). Após exames laboratoriais e hidratação venosa foi iniciado Ceftriaxona + bactin + azitromicina + nistatina oral, para cobertura de possível quadro pulmonar bacteriano, suspeita de pneumocistose em paciente com SIDA, plaquetopenia por inavção medular do HIV, cadidiase oral, além de provável diarréia invasiva bacteriana. Foi prontamente regulado com pedido de unidade intermediária. Na noite do 1^a. dia de observação evoluiu com dessaturação importante e foi iniciado conduta com CPAP de 30min/1h com intervalos de 4h, obtendo o mesmo resposta satisfatória. Paciente foi mantido no leito de isolamento enquanro era colhido exame de escarro para BAAR. Após 3 dias de observação, com a confirmação de BAAR+, foi iniciado também esquema RHZE para tratamento BK. Paralelamente, quadro gerla do paciente continuava a declinar com progressivo aumento da leucocitose, piora da função renal, apesar do incremento da hidratação, e piora da função ventilatória, mesmo em CPAP intermitente. No 4^a. dia, dado progressiva piora do leucograma, foi optado pela troca do ceftriaxona por cefepima. No 5^a. dia de observação na sala amarela (leito isolamento), foi atualizado o perfil vaga solicitado no SISREG para CTI. Últimos exames laboratoriais evidenciavam hb: 7,4; ht: 21%; leuco: 22500; mielocito : 13% metamielocito: 11%; bastoes: 15% linfocitos: 5890; plaquetas: 10 mil; glicose: 45; uréia: 75; crea: 1,24; Paciente apresentava péssimo prognóstico e dado persistência da insuficiência respiratória, apesar de todas as medidas, foi optado IOT com acoplamento em VM para melhor controle da dispnéia e conforto ao paciente. Procedimento foi realizado sem intercorrências, porém deterioramento clínico do paciente não cessou. Evoluiu algumas horas depois com diurese zero, hipotensão. Iniciado infusão de noradrenalina de altas doses, porém após 4h paciente apresentou bradicardia seguido por PCR em assitolia. Manobras de reanimação foram efetuadas por 15 min, declarando óbito do paciente logo em seguida. **Óbito não evitável – Paciente apresentava-se com quadro de SIDA avançado associado à TB , pneumonia, diarréia invasiva e pancitopenia pelo HIV. Gravidade e estado da doença avançada ao chegar à unidade.**

C. E. F., 57 anos – BAM 551408160035 / Código SISREG 112033846 / Choque Séptico / Peritonite Bacteriana / Ascite / Cirrose/ Declaração de Óbito 20650889-1

Paciente com histórico de alcoolismo pesaado, chega à unidade com história de que há 3 semanas não se alimenta corretamente devido a mal estar epigástrico, além de há 1 mês surgir com uma distensão abdominal e com "mais ou menos 2 semanas" sem urinar. Desconhecia status viral para hepatite B ou C. Apresentava-se com estado geral regular decaído, mal distribuído, afebril, desidratado (2+/4+), taquidispneico, consciente e orientado, além de algo icterico. Ao exame o abdome era distendido, ascítico. RHA-. Depressível e doloroso difusamente. Notava-se coluria em

bolsa coletora de urina da sonda vesical de demora. Principais Resultados de Provas Diagnósticas mostravam Lab: Ureia: 176, Creat: 2,74, Na: 136, K: 3,7, INR: 1,15; glicose: 174; magnésio: 2,1; cálcio: 8,8; cpk: 320; ckmb: 40; tgo: 37; tgp: 27; bil total: 4,6; amilase: 89; proteínas totais e frações: 4,73; albumina: 2,19. Hemograma: Leuco: 12600, Bastonetes: 16, Segmentados: 70,0. Plaquetas: 562 mil. Hb:10,2 Ht: 30,4. vhs: 32. Um USG aBd (pedido pela CF) mostrava Fígado de volume pouco aumentado, contornos regulares, ausência de dilatação de vias biliares. vesícula biliar distendida, de parede discretamente espessada. rins de topografia e dimensões normais. aorta de calibre normal. bexiga pouco distendida. A impressão inicial foi de se tratar de uma Insuficiência hepática em piora associado a PBE, e piora da função renal. Paciente estava taquicardido com prejudicado status hemodinâmico por conta da possível sepse + distensão abdominal volumosa. Iniciado reexpansão volêmica + Ceftriaxona e Ciprofloxacino (Delta T ATB foi de 150 min). Paciente foi regulado com pedido de vaga de CTI dado quadro grave e foi mantido em observação na sala amarela monitorizado. Por 2 dias permaneceu estável na sala amarela, a té que na manhã do 3a. dia de observação, apresentou subitamente hipotensão (PA 64x42 mmHg), seguido de dessaturação, gasping e bradicardização. Paciente foi prontamente intubado em sequência rápida. Logo em seguida inicia PCR em assistolia, sendo iniciadas manobras de reanimação, cessadas após 25 min de procedimentos e declarado óbito do paciente. **Óbito não evitável – Paciente apresentava-se com quadro grave de Sepse Abdominal devido à PBE + hipertensão portal + provável cirrose. Caso vaga em uma unidade de terapia intensiva tivesse sido liberada prontamente, com acesso à ATB largo espectro + suporte hemodinâmico, talvez ele tivesse possibilidade de um melhor prognóstico, mas mesmo nesse contexto seria um paciente de altíssimo risco de óbito.**

M.A.B. 39 anos – BAM 551408230045 / Código SISREG 112634809 / CHOQUE SÉPTICO / SEPSE PULMONAR / Pneumonia Bacteriana / SIDA / Declaração de Óbito 20650890-5

Paciente jovem, 39 anos, SIDA, abandono total do tratamento (RIPE + TARV) nos últimos meses devido à depressão, interna na UPA da Rocinha em mal estado geral, dispnéia aos mínimos esforços, desidratada e anemiada. Terceiro episódio de internação em estado de gravidade semelhante somente esse ano. Exames laboratorias de admissão evidenciavam pancitopenia grave, com leucopenia e anemia importante. RX de tórax com infiltrado em ambas as base, sugestivo de consolidação. Discreto infiltrado reticulonodular em terço médio de ambos HT. Sem alterações visualizadas em ápices pulmonares. Hipóteses diagnósticas da internação: SIDA com neutropenia febril + sepse pulmonar por PAC (Pneumonia adquirida da comunidade) e pneumocistose. Iniciado tratamento ATB com Cefepime, BACTRIN e Fluconazol. A 1ª. dose de ATB foi iniciada com 90 min. do diagnóstico de SEPSE. A paciente foi regulada para vaga de DIP no SISREG com 24h de chegada à Unidade. Após 1 dias de observação na sala amarela (leito isolamento), a paciente evolui com franca piora da dispnéia, necessitando de suporte com ventilação invasiva (IOT + VM + Sedação). Realizado punção venosa profunda em veia subclávia direita sem intercorrências após IOT. Dado piora do quadro foi levada para sala vermelha. Apesar da suplementação de Fe e hidratação venosa vigorosa, evolui com queda progressiva dos parâmetros hematimétricos (sem exteriorização aparente) além de insuficiência renal aguda. Tentado coleta de escarro para BAAR

em 2 ocasiões, porém paciente não apresentava secreção pulmonar suficiente. Evolui com agudização de uma quadro prévio de anemia crônica (provável invasão medular do HIV, dado ausência de exteriorização de qualquer perda). Solicitado e tentado vaga hemotransfusão, via vaga zero pelo COR, negado o pedido. Parâmetros hematimétricos atingiram últimos valores no exame LAB (25/08/14): de Hb 4,2 / Ht 12,3 / Leuco 1.300 / Neutrófilos 280 / Pqts 10.000. / RDW 16,3 / VCM 85,4 / HCM 29,2 / CHCM 34,1 / Na: 124 / K: 6,3 / Ureia 105 / Cr 1,79 / Mg 2,4 / TGO 186 / TGP 47 / BT 1,81 / BI 1,80 / Amilase 30 / Pts Total 2,78 / Albumina 1,18. Permaneceu 2 dias na Sala vermelha com piora progressiva das funções vitais (insuf. Renal agudizada, insuf. respiratória) e hipotensão refratária à expansão volêmica vigorosa (CHOQUE SÉPTICO). Doses de amins vasoativas foram sendo incrementadas progressivamente até que 9h da manhã do D3 de observação na unidade evolui com PCR irreversível à manobras de reanimação. Tentado manobras por 30 min, sem sucesso sendo declarado óbito e preenchido Declaração de óbito entregue à família. **Óbito não evitável – Paciente apresentava-se com quadro de SIDA avançado associado à TB e pneumonia, em abandono de tratamento, 3ª. episódio semelhante esse ano (apesar de todo acompanhamento CMS Píndaro e CFMSS). Gravidade e estado da doença avançada ao chegar à unidade.**

SETEMBRO/2014

J.J.S., 72 anos – BAM 551409280151 / SISREG Código 112523679 / Pneumonia broncoaspirativa / Sequela AVC / Declaração de Óbito nº (Xerox ilegível....)

Paciente idoso, 72 anos, acamado, hemiparesia em dimídio direito por sequela prévia de AVC, deu entrada nesta unidade com queixa de hiporexia, dispnéia, oligúria, emagrecido, mau estado geral, desidratado e, de acordo com as filhas, piora do estado geral há 3 dias. Realizado Rx tórax que evidenciou pneumonia bacteriana com foco pulmonar e apresentava também urina fétida e escura em fralda. Apresentava-se afebril e taquicárdico ao chegar, com PA tendendo à hipotensão mas que prontamente melhorou com infusão rápida de cristalóides. em tempo paciente apresentou melhora parcial do estado geral após hidratação inicial. Ao exame mostrava MV rude com roncos difusos, RCR 2t bnf sem sopros, abdome distendido em hipogastro, constipado, peristáltico, indolor à palpação sup e profunda; sem sinais de irritação peritoneal e mmii sem edemas ou empastamentos de panturrilhas. úlcera de mmii direito com base limpa sem sinais flogísticos. EAS com 18 leucocitos /campo. RS de abdome com presença de fecalomas em colon transverso, descendente, reto e ampola e RX torax com discreta consolidação em HTE. Exames Lab de admissão mostravam Hb 12,4 / Ht 35,1 / Leuco 6.000 / Pqts 253.000 / VHS 35 / Na 150 / K 4,5 / Ureia 151 / CR 2,75. Foi iniciado ATB terapia (clavulin + azitromicina). Paciente não fechava critérios de sepse, mas recebeu ATB com 2h da entrada na sala amarela. Foi solicitada vaga de regulação SISREG para clínica médica. Paciente seguiu em observação na sala amarela enquanto aguardava regulação. Hemograma e evolução clínica seguiram padrão desfavorável, apresentando pouca resposta à terapêutica proposta. Dia a dia, observava-se aumento do leucograma e piora progressiva do padrão ventilatório. No 9a. dia de observação, evolui com Insuficiência respiratória aguda e é levado para a sala vermelha sendo realizada IOT com TOT 7,5 e acoplamento à VM em modo PCV, além de fentanil e

midazolam. No dia seguinte foi optado a troca do esquema ATB terapêutico, suspendendo clauvilm + azitromicina por cefepime + levofloxacino. Foi puncionado acesso venoso profundo e iniciado noradrenalina em baixa dose para manutenção pressórica. Apesar da troca dos ATB observou-se pouca melhora no leucograma e uma progressiva acentuação da anemia sem, no entanto, exteriorização de qualquer sangramento ou melena. Foram realizados 2 pedidos, via VAGA ZERO para hemotransfusões de urgência, porém foi negado dado perfil do paciente. Último exames laboratoriais evidenciava Hb: 5,6; leuco: 21300; bastões: 10%; plaq: 262 mil; glicose: 153; na+: 149; k+: 3,4; ureia: 53; crea: 0,72;. No 13a. dia de internação na unidade, evolui com bradicardia seguida de assistolia. Foi procedido com manobras de reanimação por 15 min, sendo declarado óbito. Regulação do SISREG foi atualizada 4x nesse interin, sem vaga para para o perfil do paciente. **Óbito evitável – Paciente idoso e com diversas comorbidades, porém ao chegar à unidade apresentava-se relativamente estável e após cuidados iniciais aguardou na unidade por mais de uma semana até que apresentasse piora do seu estado geral. Caso tivesse sido removido para uma unidade hospitalar com ATB de largo espectro à disposição provavelmente desfecho do caso teria sido diferente.**

E.A.S., 90 anos – BAM 551409040121 / SISREG Código Código 113858891 / Sepse Pulmonar / Pneumonia bacteriana / Declaração de Óbito nº 20690439-8

Paciente idosa, 90 anos, hipertensa, acamada, deu entrada na unidade com quadro de adinamia e queda do estado geral associado à tosse produtiva, sem relato de febre, evoluindo em algumas horas para insuficiência respiratória aguda, sendo realizada intubação orotraqueal e acoplamento à VM em modo PCV, além de sedação e analgesia com midazolam e fentanil. Exames admissionais mostravam hb: 13,2; ht: 38,7%; leuco: 19.900; bastões: 8%; plaq: 213 mil; vhs: 20; glicose: 187; na+: 142; k+: 4,3; ureia: 81; crea: 1,35cpk: 60; ckmb: 10; tgo: 24; tgp: 9; bil total: 0,72; amilase: 83 troponina <50. Rx tórax mostrava consolidação em base de HTD. Ao exame evidenciavam-se roncos difusos em ambos HT. Restante exame físico inalterado. Foi iniciado prontamente Clavulin + azitromicina. Tempo de ATB foi de 65 min. Paciente fechava critérios de Sepse na admissão. Foi prontamente regulada com pedido de leito de CTI. Após 4 dias de observação na sala vermelha seguia aguardando leito em unidade fechada. Últimos exames laboratoriais mostravam discreta melhora no leucograma: hb: 13,2; ht: 38,7%; leuco: 17700; bastões: 10%; plaq: 213 mil; vhs: 20; glicose: 187; na+: 142; k+: 4,3; ureia: 150; crea: 3,57cpk: 60; ckmb: 10; tgo: 24; tgp: 9; bil total: 0,72; amilase: 83 troponina <50. Na tarde do 4ª. dia de observação na unidade, apresentou súbita PCR em assistolia, sendo realizada manobras de reanimação por 25 min. Sem sucesso, sendo constatado óbito às 17:05 do D4 unidade.




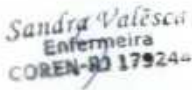

OUTUBRO/2014

R.A.P, 48 anos – BAM 551410030040 / SISREG Código 116426601 / Choque Cardiogênico / Declaração de Óbito 20704093-1

Paciente 48 anos, etilista pesado, hipertenso sem tratamento, chega à unidade relatando quadro de

dispneia há 2 semanas. fez tratamento para pneumonia atípica há 1 semana sem melhora e procura a upa por piora dos sintomas. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, com sinais de discreta dispneia, porém nenhuma outra alteração era notada no exame clínico. Sinais vitais mostravam PA tendendo à hipotensão na chegada à unidade e saturava à 95% em ar ambiente. Exames laboratoriais mostravam Hb 15,9; Ht: 47,7%; leuco: 8600; plaq: 296 mil; na+: 134; k+: 4,5; inr: 1,08 Troponina de 352; cpk: 234; ckmb: 23; ureia: 58; crea: 1,54eas com proteínas +; corpos cetônicos +; leucócitos 30 por campo; hemoglobina presente. Rx tórax com leve aumento do índice cardíaco, parenquima pulmonar sem alteração, incisuras livres. ECG evidenciava bloqueio do ramo direito. Cerca de 1 hora da chegada à unidade evoluiu com hipotensão severa refratária à volume e é levado para Sala Vermelha. Dado presença de marcadores de necrose discretamente elevados (CPK e CKMB, sendo CKMB já dentro normalidade), porém com troponina ainda em plateau, foi aventado a hipótese de estarmos diante de um IAM sem supra ST ANTIGO, com provável 1 ou 2 semanas de duração, haja vista permanência dos sintomas. Gasometria arterial colhida ao chegar na sala vermelha mostrava grave acidose metabólica e o paciente permanecia anúrico, levando também a um diagnóstico de IRA com acidose metabólica. Apesar de monitorização, infusão vigorosa de volume e tratamento clínico, paciente evoluiu rapidamente para hipotensão grave, sendo intubado e acoplado ao VM em sequência rápida e logo após apresentou 2 episódios de PCR rapidamente revertidas às manobras de reanimação. Paciente teve acesso profundo puncionado e foi iniciado aminas vasoativas em doses elevadas (noradrenalina e dobutamina). Foi solicitada vaga em unidade fechada VIA SISREG dado quadro gravíssimo do paciente. Em menos de 30h da chegada à unidade paciente apresenta novo episódio de hipotensão e bradicardia sem sucesso aos esforços de reanimação, indo a óbito após 25 min. de esforços em reanimá-lo após 3a. episódio de PCR. Dado sequência de eventos e exames apresentados, causa do óbito ficou como Choque Cardiogênico, secundário à IAM antigo (2 semanas) e Insuficiência renal aguda. **Óbito não evitável. Paciente chegou na unidade com quadro de rápida evolução refratário à qualquer esforço de estabilização. Quadro de Choque Cardiogênico refratário e apresentava sinais do início dos sintomas há 2 semanas antes de vir à unidade. Enzimas cardíacas já estavam em descenso e troponina em plateau, o que evidenciava IAM ANTIGO como causa contribuinte ao quadro de Choque Cardiogênico.**

5.6. Ata da Comissão de Óbito - Agosto/2014

 <p>VIVARIO</p>	DATA: 29/08/2014 HORA: 14:00 h LOCAL: UPA Rocinha
Ata de Reunião	
Participantes: Rafael Alvim Lobo; José Bernardes Netto; Sandra Valesca Ferreira de Sousa e Eleny Alves de Britto Telles.	
<p>Aos vinte e nove dias do mês de agosto de dois mil e quatorze, às dezoito horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão de Revisão dos Registros de Óbito da Unidade, Rafael Alvim Lobo – Médico, Presidente da Comissão; José Bernardes Netto, Coordenador Médico; Sandra Valesca Ferreira de Sousa, Enfermeira e Eleny Alves de Britto Telles, Coordenadora Administrativa, para promover reunião ordinária da referida Comissão tendo como pauta a investigação dos casos de óbitos ocorridos na Unidade. Na competência de agosto foram discutidos treze casos. Quanto ao perfil epidemiológico dos usuários, 62% eram homens e 38% mulheres, entre os quais uma criança com dois meses de idade. Dos casos, três já entraram cadáver e os corpos foram encaminhados ao Instituto Médico Legal para elucidação Diagnóstica; com base nos dados constantes em prontuários, depreendem-se que dez casos foram considerados não evitáveis. Homem de cinquenta e três anos, com provável quadro de AVC isquêmico foi encaminhado ao IML para investigação diagnóstica; mulher de sessenta e nove anos com diagnóstico de coque hipovolêmico e hemorragia digestiva alta; mulher de setenta e três anos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; homem de sessenta e oito anos com Diabetes e Coma Hiperosmolar; mulher jovem de trinta e nove anos com choque séptico e sepse pulmonar; homem de cinquenta e sete anos com choque séptico e peritonite bacteriana; homem de sessenta e sete anos com choque séptico e pulmonar; homem de cinquenta e oito anos com choque séptico e sepse abdominal; homem de quarenta e dois anos com choque séptico e sepse pulmonar; homem de trinta e dois anos com choque anafilático foi encaminhado ao IML para elucidação diagnóstica. Todas as ocorrências foram descritas em relatórios e encaminhados para análise da Comissão Técnica de Avaliação. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, Eleny Alves de Britto Telles, a presente ata, que lida e achada conforme foi assinada por todos os membros acima nominados e referenciados.</p>	
José Bernardes Netto	 DR. JOSÉ BERNARDES NETTO COORD. MÉDICO UPA ROCINHA CRM - 52.8179-7
Rafael Alvim Lobo	 Dr. Rafael Alvim Médico CRM 52 85500-5
Sandra Valesca Ferreira de Sousa	 Sandra Valesca Enfermeira COREN-RJ 17924-
Eleny Alves de Britto Telles	 ELENY BRITTO Coordenadora Administrativa UPA - ROCINHA

5.7. Ata da Comissão de Óbito - Setembro/2014



VIVARIO Ata de Reunião

DATA: 30/09/2014
HORA: 18:00 h
LOCAL: UPA Rocinha

Participantes: Rafael Alvim Lobo; José Bernardes Netto; Bruno Leandro da Silva Ribeiro; Sandra Valesca Ferreira de Sousa e Eleny Alves de Britto Telles.

Aos trinta dias do mês de setembro de dois mil e quatorze, às dezoito horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão Aos vinte e nove dias do mês de agosto de dois mil e quatorze, às dezoito horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão de Revisão dos Registros de Óbito da Unidade. Rafael Alvim Lobo – Médico, Presidente da Comissão; José Bernardes Netto, Coordenador Médico; Bruno Leandro da Silva Ribeiro, Coordenador de Enfermagem; Sandra Valesca Ferreira de Sousa, Enfermeira e Eleny Alves de Britto Telles, Coordenadora Administrativa, para promover reunião ordinária da referida Comissão tendo como pauta a investigação dos casos de óbitos ocorridos na Unidade. Na competência de setembro foram discutidos quatro casos. Quanto ao perfil epidemiológico dos usuários, 75% eram homens e 25% mulheres e a média de idade variava entre trinta e quatro e noventa anos de idade; dois casos evitáveis e um já cadáver. Homem de setenta e dois anos com pneumonia broncoaspirativa e seqüela de AVC; mulher de noventa anos com sepse pulmonar e pneumonia bacteriana; homem trinta e quatro anos deu entrada já cadáver encaminhado ao IML para elucidação diagnóstica; homem de sessenta e dois anos com IAM sem supra de ST. Os casos foram discutidos e apontados aspectos da sistematização da assistência pelas equipes técnicas e todas as ocorrências foram descritas em relatórios e encaminhados para análise da Comissão Técnica de Avaliação. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, Eleny Alves de Britto Telles, a presente ata, que lida e achada conforme foi assinada por todos os membros acima nominados e referenciados.

José Bernardes Netto _____

DR. JOSÉ BERNARDES
COORD. MÉDICO UPA ROCINHA
CRM - 52.93796-7

DR. JOSÉ BERNARDES
COORD. MÉDICO UPA ROCINHA
CRM - 52.93796-7

Rafael Alvim Lobo _____

Rafael Alvim
Médico
CRM 52 25500-5

Bruno Leandro da Silva Ribeiro _____

BRUNO LEANDRO DA SILVA RIBEIRO

Sandra Valesca Ferreira de Sousa _____

Sandra Valesca
Enfermeira
COREN- RJ 179244

Eleny Alves de Britto Telles _____

ELENY BRITTO
Coordenadora Administrativa
UPA - ROCINHA



5.8. Ata da Comissão de Óbito - Outubro/2014



VIVARIO Ata de Reunião

DATA: 31/10/2014
HORA: 18:00 h
LOCAL: UPA Rocinha

Participantes: Rafael Alvim Lobo; José Bernardes Netto; Bruno Leandro da Silva Ribeiro; Sandra Valesca Ferreira de Sousa e Eleny Alves de Britto Telles.

Aos trinta e um dias do mês de outubro de dois mil e quatorze, às dezoito horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão Aos vinte e nove dias do mês de agosto de dois mil e quatorze, às dezoito horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão de Revisão dos Registros de Óbito da Unidade, Rafael Alvim Lobo – Médico, Presidente da Comissão; José Bernardes Netto, Coordenador Médico; Bruno Leandro da Silva Ribeiro, Coordenador de Enfermagem; Sandra Valesca Ferreira de Sousa, Enfermeira e Eleny Alves de Britto Telles, Coordenadora Administrativa, para promover reunião ordinária da referida Comissão tendo como pauta a investigação dos casos de óbitos ocorridos na Unidade. Na competência de outubro foram discutidos dois casos de óbitos de homens. Óbito evitável de homem de quarenta e oito anos, trinta horas de internação e quadro de dispnéia com evolução para PCR; homem de vinte e três anos admitido já cadáver. Corpo encaminhado ao IMI, para elucidação diagnóstica; homem de sessenta e dois anos com IAM sem supra de ST. Todos os casos foram descrito em relatório e encaminhados para análise da Comissão Técnica de Avaliação. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, Eleny Alves de Britto Telles, a presente ata, que lida e achada conforme foi assinada por todos os membros acima nominados e referenciados.

José Bernardes Netto _____

DR. JOSÉ BERNARDES
COORD. MÉDICO UPA ROCINHA
CRM - 52.33786-7

Rafael Alvim Lobo _____

Dr Rafael Alvim
Médico
CRM 52.25500-5

Bruno Leandro da Silva Ribeiro _____

BLS

Sandra Valesca Ferreira de Sousa _____

Sandra Valesc.
Enfermeira
COREN-RJ 17924

Eleny Alves de Britto Telles _____

ELENY BRITTO
Coordenadora Administrativa
UPA - ROCINHA



5.9. SEPSE ocorridos na unidade – [Agosto a Outubro/2014](#)

AGOSTO/2014

M.A.B. 39 anos – BAM 551408230045 / Código SISREG 112634809 / CHOQUE SÉPTICO / SEPSE PULMONAR / Pneumonia Bacteriana / SIDA / Declaração de Óbito 20650890-5

Paciente jovem, 39 anos, SIDA, abandono total do tratamento (RIPE + TARV) nos últimos meses devido à depressão, interna na UPA da Rocinha em mal estado geral, dispnéia aos mínimos esforços, desidratada e anemiada. Terceiro episódio de internação em estado de gravidade semelhante somente esse ano. Exames laboratoriais de admissão evidenciavam pancitopenia grave, com leucopenia e anemia importante. RX de tórax com infiltrado em ambas as bases, sugestivo de consolidação. Discreto infiltrado reticulonodular em terço médio de ambos HT. Sem alterações visualizadas em ápices pulmonares. Hipóteses diagnósticas da internação: SIDA com neutropenia febril + sepse pulmonar por PAC (Pneumonia adquirida da comunidade) e pneumocistose. Iniciado tratamento ATB com Cefepime, BACTRIN e Fluconazol. A 1ª dose de ATB foi iniciada com 90 min. do diagnóstico de SEPSE. A paciente foi regulada para vaga de DIP no SISREG com 24h de chegada à Unidade. Após 1 dias de observação na sala amarela (leito isolamento), a paciente evolui com franca piora da dispnéia, necessitando de suporte com ventilação invasiva (IOT + VM + Sedação). Realizado punção venosa profunda em veia subclávia direita sem intercorrências após IOT. Dado piora do quadro foi levada para sala vermelha. Apesar da suplementação de Fe e hidratação venosa vigorosa, evolui com queda progressiva dos parâmetros hematimétricos (sem exteriorização aparente) além de insuficiência renal aguda. Tentado coleta de escarro para BAAR em 2 ocasiões, porém paciente não apresentava secreção pulmonar suficiente. Evolui com agudização de um quadro prévio de anemia crônica (provável invasão medular do HIV, dado ausência de exteriorização de qualquer perda). Solicitado e tentado vaga hemotransfusão, via vaga zero pelo COR, negado o pedido. Parâmetros hematimétricos atingiram últimos valores no exame LAB (25/08/14): de Hb 4,2 / Ht 12,3 / Leuco 1.300 / Neutrófilos 280 / Pqts 10.000. / RDW 16,3 / VCM 85,4 / HCM 29,2 / CHCM 34,1 / Na: 124 / K: 6,3 / Ureia 105 / Cr 1,79 / Mg 2,4 / TGO 186 / TGP 47 / BT 1,81 / BI 1,80 / Amilase 30 / Pts Total 2,78 / Albumina 1,18. Permaneceu 2 dias na Sala vermelha com piora progressiva das funções vitais (insuf. Renal agudizada, insuf. respiratória) e hipotensão refratária à expansão volêmica vigorosa (CHOQUE SÉPTICO). Doses de aminas vasoativas foram sendo incrementadas progressivamente até que 9h da manhã do D3 de observação na unidade evolui com PCR irreversível à manobras de reanimação. Tentado manobras por 30 min, sem sucesso sendo declarado óbito e preenchido Declaração de óbito entregue à família. **Óbito não evitável – Paciente apresentava-se com quadro de SIDA avançado associado à TB e pneumonia, em abandono de tratamento, 3ª episódio semelhante esse ano (apesar de todo acompanhamento CMS Píndaro e CFMSS). Gravidade e estado da doença avançada ao chegar à unidade.**

C. E. F., 57 anos – BAM 551408160035 / Código SISREG 112033846 / Choque Séptico / Peritonite Bacteriana / Ascite / Cirrose/ Declaração de Óbito 20650889-1

Paciente com histórico de alcoolismo pesado, chega à unidade com história de que há 3 semanas não se alimenta corretamente devido a mal estar epigástrico, além de há 1 mês surgir com uma distensão abdominal e com "mais ou menos 2 semanas" sem urinar. Desconhecia status viral para

hepatite B ou C. Apresentava-se com estado geral regular decaído, mal distribuído, afebril, desidratado (2+/4+), taquidispneico, consciente e orientado, além de algo icterico. Ao exame o abdome era distendido, ascitico. RHA-. Depressível e doloroso difusamente. Notava-se coluria em bolsa coletora de urina da sonda vesical de demora. Principais Resultados de Provas Diagnósticas mostravam Lab: Ureia: 176, Creat: 2,74, Na: 136, K: 3,7, INR: 1,15; glicose: 174; magnésio: 2,1; cálcio: 8,8; cpk: 320; ckmb: 40; tgo: 37; tgp: 27; bil total: 4,6; amilase: 89; proteínas totais e frações: 4,73; albumina: 2,19. Hemograma: Leuco: 12600, Bastonetes: 16, Segmentados: 70,0. Plaquetas: 562 mil. Hb:10,2 Ht: 30,4. vhs: 32. Um USG aBd (pedido pela CF) mostrava Fígado de volume pouco aumentado, contornos regulares, ausência de dilatação de vias biliares. vesícula biliar distendida, de parede discretamente espessada. rins de topografia e dimensões normais. aorta de calibre normal. bexiga pouco distendida. A impressão inicial foi de se tratar de uma Insuficiência hepática em piora associado a PBE, e piora da função renal. Paciente estava taquicardido com prejudicado status hemodinâmico por conta da possível sepse + distensão abdominal volumosa. Iniciado rexpansão volêmica + Ceftriaxona e Ciprofloxacino (Delta T ATB foi de 150 min). Paciente foi regulado com pedido de vaga de CTI dado quadro grave e foi mantido em observação na sala amarela monitorizado. Por 2 dias permaneceu estável na sala amarela, a té que na manhã do 3a. dia de observação, apresentou subitamente hipotensão (PA 64x42 mmHg), seguido de dessaturação, gasping e bradicardização. Paciente foi prontamente intubado em sequência rápida. Logo em seguida inicia PCR em assistolia, sendo iniciadas manobras de reanimação, cessadas após 25 min de procedimentos e declarado óbito do paciente. **Óbito não evitável – Paciente apresentava-se com quadro grave de Sepse Abdominal devido à PBE + hipertensão portal + provável cirrose. Caso vaga em uma unidade de terapia intensiva tivesse sido liberada prontamente, com acesso à ATB largo espectro + suporte hemodinâmico, talvez ele tivesse possibilidade de um melhor prognóstico, mas mesmo nesse contexto seria um paciente de altíssimo risco de óbito.**

J.P.S., 67 anos – BAM 551408100072 / Código SISREG 111508391/ Choque Séptico / Sepse Pulmonar / Pneumonia Bacteriana / Cetoacidose Diabética / Diabetes mellitus / Declaração de Óbito 20650888-3

Paciente meia idade, abandonado por familiares, com HAS e DM tipo II sem controle glicêmico adequado, deu entrada na unidade com hiperglicemia > 600 mg/dl com sinais de desorientação - coma hiperosmolar. Paciente apresentava histórico de tratamento de BK pulmonar há 3 anos com criterios de cura segundo familiares. Apresentava-se torporoso, glasglow 13, afebril, taquipneico, taquicárdica, dessaturando em ar ambiente porém com 98% saturação em macronebulização 5l/min. Exame físico com MV com estertores crepitantes em ambos os pulmões em terço médio e inferior. Exames admissão mostravam Hb:14,0 ; Ht: 40,8%; Leucocitos: 24200 (bastoes: 10%,segmentados: 70%); plaq: 353mil ; glicose: 217; Na+: 151; K+: 4,2; Uréia: 76; Crea: 0,46; EAS: pH: 6,0; Proteinas presentes +; glicosuria +++; nitrito negativo; esterase: ausente; Leucocitos 11 por campo; bactérias presente. Radiografia ao leito mostrava infiltrados pulmonar difuso bilateralmente com opacificação em ápice pulmonar esquerdo. Paciente foi acomodado na sala amarela e iniciado ATB terapia (Ceftriaxona + azitromicina), devido ao Diagnóstico de Pneumonia + Cetoacidose diabética. Tempo da 1a. dose ATB de 120 min. Foi solicitada vaga de regulação via SISREG para unidade intermediária. Não evolui de forma esperada, mantendo nível de consciência reduzido, com pouca interação e evolui, apesar dos ATB e hidratação venosa com piora progressiva da função renal e pulmonar, perfazendo quadro de acidose metabólica. Leucograma não apresentou melhora, mantendo-se em plateauna casa dos 20.000 leucócitos. No 4a.

dia de observação na sala amarela, apresentou sinais de instabilidade hemodinâmica, evoluindo com hipotensão refratário à infusão de cristalóides. Foi procedido com punção venosa profunda e intubação orotraqueal com acoplamento em ventilador. Iniciado infusão de noradrenalia em altas elevadas além de infusão em bomba de bicarbonato de sódio, na tentativa de corrigir a grave acidose metabólica que se instaurara (pH 7,06 pCO₂ 51 pO₂ 214 HCO₃ 12). Após 4 horas na sala vermelha a paciente apresentou fibrilação ventricular, sendo procedido com choque 200J por 2 vezes, seguido se protocolo de massagem cardíaca. O mesmo evolui para assistolia irreversível e a´os 15 min de manobras de reanimação é declarado óbito. **Óbito evitável – Apesar do histórico de comorbidades do paciente caso o mesmo tivesse sido prontamente recebido em uma unidade hospitalar de maior porte, onde houvesse disponibilidade de ATB de largo espectro, além de terapia de suporte dialítica, o desfecho poderia ter sido diferente.**

C.L., 58 anos – BAM 551407310165 / Código SISREG 110766905/ Choque Séptico / Sepse Abdominal / Acidose metabólica / Insuficiência Renal crônica/ Declaração de Óbito 20650779-8

Paciente 58 anos, hipertenso, insuficiência renal crônica terminal em terapia dialítica 3xsemana, foi até sua clínica dialítica no dia 31/07/2014 onde lhe foi negado a realização da diálise devido a apresentar hipoglicemia no local. Foi então encaminhado verbalmente à UPA Rocinha onde foi acolhido com quadro de náuseas e tonturas. Apresentava-se em mal estado geral, disglucêmico (HGT 264 mg/dl), hipotenso (PA 80x40 mmHg). Foi rapidamente acomodado na sala amarela para estabilização clínica e coleta de exames, porém em questão de minutos evolui com piora da hipotensão, sendo levado para a sala vermelha onde apresentou evolui com PCR. Manobras de reanimação foram iniciadas prontamente. O Paciente apresentou 7 paradas cardiorespiratórias tendo sido revertido com sucesso. Após retorno ao ritmo sinusal, foi procedido com IOT com TOT 8,5 e acoplamento em VM:fiO₂: 80, Peep:5, Vt: 500, Fr: 14. Sat: 99%, e em uso de midazolam e nora (7ml/h), mantendo-se PA 120x60mmHg. Nesse momento apresentava-se comatoso, bem perfundido e distribuído, afebril, desidratado (+++/4+), acianótico. Realizada diversas tentativas para colocação de sonda vesical de demora ou alívio, sem sucesso (patologia em via urinária? Hiperplasia prostática?) Fraldas: Perdas fecais e urinárias. Exames lab: Hb: 11,2 / Ht: 37,2 / RDW: 16,4 / Leuco: 19300, B: 13/S: 72/ TP:24,7seg AE: 52%, Glicemia: 189, Na: 141, K: 6,5, Ureia: 215, Creatinina: 11,36, CPK: 1897 CK/MB: 514, Troponina > 2000, Amilase: 1542. Após esses exames foi iniciado ATB (Tempo ATB 270 min, devido ao PCR e necessidade de procedimentos de reanimação que retardaram inicio precoce do ATB). Foi iniciado Ceftriaxona e metronidazol. Efetuado regulação SISREG para vaga CTI devido quadro de gravidade do paciente. Gasometria arterial evidencou acidose metabólica extrema: pH 6,85/ pO₂ 424/ pCO₂ 25,9/ BE 3,6. Esse quadro era compatível com paciente renal crônico em choque séptico devido a um provável quadro abdominal. Foi iniciado terapia com infusão de bicarbonato de sódio e gasometrias seriadas, porém 18h dps da chegada do paciente à unidade o mesmo evolui para Óbito. **Óbito não evitável – Paciente apresentava-se com quadro grave de Sepse Abdominal e minutos após chegada na unidade já apresentou episódios de PCR. Medidas de reanimação e suporte intensivo foram prontamente tomadas, mas sem sucesso. Mesmo que uma vaga em unidade de terapia intensiva tivesse sido liberada prontamente, com acesso à ATB largo espectro + suporte hemodinâmico, ainda assim a chance de óbito seria muito elevada.**

J.S.S., 4 anos – BAM 551408020180 / SISREG Código 110817389 / N. AIH 331410396383-0 – Hosp. Municipal da Piedade / Sepses Pulmonar / Pneumonia.

Paciente escolar, apresentando febre alta febre e vômitos há 1 dia, chega à unidade em regular estado geral, algo desidratada, hipoativa, levemente dispnéica, sem aceitar alimentos. Apresentava nariz corizando e tosse. Pulmões com MVUA com estertores crepitantes em terço médio bilateralmente, restante exame físico sem alt. LAB admissão com hb: 10,00; ht: 29,3%; leuco: 19.800; bastões: 11%; plaq: 325 mil; glicose: 132; na+: 134; k+: 3,7; uréia: 18; crea: 0,58. Rx de torax sugeria aumento da trama vascular bilateralmente, incisuras livres, sem consolidação. Foi iniciado ATB (amoxicilina-clavulanato) após exames laboratoriais e hidratação, (tempo ATB de 165 min). Paciente foi prontamente regulada com pedido de leito em enfermaria pediátrica sendo cedida vaga no dia seguinte, via SISREG, no H.M.P. Paciente e sua mãe foram transportados sem intercorrências ao local.

D.L.F., 7 anos – BAM 551408250306 / SISREG Código 112750854 / Sepses Pulmonar / Pneumonia.

Escolar, 7 anos, portador de asma grave em acompanhamento pela pneumologia do hospital da lagoa, com relato de tosse produtiva associado à febre e diarreia há 4 dias. chega à unidade, ativo, reativo, taquipneico, hidratado, hipocorado (1+/4+), anicterico e afebril. Sinais vitais de FC: 110 bpm, FR: 30 ipm, SatO2 94%. àAusculta notava-se MVUA com sibilos difusos. Restante sem alterações. Exames admissão evidenciavam htc:38%; hgb:13; leuco:40.200 com 16 bastões; plaquetas: 608.000; na:126; k::4,5; ureia:31; creatinina:0,71. Rx tórax evidenciava infiltrado em 1/3 médio direito. Paciente prontamente recebeu ATB com Tempo ATB de 35 min (ceftriaxona). Foi regulado via SISREG para leito enfermaria pediátrica. Apresentou excelente resposta ao aTB no 3ª. dia de observação de sala amarela apresentando assintomático, afebril desde à admissão, ativo reativo e com melhora do padrão radiográfico no tórax. Último exame laboratorial mostrava Leucograma 18.100 com 3% bastões, 60 segmentados e 28 linfócitos.. Pqts 493.000, Ht 33 , Hb 11. Dado a expressiva melhora do paciente, nosso pediatra assistente optou pela alta com término do tratamento ATB em domicílio. Paciente recebeu alta com prescrição de amoxicilina-clavulanato na dose 90mg/kg/dia, por 10 dias, além de prednisolona e NBZ com broncodilatadores.

F.V.S., 44 anos – BAM 551407310123 / SISREG Código 110814174/ N. AIH 331410408694-2 – Hosp. Municipal da Piedade / Sepses Pulmonar / Pneumonia.

Paciente asmática, esquizofrênica em uso de risperidona e diazepam, abandonada por familiares, depressiva, chega á unidade com queixa de tosse há cerca de 2 semanas associada à febre. História de abandono de tratamento de TB há 3 anos. Cita ter problemas desde que o filho morreu há 3 meses (tempo real de morte do filho: 4 anos) Apresentava-se em regular estado geral, abandonada, febril, hidratada, taquidispneica com uso de musculatura acessória, vigil porém de orientação temporo-espacial episódica. Discurso incongruente e sem interlocutor. Ao exame notava-se ausculta pulmonar com MV presente em ambos ht, sibilos e estertores crepitantes difusos. Exames laboratoriais evidenciavam hb 10,3 - ht 31% - leuco 15800 - bastões 6% - segmentados 7% plaquetas 392.000 - ureia 24 - creat 0,72. @ amostras de pesquisa BAAR foram negativas. Radiografia mostrava infiltrado pulmonar grosseiro e difuso com broncograma aereo em terço medio de pulmão direito, posiveis bronquiectasias difusa, sem derrame pleural, incisuras livresIniciado

prontamente imediatamente Amoxicilina-clavulanato + azitromicina. Tempo ATB de 70 min. Solicitação apoio ao CAPS para avaliação conjunta da paciente enquanto em observação na sala amarela. Efetuado solicitação de vaga em enfermaria de CM, via SISREG. Ao longo dos dias de observação a paciente seguia estável, porém qualquer indício de melhora do seu quadro pulmonar ou leucocitose. Exame de HIV veio negativo. Leucograma seguia, dia após dia, em progressiva piora, o que motivou a equipe assistente a efetuar repetidas trocas nos anti-microbianos. No D3 internação foi iniciado Ceftriaxona + claritromicina e suspenso Clavulin + azitro. Após 8 dias de Ceftriaxona e 10 dias observação, dada nítida piora laboratorial e do padrão ventilatório foi trocado ceftriaxona por cefepima. Diversas foram as atualizações e voluções do SISREG durante esse período na expectativa de uma vaga hospitalar. Após 6 dias de Cefepima e D16 observação sala amarela, exames laboratoriais seguiam sem curva de piora com Hm: 3,66; Hb:11,3; Ht: 32,7; Leucocitos: 23600 (bastões: 11%,segmentados: 67%,linfo:16,mono 5,0); plaq: 295mil ; Na: 133; K+: 3,2; Uréia: 26; Crea: 0,56. Além disso paciente nos últimos 2 dias apresentava dores nos membros inferiores e regiões de hiperemia e vermelhidão nas pernas. Foi conseguido, por solicitação direta de um médico plantonista à farmácia do H.M.Miguel Couto, alguns frascos de Vancomicina, na esperança de melhora para a paciente. Foi iniciado Vancomicina, suspenso demais ATB e informado situação por telefone e via computador ao SISREG. Finalmente, após 17 dias de observação na sala amarela, foi aprovada uma vaga clínica no H.M. Ronaldo Gazola. Paciente foi transferida sem intercorrências.

C.A.F., 70 anos – BAM 551408160086 / SISREG Código 112411492/ Sepssemia não especificada / Provável foco urinário.

Paciente 70 anos, ex-tabagista pesado, diabético sem controle adequado, hipertenso, mora sozinho, trazido por amigos à unidade devido à tremores, disglucemia, claudicação intermitente e incontinência urinária por 3 dias. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, lucido e orientado, corado, hidratado, anictérico e acianótico, dispneico em ar ambiente e febril (38,2°C). Rx torax evidenciou grande área cardíaca, com discreto infiltrado pulmonar. Foi aventada a hipóteses diabetes e insuficiência cardíaca descompensada por provável infecção de foco urinário. Exames LAb admissão com Hb 16,1 / Ht 49,3/ Leuco 30.000 - 13% bastões, 74% seg. / Pqts 203.000/ Uréia 72 / CR: 1,56. ECG com sobrecarga de câmaras, sem infra ou supra desnivelamentos, e Marcadores de necrose miocárdica minimamente tocados, devido à descompensação da ICC. Foi iniciado terapia para controle da ICC além de ceftriaxona + metronidazol. Tempo ATB de 80 min. Paciente foi regulado para vaga em unidade intermediária via SISREG. Após 7 dias de internação na sala amarela, apresentava-se assintomático, com RX tórax normalizado, controle dos níveis glicêmicos e exames lab que mostravam hb:15,1; ht:46,1%; leuco: 7900; plaq: 197 mil; gli: 92; na+: 131; k+: 5,0; mg: 3,1; uréia:47; crea: 1,29; cpk: 150; ckmb: 15; troponina <50. Paciente recebeu alta para domicílio com ATB para término do tratamento em casa, além de encaminhamento para CF para manutenção de seguimento.

SETEMBRO/2014

E.A.S., 90 anos – BAM 551409040121 / SISREG Código Código 113858891 / Sepses Pulmonar / Pneumonia bacteriana / Declaração de Óbito nº 20690439-8

Paciente idosa, 90 anos, hipertensa, acamada, deu entrada na unidade com quadro de adinamia e queda do estado geral associado à tosse produtiva, sem relato de febre, evoluindo em algumas horas para insuficiência respiratória aguda, sendo realizada intubação orotraqueal e acoplamento à VM em modo PCV, além de sedação e analgesia com midazolam e fentanil. Exames admissionais mostravam hb: 13,2; ht: 38,7%; leuco: 19.900; bastoes: 8%; plaq: 213 mil; vhs: 20; glicose: 187; na+: 142; k+: 4,3; ureia: 81; crea: 1,35cpk: 60; ckmb: 10; tgo: 24; tgp: 9; bil total: 0,72; amilase: 83 troponina <50. Rx tórax mostrava consolidação em base de HTD. Ao exame evidenciavam-se roncos difusos em ambos HT. Restante exame físico inalterado. Foi iniciado prontamente Clavulin + azitromicina. Tempo de ATB foi de 65 min. Paciente fechava critérios de Sepses na admissão. Foi prontamente regulada com pedido de leito de CTI. Após 4 dias de observação na sala vermelha seguia aguardando leito em unidade fechada. Últimos exames laboratoriais mostravam discreta melhora no leucograma: hb: 13,2; ht: 38,7%; leuco: 17700; bastoes: 10%; plaq: 213 mil; vhs: 20; glicose: 187; na+: 142; k+: 4,3; ureia: 150; crea: 3,57cpk: 60; ckmb: 10; tgo: 24; tgp: 9; bil total: 0,72; amilase: 83 troponina <50. Na tarde do 4ª. dia de observação na unidade, apresentou súbita PCR em assistolia, sendo realizada manobras de reanimação por 25 min. Sem sucesso, sendo constatado óbito às 17:05 do D4 unidade.

K.M.O.S.L, 1 ano – BAM 551409240149 / SISREG Código 115521359 / N. AIH 331410475454-3 / Sepses Pulmonar / Pneumonia bacteriana / Regulado para o H.M. da Piedade

Paciente 1 ano, apresentando tosse produtiva persistente, recente tratamento com amoxicilina dpor 10 dias, mantendo tosse produtiva emetizante associado à diarreia auto-limitada e restrição alimentar. Ao exame mostrava regular estado geral, eupneico em ar ambiente, hipocorado +1/4, hidratado, acianótico, anictérico, afebril com Orofaringe muito hiperemiada. Ausculta cardíaca normal, pulmões com MVUA com roncos rudes à direita. crepitação basal à direita. Aturando em ar ambiente à 95%. Fr = 45 ipm. Abdome flácido, timpânico, RHA presentes, indolor a palpação, s/ massas palpáveis, s/ sinais de irritação peritonal. O RX torax apresentava piora se comparado ao realizado na unidade em 19/09/14, evidenciando agora infiltrado grosseiro em 1/3 médio basal de HT direito, com seios cardio-frenicos borrados, sem derrame pleural. Laboratório mostrava Leuco 13.200 9% bast 14% segm 66% linfocitos. Plaquetas 505.000, Hb 8,6, Ht 27, Na 138, K 4,2, Ureia 20, CR 0,6. Iniciado prontamente penicilina cristalina 200.000 UI/kg/dia 6/6 hs pela refratariedade e falha do tratamento ATB anterior em caráter ambulatorial. Tempo até o ATB de 35 min. Paciente fechava critérios de Sepses. Foi regulado no SISREG com pedido de enfermaria pediátrica e no 2a. dia de observação na sala amarela pediátrica, foi liberada vaga de internação hospitalar no HM da Piedade. Paciente foi transportado com sua mãe sem intercorrência à unidade hospitalar.

A.L.A.R., 2 anos – BAM 551409230153/ SISREG Código 115392240/ N. AIH 331410474724-0/ Sepses Pulmonar/ Pneumonia bacteriana/ Regulado para o H.M. NOSSA SENHORA DO LORETO.

Paciente pré-escolar, 2 anos e 6 meses, mãe refere que criança iniciou quadro de apatia e astenia com queixa de dispnéia e febre associada há 4 dias. Não tinha ou outros sintomas associados. Vacinas em dia. Apresentava-se taquipneico e saturava em ar ambiente a 94 %. Ao exame apresentava orofaringe hiperemiada, otoscopia com hiperemia bilateral. MVUA com crepitações à direita e sibilos esparsos. FR 38 ipm. Restante do exame sem alterações. RX torax mostrava atelectasia em ápice direito e hipotransparência apical direita com desvio de traqueia ipsilateral. Hemograma com hm 3,56 hb 9,4 ht 27,3% leuc 17400 bastões 7% seg 69%. Foi prontamente iniciado Clavulin na dose 90 mg/kg/dia, devido à gravidade do quadro e efetuado regulação SISREG com pedido de enfermagem pediátrica. Fechava critérios de SEPSE. Tempo de ATB de 35 min. No D2 de observação de sala amarela foi autorizado regulação no HM Nossa Senhora do Loreto. Paciente e sua mãe transportados sem intercorrências ao local.

T.S.M., 18 anos – BAM 551409160169 / Sepses Abdominal/ Gastroenterite / Devido a lapso interno de comunicação, constava que paciente havia sido regulado SISREG, quando de fato não foi.

Paciente 18 anos, previamente hígida, relatava diarreia aquosa intensa, (> 8 evacuações/dia), sem muco pus ou sangue, com febre alta não aferida há 2 dias, dores abdominais, 1 episódio de êmese além de tosse seca. Temperatura de admissão era de 39,1°C, com PA tendendo à hipotensão. Apresentava bom estado geral, corada, desidratada (+1/4). Restante, sinais clínicos e exame físico sem alterações. Dado febre alta e quadro de desidratação médico plantonista optou por iniciar atendimento com hidratação venosa vigorosa e aguardar exames laboratoriais. Devido à troca do horário de plantão, ocasionou que um retorno na administração precoce dos ATB, haja vista que a paciente fechava critérios de SEPSE já no momento de chegada à unidade. Hemograma evidenciou Hb 11,6, Ht 32,9, Leuco 26.000 – 16% bast/ 72% seg, Pqts 254.000. Paciente foi então encaminhada à sala amarela para observação e iniciado ATB terapia com Ciprofloxacino. Já nas 1^a. 12h de observação com administração de ATB parenteral e hidratação venosa, a paciente relatava melhora do quadro algico e bem estar. No D2 de sala amarela, seu laboratório já evidenciava Hb 9,0, Ht 25,7, Leuco 8.700, Pats 244.000, Ureia 26, CR 0,59, Na 139, K 3,6. A paciente apresentava-se assintomática e sem queixas, sendo concedida alta médica, com encaminhamento à CF e prescrição ATB para término do tempo de tratamento restante em domicílio.

R.M.S., 12 anos – BAM 551409070020/ SISREG Código 113901014/ N. AIH 331410458018-2/ Sepses Pulmonar / Pneumonia bacteriana / Regulado para o H.M. da Piedade.

Paciente 12 anos, apresentando quadro de prostração há 1 semana evoluindo ontem com tosse produtiva, febre de 38,5°C, náuseas e vômitos. Ao exames mostrava-se lúcido, orientando, acianótico, anictérico, hipocorado (1+/4), eupneico em ar ambiente e afebril. Ausculta cardíaca normal e pulmonar com MVUA com roncos em base do hemitórax direito. ABd e MMII sem alt. Rx de tórax evidenciou extensa condensação em 1/3 inferior do hemitórax direito, com hemograma mostrando Ht:40%; Hb:14; leucograma com 28.400 com 24 bastões; plaquetas:335.000. Foi iniciado prontamente ATb terapia com clavulin na dose 90 mg/kg/dia e imediatamente efetuado regulação via SISREG para leito pediátrico. Vaga regulada imediatamente para HM da Piedade.

Paciente e sua mãe transportados sem intercorrências ao local, ficando a paciente cerca de 12h na unidade.

OUTUBRO/2014

J.P.G., 90 anos – BAM 551410110223/ SISREG código 117046527/ SISREG código 117357713/ SEPSE Pulmonar – Pneumonia Broncoaspirativa / IAM sem supra ST – Sem indicação de trombólise / Vaga CTI concedida por mandado judicial no CTI H.F. da Lagoa.

Paciente idoso, 90 anos, diabético, com alzheimer em estagio avançado, acamado há 4 anos, foi trazido de residencia com quadro de vômitos e dispnéia. Sinais vitais com PA 112x76 mmhg; fc: 115bpm; fr: 23 irpm; sat: 96% com 3l;/min. Ao exame era sonolento, anicterico, acianotico, descorado 1*/4*, desidratado 1*/4*, eupneico, afebril. mvua com roncosp difusos, Acv com rcr com b3, bnf sem sopros. Abdome flacido, peristaltico, indolor a palpação superficial e profunda e não palpo massas ou visceromegalias. mmii sem edemas e panturrilhas sem sinais de empastamento. Exames Lab com hb: 10,7; ht: 31,3%; leuco: 3800; plaq: 301 mil; ckmb: 18; crea: 1,36; cpk: 60; glicose: 87; k+: 4,64; na+: 139; ureia: 102; trop: 414. RX tórax com infiltrado pulmonar em terço medio de pulmão direito + infiltrado em 2/3 infeiores de pulmão esquerdo. incisuras livres. ECG com ritmo sinusal com ocntração atrial prematura, sem supradesnívelamento do segmento st. Paciente apresentava sinais de SEPSE e prontamente foi iniciado ATB terapia, com tempo de ATB de 70 min. Inicialmente foi prescrito Ceftriaxona, mas no 2a. dia de observação em sala amarela, dado comorbidades e risco de bactérias atípicas, foi substituído por clavulin + azitromicina. MArcoadores de necrose miocárdica eram alterados com ECG indicando também IAM sem supra. Paciente recebeu terapêutica otimizada para Sd. coronariana aguda ajustado para sua idade e CLCR (Clearance de Creatinina) com terapia dupla anti-agregante (AAS+Clopidogrel) sem dose de ataque, B-bloqueadores em doses baixas, Enoxaparina em dose plena (0,75 mg/kg/2xdia), O2 e nitratos. Evolui com progressiva piora do leucograma ao longo dos sias de observação (como ja era esperado para pneumonias broncoaspirativas), necessitando de suporte ventilatório. Inicialmente foi tentado macro NBZ e posteriormente CPAP intermitente por 2 dias como forma de evitar uma IOT, mas dado piora dos parâmetros gasométricos e evolução para Insuf. respiratória aguda, paciente necessitou ser intubado e acoplado à VM em modo controlado com sedação e analgesia. Foram realizadas 2 pedidos de regulação via SISREG. Inicialmente uma ao chegar à unidade em leito intermediário e a 2a. com pedido de leito em unidade fechada (CTI) haja visto piora do quadro paciente. No 4a. dia de observação, após ter sido intubado e movido para sala vermelha, familia solicitou laudo médico para fins jurídico. Último exame lab com hb: 11,9; ht: 33,9%; leuco: 14400; plaq: 241 mil; ckmb:462; crea: 1,19; cpk: 588; k+: 4; na: 144; ureia:92; trop: 333. No 8a. dia de observação, por força de mandado judicial, vaga de CTI foi regulada para H.F. da Lagoa. Paciente foi transportado sem intercorrências ao local, lá ficando aos cuidados equipe CTI.

A.A.P., 79 anos – BAM 551410200089/ SISREG código 117876744/ SEPSE Pulmonar – Pneumonia Lobar.

Paciente 79 anos, hipertenso, dislipidêmico, histórico de IAM prévio, em tratamento e acompanhamento médico regular, da entrada na unidade com quadro de dispnéia, febre alta por 3 dias, tosse produtiva, astenia e mal estar geral. sinais vitais com PA 130/90 mmhg fc: 83 bpm, fr: 18 irpm, tax: 36,5, sat o2:94% ambiente. Ao exame notava-se lúcido e orientado, anictérico, hidratado,

hipocorado 1+/4+, acianótico, eupneico em ar ambiente, estável hemodinamicamente, normotenso, diurese +, afebril. acv com rcr 2t bnf sem sopros ou extrassístoles. aresp com mv com rncos difusos e abolido em base de hte. Abdomem: plano, indolor, peristáltico, timpanico, sem sinais de irritação peritoneal. mmii sem edemas ou empastamentos. Glasgow 15. Exames admissionais com laboratório Cr:1,51 / k:3,68 / na: 128 / u: 71 / hg:11,4/ ht:32,2/ leu:15.600/ bast:12/ seg:70/ linf:8/ pla:300 mil. Rx de torax com hipotransparência e consolidação em base de HTE, sem derrame pleural, configurando quadro de Pneumonia Lobar. Paciente apresentava critérios de SEPSE e recebeu ATB terapia prontamente, com tempo ATB de 120 min, sendo iniciado Clavulin + Claritromicina. Efeutado correção da hiponatrenia com infusão de solução salina. Efeutada solicitação de vaga em enfermaria clínica médica via SISREG. Após 4 dias em observação na sala amarela, apresentando-se assintomático e sem queixas, Rx tórax evidenciando nítida melhora da consolidação, natremia corrigida e último hemograma com com 11.000 leucócitos, foi concedido alta para domicílio com prescrição ATB para término do tratamento e orientações de manter seguimento com equipe CF já habitual.

D.F.S., 34 anos – BAM 551410040212/ SISREG código 116436069/ SEPSE Pulmonar – Pneumonia Lobar.

Paciente 34 anos, negava qualquer patologia prévia, chega à unidade após ter apresentado 2 crises convulsivas em intervalo de alguns minutos, sendo levado à sala vermelha no período pós-ictal. Acompanhante referia febre alta não eferida em domicílio. Sinais vitais com PA 102x68 mmhg; sat 96 % com macro 2 li /min; fc: 54 bpm; fr 22 irpm; Apresenta-se dispneico em macro, corado, emagrecido, sem tiragem intercostal, sem fala entrecortada, desidratado 1*/4*, orofaringe sem alteração. Ao Exame notava-se AR com mv diminuído em terço superior de pulmão esquerdo, estertores crepitantes no mesmo segmento. ACV com rcr com b3, sinusal, apice globoso de difícil localização (hipertrofia de ve?), ABD flácido, indolor, atípico, giordano negativo. mmii com panturlihas livres sem edema. Orofaringe sem alteração. Glasgow 15 (após período pós-ictal), sem deficits, sem irritação meníngea. pa 102x68 mmhg; sat 96 % com macro 2 li /min; fc: 54 bpm; fr 22 irpm; Exames admissionais com Radiografia pulmonar com infiltrado + broncograma aéreo em terço medio e apice pulmonar esquerdo, infiltrado reticulo nodular contralateral na mesma altura sem derrame pleural, com incisuras livres. Paciente Negava TB prévia. ECG com bradicardia sinusal; hipertrofia de VE. Laboratório: anti-HIV rápido negativo; Hb: 13,9; Ht: 40,0%; Leuco: 11.800; Pla: 459 mil; glicose: 120; Na+: 142; K+: 5,5; ureia: 30; crea: 0,58. Paciente apresentava critérios de SEPSE e ATB terapia foi administrado prontamente com tempo ATB de 45 min, sendo Iniciado Clavulin + Claritromicina. Exame BAAR veio negativo 2 amostras. Após 7 dias em observação na sala amarela, apresentando-se assintomático e sem queixas, Rx tórax evidenciando melhora da consolidação, e último hemograma com com 9.300 leucócitos, foi concedido alta para domicílio com prescrição ATB para término do tratamento ATB e encaminhamento para seguimento com equipe da CF.

A.J.D.B., 2 anos – BAM 551410070181/ SEPSE Urinária – Cistite.

Criança 2 anos e 11 meses, 14 kg, veio transferida de ambulância do posto de saúde Albert Sabim com história de convulsão febril após febre de 41°C. Feito nesta unidade de origem diazepam 2mg IM e dipirona 0,2 ml IM sem efeito na crise. Dá entrada nesta unidade ainda apresentando crise convulsiva após uma pausa de 30 minutos da última crise. Ministrado nesse momento 4 mg EV de diazepam com cessação da crise convulsiva. Sinais vitais eram de Fc 120 bpm e Tax. 38°C. Ao exame notava-se ativa e reativa, eupneica em ar ambiente, anictérica, acianótica, hidratada, corada,

estável hemodinamicamente, diurese +. RCR 2t bnf sem sopros ou extra sistoles. AR com Mvua sem ra. Abdome flácido, indolor, peristáltico, sem massas ou visceromegalias. Mmii sem edemas ou empastamentos. Laboratório de admissão com Hm:4,81 / Hb:12,6/ Ht:36,6 / Leu:21.400/ bastoes:11% / seg: 60% / pla:314 mil / na: 137 / k:3,9. EAS muito alterado. Paciente possuía critérios clínicos de Sepsé urinária, sendo iniciado ATB terapia prontamente com amoxicilina + clavulanato de potássio na dose 90 mg/kg/dia, com delta T de 20 min do diagnóstico da SEPSE. Prescrito HV + antitérmicos. Por um lapso do líder de plantão-rotina sala amarela esta paciente não foi regulada via SISREG no momento admissão. No dia seguinte em observação na sala amarela pediátrica, foi reavaliada por médico pediatra que constatou paciente assintomática e sem queixas, ativa e reativa, aceitando bem dieta oral e líquidos, com solicitação da mãe de alta devido à presença de outras crianças em domicílio e novo hemograma apresentando expressiva melhora da leucocitose após apenas 2 doses de ATB. Último hemograma com Hm:4,11 / Hb:10,8/ Ht:31,5 / Leu:15.000/ bastoes:05% / seg: 60% /linfócitos 26 pla:270 mil. Foi concedido alta para domicílio com preciação oral para término do tratamento ATB e encaminhamento para seguimento com equipe da CF habitual.

L.R.S., 75 anos – BAM 551410090028/ SISREG código 116911090 / SISREG código 117268104/ SEPSE Pulmonar – Pneumonia Broncoaspirativa.

Paciente idosa, 75 anos, hipertensa, diabética, DPOC, tabagista com carga tabágica elevada (cerca 50 maços x ano), chega à unidade com queixa de tosse exacerbada e falta de ar ha aproximadamente 24 horas sem febre. Sinais vitais eram de PA 150x90 mmhg, FC 120 bpm, FR 23 ipm, HGT 158 mg/dl, FR 23 ipm. Ao exame notava-se estado geral regular, acianótica, afebril, hidratada, taquidispneica. ACV com RCR em 2t c/bnf s/s, AR com MV+ em ambos HT. Sibilos difusos e crepitos em bases. Abdome: Globoso. RHA+. Depressível e indolor a palpação. MMII sem alteração. Foi iniciado tratamento com sintomáticos e NBZ com bronquilodilatadores enquanto aguardava-se exames laboratoriais. RX Torax mostrava congestão de bases de ambos hemitorax, sem imagens de hipertransparencias ou condensação, reforçando a premissa inicial de uma descompensação DPOC. Exame Lab de admissão vieram sugestivos de infecção com Hm 14.4 Hto 41.4, Leuco 16.200 (Basto 10: Seg 71: Linf 11, Mono 7) Plac 301000, Na 139, K 4.2, Ureia 33, Creat 0,73. EAS sem alteração. Somente após exame foi instituído ATB terapia e protocolo de Sepsé. Apesar da paciente apresentar, desde à sua chegada à unidade, alguns critérios de SIRS, a ausência de febre, associado à apresentação oligosintomática (apresentava dispnéia e taquicardia, porém em paciente sabidamente DPOC), exame pulmonar à ausculta aparentemente normal e RX tórax sem grandes alterações sugestivas de pneumonia (sem foco infeccioso aparente inicialmente), corroboraram para o início do tratamento sintomático, aguardando o plantonista o hemograma para definição de fechamento de critérios de SESPE. Apesar dessa latência inicial, tão logo identificado a paciente recebeu ATB terapia venosa com Clavulim + Azitromicina. O delta T do início de ATB foi de 160 min. Essa coordenação médica em sua análise posterior corroborou a atitude e atendimento prestando pelo plantonista, entendendo ter sido uma paciente cuja apresentação clínica podia conduzir a esse racional, dessa forma, não havendo erro na terapia e conduta ministrada. A Paciente foi prontamente regulada Via SISREG com pedido de vaga em enfermaria clínica. No 6a. dia de observação na sala amarela foi cedida vaga para o perfil da paciente no Hospital Municipal Alvaro Ramos e ao chegar lá a vaga foi negada à paciente pelo médico clínico devido ela estar em macro NBZ em baixo fluxo (2L/min). A paciente retornou para unidade de origem com o aval da regulação (SISREG) e foi reinserida no SISREG. Por solicitação do COR para melhora adequamento do perfil da paciente, nova solicitação foi feita para leito

pneumologia clínica. Após 10 dias em observação na sala amarela, apresentando-se assintomático e sem queixas de dispnéia, Rx tórax evidenciando mínimo infiltrado, com melhora do padrão radiográfico, ausência de oxigenoterapia de suporte por 48h, ventilando e saturando bem em ar ambiente, e último hemograma com hb=13,6/ht=39,5/leuco=9.500/pqt=285.000/ cr=0,87/ k=3,86/ na=147 / u=61 foi concedido alta para domicílio com prescrição ATB para término do tratamento ATB (completar 14 dias de clavulim. Azitro suspenso no 8a. dia) e encaminhamento para seguimento com equipe da CF.

Comentários: Apesar da paciente apresentar, desde à sua chegada à unidade, alguns critérios de SIRS, a ausência de febre, associado à apresentação oligosintomática (apresentava dispnéia e taquicardia, porém em paciente sabidamente DPOC), exame pulmonar à ausculta aparentemente normal e RX tórax sem grandes alterações sugestivas de pneumonia (sem foco infeccioso aparente inicialmente), corroboraram para o início do tratamento sintomático, aguardando o plantonista o hemograma para definição de fechamento de critérios de SESPE. Apesar dessa latência inicial, tão logo revisado o exame a paciente recebeu ATB terapia venosa com Clavulim + Azitromicina. O delta T do início de ATB foi de 160 min. Essa coordenação médica em sua análise posterior corroborou a atitude e atendimento prestando pelo plantonista, entendendo ter sido uma paciente cuja apresentação clínica podia conduzir a esse racional, dessa forma, não havendo erro na terapia e conduta ministrada. À posteriori foi realizada sensibilização com equipe clínica acerca das variáveis e critérios definidores de SEPSE para melhor capacitação e uniformidade no atendimento.

Y.C.S.L., 1 ano e 9 meses – BAM 551410030151/ SISREG código 116432218/ SEPSE Pulmonar – Pneumonia bacteriana.

Paciente 1 ano e 9 meses, 12 Kg, trazido por sua mãe que relatava o menor esta apresentando febre, tosse e muita congestão nasal, além de 1 episódio de vômito e inapetência. Negava alergias. Sinais vitais eram de FC 101 bpm (normal idade), FR 22 ipm (normal idade), SatO₂ 97% em ar ambiente e T.ax de 38,5°C. Ao exame o paciente apresentava-se ativo e reativo, eupneico, anicterico, acianotico, ligeiramente febril ao toque, corado e hidratado. Pulmões com MVUA s/ra., acv com rcr 2t , bnf s/sopros, abd flacido, peristaltico, timpanico, sem sinais de irritação peritoneal. MMII sem alt. Sem petéquias ou equimoses. sem déficits focais neurológicos e orofaringe discretamente hiperemiada. Foi solicitado hemograma e prescrito tratamento inicial com anti-piréticos e banho para redução temperatura. A impressão inicial do médico plantonista era de que se tratava de quadro febril à esclarecer, dado bom estado geral e coriza e tosse, com febre baixa, possivelmente se tratar de uma nasofaringite viral. Banho e prescrição de medicação anti-térmica retardaram coleta do sangue, o que foi feito 2h depois. Rx tórax evidenciou mínima consolidação em HTD. Laboratório veio com leucócitos: 25.900, bastões:9% seg: 69%, Hb:12,4, Ht: 36,5, Plauquetas: 314.000. Após exame sangue foi prontamente iniciado ATB terapia com Delta T de 175 min com administração de Penicilia Cristalina IV. Efetuado regulação para leito de enfermaria pediátrica e paciente permaneceu em observação na sala amarela pediátrica. Após 3 dias de observação, paciente apresentando-se assintomático, ativo e reativo, sem sinais de dispnéia, sem quadro febril, com boa aceitação de alimentação oral e líquidos, ventilando e saturando bem em ar ambiente, e último hemograma evidenciando expressiva melhora da leucocitose, com Hb: 11,4; Ht: 33,1%; Leuco: 9.100; plaq: 303 mil; na+: 140; k+: 4,4 foi concedido alta para domicílio com prescrição ATB para término do tratamento ATB e encaminhamento para seguimento com equipe da CF.

Comentários: A impressão inicial do médico plantonista era de que se tratava de quadro febril à esclarecer com forte suspeição clínica para nasofaringite viral, dado bom estado geral, coriza e



tosse, febre baixa, e prevalência nessa época do ano. O pré-escolar apresentava, na sua chegada, apenas febre, sem outros critérios de SIRS. Não foi identificado foco infeccioso no momento iniciado do atendimento, e o exame pulmonar à ausculta era aparentemente normal, com RX tórax minimamente alterado. Corroborou para o início tardio do tratamento ATB o tratamento sintomático do quadro febril. Apesar dessa latência inicial, tão logo revisado hemograma com expressiva alteração o paciente recebeu ATB terapia venosa com escolha muito acertada, haja vista a excelente evolução nos 2 dias subsequentes. O delta T do início de ATB foi de 175 min. Essa coordenação médica em sua análise posterior corroborou a atitude e atendimento prestando pelo plantonista, entendendo a premissa inicial do atendimento se tratar de quadro viral, dado apresentação oligosintomática, não havendo erro na terapia e conduta ministrada. A escolha do ATB, dose e via foi precisa e o atendimento e posterior observação na sala amarela pediátrica muito bem conduzida.

5.10. Ata da Comissão de Infecção Hospitalar - Agosto/2014



VIVARIO Ata de Reunião

DATA: 29/08/2014
HORA: 14:00 h
LOCAL: UPA Rocinha

Participantes: José Bernardes Netto; Sandra Valesca Ferreira de Sousa e Eleny Alves de Britto Telles.

Aos vinte e nove dias do mês de agosto de dois mil e quatorze, às dezoito horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão de Controle de Infecção Pré Hospitalar, José Bernardes Netto, Coordenador Médico; Sandra Valesca Ferreira de Sousa, Enfermeira e Eleny Alves de Britto Telles, Coordenadora Administrativa, para promover reunião ordinária da referida Comissão tendo como pautas a finalização do monitoramento da ocorrência de agravos e doenças relacionados à Copa do Mundo e a discussão dos casos de sepse ocorridos na Unidade no mês de agosto. O Serviço de Vigilância em Saúde da Rocinha emitiu agradecimento formal pela participação da UPA Rocinha na eficácia deste monitoramento. Quanto aos quadros de sepse no mês de agosto, foram identificados nove casos, cuja prevalência foi maior entre os homens. Quanto ao perfil epidemiológico dos usuários, 67% eram homens e 33% mulheres, entre os quais 22% eram crianças. A média de idade variava entre quatro e setenta anos; entre os tipos de sepse diagnosticados, dois foram de sepse abdominais; seis pulmonares e um caso não especificado. A taxa absoluta de mortalidade foi 55%; dois foram removidos e dois receberam alta médica pós-tratamento. Depreende-se destes resultados que o tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse foi de duas horas e quinze minutos e, em 56% dos casos o início foi em tempo inferior a duas horas. A Comissão reiterou as recomendações da reunião do mês anterior como: confirmação laboratorial através de hemocultura; discussão do tempo médio de internação; as comorbidades apresentadas pelos usuários internados nas salas de observação da Unidade, bem como os antibacterianos empregados para o tratamento, incluindo diferentes associações. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, Eleny Alves de Britto Telles, a presente ata, que lida e achada conforme foi assinada por todos os membros acima nominados e referenciados.

José Bernardes Netto _____

DR. JOSÉ BERNARDES
COORD. MÉDICO UPA ROCINHA
CRM - 52.837/96-7

Sandra Valesca Ferreira de Sousa _____

Sandra Valesca
Enfermeira
COREN-RJ 17924-

Eleny Alves de Britto Telles _____

ELENY BRITTO
Coordenadora Administrativa
UPA - ROCINHA



5.11. Ata da Comissão de Infecção Hospitalar - Setembro/2014

	DATA: 30/09/2014 HORA: 18:00 h LOCAL: UPA Rocinha
VIVARIO Ata de Reunião	
Participantes: José Bernardes Netto; Bruno Leandro da Silva Ribeiro, Sandra Valesca Ferreira de Sousa e Eleny Alves de Britto Telles.	
<p>Aos trinta dias do mês de setembro de dois mil e quatorze, às dezoito horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão de Controle de Infecção Pré Hospitalar, José Bernardes Netto, Coordenador Médico; Sandra Valesca Ferreira de Sousa, Enfermeira; Bruno Leandro da Silva Ribeiro, Coordenador de Enfermagem e Eleny Alves de Britto Telles, Coordenadora Administrativa, para promover reunião ordinária da referida Comissão, cujos temas foram relacionados ao treinamento sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual em Unidades de saúde e discussão dos casos de sepse ocorridos na Unidade no mês de setembro. Foi discutida previamente a participação de um representante da Unidade no treinamento promovido pelo Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro no Grupamento de Operações com Produtos Perigosos, ocorrido em quatro de setembro. O referido treinamento objetivou demonstrar aspectos atualizados sobre os usos dos equipamentos de proteção individual em eventos perigosos, que contou com a participação da Enfermeira Sandra Valesca. Quanto aos quadros de sepse no mês de setembro, foram identificados quatro casos, cuja prevalência foi maior entre os homens. Quanto ao perfil epidemiológico dos usuários, 60% eram homens e 40% mulheres, entre os quais 60% eram crianças. A média de idade variava entre um e noventa anos; entre os tipos de sepse diagnosticados, quatro foram de sepse pulmonar e um caso de sepse abdominal; A taxa absoluta de mortalidade foi um caso, três usuários foram removidos e um usuário recebeu alta médica pós-tratamento. Depreende-se destes resultados que o tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse foi menor que duas horas em 80% dos casos. Os resultados apontam que as discussões e os relatórios dos casos já consideraram as comorbidades apresentadas pelos usuários internados nas salas de observação, bem como os antibacterianos empregados para o tratamento, incluindo diferentes associações. Nada mais havendo à tratar, foi lavrada por mim, Eleny Alves de Britto Telles, a presente ata, que lida e achada conforme foi assinada por todos os membros acima nominados e referenciados.</p>	
José Bernardes Netto _____	 DR. JOSÉ BERNARDES COORD. MÉDICO UPA ROCINHA CRM - 822786-7
Bruno Leandro da Silva Ribeiro _____	
Sandra Valesca Ferreira de Sousa _____	 Sandra Valesca Enfermeira COREN-RJ 179244
Eleny Alves de Britto Telles _____	 ELENY BRITTO Coordenadora Administrativa UPA - ROCINHA



5.12. Ata da Comissão de Infecção Hospitalar - [Outubro/2014](#)



VIVARIO Ata de Reunião

DATA: 31/10/2014
HORA: 16:00 h
LOCAL: UPA Rocinha

Participantes: José Bernardes Netto; Bruno Leandro da Silva Ribeiro, Sandra Valesca Ferreira de Sousa e Eleny Alves de Britto Telles.

Aos trinta e um dias do mês de outubro de dois mil e quatorze, às dezesseis horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão de Controle de Infecção Pré Hospitalar, José Bernardes Netto, Coordenador Médico; Sandra Valesca Ferreira de Sousa, Enfermeira; Bruno Leandro da Silva Ribeiro, Coordenador de Enfermagem e Eleny Alves de Britto Telles, Coordenadora Administrativa, para promover reunião ordinária da referida Comissão, cuja pauta abordou as recomendações da Secretaria Municipal de Saúde sobre o manejo dos casos suspeitos do vírus Ebola; a participação em reunião sobre o mesmo tema; o cumprimento da NR-32 e a discussão dos casos de sepse no mês de outubro. Foi encaminhado pela Divisão de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, para ciência e divulgação, material de apoio para manejo e conduta frente a casos suspeitos de Ebola, contendo o fluxograma de conduta, guia de orientações, Notas Técnicas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, listagem de equipamentos de proteção individual para o manejo dos casos suspeitos, cartaz com listagem atualizada dos agravos de notificação compulsória, bem como link de vídeo produzido pelo Ministério da Saúde sobre utilização dos Equipamentos de Proteção. Foi discutida também, a participação da Unidade em reunião realizada no dia vinte e três de outubro, promovida pela Secretaria Municipal de Saúde, cujos temas foram relacionados ao treinamento de revisão e atualização da epidemiologia, definições de casos, e uso de EPI frente à Doença pelo Vírus Ebola. Com relação ao uso de adornos, em cumprimento a Normatização (NR-32), a qual estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção e segurança à saúde dos trabalhadores em serviços de saúde, a qual veda ao trabalhador o uso de adornos, a Unidade, por meio de uma circular interna notificou que os funcionários que estivessem em uso de adornos (cordões, pulseiras, anéis, brincos, piercing e outros acessórios), além de uniformes incompletos (calças, sapatos e crachás) e cabelos soltos, seriam devidamente notificados e, em casos de residência estariam sujeitos as penalidades previstas em lei. A partir desse comunicado, todos os funcionários, em caso de descumprimento seriam devidamente notificados. Desde a implantação da fiscalização, houve apenas um registro de não conformidade, relativa ao uso incompleto de uniforme. A Comissão considerou que a medida adotada contribui para o cumprimento do disposto em Norma. Quanto aos quadros de sepse no mês de outubro, foram identificados seis casos, cuja prevalência foi maior entre os homens. Quanto ao perfil epidemiológico dos usuários, 67% eram homens e 37% mulheres, entre os quais 33% eram crianças. A média de idade variava entre um e noventa anos; entre os tipos de sepse diagnosticados, cinco foram de sepse pulmonar e um caso de sepse urinária; Não houve evolução para óbito dentre os casos, um usuário foi removido e os demais receberam alta médica pós-tratamento. Depreende-se destes resultados que o tempo médio de início de antibiótico em decorrência de sepse foi menor que duas horas em 67 % dos casos. Os resultados apontam que as discussões já consideram as comorbidades apresentadas pelos usuários internados nas salas de observação, início imediato de antibioticoterapia. Nada mais

havendo a tratar, foi lavrada por mim, Eleny Alves de Britto Telles, a presente ata, que lida e achada conforme foi assinada por todos os membros acima nominados e referenciados.

José Bernardes Netto _____


DR. JOSÉ BERNARDES
COORD. MÉDICO UPA ROCINHA
CRM - 52.937987

Bruno Leandro da Silva Ribeiro _____



Sandra Valesca Ferreira de Sousa _____


Sandra Valesca
Enfermeira
COREN-RJ 179244

Eleny Alves de Britto Telles _____


ELENY BRITTO
Coordenadora Administrativa
UPA - ROCINHA



5.13. AVC ocorridos na unidade – Agosto a Outubro/2014

AGOSTO/2014

R.R.S., 53 anos – BAM 551408160075 / Encaminhado ao IML para confirmação etiológica / AVC isquêmico.

Paciente com histórico de etilismo crônico, usuário de cocaína, deu entrada na unidade trazido por policiais militares após ter sido encontrado em via pública irresponsivo. Chega à unidade torporoso, com quadro confusional associado à convulsão e desvio de comissura labial. Restante do exame físico não apresentava alterações. Foi realizado Diazepam IM e paciente evoluiu para estado pós-ictal. Realizado TC de crânio sem contraste no HMMC, via solicitação de Vaga Zero no COR, que não revelou trauma cranioencefálico ou sinais de AVC isq. significativos, apresentando contudo importante atrofia cortical difusa. Paciente permaneceu torporoso e em observação na sala amarela, necessitando de ventilação de suporte com macronebulização para manter saturação acima de 94%. Exames Lab com Hb 14,2, Ht 41,7, Leuco 9.300, Pqts 90.000, Na 130, K 3,1, uréia 33, CR 1,10, VHS 14, Gasometrias arterial pH 7,476, pO2 58,1, SatO2 95,5%, pCO2 20,3, HCO3 29, BE 5,1. Às 2:00 da manhã, após cerca de 12h desde sua entrada na unidade, evoluiu subitamente com PCR.

SETEMBRO/2014

J.R.S., 75 anos – BAM 551409030098 / AVC isquêmico / Afasia de Wernick

Paciente previamente hipertenso, tabagista, em acompanhamento regular na CFMSSS, chega à Unidade após encaminhamento da CSF devido à desorientação e confusão mental há 5 dias e hemiparesia à direita que há 2 dias com melhora espontânea. Chamava atenção à desorientação do paciente a sua compreensão e capacidade de expressão claramente afetados. Familiares relataram também tosse e disfagia. Negavam febre. Sinais vitais eram estáveis. Exames laboratoriais admissionais sem alterações, apenas com um EAS evidenciando discreta leucocitúria, o que foi interpretado com bacteriúria assintomática. ECG de admissão mostrou ritmo de fibrilação atrial de baixa resposta, com bloqueio de ramo direito e bloqueio divisional anterossuperior esquerdo. Marcadores de necrose miocárdicas foram negativos. O RX de tórax de entrada mostrou pequena área de hipotransparência adjacente ao coração à direita, podendo corresponder à nódulo pulmonar (dado fator risco e idade do paciente) e algumas bronquiectasias à esquerda em lobo médio. Solicitado TC crânio e avaliação de neurocirurgião ao COR em regime de Vaga Zero, sendo realizado procedimento no HMMC. Paciente foi submetido à TC Crânio sem e com contraste que evidenciou lesão hipodensa de 4 cm em região temporo-occipital de caráter subagudo, sem desvio da linha média, além de TC Tórax com hiperdensidade de 2 cm adjacente ao brônquio fonte direito. Neurocirurgião orientou iniciar anticoagulação devido à FA crônica e, caso mantivesse estabilidade clínica, alta após observação de 12 horas com seguimento na CSF. Dado lesão subaguda e evolução de 5 dias, não havia necessidade de nova TC crânio de controle. Ao retornar à Unidade foi iniciado controle de frequência cardíaca, corticoterapia e fenitoína para profilaxia de convulsões. Iniciado anticoagulação plena com enoxaparina e varfarina oral. Após 2 dias de observação na sala amarela

e estando sem queixas e oligossintomático, mantinha apenas a permanência da dificuldade para falar e incompreensão (Afasia de Wernick), foi entregue às filhas que o acompanhavam receituário das medicações necessária ao tratamento e folha de encaminhamento à CFMSSS para acompanhamento com quadro neurológico (já diagnosticado) além de relato para início da investigação ambulatorial do nódulo pulmonar evidenciado no RX e TC tórax.

Óbito não evitável – Paciente meia idade, porém com quadro de uso crônico de drogas ilícitas, com provável quadro de AVC isquêmico, evoluiu rapidamente com descompensação do quadro clínico apesar das intervenções médicas.

OUTUBRO/2014

M.L.A., 55 anos – BAM 551410280023 / SISREG Código 118595106 / AVC isquêmico

Paciente 55 anos, tabagista, hipertensa, sobrepeso, história previa de AVC isq. há 2 anos, FAC em uso de marevan suspenso por conta própria (paciente relatou ter sido por sua médica da CF - SIC), apresentou há 30 minutos episódio de síncope em sua residencia, chegando à unidade com dislalia, discreto de desvio de comissura labial à esquerda e hemiparesia direita. Provável causa do AVC interrogada foi de origem tromboembólica. Sinais vitais de admissão eram estáveis, com PA 142x84 mmHg; FC 86 bpm; sat 97% em ar ambiente; FR 16 irpm. Ao exame notava-se sobrepeso, bom estado geral, LOTE, corada, hidratada, acianótica, anictérica, eupnéica em ar ambiente, hemiparética à direita com enchimento capilar normal. Pulmões ausculta limpa. ABD e MMII sem alt, Aparelho cardiovascular com RC irregular, 2t, bnf, sem sopros. Exame neurológico com glasgow 15, hipotonia e perda de força grau 3 em membro superior e infeiro direito. sem irritação meníngea. Laboratório era normal, com Hb 15,3; Ht: 45,1%; leuco: 6700; plaq: 284 mil; glicose: 149; na+: 141; k+: 4,1; uréia: 33; crea: 0,78; mg: 3,6; calcio: 7,2; cpk: 79; ckmb: 9. ECG mostrava fibrilação atrial, ritmo irregular ausencia de onda p e FC de 84 bpm. Foi solicitado TC crânio de urgência via VAGA ZERO, realizada no HMMC, sem alterações agudas, retornando à paciente à unidade. Foi procedido com a solicitação de regulação via SISREG, e prescrição com anti-hipertensivos orais, sinvastatina e AAS em dose baixa e reiniciado anti-coagulação oral com marevan. Enquanto não atingia nível antigoagulante, foi começado enoxaparina subcutânea em dose anti-coagulante (1mg/kg/12-12h). Paciente evolui bem após 3 dias em observação na sala amarela, com melhora da força e tônus no membro afetado (ainda parético, porém um grau de força melhor) e recuperação da dislalia e desvio comissural. Foi solicitada nova TC crânio de controle, também via VAGA ZERO, realizada no HMMC, ainda sem alterações agudas visíveis. Paciente retorna à unidade e no 4a. dia de observação em sala amarela, assintomática e com boa recuperação, porém ainda parética no dimídio direito, recebe alta com encaminhamento para CF para ajuste e controle da anti-coagulação e medicação anti-hipertensiva, além do acompanhamento à paciente.

S.S.F., 12 anos – BAM 551410180231 / Regulado VIA VAGA ZERO / AVC Hemorrágico

Paciente 12 anos, previamente hígida, chega à unidade acompanhada de sua mãe referindo dor de cabeça occipital de forte intensidade e vômito, iniciados subitamente há 2 horas. Negava qualquer episódio prévio ou traumas. Foi atendida e realizado medicação venosa analgésica e AINEs. Paciente, após 4 horas na unidade, mantinha quadro e ao ser para observação na sala amarela,

observou-se inicialmente redução do nível de consciência e desorientação. Alguns minutos depois inicia quadro de movimentos atetóticos e piora da desorientação. Foi solicitada, via VAGA ZERO, TC crânio de urgência com posterior avaliação neurocirúrgica. TC de crânio evidenciou hemorragia subaracnóide de pequena monta em região occipital, ficando a paciente e sua mãe, aos cuidados da equipe de neurocirurgia do HMMC após exame radiológico.

M.S.L., 82 anos – BAM 551410120055/ SISREG Código 117339143/ AVC isquêmico/ Vaga regulada ao CTI CER-Leblon por Mandado Judicial.

Paciente idosa, 82 anos, hipertensa, diabética, e portadora de FA crônica, fazia uso regular de metformina, glibenclamida e enalapril, morava sozinha, foi encontrada pela vizinha irresponsiva e torporosa. Chega à unidade trazida em viatura policial após auxílio solicitado por vizinha e é levada imediatamente à sala vermelha. Paciente foi intubada em sequência rápida e acoplada em VM de forma a proteger via aérea pois possuía escala de Glasgow=8. Apresentava em regular estado geral, hipocorada (+2/4). Exame físico com roncos com roncos expiratórios e crepitações em terço médio de pulmão direito, acv com ritmo cardíaco irregular em 2t tempos; bnf, sem sopros. Abd: distendido, peristalse debil, timpanico, sem massas. MMII com edema 2+/4+ simétrico, pulsos palpáveis bilateralmente, panturrilhas livres. Sinais vitais eram de pa= 120x62/ fc= 88/ spo2= sem leitura. Puncionado acesso profundo para infusão de medicações e amins vasoativas para controle de PA. Exames admissiconais mostravam ECG: fibrilação atrial; alterações difusa da repolarização ventricular, progressão lenta da onda r no plano horizontal complexos qrs de baixa voltagem no plano horizontal. RX tórax não sugeria alteração aguda de parênquima pulmonar; LAB. com ckmb:52 / cre:1,32/ cpk:129/ gli:248/ mg:3,46/ k:3,77/ na:138/ u:83/ hg:11,3/ ht:32,6/ leu:11400/ neu:78,8/pla:265. Gaso art com ph:7,48/ po2:176,1/sato2:99, pco2:23, 3/ hco3:17,3/ co2t:18/ be:-3,9. Foi solicitada TC crânio via VAGA ZERO, sendo realizada no HMMC sem alterações isquêmicas agudas aparentes. Foi regulada via SISREG com pedido de leito de CTI dado gravidade. No d2 de observação foi notado vermelhidão em região mastóide esquerda, com saída abundante de secreção purulenta daquele ouvido, sendo iniciado Clavulim prontamente. Paciente evolui ao longo da semana com piora progressiva da função renal e doses cada vez maiores de noradrenalina e dobutamina necessárias para manter débito cardíaco. Evoluia com instabilidade hemodinâmica com PA e FC mantidos às custas de crescentes doses de amins. Notava-se lenta piora clínica e hemodinâmica ao longo da semana, dado se tratar de paciente idosa, com várias comorbidade e unidade não possuir instrumentos de manejo adequado para permanência de pacientes com perfil de CTI em suas dependências, dado ausência de material para aferição de pressão arterial invasiva, exames de imagens como ECO-TT e TC prontamente disponíveis, formas de aferir PVC, ATB de largo espectro e etc... Após diversas atualizações do SISREG, e pedido de laudo médico para fins judiciais entregue aos familiares, por solicitação deles, vaga em CTI no CER leblon é liberada graças à mandato judicial expedido em favor da família. Após 11 dias de observação na sala vermelha, paciente é transportada para HMMC - CER LEBLON, sem intercorrências, tendo lá ficado aos cuidados da equipe do CTI.



5.14. Comprovante de solicitação de SISREG - [Agosto/2014](#)

UPA 24 horas – Unidade Rocinha Telefones: 3322-7039/71689149 FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AIH		
NOME COMPLETO: ROBERTO ROSINO SIRTULI		
(Se menor , identificar os genitores)-		
ENDEREÇO:		
CEP:		
DATA DE NASCIMENTO: 06/03/1961	IDADE :52	SEXO : MASC
NOME DA MÃE:		
QUADRO CLÍNICO: NO MOMENTO DA CHEGADA PCT APRESENTOU CRISE CONVULSIVA REALIZADO DIAZEPAM 1 AMPOLA IV PACIENTE NÃO INTERAGINDO COM O EXAMINADOR, NÃO RESPONSIVO AOS ESTÍMULOS TÁTEIS E DOLOROSOS, FEBRIL, TREMORES DE EXTREMIDADES, DESVIO DE COMISSURA LABIAL A DIREITA, BRUXISMO, HIPOCORADO, HIPOHIDRATADO, ACIANÓTICO E ANICTÉRICO. ACV: RCR, 2T, BNF, S/ SOPROS. AR: MVUA COM RONCOS ESPARSOS. ABD: FLÁCIDO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. MMII: SEM EDEMAS, SEM TVP. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS NA ROUPA. FC 100 PA: 151X103 SATURANDO 99% HGT 189 TAX: 38,1°C		
HIPOTESE DIAGNOSTICO: AVE?		

E-mail de WebMail do Viva Rio - Fwd: AUTORIZAÇÃO TC DE CRANIO + AVALIAÇÃO NEURO

TIPO DE VAGA : TC DE CRANIO + AVALIAÇÃO DA NEURO

MÉDICO RESPONSÁVEL: DANIELLE NAVARRO DE AQUINO RIBEIRO

DATA E TURNO: 16/08 AS 12:12

UPA 24H - ROCINHA

Estrada da Gávea, nº 520, CEP: 22451-265

São Conrado - Curva do "S"- Rocinha

Telefones da UNIDADE:

Telefones LINHAS FIXAS da UNIDADE TEMPORARIAMENTE EM MANUTENÇÃO.

Usar números abaixo:

Celular REGULAÇÃO (24H): (21) 97168-9149

Celular LINHA FIXA Classificação Risco (24H): (21) 97285-8294



5.15. Comprovante de solicitação de SISREG - [Setembro/2014](#)

UPA 24 horas – Unidade Rocinha Telefones: 3322-7039/71689149 FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AIH		
NOME COMPLETO: JOSE RAMOS DA SILVA		
ENDEREÇO: TRAVESSA 42, número 6, casa, ROCINHA - ANIBAL		
CEP: 22451261		
DATA DE NASCIMENTO: 18/01/1939	IDADE :75	SEXO : m
NOME DA MÃE: BENEDITA RAMOS DA SILVA		
QUADRO CLÍNICO: PACIENTE 75 ANOS, EVOLUINDO COM AFASIA E DESORIENTAÇÃO SUBITA E HEMIPAREZIA A DIREITA, COM INICIO HOJE PELA MANHA. JA APRESENTANDO MELHORA DA HEMIPAREZIA MAS MANTENDO DESORIENTAÇÃO E AFASIA IMPORTANTES.		
PACIENTE 75 ANOS, EVOLUINDO COM AFASIA E DESORIENTAÇÃO SUBITA E HEMIPAREZIA A DIREITA, COM INICIO HOJE PELA MANHA. JA APRESENTANDO MELHORA PARCIAL DA HEMIPAREZIA MAS MANTENDO DESORIENTAÇÃO E AFASIA IMPORTANTES. JÁ AVALIADO PELO CAPS QUE DESCARTOU ALTERAÇÕES PSIQUIÁTRICAS; EXAMES LABORATORIAIS SEM LEUCOCITOSE OU ALTERAÇÕES METABÓLICAS.		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO: AVC ISQUÊMICO? AVC HEMORRÁGICO?		

TIPO DE VAGA : VAGA ZERO PARA TC E CRANIO E AVILAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

MÉDICO RESPONSÁVEL : OLIVER KLIGERMAN CRM 52-99304-2

DATA E TURNO:

03/09/2014 TURNO TARDE

UPA 24H - ROCINHA

Estrada da Gávea, nº 520, CEP: 22451-265

São Conrado - Curva do "S" - Rocinha

Telefones da UNIDADE:

Telefones LINHAS FIXAS da UNIDADE TEMPORARIAMENTE EM MANUTENÇÃO. Usar números abaixo:

Celular REGULAÇÃO (24H): (21) 97168-9149

Celular LINHA FIXA Classificação Risco (24H): (21) 97285-8294



5.16. Comprovante de solicitação de SISREG - [Outubro/2014](#)

UPA 24 horas – Unidade Rocinha Telefones: 3322-7039/71689149 FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AIH		
NOME COMPLETO: STEPHANIE DA SILVA FARIAS		
(Se menor , identificar os genitores)-		
ENDEREÇO:		
CEP:		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE : 12 ANOS	SEXO : F
NOME DA MÃE:		
QUADRO CLÍNICO: Cefaléia de forte intensidade + Vômitos		
Relata que hoje, durante prática de atividade física, iniciou quadro abrupto de cefaléia occipital de forte intensidade, associado à vômitos em jato. Admitida na UPA, feito Dipirona/Tilatil/Buscopan/Hidratação Venosa, sem melhora. Queixa-se de tonteiras.		

Ao exame:

Diminuição do nível de consciência, pouco responsiva. Midríase bilateral. Ausência de sinais meníngeos. Sat O₂: 98% em ar ambiente.

MVUA sem RA.

RCR2T, sem sopros. Bulhas normofonéticas.

Abdome sem alterações. Apresenta vômitos constantes.

HIPOTESE DIAGNOSTICO: Hipertensão Intracraniana ?

TIPO DE VAGA : TC DE CRANIO + AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

MÉDICO RESPONSÁVEL : MARCIO LIU SANDT

DATA E TURNO:

UPA 24H - ROCINHA

Estrada da Gávea, nº 520, CEP: 22451-265

São Conrado - Curva do "S"- Rocinha

Telefones da UNIDADE:

Telefones LINHAS FIXAS da UNIDADE TEMPORARIAMENTE EM MANUTENÇÃO. Usar números abaixo:

Celular REGULAÇÃO (24H): (21) 97168-9149

Celular LINHA FIXA Classificação Risco (24H): (21) 97285-8294

UPA 24 horas – Unidade Rocinha

Telefones: 3322-7039/71689149

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AIH

NOME COMPLETO: MARIA LUIZA DE ALMEIDA

(Se menor , identificar os genitores)-

ENDEREÇO:

CEP:

DATA DE NASCIMENTO: 15/03/1959

IDADE : 56

SEXO : fem

NOME DA MÃE:

QUADRO CLÍNICO:

#D3 UPA rocinha sala amarela leito 4

#AVC isquêmico + fibrilação atrial (cardioembólico?)

#AVC antigo com TC de cranio sugerindo esta antiga sequela

#1° TC sem alterações agudas

#Tabagista + HAs + Sobrepeso

#Anamnese de admissão: "PACIENTE COM HISTORIA PREVIA DE AVE, APRESENTOU HA 30 MINUTOS EPISODIO DE SINCOPE NA RESIDENCIA, CHEGANDO A UNIDADE COM DISLALIA E HEMIPARESIA DIREITA."

#Sinais vitais: PA: 142x84 mmHg; FC: 86 bpm; Sat 97% em ar ambiente; FR: 16 irpm

#Exame físico: SOBREPESO, BEG, LOTE, CORADA, HIDRATADA, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, EUPNEICA EM AR AMBIENTE, hemiparese a direita

ENCHIMENTO CAPILAR NORMAL

AR: MVUA S/RA

ACV: RCirregular, 2T, BNF, SS

ABD: ATÍPICO, PERISTÁLTICO, INDOLOR, SEM MASSAS OU VMG. SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL GIORDANO NEGATIVO

MMII: SEM EDEMAS. SEM EMPASTAMENTO. PULSOS SIMÉTRICOS E PALPÁVEIS

NEURO: GLASGOW 15, HIPOTONIA E PERDA DE FORÇA GRAU 3 EM MEMBRO SUPERIOR E INFEIRO DIREITO. SEM IRRITAÇÃO MENÍNGEA

#Laboratório: Hb: 15,3; Ht: 45,1%; Leuco: 6700; Pla: 284 mil; Glicose: 149; Na+: 141; K+: 4,1; Uréia: 33; Crea: 0,78; Mg: 3,6; Calcio: 7,2; CPK: 79; CKMB: 9

ECG: fibrilação atrial, ritmo irregular ausencia de onda p fc de 84 bpm

#Impressão: paciente portadora de FA com suspensão de marevam (segundo ela a propria medica da Icinica da familia) com fatores de risco para doenças cardiovasculares.

HIPOTESE DIAGNOSTICO: AVC?

TIPO DE VAGA : TC de Cranio

MÉDICO RESPONSÁVEL : Rodrigo Pinheiro

DATA E TURNO: 30/10/2014

UPA 24H - ROCINHA

Estrada da Gávea, nº 520, CEP: 22451-265

São Conrado - Curva do "S"- Rocinha

Telefones da UNIDADE:

Telefones LINHAS FIXAS da UNIDADE TEMPORARIAMENTE EM MANUTENÇÃO. Usar números abaixo:

Celular REGULAÇÃO (24H): (21) 97168-9149

Celular LINHA FIXA Classificação Risco (24H): (21) 97285-8294

UPA 24 horas – Unidade Rocinha

Telefones: 3322-7039/71689149

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AIH

NOME COMPLETO: MARIA DA SILVA LAGO

(Se menor , identificar os genitores)-

ENDEREÇO: 100 anibal felix, ROCINHA

CEP: 22451281

DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1932

IDADE :82

SEXO : F

<p>NOME DA MÃE: SEM INFORMACAO</p>		
<p>QUADRO CLÍNICO: rebaixamento do nivel de consciencia</p>		
<p>Idosa mora sozinha foi encontrada pela vizinha hoje pela manhã torporosa e irresponsiva. trazida por patrulha policial. hipertensa e diabética com acompanhamento em clinica da família. faz uso de metformina , glibenclamida e enalapril segundop recieta encontrada com a paciente.</p> <p>torporosa Glasgow 8-10, descorada 1*/4*, anictérica, acianótica, boa perfusão capilar periférica, sat 94% após correção das vias aéreas, sialorreica, taquipneica e período expiratório prolongado, afebril</p> <p>Sinais vitais: fc: 71 BPM; SAT DE O2 COM MACRO: 97%; pa DE 145x85 mmHg; tax 36,4°;</p> <p>AR: mwua com roncos expiratórios e crepitações em terço médio de pulmão direito</p> <p>ACV: Ritmo cardíaco regular em 2t tempo; sem extrassístoles</p> <p>ABD: distendido, difícil avaliar dor a palpção, peristalse diminuída</p> <p>pupilas mitóticas bilateralmente não fotoreagentes, apresenta nistagmo. noto babinski positivo bilateral.</p> <p>Hb: 12,4; Ht: 35,5%; Leuco: 7200; Pla: 181 mil; Amilase: 33; bil total: 1,4; CKMB: 27; Crea: 0,66; CPK: 220; glicemia: 127; K+: 4,63; Na+: 142; TGO: 42; TGP: 22; Ureia: 42;</p> <p>ECG: fibrilação atrial; alteracoes difusa da repolarização ventricular, progressão lenta da onda R no plano horizontal complexos QRS de baixa voltagem no plano horizontal</p> <p>radiografia não sugere alteração aguda de parênquima pulmonar; possivel escoliocifose; calcificação da crosta da aorta</p>		
<p>HIPOTESE DIAGNOSTICO: avc cardio embolico? avc hemorragico?</p>		
<p>TIPO DE VAGA : tc de cranio + aval neurocirurgica</p>		
<p>MÉDICO RESPONSÁVEL : Lucas Cristo Conilho Macedo Muller 919784</p>		

DATA E TURNO: 12/10/2014

UPA 24H - ROCINHA

Estrada da Gávea, nº 520, CEP: 22451-265

São Conrado - Curva do "S"- Rocinha

Telefones da UNIDADE:

Telefones LINHAS FIXAS da UNIDADE TEMPORARIAMENTE EM MANUTENÇÃO. Usar números abaixo:

Celular REGULAÇÃO (24H): **(21) 97168-9149**

Celular LINHA FIXA Classificação Risco (24H): **(21) 97285-8294**



5.17. IAM ocorridos na unidade – Agosto a Outubro/2014

AGOSTO/2014

J.A.P.S., 53 ANOS – IAM SEM SUPRA ST (NÃO TROMBOLISADO – Sem critérios) / BAM 551407280179/ Código SISREG 110314822 / CAT 110315655 – Chave 17843 / Permanece internado aguardando regulação.

Paciente meia idade, tabagista pesado, chega à unidade por meio de ambulância privada (após solicitação da família para transferência para essa unidade por não terem condições de arcar com os custos de internação particular no Hospital Cemiu). O paciente internou naquela unidade 4 dias antes devido à dor precordial e foi diagnosticado com IAM de parede inferior. ECG desse paciente de admissão confirmava lesão com INFRA-ST em parede inferior e marcadores de necrose miocárdica ainda permanecem elevados. O paciente realizou cateterismo no dia 30/07, evidenciando lesão obstrutiva grave de coronária direita e ramo proximal da Descendente Anterior, além de ramo da Art. Diagonal (lesão na bifurcação. Função de vên era preservada, porém notava-se Hiptertrofia de VE. Segue clinicamente estável, com prescrição otimizada em tratamento com dupla terapia anti-agregante, sinvastatinas, B-bloqueador, isordil sublingual e enoxaheparina plena. Após 10 dias de observação na sala amarela, com marcadores de necrose miocárdica normalizados, recebe alta recebe alta com encaminhamento para ESF e orientação ao PSF para agendamento de consulta com cardiologista para acompanhamento ambulatorial e aguardará cirurgia de revascularização miocárdica via SISREG ambulatorial em domicílio.

P.B.S.N., 57 ANOS – IAM COM SUPRA ST (NÃO TROMBOLISADO – DELTA T > 12h (paciente não elegível) / BAM 551408140017 / Código SISREG 112004748 / Regulado por VAGA ZERO para o HMSA

Paciente 57 anos, hipertenso refratário sem qualquer acompanhamento médico prévio, não sabia informar se possui alguma patologia renal prévia, chega à unidade apresentando queixas de cansaço, discreta dor no peito e dispnéia há cerca de 24h. Apresentava PA de 223x100 mmHg e FC 112bp, saturando á 96%. Ao exame era lucido e orientado, corado, hidratado, anicterico e acianotico, algo dispneico e afebril. ACV com rcr em 2t c/bulhas hipofoneticas s/s. ar: mv abolido em bases, com mv rude em restante do htx. Abd: atípico, peristáltico, timpânico, ruído hidroaéreo presentes, mmii: pulsos pediosos presentes. ECG evidenciou ST em V1 a V5, além de marcadores de necrose miocárdicas alterados: tropo 134, ck 204 , ckmb 47. NA 142, k 4,9 e CR 3,2. Paciente NÃO ERA ELEGÍVEL PARA TERAPIA TROMBOLÍTICA devido ao tempo aparecimento dos sintomas (Delta T IAM > 12h) ser superior à 12h, contraindicando essa terapêutica. Foi iniciado Nitroglicerina IV para redução pressórica. Paciente recebeu prescrição medicamentosa otimizada com dupla terapia anti-agregante, sinvastatinas, B-bloqueador e enoxaheparina em dose ajustada para a função renal do paciente. Foi solicitada ao SISREG leito cardiológico. A partir do 3 dia em

observação na sala amarela, observa-se queda progressiva dos marcadores de necrose e piora importante da função renal. Nas atualizações do SISREG foi apontado essa situação. Paciente evolui bem, sendo desmamado da infusão de nitroglicerina venosa, mantido apenas controle pressórico com anti-hipertensivos orais. Após 6 dias de observação aguardando transferência, exames lab mostravam hb: 16,3; ht:48,4%; leuco: 8800; plaq: 139 mil; na+: 146; k+: 5,1; troponina: 162 (Plateau); uréia: 143; crea: 7,14; cpk: 77; ckmb: 28. Paciente seguia aguardando regulação, estável clinicamente, sem necessidade de drogas venosas, porém com nítida piora da função renal. No 13a. dia de observação clínica vou solicitado VIA VAGA ZERO, vaga para realização de terapia dialítica, sendo autorizado o envio do paciente ao Hospital Souza Aguiar, que ao discutir o caso com nefrologista assistente, optou por acolher o paciente aos cuidados do serviço após hemodiálise.

J.M.P.S., 52 ANOS – IAM COM SUPRA ST (TROMBOLISADO – DELTA T = 1h) / BAM 551408270166 / Código SISREG 112950231 / Código SISREG 113201065 – Nº AIH 331410449783 - Regulado para o HMRG.

Paciente de 52 anos, sem comorbidades conhecidas, sem uso de medicação contínua, deu entrada na upa hemodinamicamente estável, saturando a 99% em ar ambiente, apresentando há 3 horas epigastralgia em queimação, dispnéia e 2 episódios eméticos. Nos primeiros minutos dentro da unidade ao realizar ECG, iniciou sudorese intensa e agitação. Subitamente paciente evolui com gasping, cianose. ECG na pá do desfibrilador evidenciou TV monomórfica sustentada instável(FC = 180 bpm, sem pulso periférico palpável) -> realizado 1 choque de 200j, com oxigenação em bolsa máscara seguida de bolus de amiodarona 300 mg. Paciente reverteu TV para ritmo sinusal logo após foi evidenciado no ECG supra de ST de v1 a v4 de 4 milímetros, sendo de 6 milímetros em v3 e qrs alargado. Paciente foi intubado em sequência rápida com TOT n.8,5 e acoplado em ventilação mecânica com sedação com midazolam e fentanil. Prontamente foi instituído protocolo de Síndrome coronariana aguda. Principais exames lab mostravam hb: 17,2; ht:49,6%; leucocitos: 18.000; bastões: 6%; plaq: 340 mil; inr: 1,38; na+: 151; k+: 4,6; ureia: 40; crea: 1,07; cpk: 250; ckmb: 70;. Foi realizada trombólise com alteplase em dose ajustada ao peso. Tempo Trombólise de 1h pós IAM Com SUPRA (pós TV revertida). Trombólise efetuada sem intercorrências até o final, com posterior otimização terapêutica com tratamento com dupla terapia anti-agregante, sinvastatinas, B-bloqueador e enoxaheparina plena. Dado fato de evoluir com hipotensão foi necessária infusão de noradrenalina em dose diluída (50 mcg/ml) em veia periférica momentaneamente, pois devido ao trombolítico, estava contraindicado qualquer procedimento de punção enosa profunda nas próximas 12h. Paciente foi regulado com caráter de urgência e solicitado leito de CTI coronário via SISREG. Central de regulação no dia seguinte solicitou atualização e nova regulação solicitando CTI geral, pois era o único disponível capaz de atender ao perfil de urgência do paciente. Efetuado nova regulação, com vaga cedida para o CTI do H.M. Ronaldo Gazola. Paciente foi transferido sem intercorrências.

J.B.S., 64 ANOS – IAM COM SUPRA ST (TROMBOLISADO – DELTA T = 8h) / BAM 551408040023 / Código SISREG 110954258

Paciente 64 anos, hipertenso em tratamento irregular, tabagista, chega à unidade trazido por policiais com queixas de desconforto respiratório de início súbito. Apresentava-se lúcido e orientado, eupneico em macronebulização, acianótico, anictérico, boa perfusão capilar periférica, afebril. Exame sísico era inespecífico, com ECG com BRE e SUPRA ST de v1 a v4. Iniciado protocolo de Síndrome coronariana aguda com dupla terapia anti-agregante, sinvastatinas, B-bloqueador e enoxaheparina em dose plena. PA no entando era de 200x100mmHG. Após tentativas de reduzir PA com anti-hipertensivos orais, foi iniciado infusão de nitroprussiato venoso, com redução da PA, para somente então, poder dar sequência no atendimento trombolítico do paciente. O mesmo recebeu Alteplase após 8h do início dos sintomas, devido ao fato de ter sido necessário reduzir os níveis pressóricos. Trombólise sem intercorrências. Exames laboratoriais evidenciavam Hb 15,7 / Ht 44,9 / Leuco 7.900 / Na 146 / K 4,5 / Ureia 24 / CR 0,75 / CPK 292 / CKMB 32 e TROPO < 50 (1a. dosagem). Paciente foi regulado com pedido via SISREG de CTI coronariano. Após 2 dias de internação realizou cateterismo de artérias coronárias (CAT) no Hosp. Estadual Pedro Ernesto - UERJ, evidenciando tronco da coronária esquerda livre de obstruções; Descendente Anterior calcificada em ramo proximal; ramos diagonais livres de obstruções; Art. Circunflexa livre de obstruções; Coronária Direita com lesão de 80% proximal. Coronariopatia obstrutiva grave unilateral. No entando não foi realizada abordagem da lesão, sendo orientado à realização de angioplastia eletiva em nova data. Após 4 dias de observação paciente seguia assintomático em bom estado geral e sem queixas. Marcadores de necrose em queda e Nipride seguia em desmame progressivo em mínima dose (2ml/h) e ajuste dos anti-hipertensivos orais. Foi iniciado Clavulin devido a um possível foco pulmonar evidenciado por uma piora do leucograma (hm 3,95; hb 13,3 ;hto 38,4; leuco 16.100 (bast 10;segm 71;eos1;linfo13;mono5) plaq299mil). Após 6 dias de observação, com leucograma já em 11.400 - 3% bastões, assintomático, CKMB 15 , CPK 149 e troponina <50, recebeu alta para domicílio com encaminhamento para acompanhamento na CF e orientação para equipe da CF solicitar angioplastia dessa lesão exoronária ambulatorialmente.

J.G.S., 58 ANOS – IAM SEM SUPRA ST (NÃO TROMBOLISADO – Sem critérios) / BAM 551408120073 / Código SISREG 111794228 / Código SISREG 112029591

Paciente 58 anos, tabagista, nega qualquer outra comorbidade, não fazia uso de nenhuma medicação regular, deu entrada na unidade com dor precordial iniciada há 3 dias, Sinais vitais eram estáveis e exame físico inalterado. ECG de admissão sem supra ST. Foi colhido marcadores cardíacos e paciente recebeu inicialmente dose de ataque de AAS + clopidogrel. Após resultado laboratorial evidenciou-se marcadores de necrose miocárdica claramente alterados com CPK 225, CKMB 27 e TROPONINA 206, sendo configurado IAM sem supra ST. Paciente receu prescrição otimizada com B-bloqueador, sinvastatina, enoxaparina em dose plena e manutenção dos anti-agregantes plaquetários. Solicitado leito em unidade cardiológica clínica, ao SISREG, devido à

estabilidade do quadro hemodinâmico. Após 4 dias de observação na sala amarela, evolui com hipotensão progressiva e dispnéia. Após algumas alíquotas de cristalóides, apresenta piora da dispnéia e estertoração pulmonar, sendo diagnosticado então com choque cardiogênico, Killip III, e iniciado aminas vasoativas (noradrenalina e dobutamina). Puncionado acesso vevnoprofundo sem intercorrências e paciente permaneceu em observação na sala vermelha. Solicitado nova regulação ao SISREG devido ao agravo no perfil do paciente, sendo solicitado vaga em CTI nesse momento. Nos próximos dias continuou em observação, em desmame progressivo das aminas vasoativas. Após 13 dias em observação na unidade, Killip II, desmame de aminas foi completo. Após 24hs em aminas, inciou hipertensão leve e terapia medicamentosa foi sendo reajustada com uso de B-bloqueadores e anti-hipertensivos orais. Marcadores de necrose miocárdica em queda e no dia 28/08/14, foi levado ao HUPE - UERJ, após marcação de CAT ambulatorial, onde equipe hemodinâmica se negou a realizar procedimento alegando instabilidade hemodinâmica, apesar paciente apresentar PA e FC normais, pulmões sem estertores, e eupenico em ar ambiente. Procedimento foi reagendado para 05/09/14. Paciente retornou para unidade e após mais 2 dias, total de 19 dias de observação na unidade, foi concedida alta hospitalar com documentação para realização do CAT ambulatorialmente, prescrição otimizada para IAM e ajustado anti-hipertensivos orais, além de encaminhamento para seguimento e acompanhamento na CF. Último Laboratório evidenciando CPK 88 / CKMB 28 / TROPONINA 178 ng/ml.

SETEMBRO/2014

A.S.R., 53 anos – BAM 551409280151 / IAM sem supra ST – Sem indicação de trombólise / Declaração de Óbito 20690440-1

Paciente meia idade, histórico de hipertensão arterial em tratamento irregular com captopril 25 mg, chega por meios próprios à unidade queixando-se de “muita dor na barriga” (SIC). Relatava dor por todo abdômen, que havia iniciado após almoço. Na classificação de risco paciente apresentava-se com sudorese e palidez e referia escala de dor 6/10. Sinais vitais: FC 91 bpm, FR 20 ipm, SatO2 99%, PA 220x140. Foi classificado como amarelo e em cerca de 10 minutos de sua entrada na unidade recebeu o 1º atendimento médico. Paciente confirmou queixas algicas abdominais. Ao exame apresentava-se com abdômen algo distendido e doloroso à palpação. Registro das informações foi feito de forma muito sintética, com o médico plantonista não atentando para possibilidade de diagnósticos diferenciais, focando basicamente no quadro abdominal. Solicitou rotina laboratorial com hemograma, bioquímica básica, amilase, eletrólitos, e solicitou também marcadores de necrose miocárdica (CPK, CKMB e Troponina I). Paciente foi encaminhado para sala medicação para receber anti-hipertensivos orais e sintomáticos para o quadro abdominal. Após 1h na sala de medicação, evolui com dispneia intensa e é levado à Sala Vermelha. Nesse momento é realizado ECG que constata IAM sem supra ST, porém imediatamente após paciente iniciada quadro de hipotensão e insuficiência respiratória aguda. Realizado IOT

rápida, iniciado infusão rápida de soro fisiológico, porém em menos de 10 min da chegada do paciente à Sala Vermelha o mesmo evoluiu para parada cardiorrespiratória em assistolia. Iniciado prontamente manobras de reanimação com massagem cardíaca externa e infusão de bolus de epinefrina a cada ciclo de 3 min. Após 30 min. de manobras, é declarado óbito do paciente. Exames Laboratoriais, após chegada do paciente à sala vermelha, vieram com marcadores de necrose miocárdica positivos: CKMB 29 / CPK 243 / Troponina 50-100. **Óbito evitável – A evolução do quadro evidenciou uma apresentação superaguda do IAM. Desde à chegada desse paciente à Unidade o mesmo já apresentava sinais de alarme que deveriam ter sido melhor avaliados, além da anamnese dirigida e exame físico incompletos. Todo raciocínio e conduta terapêutica inicial levou em consideração somente a queixa principal do paciente, sem considerar de imediato a possibilidade de uma apresentação atípica de um IAM, ou IAM associado. Palidez cutânea, sudorese e dor (mesmo que abdominal), além da PA claramente elevada e histórico prévio de hipertensão, deveriam ter propiciado esse questionamento pela equipe clínica. O ECG com IAM sem supra foi realizado tardiamente (1h e 20min. após chegada do paciente à unidade), apenas quando apresentou Choque Cardiogênico e instabilidade hemodinâmica irreversível. Apesar da solicitação inicial de marcadores de necrose miocárdica, o mesmo não recebeu nenhuma outra etapa do tratamento preconizado pelas diretrizes atuais de tratamento do IAM (vide 1ª. Diretriz de Ressuscitação da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Out. 2013). Não teve ECG realizado nos primeiros momentos da chegada à unidade, não recebeu dupla terapia anti-agregante plaquetária (AAS + Clopidogrel), B-Bloqueador, enoxiheparina (venosa e subcutânea), morfina, nem regulação para tentativa de angioplastia primária de resgate. Este caso foi amplamente discutido posteriormente na comissão de Óbito e na Comissão de Prontuário, de forma a tornar a abordagem inicial da equipe médica e de enfermagem mais sistematizada e atenta às apresentações atípicas do IAM, além dos conceitos de equivalente anginoso no infarto.**

I.R.M., 56 ANOS – IAM SEM SUPRA ST (NÃO TROMBOLISADO – Sem critérios) / BAM 551409010094 / Código SISREG 113394501 e Código SISREG 113511625 / CAT 113375757 – Chave 28454

Paciente 56 anos, dislipidêmica, hipertensa, diabética, com AVC isq. prévio há 5 meses com seqüela motora mínima, com acompanhamento e tratamento medicamentoso regular, dá entrada na unidade com relato de pequena falta de ar e dor no peito iniciado há cerca de 24h. Ao exame apresentava bom estado geral, corada, hidratada, eupneica em ar ambiente, RCR, 2T e pulmões limpos. ECG mostrava ritmo sinusal com FC 65 bpm e alterações da repolarização ventricular em parede anterolateral e inferior, configurando quadro de IAM sem supra, Killip I. Prontamente foi encaminhada à sala amarela para observação e iniciado terapia medicamentosa otimizada para Síndrome coronariana aguda uso de com B-bloqueador, sinvastatina, enoxaparina em dose plena e dupla anti-agregação plaquetária. Exames laboratoriais mostrava hb: 11,1; ht: 33,0%; leuco: 100%; plaq: 327 mil; cpk: 963; ckmb: 110; trop.: 558. RX de tórax com índice cardíaco levemente aumentado; aumento do ventrículo direito; incisuras livres. Foi solicitada regulação via SISREG em leito de

inidade intermediária, porém dado à boa evolução da paciente, no 2a. dia de observação foi realizado nova solcitação ao SISREG com pedido de enfermaria cardiológica. Com auxílio da CFMSS foi agendado CAT ambulatorial no IECAC para o dia 04/09/2014. No 4a. dia de observação na unidade paciente foi levada à esse instituto. Marcadores de necrose nesse dia eram troponina=1898 / ckmb=108 / cpk=524. Cateterismo realizado indentificou coronariopatia obstrutiva triarteral, com lesões obstrutiva de 70% em art. circunflexa e descendente anterior, e 90% em coronária direita. Apresentava também disfunção ventricular esquerda moderada à grave. No 6a. dia de observação na sala amarela, a paicnte com sinais vitais estáveis e assintomática, marcadores de necrose miocárdica em queda: CPK 160 / CKMB 25 e troponina ainda em plateau 1.700, recebeu alta para domicílio com encaminhamento à CF, orientações para acompanhamento e agendamento de acompanhamento cardiológico, após passar pela CF, e cirurgia de revascularização miocárdica eletiva via SISREG ambulatorial.

OUTUBRO/2014

S.B.S., 46 anos – BAM 551410220177/ SISREG código 118108371/ IAM sem supra ST – Sem indicação de trombólise / CAT via SISREG ambulatorial realizado HUPE-UERJ

Paciente 46 anos, hipertenso com tratamento irregular, historia familiar positiva para DAC, natural da PB em férias no Rio, refere dor toracica há 2 dias sem outros sintomas. ECG admissão com infradesnivelamento de ST e enzimas cardiacas elevadas troponina > 600; cpk> 1000; paciente killip 1, apresentava-se hipertenso com PA 180x120 mmHg, FC 82 bpm, saturando bem em ar ambiente. Exame físico era lúcido, anictérico, acianótico, hidratado, corado, eupneico, hipertenso, estável hemodinamicamente, afebril. ACV com RCR 2t bnf sem sopros ou extra sistoles. AR com mvua sem ra, sem roncos e/ou sibilos. abdome era inocente, flácido, sem sinais de irritação peritoneal, atimpânico, sem massas e/ou visceromegalias. mmii sem edema, pulso pedioso +. Exames admissionais mostrvaam laboratório: hm 4,74; hb 14,2; hto 40,9; leuco 13.900 (bast2;segm75;linfo15;mono8); plaq 166mil; gli 115; na 142; k 4,2; ureia 25; creat 1,09; cpk 1175; ckmb 117, troponina 654; ECG com inversão de onda t e supra de st em derivações de paredes inferior/antero-lateral.pacte hipertenso come história familiar de evnto cardiovascular apresentando quadro de iam com suprast de parde inferior/antero-lateral com delta t desconhecido, sem precordialgia e estável hemodinamicamente. Paciente recebeu terapêutica otimizada para Sd. coronariana aguda com terapia dupla anti-agregante (AAS+Clopidogrel), B-bloqueadores, Enoxaparina em dose plena (1 mg/kg/2xdia), O2, nitratos e morfina SOS. Foi solicitada regulação via SISREG para leito cardiológico ambulatorial. Enquanto paciente permanecia na unidade, foi solicitado CAT ambulatorial via SISREG AMBULATORIAL com apoio da CFMSS. Exame marcado para HUPE - UERJ e realizado após 8 dias de observação na sala amarela. Ao longo da observação paciente seguiu estável, apresentando marcadores de necrose em queda progressiva e troponina em plateau. Exame realizado no dia 30/10/14 que evidenciou coronariopatia obstrutiva multiarteral e

disfunção ventricular esquerda moderada. No 9a. dia de observação na unidade, com exames laboratoriais evidenciando CPK 130, CKMB 10, Troponina 920, apresentando-se assintomático e sem queixas algicas, recebeu alta da unidade com pedido de acompanhamento e relatório médico para seguimento em unidade de atenção básica, haja visto ter relatado que retornaria na outra semana para seu domicílio no Nordeste.

J.P.G., 90 anos – BAM 551410110223/ SISREG código 117046527/ SISREG código 117357713/ SEPSE Pulmonar – Pneumonia Broncoaspirativa / IAM sem supra ST – Sem indicação de trombólise / Vaga CTI concedida por mandado judicial no CTI H.F. da Lagoa.

Paciente idoso, 90 anos, diabético, com Alzheimer em estágio avançado, acamado há 4 anos, foi trazido de residência com quadro de vômitos e dispnéia. Sinais vitais com PA 112x76 mmHg; fc: 115bpm; fr: 23 irpm; sat: 96% com 3l/min. Ao exame era sonolento, anictérico, acianótico, descorado 1/4*, desidratado 1*/4*, eupneico, afebril. mvua com roncocal difusos, Acv com rcr com b3, bnf sem sopros. Abdome flácido, peristáltico, indolor a palpação superficial e profunda e não palpo massas ou visceromegalias. mmii sem edemas e panturrilhas sem sinais de empastamento. Exames Lab com hb: 10,7; ht: 31,3%; leuco: 3800; plaq: 301 mil; ckmb: 18; crea: 1,36; cpk: 60; glicose: 87; k+: 4,64; na+: 139; ureia: 102; trop: 414. RX tórax com infiltrado pulmonar em terço médio de pulmão direito + infiltrado em 2/3 inferiores de pulmão esquerdo. incisuras livres. ECG com ritmo sinusal com ocntração atrial prematura, sem supradesnívelamento do segmento st. Paciente apresentava sinais de SEPSE e prontamente foi iniciado ATB terapia, com tempo de ATB de 70 min. Inicialmente foi prescrito Ceftriaxona, mas no 2a. dia de observação em sala amarela, dado comorbidades e risco de bactérias atípicas, foi substituído por clavulin + azitromicina. Marcadores de necrose miocárdica eram alterados com ECG indicando também IAM sem supra. Paciente recebeu terapêutica otimizada para Sd. coronariana aguda ajustado para sua idade e CLCR (Clearance de Creatinina) com terapia dupla anti-agregante (AAS+Clopidogrel) sem dose de ataque, B-bloqueadores em doses baixas, Enoxaparina em dose plena (0,75 mg/kg/2xdia), O2 e nitratos. Evolui com progressiva piora do leucograma ao longo dos dias de observação (como já era esperado para pneumonias broncoaspirativas), necessitando de suporte ventilatório. Inicialmente foi tentado macro NBZ e posteriormente CPAP intermitente por 2 dias como forma de evitar uma IOT, mas dado piora dos parâmetros gasométricos e evolução para Insuf. respiratória aguda, paciente necessitou ser intubado e acoplado à VM em modo controlado com sedação e analgesia. Foram realizadas 2 pedidos de regulação via SISREG. Inicialmente uma ao chegar à unidade em leito intermediário e a 2a. com pedido de leito em unidade fechada (CTI) haja visto piora do quadro paciente. No 4a. dia de observação, após ter sido intubado e movido para sala vermelha, família solicitou laudo médico para fins jurídico. Último exame lab com hb: 11,9; ht: 33,9%; leuco: 14400; plaq: 241 mil; ckmb:462; crea: 1,19; cpk: 588; k+: 4; na: 144; ureia:92; trop: 333. No 8a. dia de observação, por força de mandado judicial, vaga de CTI foi regulada para H.F. da Lagoa. Paciente foi transportado sem intercorrências ao local, lá ficando aos cuidados equipe CTI.*



5.18. Ata da Comissão de Revisão de Prontuários - Agosto/2014

	DATA: 27/08/2014 HORA: 16:00 h LOCAL: UPA Rocinha
VIVARIO ATA DE REUNIÃO	
Participantes: Lucas Cristo Conilho Macedo Muller; José Bernardes Netto; Sandra Valesca Ferreira de Sousa e Eleny Alves de Britto Telles.	
<p>Aos vinte e sete dias do mês de agosto de dois mil e quatorze, às dezesseis horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários, Lucas Cristo Conilho Macedo Muller, Presidente; José Bernardes Netto, Coordenador Médico; Sandra Valesca Ferreira de Sousa, Enfermeira e Eleny Alves de Britto Telles, Coordenadora Administrativa para promover reunião ordinária da referida Comissão tendo como pauta única a avaliação dos boletins de Atendimento Médico dos usuários atendidos na Unidade no mês de agosto. No período em questão, permaneceram nas salas de observação, cento e quatro usuários. Destes prontuários, foram analisados noventa e seis, estando 96% dentro dos padrões de conformidades. As não conformidades estão relacionadas a aspectos do preenchimento pelos profissionais envolvidos, e outros relativos a inconsistências atinentes ao sistema operacional em uso na Unidade. Foi detectada a falta de relatos objetivos no momento de alta, bem como ausência do registro de sinais vitais. Relativo às inconsistências originárias do sistema operacional, identifica-se irregularidades na impressão de boletins, o que implica demora na revisão, assinatura do mesmo pelo médico assistente e arquivamento dos mesmos. Outro ponto levantado foi a inacessibilidade aos boletins de usuários "em observação", bem como o encerramento automático do mesmo. As demandas foram encaminhadas ao setor competente da empresa prestadora de serviço e ao setor de informação da organização social. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, Eleny Alves de Britto Telles, a presente ata, que lida e achada conforme foi assinada por todos os membros acima nominados e referenciados.</p>	
Lucas Cristo Conilho Macedo Muller	
José Bernardes Netto	
Sandra Valesca Ferreira de Sousa	Sandra Valesca Enfermeira COREN-RJ 179244
Eleny Alves de Britto Telles	



5.19. Ata da Comissão de Revisão de Prontuários - Setembro/2014

DATA: 29/09/2014
HORA: 15:00 h
LOCAL: UPA Rocinha



VIVARIO ATA DE REUNIÃO

Participantes: Lucas Cristo Conilho Macedo Muller; José Bernardes Netto; Bruno Leandro da Silva Ribeiro; Sandra Valesca Ferreira de Sousa e Eleny Alves de Britto Telles.

Aos vinte e nove dias do mês de setembro de dois mil e quatorze, às quinze horas dezesseis horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários, Lucas Cristo Conilho Macedo Muller, Presidente; José Bernardes Netto, Coordenador Médico; Bruno Leandro da Silva Ribeiro, Coordenador de Enfermagem e Sandra Valesca Ferreira de Sousa, Enfermeira e Eleny Alves de Britto Telles, Coordenadora Administrativa para promover reunião ordinária da referida Comissão tendo como pauta única a avaliação dos boletins de Atendimento Médico dos usuários atendidos na Unidade no mês de setembro. No período em questão, permaneceram nas salas de observação, cento e um usuários. Destes prontuários, foram analisados noventa e seis, estando 95% dentro dos padrões de conformidades. Relativo os prontuários oriundos dos atendimentos médicos, dos seis mil novecentos e sessenta e quatro boletins impressos, seis mil duzentos e sessenta e quatro estavam dentro dos padrões de conformidades. As não conformidades são recorrentes e estão relacionadas a aspectos do preenchimento pelos profissionais envolvidos, e outros relativos a inconsistências atinentes ao sistema operacional em uso na Unidade. A Comissão interna considerou que houve avanços, tanto na redução de inconsistências, como na identificação precoce das mesmas. As demandas foram encaminhadas aos setores competentes. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, Eleny Alves de Britto Telles, a presente ata, que lida e achada conforme foi assinada por todos os membros acima nominados e referenciados.

Lucas Cristo Conilho Macedo Muller

L. Muller
Muller
CRM 52.919-754

José Bernardes Netto

DR. JOSÉ BERNARDES
COORD. MÉDICO UPA ROCINHA
CRM - 52.88798-7

Sandra Valesca Ferreira de Sousa

Sandra Valesca
Enfermeira
COREN-RJ 17924-

Eleny Alves de Britto Telles

ELENY BRITTO
Coordenadora Administrativa
UPA - ROCINHA



5.20. Ata da Comissão de Revisão de Prontuários - Outubro/2014



VIVARIO ATA DE REUNIÃO

DATA: 30/10/2014
HORA: 18:00 h
LOCAL: UPA Rocinha

Participantes: Lucas Cristo Conilho Macedo Muller; José Bernardes Netto; Bruno Leandro da Silva Ribeiro; Sandra Valesca Ferreira de Sousa e Eleny Alves de Britto Telles.

Aos trinta dias do mês de setembro de dois mil e quatorze, às quinze dezoito horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão de Revisão de Prontuários, Lucas Cristo Conilho Macedo Muller, Presidente; José Bernardes Netto, Coordenador Médico; Bruno Leandro da Silva Ribeiro, Coordenador de Enfermagem e Sandra Valesca Ferreira de Sousa, Enfermeira e Eleny Alves de Britto Telles, Coordenadora Administrativa para promover reunião ordinária da referida Comissão tendo como pauta única a avaliação dos boletins de Atendimento Médico dos usuários atendidos na Unidade no mês de outubro. No período em questão, permaneceram nas salas de observação, cento e vinte e sete usuários. Foram analisados cento e vinte prontuários, estando 97% dentro dos padrões de conformidades. Relativo os prontuários oriundos dos atendimentos médicos, dos sete mil e sessenta e dois boletins impressos, seis mil novecentos e oitenta estavam dentro dos padrões de conformidades, o que representa 99% do total. As conformidades ainda estão relacionadas a aspectos do preenchimento pelos profissionais envolvidos, e outros relativos a inconsistências atinentes ao sistema operacional em uso na Unidade. A Comissão interna considerou que houve avanços, tanto na redução de inconsistências. As demandas foram encaminhadas aos setores competentes. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, Eleny Alves de Britto Telles, a presente ata, que lida e achada conforme foi assinada por todos os membros acima nominados e referenciados.

Lucas Cristo Conilho Macedo Muller _____

L. Muller
Médico
CRM-RJ 81978-1

José Bernardes Netto _____

DR. JOSÉ BERNARDES
COORD. MÉDICO UPA ROCINHA
CRM - 82.83786-7

Sandra Valesca Ferreira de Sousa _____

Sandra Valesca
Enfermeira
COREN-RJ 179244

Eleny Alves de Britto Telles _____

ELENY BRITTO
Coordenadora Administrativa
UPA - ROCINHA



5.21. Tabela de cálculo do índice de absenteísmo por categoria profissional e mês

Categoria Profissional	Horas líquidas faltantes			Horas líquidas disponível			Índice (%)		
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Médico	0	0	0	2.976	2.880	2.976	0,0%	0,0%	0,0%
Enfermeiro	24	12	0	2.232	2.160	2.232	1,1%	0,6%	0,0%
Técnico de Enfermagem	264	144	72	5.952	5.760	5.952	4,4%	2,5%	1,2%
Farmacêutico	0	0	0	744	720	744	0,0%	0,0%	0,0%
Auxiliar de Farmácia	0	0	0	744	720	744	0,0%	0,0%	0,0%
Maqueiro	0	0	0	744	720	744	0,0%	0,0%	0,0%
Serviço Social	0	0	0	372	360	372	0,0%	0,0%	0,0%
Auxiliar Administrativo	0	0	0	2.484	2.424	2.508	0,0%	0,0%	0,0%
Total (exceto maqueiro e auxiliar administrativo)	288	156	72	13.020	12.600	13.020	2,2%	1,2%	0,6%



5.22. Proposta de Educação Permanente – [a partir de Dezembro/2014](#)

TURMA	AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	MÉDICOS E ENFERMEIROS	MAQUEIROS E MOTORISTAS
	DATAS	DATAS	DATAS
1ª	02/12/2014 04/12/2014	09/12/2014 11/12/23014	18/12/2014
2ª	05/01/2015 07/01/2015	12/01/2015 14/01/2015	15/01/2015
3ª	02/02/2015 03/02/2015	09/02/2015 10/02/2015	17/02/2015
4ª	04/03/2015 05/03/2015	11/03/2015 12/03/2015	-
5ª	05/04/2015 06/04/2015	21/04/2015 22/04/2015	-
6ª	03/05/2015 04/05/2015	10/05/2015 11/05/215	



5.23. Ata de Reunião da SAU – Agosto a Outubro/2014



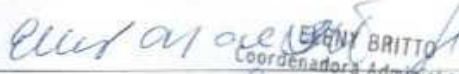
DATA: 31/10/2014
HORA: 17:00 h
LOCAL: UPA Rocinha

Ata de Reunião Serviço de Atendimento ao Usuário

Participantes: Eleny Alves de Britto Telles, Jaqueline de Andrade Correa, e Daniela de Mello Gomes Sarmiento.

Aos trinta e um dias do mês de outubro de dois mil e catorze, às dezessete horas, reuniram-se junto à sala da direção da Unidade de Pronto Atendimento vinte e quatro horas da Rocinha, sito à Estrada da Gávea número quinhentos e vinte, situada na Rocinha, Rio de Janeiro, os integrantes da Comissão de Serviço de Atendimento ao Usuário da UPA Rocinha, Eleny Alves de Britto Telles, Coordenadora Administrativa; Jaqueline de Andrade Correa, Assistente Social e Daniela de Mello Gomes Sarmiento, Auxiliar Administrativa responsável pela pesquisa de satisfação direta com os usuários atendidos na Unidade, para promover reunião ordinária da referida Comissão, cujo tema foi o de apresentar e discutir os atendimentos prestados aos usuários no trimestre correspondente aos meses de agosto, setembro e outubro de dois mil e catorze. No trimestre em questão, foram respondidos 13.495 treze mil quatrocentos e noventa e cinco pesquisas pelo totem disponível na recepção da Unidade e duzentos e oito pesquisas com usuários e familiares das salas de observação. No levantamento, constatou-se que houve uma adesão de 64% dos usuários e que destes, 97% apontaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o atendimento prestado. Do total de chamadas abertas, não houve registros de ouvidorias classificadas como denúncias; as chamadas classificadas como reclamações estão relacionadas à falta de comunicação sobre o problema de saúde, no momento de atendimento, além da falta de comunicação sobre os cuidados a serem prestados antes do procedimento realizado pelos profissionais envolvidos no atendimento. No trimestre em questão, 99% dos usuários atendidos nas salas de observação e que preencheram o instrumento de pesquisa disponível, referiram sentir-se satisfeitos e muito satisfeitos com o atendimento. Destacamos a entrega do relatório técnico, que apresentou os resultados referentes à Pesquisa de Satisfação dos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento desenvolvido pela Ouvidoria do Via Rio. Os dados constantes em relatório consolidam e corroboram os resultados alcançados pela Unidade. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada por mim, Eleny Alves de Britto Telles, a presente ata, que lida e achada conforme foi assinada por todos os membros acima nominados e referenciados.

Eleny Alves de Britto Telles


ELENY BRITTO
Coordenadora Administrativa
UPA - ROCINHA

Jaqueline Andrade Correa


Jaqueline de A. Correa
Assistente Social

Daniela Melo de Gomes Sarmiento


Daniela de Mello G. Sarmiento
Auxiliar Administrativa - Mat: 11049