

# Normas Informativas e Compartilhadas em Cirurgia Plástica

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

## Princípio Fundamental – Código de Ética Médica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# Normas Informativas e Compartilhadas em Cirurgia Plástica\*

Médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Local de atendimento \_\_\_\_\_

## FASE AMBULATORIAL: CONSULTA E AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

### A) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome \_\_\_\_\_ Nº Registro \_\_\_\_\_

Endereço (Rua, Av., Praça Etc) \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Tel. contato \_\_\_\_\_ Tel. Cel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

CI \_\_\_\_\_ Emissor \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

CIC/CPF \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Local de Nascimento \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

### B) PATOLOGIA/ INDICAÇÃO

#### 1) Anamnese

Geral \_\_\_\_\_ Específica \_\_\_\_\_

#### 2) Antecedentes

Referidos \_\_\_\_\_

Pesquisados  Tabagismo  Alergia  Tratamento Clínico  Psiquiátrico

Uso de medicamentos \_\_\_\_\_

### C) COMPARTILHAMENTO COM OUTRA ESPECIALIDADE CIRÚRGICA

Mesma área anatômica \_\_\_\_\_  Outra área anatômica \_\_\_\_\_

### D) ESCLARECIMENTOS/ DISCUSSÃO DO CASO: PLANO CIRÚRGICO PROPOSTO

Das Técnicas \_\_\_\_\_  Dos riscos \_\_\_\_\_

Das cicatrizes \_\_\_\_\_  Do pós-operatório imediato/mediato \_\_\_\_\_

### E) EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

Gerais \_\_\_\_\_  Específicos \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_  Parecer risco cirúrgico \_\_\_\_\_

### F) CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA (SBA)

Indicada \_\_\_\_\_  Encaminhada \_\_\_\_\_

Prescrição Especial \_\_\_\_\_

### G) DO CIRURGIÃO

Especialista AMB (SBCP) \_\_\_\_\_  Título da CNRM \_\_\_\_\_

### H) DO HOSPITAL

Hospital Geral  Hospital Especializado  Clínica Especializada  Hospital Dia

Registros CRM/SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

### I) INSTRUMENTAL ESPECÍFICO

Próprios  Do Hospital/ Clínica  De ambos

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável



# Normas Informativas e Compartilhadas em Cirurgia Plástica\*

Médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de atendimento \_\_\_\_\_

## FASE TRANS-OPERATÓRIO

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

Execução de Planejamento Prévio  Necessidade de Mudança de Planejamento

Descreva os motivos \_\_\_\_\_

**B) TRANS-OPERATÓRIO-CIRURGIA** –  Checagem de equipamentos

Execução de Planejamento Prévio  Necessidade de Mudança de Planejamento

Descreva os motivos \_\_\_\_\_

### C) PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS

Temperatura ambiente  Tromboembolismo  Acidentes de contato elétrico, químico e postural

**D) DURAÇÃO DO ATO** – Preparo em Sala \_\_\_\_\_ Cirúrgico \_\_\_\_\_

Anestésico \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

**E) DRENOS** – Aplicação:  Não  Aspirativo  Não Aspirativo

**F) SONDAGENS** – Vesical:  Não  Alívio  Demora

**G) CURATIVOS** – Tipos:  Não  Por imobilização  Por contenção

**H) BOLETINS/ DESCRIÇÕES** –  Anestésico  Cirúrgico

Outros eventos \_\_\_\_\_

**I) SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE MATERIAL CIRÚRGICO** –  Não  Sim

Em caso de sim descreva qual \_\_\_\_\_

Entregue para paciente (responsável)  Hospital Responsável

### J) INTERCORRÊNCIAS

Anestésicas:  Sim  Não

Em caso de sim descreva as intercorrências anestésicas \_\_\_\_\_

Cirúrgico:  Sim  Não

Em caso de sim descreva as intercorrências cirúrgicas \_\_\_\_\_

Outras intercorrências \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável

# Normas Informativas e Compartilhadas em Cirurgia Plástica\*

Médico \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de atendimento \_\_\_\_\_

## FASE PÓS-OPERATÓRIO

### A) PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

- Recuperação - Sala de recup. anestésica  
Posições especiais no leito:  Sim  Não – Em caso de sim qual \_\_\_\_\_
- Acompanhante \_\_\_\_\_  Medicação Geral \_\_\_\_\_
- Medicação Específica \_\_\_\_\_  Medição da Diurese \_\_\_\_\_
- Solicitação de Exames Laboratoriais \_\_\_\_\_
- Solicitação de Exames de Imagem \_\_\_\_\_
- Disponibilização de Meios de Contato \_\_\_\_\_ Médicos \_\_\_\_\_
- Anestesista \_\_\_\_\_ Equipe \_\_\_\_\_
- Visita Programada Cirurgião/Equipe \_\_\_\_\_

### B) DA ALTA HOSPITALAR

- Programada  Executada  Suspensa
- Curativo:  Sim  Não – Tipo de curativo \_\_\_\_\_
- Exame Geral:  Sim  Não – Anotações em Prontuário \_\_\_\_\_
- Receitas \_\_\_\_\_  Orientações Escritas \_\_\_\_\_
- Programação de Retorno \_\_\_\_\_
- Disponibilização de Contatos \_\_\_\_\_ Tempo de Internação \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável