

 HOSPITAL SÃO PAULO	Hospital São Paulo SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da UNIFESP <i>Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente</i>	 UNIFESP UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO 1958
MANUAL: MANUAL DE PRESCRIÇÃO DO HSP		
MACROPROCESSO: Administração e Liderança PROCESSO GERAL: Diretoria Clínica PROCESSO ESPECÍFICO: Diretrizes assistenciais ABRANGÊNCIA: Unidades de Internação; Atendimento de Urgência e Emergência; Atendimento Cirúrgico e Obstétrico; Terapias Específicas; Diagnóstico por Imagem; Farmácia; SND; Agência Transfusional; SCIH; Tecnologia da Informação. DESCRIPTOR / PALAVRAS-CHAVE (5): diretriz, assistência, manual, prescrição, prescrição eletrônica.	Página: 1	
	Versão (original/revisão):	
	Indexação:	

DIRETRIZES ASSISTENCIAIS

MANUAL DE PRESCRIÇÃO DO HSP

Comissão de Farmacoterapia do HSP

Disponível em: www.hospitalsaopaulo.org.br/

ELABORAÇÃO:

Versão original – Emissão: __/__/__ Validade: __/__/__		
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Adiel Figueiredo Flávio Trevisani Fakh Gustavo Machado Barros	Comissão de Farmacoterapia do HSP Escritório da Qualidade e Segurança do HSP	José Carlos Costa Baptista da Silva
1ª Revisão – Emissão: __/__/__ Validade: __/__/__		
Revisado por:	Aprovado por:	

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM

Ronaldo Ramos Laranjeira

Presidente

Conselho Gestor do Hospital São Paulo / Hospital Universitário da UNIFESP

Márcio Abrahão

Janine Schirmer

Emília Inoue Sato

Denise de Freitas

Gaspar de Jesus Lopes Filho

José Salvador Rodrigues Oliveira

Mavilde da Luz G. Pedreira

Rimarcs Gomes Ferreira

Rosana Fiorini Puccini

Walter José Gomes

Diretoria do Hospital São Paulo / Hospital Universitário da UNIFESP

José Roberto Ferraro
Diretor Superintendente

Sandra de Oliveira Campos
Diretora Técnica

José Carlos Costa Baptista da Silva
Diretor Clínico

Angélica Gonçalves Silva Belasco
Diretora de Enfermagem

Marcelo C. Esteves dos Santos
Diretor Administrativo

Claudio Yoem
Gestão de Recursos Humanos

Nelson Akamine
Tecnologia da Informação

Comissão de Farmacoterapia do Hospital São Paulo

José Carlos Costa Baptista da Silva

Presidente

Gustavo Machado Barros

Coordenador

Adiel Figueiredo

Adriana Maria Porro

Alex Francisco Lourenço

Carolina Baeta

Daniel Guimarães Cacione

Eduardo de Souza

Elisabeth Nogueira Martins

Enedina Maria Lobato Oliveira

Flávia Ribeiro Machado

Flávio Trevisani Fakih

Guilherme H C Furtado

Ieda Aparecida Carneiro

João Luiz Grandi

Lidiane Pereira Guimarães

Maria de Lourdes lopes Chauffaille

Maria Inês Rebelo Gonçalves

Nilcisa Maria Cavalho Tavares

Renato Lopes de Souza

Ricardo S. Dorigueto

Sender Jankiel Miszupten

Silvana Gimenez

PREFÁCIO

Prof. Dr. José Carlos Costa Baptista da Silva
Diretor Clínico do HSP
Presidente da Comissão de Farmacoterapia do HSP

SUMÁRIO

1. Definição.....	7
2. Objetivos.....	7
3. Orientações gerais para a prescrição.....	7
4. Orientações para a prescrição segura.....	8
5. Fluxograma da prescrição.....	10
6. Prescrição de eletrônica.....	11
6.1 Acesso ao Sistema de Prescrição Eletrônica.....	11
6.1.1 Acesso ao Sistema.....	11
6.1.2 Erros de acesso.....	12
6.1.3 Primeiro acesso a prescrição.....	13
6.1.4 Seleção de Unidade e Paciente.....	15
6.2 Relação de prescrições do paciente.....	16
6.3 Incluir uma nova prescrição.....	18
6.4 Dietas.....	20
6.4.1 Oral.....	20
6.4.2 Enteral.....	21
6.4.3 Parenteral.....	23
6.4.4 Infantil.....	24
a) Fórmulas.....	24
b) Sopas.....	26
c) Sucos.....	27
d) Chás.....	28
e) TRO.....	29
f) Água.....	29
6.4.5 Jejum.....	30
6.5 Prescrição de Soro.....	31
6.6 Prescrição de Medicamentos Padronizados.....	32
6.7 Prescrição de Medicamentos não Padronizados.....	35
6.8 Prescrição de Inalação.....	38
6.9 Prescrição de Sangue e hemocomponentes.....	39
6.10 Informações Complementares.....	41
6.11 Solicitação de Antibióticos de Uso Restrito.....	43
6.12 Diagnostico de base.....	44
6.13 Infecções e Diagnostico Infeccioso Provável.....	45
6.14 Escolha do exame microbiológico.....	46
6.15 Consulta à relação de antibióticos utilizados pelo paciente.....	47
6.16 Transformar a prescrição de provisória para definitiva	48
6.17 Modelo de carta de psicotrópico (Ilustração 1).....	49
6.18 Modelo da prescrição impressa (Ilustração 2).....	50
7. Prescrição manual.....	51
Referências Bibliográficas.....	53
Anexos.....	54
Anexo I - Padrões de Dietas.....	54
Anexo II - Formulários.....	57

1. Definição:

O Manual de Prescrição é o documento institucional que descreve os procedimentos relativos ao processo de prescrição, eletrônica ou manual, de forma padronizada, a fim de que seja realizada da mesma maneira, por todos os envolvidos.

2. Objetivos:

1. Padronizar o processo de prescrição, eletrônica ou manual, do Hospital São Paulo, garantindo sua reprodutibilidade;
2. Promover práticas seguras relativas à prescrição;
3. Mitigar erros no processo de prescrição e reduzir riscos aos pacientes.

3. Orientações gerais para a prescrição:

- a) A prescrição é um **documento com valor legal** pelo qual se responsabilizam, perante o paciente e sociedade, aqueles que prescrevem, dispensam e administram os medicamentos/terapêuticas ali arrolados.
- b) É uma atribuição do **médico responsável** pelo paciente.
- c) A Organização Mundial da Saúde, por meio do Programa de Ação sobre Medicamentos Essenciais, propõe **seis etapas** básicas para o alcance de uma terapêutica efetiva: definição do problema; especificação dos objetivos terapêuticos; seleção do tratamento mais eficaz e seguro para um paciente específico; prescrição, incluindo medidas medicamentosas e não medicamentosas; informação sobre a terapêutica para o paciente; e, por fim, monitoramento do tratamento proposto.
- d) É utilizada pelo médico para prescrever os **cuidados assistenciais** que deverão ser administrados ao paciente, como: dietas, soros, medicamentos, entre outros.
- e) Deve-se seguir e respeitar a **sequência padrão** dos itens da prescrição, sendo: dieta, soros, medicamentos (segundo a via de administração: EV, IM, SC, VO...), inalação, sangue e hemoderivados e informações complementares (cuidados, controles, procedimentos etc.). Estes itens deverão ser numerados sequencialmente.
- f) Trata-se de um documento médico único, não podendo ser realizado mais de uma vez por dia. Tem frequência diária, devendo ser elaborada para o **período de 24 horas**. A data e o horário da prescrição, bem como de suas modificações, deverão estar registradas.
- g) Devem constar as **identificações: do paciente** (nome completo, idade, registro hospitalar, número do leito e diagnóstico médico); e **do médico** responsável: nome completo e o número do CRM legíveis, assinatura e carimbo. (*Resolução CFM nº 1.931/09 (CEM) – art. 11: veda ao médico receitar, atestar ou emitir laudos de*

forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição.).

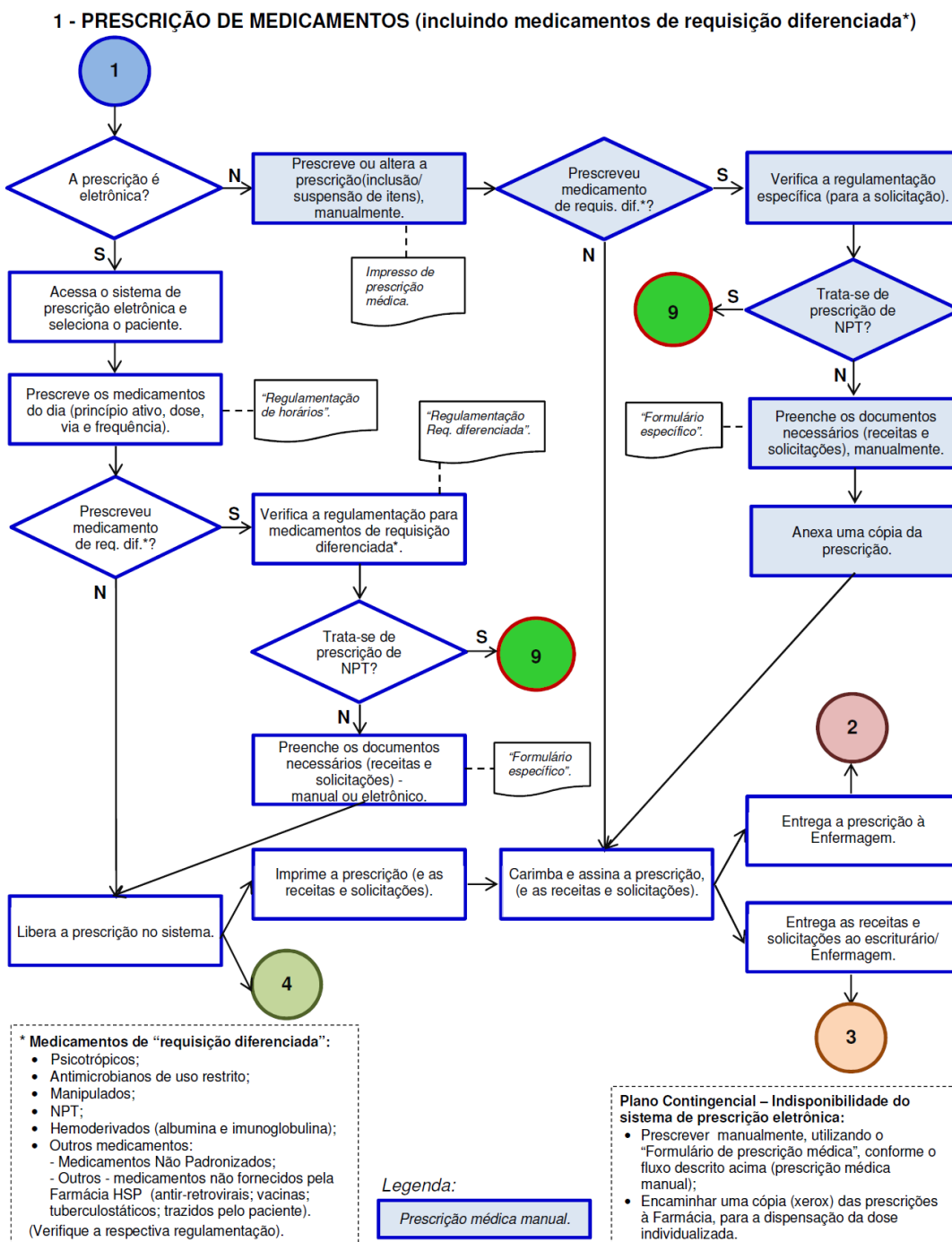
- h) A **legibilidade** é uma exigência específica das prescrições médicas manuais.
- i) A prescrição poderá ser alterada de acordo com a necessidade. Ao **suspender ou alterar** um item (via, dose ou frequência) o mesmo deve ser suspenso e prescrito novamente, no final do documento. A **inclusão** de algum item também deverá ser feita no final do documento.
- j) Utilizar apenas a **abreviaturas** padronizadas no HSP (Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos).
- k) Todos os medicamentos no âmbito do SUS devem ser prescritos pelo nome do **princípio ativo** da droga, tendo como referência a Denominação Comum Brasileira ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional.
- l) Utilizar o **sistema métrico para doses** prescritas (**Miligramas, Mililitros, Microgramas** etc.). As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) não devem ser utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura.
- m) É válida em diferentes unidades assistenciais. A mesma prescrição deve acompanhar o paciente nas transferências internas.
- n) Pode ser realizada eletronicamente ou manualmente (impresso HSP006).
- o) As dúvidas sobre medicamentos (prescrição, solicitação, autorização, aquisição, disponibilidade, informações técnicas etc.) deverão ser resolvidas junto ao farmacêutico hospitalar (Farmácia Central – **Ramal: 4299 / 4029**).
- p) Os problemas relacionados ao sistema de prescrição eletrônica deverão ser tratados junto ao Departamento de Tecnologia da Informação – DTI (**Ramal 4656**)

4. Orientações para a prescrição segura:

- a) Identificar e confirmar a **identificação do paciente** na prescrição: nome completo; Registro Hospitalar, leito e diagnóstico, a fim de se evitar erros, como a troca de paciente.
- b) Prescrever com **letra legível** ou de forma (para prescrições manuais) e **sem rasuras**. Os itens de difícil compreensão poderão ocasionar erros ou retardo na sua administração.
- c) **Não utilizar de expressões vagas e imprecisas** como “**a critério médico**”, “**se necessário**”, sem a indicação das condições e critérios específicos de uso e da posologia. Quando utilizar essas expressões, deve-se obrigatoriamente definir claramente a condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento, bem como sua posologia:

- **S/N (se necessário):** especificar as situações em que são necessários (ex.: se febre / $T^{\circ} \geq 37,5^{\circ}\text{C}$, se dor, se náuseas, se vômito etc.) e o medicamento, dose (máxima, inclusive) e via.
 - **ACM (a critério médico):** especificar os critérios médicos que determinam a administração do medicamento, ou a sua interrupção, ajustes da dose etc. (segundo avaliação médica no momento) e o medicamento, dose (máxima, inclusive) e via.
- d) A prescrição deverá indicar a **duração do tratamento**, evitando que o(s) medicamento(s) seja(m) consumido(s) contínua e indefinidamente, sem indicação precisa. **Abolir o termo “uso contínuo”**.
- e) Nas prescrições manuais, as doses expressas em **unidades** deverão ser escritas por extenso (unidades).
- f) A prescrição deve ser **compatível** à:
- **Necessidade terapêutica e o monitoramento clínico e laboratorial** do paciente (indicação correta do medicamento, dose, apresentação e via);
 - Histórico de **alergia** e sensibilidade do paciente aos medicamentos;
 - **Conciliação medicamentosa** – verificar os medicamentos de uso habitual do paciente;
 - **Interação medicamentosa** – verificar a interação entre os medicamentos prescritos, ou com alimentos;
 - **Prescrição do dia anterior** – avaliar a prescrição do dia anterior, no sentido de garantir o controle e a continuidade do tratamento medicamentoso.
 - **Condições físicas** do paciente (idade, peso, massa muscular, acesso venoso, condições de deglutição etc.);
 - **Formulário terapêutico** hospitalar (padronização).
- g) **Comunicação:**
- Comunicar sempre a **inclusão, suspensão ou alteração** de medicamentos na prescrição a um profissional de enfermagem da unidade.
 - **Não utilizar ordem verbal ou telefônica - NÃO deve ocorrer**, exceto em situações de urgência/emergência, em que o médico esteja presente. Nestes casos:
 - A equipe de enfermagem deve:
 - Anotar os medicamentos e doses (quantidades) administrados durante o atendimento (incluindo o nome e o CRM do médico solicitante);
 - Solicitar que o médico prescreva tais medicamentos, logo após o atendimento.
 - O médico deve:
 - Prescrever os medicamentos administrados, logo após o atendimento.
 - Utilizar **abreviaturas padronizadas** para apresentações de medicamentos, doses (unidades de medida) e vias de administração (ver **pag. 29**). Evitar abreviar os nomes dos medicamentos (ou utilizar abreviaturas padronizadas).
 - Verificar as **anotações de enfermagem** relativas ao tratamento medicamentoso (reações alérgicas, indisponibilidade de medicamentos, queixas do paciente, utilização de medicamentos "se necessário" e de esquemas terapêuticos - insulina, heparina etc.), bem como à evolução clínica do paciente (sinais vitais, observações etc.). Verificar as demais **evoluções multiprofissionais** (Fisioterapia, Psicologia, Interconsultas etc.).

5. Fluxograma da prescrição:



2 APRAZAMENTO (da prescrição de medicamentos).

3 TRANSCRIÇÃO DE PRESCRIÇÃO (prescrição manual / sistema de requisição especial) E ENCAMINHAMENTO DE DOCUMENTOS.

4 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS (prescrição diária e requisição especial).

9 SOLICITAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL (NPT)

6. Prescrição Eletrônica

6.1 Acesso ao Sistema de Prescrição Eletrônica:

6.1.1 Acesso ao Sistema:

No computador da unidade (com sistema de prescrição eletrônica instalado), selecione a opção de prescrição ou prescrição eletrônica que esta na área de trabalho de seu computador, figura 1. Caso não exista favor entrar em contato com a Central de Serviços solicitando a instalação através do telefone 5576-4656. clique no ícone do sistema de prescrição:

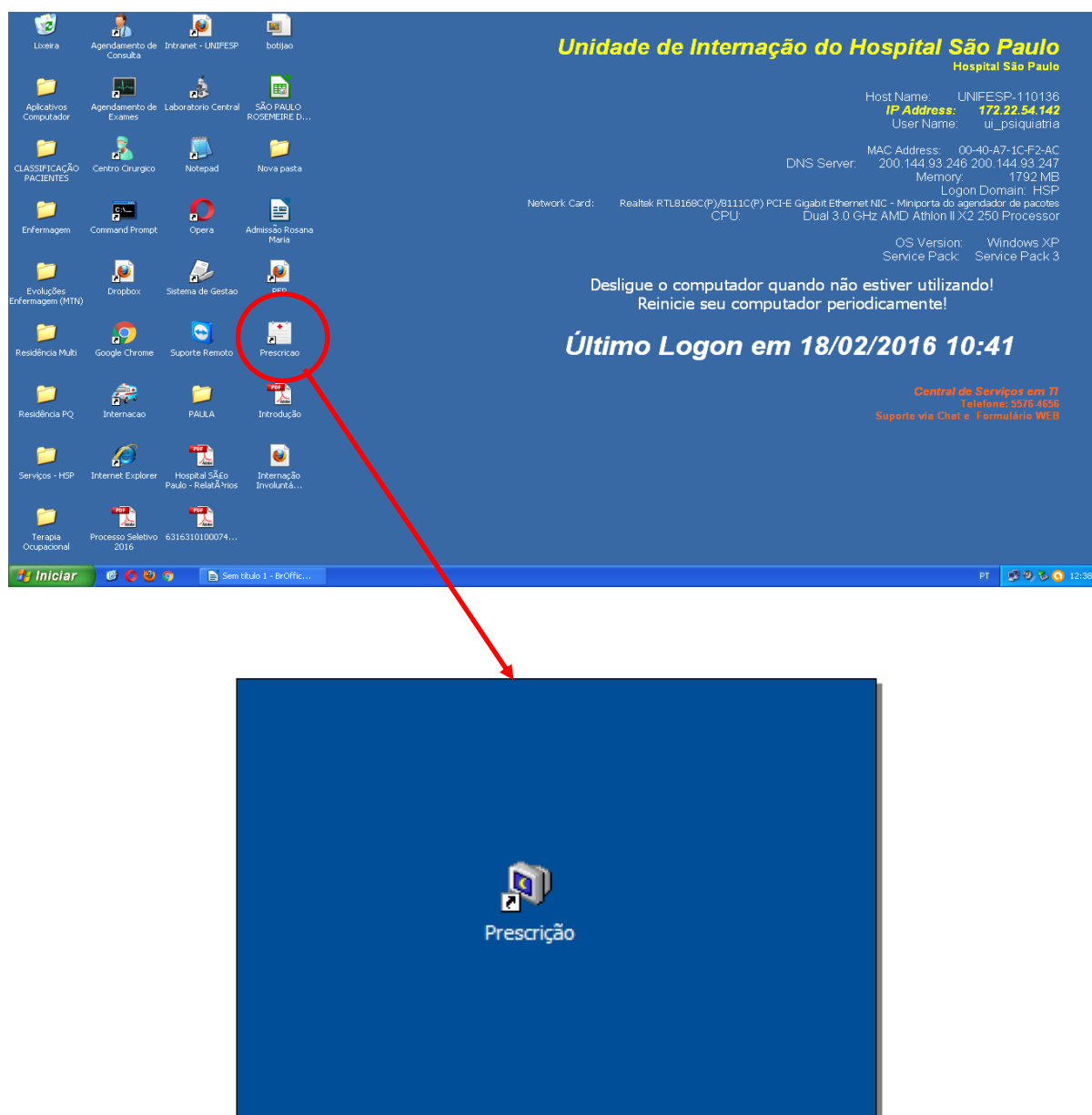


Figura 1

Ao acionar o ícone, o modulo solicita usuário e senha da Intranet. (Figura 2).

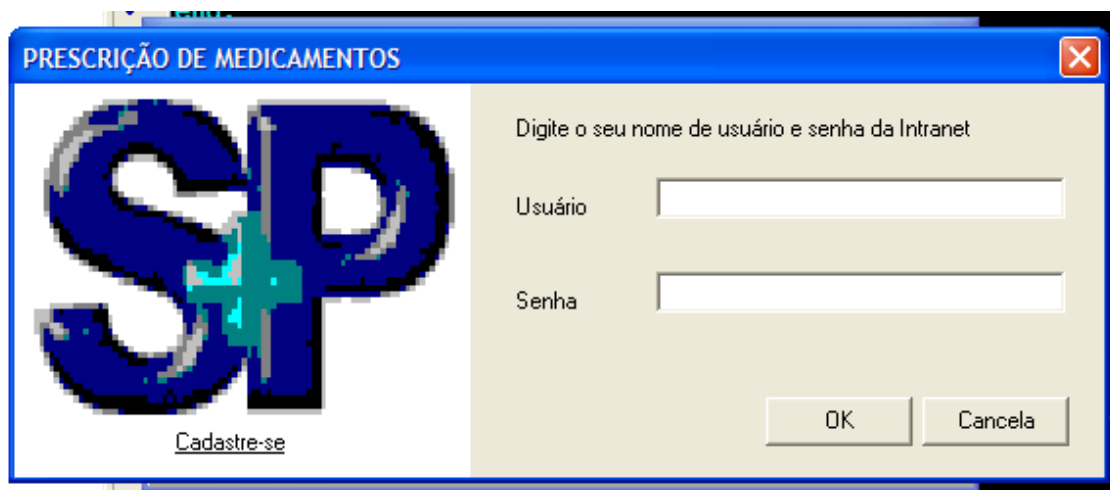


Figura 2

Caso não tenha cadastro providencie através do link:
([HTTPS://INTRANET.UNIFESP.BR](https://intranet.unifesp.br)). Selecione a opção Cadastre-se.

6.1.2 Erros de acesso:

Após se conectar o modulo poderá emitir algumas mensagens de erros descritas a seguir:

- a) “Usuário não cadastrado no corpo clínico, procure a diretoria clinica para cadastro de seus dados no cadastro de corpo clínico ! “
- b) “Usuário inativo no cadastro de corpo clínico, procure a diretoria clinica para atualização dos seus dados no cadastro de corpo clínico!”
- c) “Usuário suspenso no cadastro de corpo clínico, procure a diretoria clinica para atualização dos seus dados no cadastro de corpo clínico!”
- d) “Usuário com situação de rejeitado no cadastro de corpo clínico, procure a diretoria clinica para atualização dos seus dados no cadastro de corpo clínico!”
- e) “Usuário com data de validade expirada em DD/MM/YYYY, procure a diretoria clinica para atualização dos seus dados no cadastro de corpo clínico!”
- f) “Usuário com órgão de classe diferente de médico no cadastro de corpo clínico, procure a diretoria clinica para atualização dos seus dados no cadastro de corpo clínico!”
- g) “Usuário sem numero de CRM no cadastro de corpo clínico, procure a diretoria clinica para atualização dos seus dados no cadastro de corpo clínico!”

Caso ocorra uma das mensagens acima o usuário devera através da Intranet, menu lateral esquerdo ‘SPDM’, ícone ‘Cadastro Corpo Clinico’, realizar seu cadastro ou atualizar seus dados, aguardando retorno da Diretoria Clinica do HSP.

6.1.3 Primeiro acesso a prescrição

No primeiro acesso ao módulo, será enviada uma mensagem solicitando que o mesmo selecione uma unidade de trabalho. Figura 3. Para fazer isso basta localizar na lista que aparecerá a unidade desejada utilizando umas das três opções de consulta, pela descrição/nome da unidade, pelo numero da unidade ou pelo centro de custo. Após localizar a unidade desejada assinale o campo de seleção e confirme. (Figura 4).

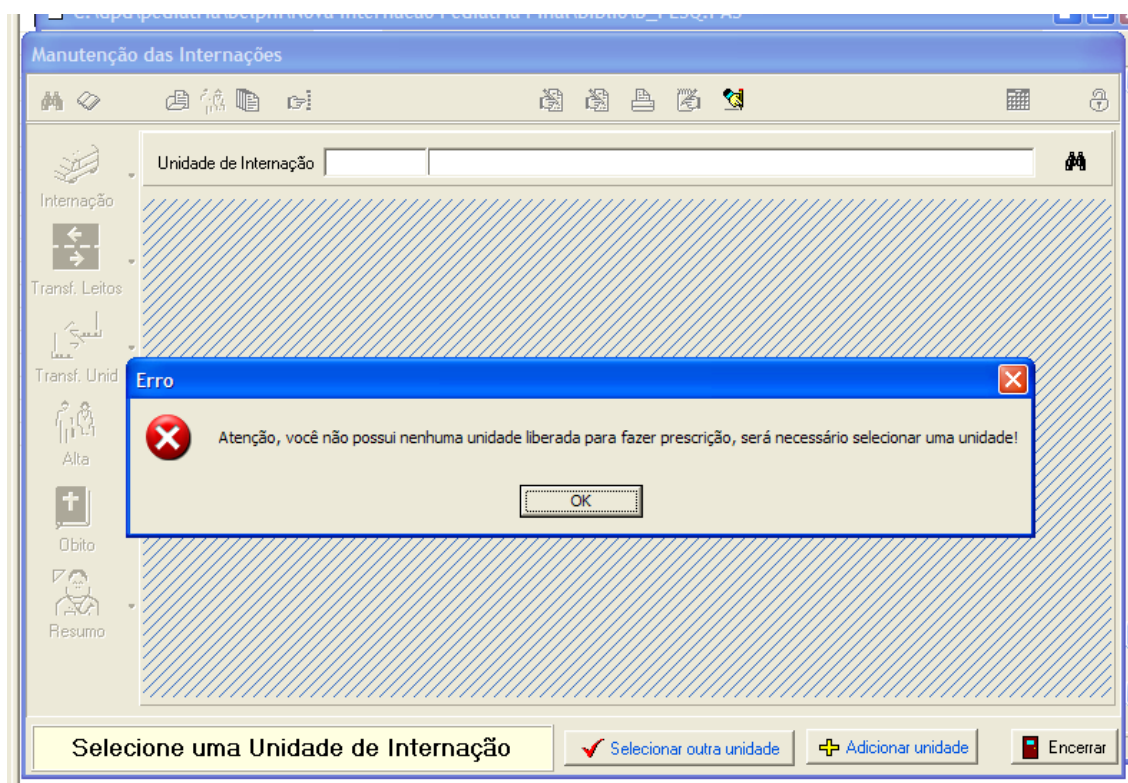


Figura 3

Unidade de Internação

Descrição: UTI ☒ Parte da descrição

Unidade:

C. Custo:

Unidade	Descrição	Centro de Custo	Seleção
069	UNIDADE CIRURGICA EM PEDIATRIA/ LEITO DIA	2232	☐
050	UTI CARDIOLOGIA	1711	☐
023	UTI CLÍNICA MÉDICA	1513	☐
091	UTI CONVÊNIO 6.ANDAR	1800	☐
038	UTI DIPA	1611	☐
034	UTI GERAL	1570	☒
052	UTI NEFROLOGIA	1721	☐
087	UTI NEONATAL	1671	☐
001	UTI NEUROCIRURGIA	1102	☐

☒ Confirma ☐ Fecha

Figura 4

Após adicionar a unidade na lista, clique na qual deseja utilizar para prescrever. (Figura 5).

Manutenção das Internações

Pesquisa

Busca:

☐ Maiores ou igual a: Busca

☒ Começando com: Ordem Atual: Descrição

☐ Contendo:

Descrição	Código	Situação
UTI GERAL	034	

☒ Ok ☐ Fecha

Selecione uma Unidade de Internação

☒ Selecionar outra unidade ☒ Adicionar unidade ☐ Encerrar

Figura 5

6.1.4 Seleção de Unidade e Paciente

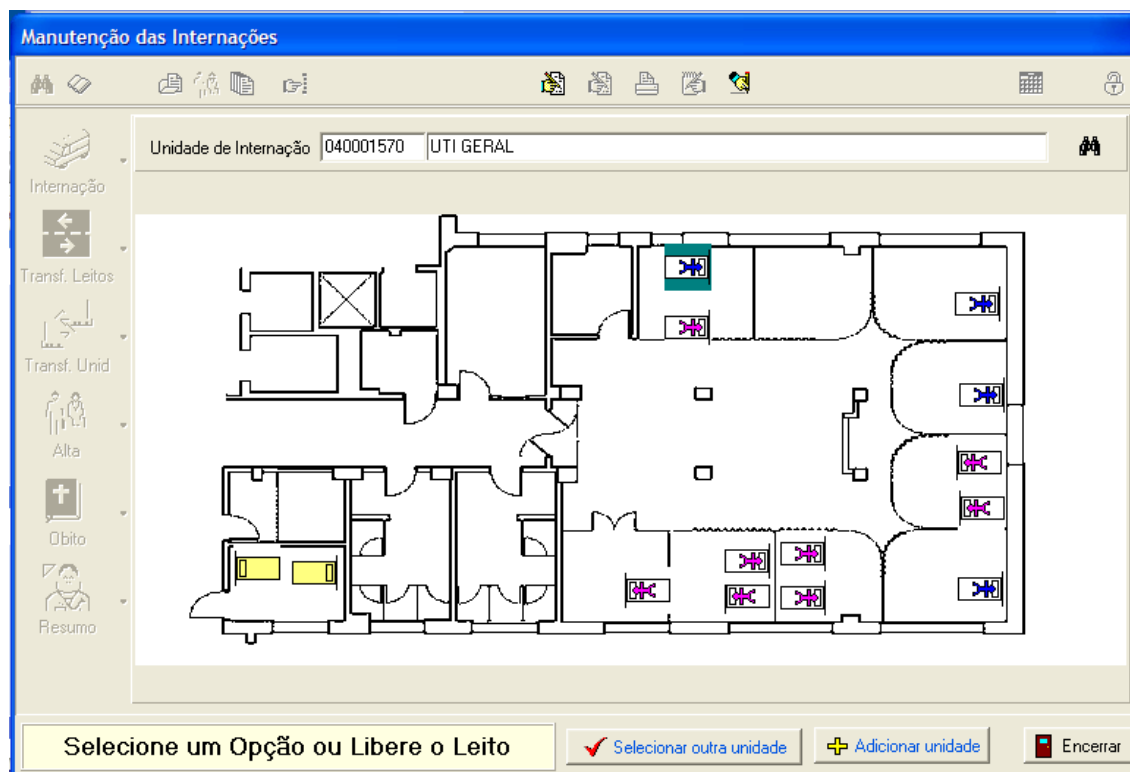


Figura 6

Depois de selecionada a unidade, será apresentado o mapa da mesma com os leitos, clique sobre o leito desejado e selecione o ícone da prescrição eletrônica para iniciar. (Figura 6).

6.2 Relação de prescrições do paciente

Será apresentada a relação de todas as prescrições do paciente. A prescrição em vermelho encontra-se em modo provisório, ou seja, esta aberta para alterações. (Figura 7).

Número	Data	Vigência	CRM	Médico	Especialidade	Situação
0001152241	20/05/2016	20/05/2016				☒ Provisória
0001151949	12/05/2016	13/05/2016				☐ Liberado
0001151481	11/05/2016	12/05/2016				☐ Liberado
0001150922	10/05/2016	11/05/2016				☐ Liberado
0001150495	09/05/2016	10/05/2016				☐ Liberado
0001149944	08/05/2016	09/05/2016				☐ Liberado
0001149445	07/05/2016	08/05/2016				☐ Liberado
0001148679	06/05/2016	07/05/2016				☐ Liberado
0001148408	05/05/2016	06/05/2016				☐ Liberado
0001147860	04/05/2016	05/05/2016				☐ Liberado
0001147581	04/05/2016	04/05/2016				☐ Liberado

Figura 7

Esta tela apresenta algumas opções descritas:

- 1 – **Emitir nova prescrição**: inclui uma nova prescrição
- 2 – **Alterar prescrição**: altera uma prescrição provisória
- 3 – **Visualizar prescrição**: consulta uma prescrição
- 4 – **Cancelar prescrição**: cancela uma prescrição provisória
- 5 – **Emitir Relatórios - Prescrição**: imprime a Prescrição medica
- 6 – **Emitir Relatórios - Psicotrópico**: imprime a carta de psicotrópico
- 7 – **Emitir Relatórios - Carta Medicamentos não padronizados**: imprime a carta de medicamentos não padronizados, somente para unidades liberada para esta opção.
- 8 – **Aprazamento**: inclui os horários de administração dos medicamentos , somente para unidades liberada para esta opção.
- 9 – **Apache**: preenche o cálculo do apache, somente para unidades que esteja liberada para fazer o apache. Este calcula e solicitado a partir da segunda prescrição do paciente.

10 – **Consulta Apache:** consulta o resultado do formulário do apache, somente para unidades que esteja liberada para fazer o apache.

11 – **Exames Laboratoriais:** solicita os exames Laboratoriais do paciente, nas unidades em que esteja liberada para esta opção.

12 – **Fechar:** retorna à tela anterior

6.3 Incluir uma nova prescrição

Prescrição Médica

Paciente: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Código: _____ Data Nac.: _____
 Unidade: **UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA** Leito: **B0355** Número do atendimento: _____
 Número: < NOVO > Vigente: 20/05/2016 Médico Requirante-CRM: _____

Peso Real: _____ Peso Calórico: _____ Superfície Corporal: _____ Estatura: _____ Observação da prescrição: _____ Situação: ☒ Provisória ☐ Definitiva Confirmar Cancelar alterações

Dieta: Soro Medicamentos Padronizados Outros Medicamentos Inalação Banco de Sangue Informações Complementares **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Descrição	Dose	Via	Frequência	Horários	Situação
1 Dieta geral					
2 Sol fisiologica (cl de sodio) 0.9% 1000ml bolsa	1000 ml	IV			
3 (D3) - Ciprofloxacino 500mg comp	500 mg	VO			
4 Glicose solução 50% amp 10ml - se dextro <70	3 amp	IV			
5 Anlodipino 5mg comp	5 mg	VO			
6 Insulina humana regular 100ui/ml fr.amp 10ml - aplicar em subcutâneo 1 u para cada 40 mg/dl acima de 140 mg/dl	1 ui	SC			
7 Ondansetrona 2mg/ml amp 4ml - em caso de náuseas ou vômitos	8 mg	IV			
8 Dipirone 500mg/ml amp 2ml inj - se dor	1000 mg	IV			
9 Enoxaparina sodica 40mg/0,4ml ser 0,4ml	40 mg	SC	24/24hora(s)	08:00	
10 Glicemia capilar			6/66	11:00 17:00 22:00 06:00	
11 Quantificar diurese					
12 Peso diário em jejum					
13 Balanço hídrico					
14 Cabeceira elevada a 30					

Confirmar Cancelar alterações

Figura 8

Após selecionar a opção de incluir será apresentada a tela da Figura 8, onde devera ser informada a data de vigência da prescrição, esta data representa quando o medicamento será enviado/dispensado para unidade.

Após selecionar a data, será exibida a prescrição anterior, caso exista, na aba de PRESCRICAO MEDICA (Figura 9).

Figura 9

1. DIETAS
2. SORO
3. MEDICAMENTO
4. MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS
5. INALAÇÃO
6. BANCO DE SANGUE
7. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Respeite a sequência padrão de apresentação dos itens da prescrição, apresentada nas abas.

6.4 Prescrição de Dietas

Nesta aba pode ser indicada a dieta que o paciente está fazendo, sendo (Figura10):

- a) Oral
- b) Enteral
- c) Parenteral
- d) Infantil
- e) Jejum
- f) Módulos de proteínas
- g) Suprimentos

6.4.1 Dieta Oral (Figura 10):

A interface do sistema de prescrição médica, aba "Prescrição Médica", apresenta os seguintes elementos:

- Header:** Campos para Paciente, Unidade (UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA), Sexo, Cor, Código, Data Nac., Leito (B0355) e Número do atendimento.
- Formulário de Prescrição:** Campos para Número (0001152241), Vigente (20/05/2016), Médico Requirente-CRM, e Situação (Provisória/Definitiva). Botões "Confirmar" e "Cancelar alterações".
- Barra de Navegação:** Dietas, Soro, Medicamentos Padronizados, Outros Medicamentos, Inalação, Banco de Sangue, Informações Complementares, PRESCRIÇÃO MÉDICA.
- Seção Dietas:** Abas "Oral", "Enteral", "Parenteral", "Infantil" e "JEJUM". Abaixo, uma tabela com colunas "Dieta" e "Observação".
- Seção Características:** Aba "Características" com uma tabela para registrar características.
- Seção Módulos:** Aba "Módulos" com uma sub-aba "Suprimentos" e uma tabela "Proteínas" com colunas "Qtd", "Freq", "Hora/Dia" e "Horários".
- Botões:** "Confirmar" e "Cancelar alterações" no rodapé.

Figura 10

No campo Dieta podem ser informados os seguintes itens. :

- a) DIETA GERAL
- b) BRANDA
- c) DIETA LEVE
- d) PASTOSA LIQUIDIFICADA
- e) DIETA PARA DISFAGIA
- f) LÍQUIDOS V.O.
- g) DIETA LÍQUIDA
- h) DIETA PASTOSA
- i) GERAL PEDIÁTRICA 1
- j) GERAL PEDIÁTRICA 2

Após selecionar a dieta desejada pode ser digitada uma observação para esta dieta além de informar a característica:

- a) HIPER HIPER
- b) HIPOSSÓDICA
- c) HIPOPROTEICA
- d) COM RESÍDUO
- e) SEM RESÍDUO
- f) HIPOCALÊMICA
- g) RICA EM CÁLCIO
- h) DIABÉTICO
- i) HIPOGORDUROSA
- j) ALTA ABSORÇÃO
- k) RESTRIÇÃO HÍDRICA
- l) CONTAGEM DE CARBOIDRATO

6.4.2 Dieta Enteral (Figura 11):

The screenshot shows the 'Prescrição Médica' window. At the top, patient information is displayed: Paciente: UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA, Sexo: , Cor: , Código: , Data Nac.: . Below this, the unit is 'UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA', Leito: B0355, and Número do atendimento: . The prescription details section includes fields for Número: 0001152241, Vigente: 20/05/2016, and Médico Requirante-CRM: . There are also fields for Peso Real, Peso Calórico, Superfície Corporal, and Estatura, with an 'Observação da prescrição' field. The 'Situação' section has radio buttons for 'Provisória' (selected) and 'Definitiva', along with 'Confirmar' and 'Cancelar alterações' buttons. The 'Dieta' section has tabs for 'Oral', 'Enteral' (selected), 'Parenteral', and 'Infantil', with a 'JEJUM' checkbox. Below the tabs is a table for 'Dieta' with columns: Dieta, Via, Freq, Hora/Dia, Qtde (ml), Observação, and Horários. The table is currently empty. At the bottom, there is a 'Módulos' section with a 'Suplementos' tab, which contains a table for 'Proteínas' with columns: Proteínas, Qtde, Freq, Hora/Dia, and Horários. This table is also empty. The bottom of the window features 'Confirmar' and 'Cancelar alterações' buttons.

Figura 11

No campo Dieta podem ser informados os seguintes itens. :

- a) DIETA DE INTRODUÇÃO
- b) DIETA DE SEGUIMENTO
- c) DIETA DE INTRODUÇÃO HIPOSSÓDICA
- d) DIETA SEMI ELEMENTAR
- e) ELEMENTAR
- f) DIETA OBSTIPANTE
- g) DIETA DE SEGUIMENTO HIPOSSÓDICA
- h) ÁGUA

No campo Via pode ser informado os seguintes itens. :

- a) SONDA NASOENTERAL
- b) SONDA NASOGASTRICA
- c) GASTROSTOMIA

Para informar a frequência em horários basta digitar um numero entre 1 e 24 para especificar as horas ou de 1 a “n” para informa dias. Por exemplo:

- Se o soro for de 12/12 horas, basta informar “12”, e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”.
- Se o soro for 1 vez ao dia: informar “24” e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”; ou informar “1” e no campo HORAS/DIAS informar “DIAS”

Para informar a quantidade, não é necessário informar a unidade, pois o sistema irá sempre assumir que a unidade será em “ml” para dietas enterais.

Uma observação para esta dieta poderá ser incluída.

6.4.3 Dieta Parenteral (Figura 12):

Prescrição Médica

Paciente: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Código: _____ Data Nac.: _____
 Unidade: **UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA** Leito: **B0355** Número do atendimento: _____
 Número: 0001152241 Vigente: 20/05/2016 Médico Requirante-CRM: _____

Peso Real: _____ Peso Calórico: _____ Superfície Corporal: _____ Estatura: _____ Observação da prescrição: _____ Situação: ☒ Provisória ☐ Definitiva **Confirmar** **Cancelar alterações**

Dieta: Soro Medicamentos Padronizados Outros Medicamentos Inalação Banco de Sangue Informações Complementares **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Oral Enteral Parenteral Infantil ☐ JEJUM

Parenteral net

Dieta	Via	Freq	Hora/Dia	Qtde	Observação

Modulos Suplementos

Aprazamento

Proteínas	Qtde	Freq	Hora/Dia	Horários

Confirmar **Cancelar alterações**

Figura 12

No campo Dieta podem ser informados os seguintes itens. :

- CATABOLISMO LEVE (SEM EMULSÃO LIPÍDICA)
- CATABOLISMO MODERADO
- CATABOLISMO GRAVE/HIPERGLICEMIA
- INSUF. RENAL CRÔNICA NÃO DIALÍTICA
- HEPATOPATIA COM ENCEFALOPATIA
- NP PERIFÉRICA
- RECUPERAÇÃO NUTRICIONAL
- NP PERSONALIZADO

No campo Via a principal opção é INTRAVENOSA

Para informar a frequência em horários basta digitar um numero entre 1 e 24 para especificar as horas ou de 1 a “n” para informa dias. Por exemplo:

- Se o soro for de 12/12 horas, basta informar “12”, e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”.
- Se o soro for 1 vez ao dia: informar “24” e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”; ou informar “1” e no campo HORAS/DIAS informar “DIAS”

Para informar a quantidade, não é necessário informar a unidade, pois o sistema irá sempre assumir que a unidade será em “ml” para dietas integrais.

Uma observação para esta dieta poderá ser incluída.

6.4.4 Dieta Infantil (Figura 13):

- a) FÓRMULAS
- b) SOPAS
- c) SUCOS
- d) CHÁS
- e) TRO
- f) ÁGUA

Figura 13

a) Fórmulas - leites:

Nas fórmulas podem ser selecionados os seguintes leites :

- a) PRE NAM 16,3%
- b) ALFARE 10%
- c) ALFARE 7,5%
- d) NAM 1
- e) LEITE FLUIDO
- f) ALFARE 14%
- g) NAN SOY
- h) DESNATADO

- i) NAM 2
- j) LD 13%
- k) NAM S/LACTOSE

Informe o volume (sempre em ml)

Informe a frequência selecionando:

- a) 1X
- b) 2X
- c) 3X
- d) 4X
- e) 5X
- f) 6X
- g) 7X
- h) 8X

Informe a via:

- a) ORAL
- b) Sonda nasointestinal
- c) Sonda nasogástrica
- d) GASTROSTOMIA

Na fórmula pode ser indicado que ela seja com os seguintes itens:

- a) Com Açúcar
- b) Sem Açúcar
- c) "Nescau"

Na fórmula pode ser utilizado como Engrossante os seguintes itens:

- a) Maisena
- b) Farinha Láctea
- c) Farinha de Aveia
- d) Mucilon de milho
- e) Mucilon de Arroz
- f) A critério da nutricionista

Uma observação para esta dieta poderá ser incluída.

b) Dieta Infantil - sopas (Figura 14)

Prescrição Médica

Paciente: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Código: _____ Data Nac.: _____
 Unidade: **UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA** Leito: **B0355** Número do atendimento: _____
 Número: 0001152241 Vigente: 20/05/2016 Médico Requirante-CRM: _____

Peso Real: _____ Peso Calórico: _____ Superfície Corporal: _____ Estatura: _____ Observação da prescrição: _____ Situação: ☒ Provisória ☐ Definitiva **Confirmar** **Cancelar alterações**

Dieta: **Sopa** Medicamentos Padronizados: _____ Outros Medicamentos: _____ Inalação: _____ Banco de Sangue: _____ Informações Complementares: **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Oral ☒ Enteral ☐ Parenteral ☐ Infantil ☐ JEJUM

Formulas: **Sopas** Sucos / Chás: _____ TRO / ÁGUA: _____

Consistência (Liquificada)	Sal	Gordura	Resíduo	Frequência	Observação
☐	☐	☐	☐		

Modulos: **Suplementos**

Proteínas	Qtd	Freq	Hora/Dia	Horarios

Confirmar **Cancelar alterações**

Figura 14

As sopas podem ser:

- a) Liquidificada
- b) Com ou sem sal
- c) Com ou sem Gordura
- d) Com ou sem Resíduo

Informe a frequência selecionando :

- a) 1X
- b) 2X
- c) 3X
- d) 4X
- e) 5X
- f) 6X
- g) 7X
- h) 8X

Uma observação para esta dieta poderá ser incluída.

d) Dieta Infantil – chás (Figura 15)

Informe a frequência selecionando:

- a) 1X
- b) 2X
- c) 3X
- d) 4X
- e) 5X
- f) 6X
- g) 7X
- h) 8X

Uma observação para esta dieta poderá ser incluída.

e) Dieta Infantil - TRO (Figura 16)

Prescrição Médica

Paciente: UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA
 Unidade: UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA
 Sexo: Cor: Código: Data Nac.:
 Leito: B0355 Número do atendimento:
 Número: 0001152241 Vigente: 20/05/2016 Médico Requisitante-CRM:

Peso Real: Peso Calórico: Superfície Corporal: Estatura: Observação da prescrição
 Situação: ☒ Provisória ☐ Definitiva **Confirmar** **Cancelar alterações**

Dieta: Soro Medicamentos Padronizados Outros Medicamentos Inalação Banco de Sangue Informações Complementares **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Oral Enteral Parenteral Infantil ☐ JEIUM

Formulas Sopas Sucos / Chás **TRO / ÁGUA**

Volume	Frequência	Via	Observação

ÁGUA

Volume	Frequência	Via	Observação

Modulos Suplementos

Aprazamento

Proteínas	Glíde	Freq	Hora/Dia	Horarios

Confirmar **Cancelar alterações**

Figura 16

Informe o volume (sempre em ml).

Informe a frequência selecionando:

- a) 1X
- b) 2X
- c) 3X
- d) 4X
- e) 5X
- f) 6X
- g) 7X
- h) 8X

Informe a via:

- a) ORAL
- b) SONDA NASOENTERAL
- c) SONDA NASOGASTRICA
- d) GASTROSTOMIA

Uma observação para esta dieta poderá ser incluída.

f) Dieta Infantil - água (Figura 16)

Informe o volume este volume será sempre ml

Informe a frequência selecionando:

- a) 1X
- b) 2X
- c) 3X
- d) 4X
- e) 5X
- f) 6X
- g) 7X
- h) 8X

Informe a via:

- a) ORAL
- b) SONDA NASOENTERAL
- c) SONDA NASOGASTRICA
- d) GASTROSTOMIA

Uma observação para esta dieta poderá ser incluída.

6.4.5 – Jejum (Figura 17)

A interface do sistema de prescrição médica do HSP, intitulada "Prescrição Médica". No topo, há campos para dados do paciente: Paciente, Sexo, Cor, Código, Data Nac., Unidade (UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA), Leito (B0355) e Número do atendimento. Abaixo, campos para Número (0001152241), Vigente (20/05/2016) e Médico Requirente-CRM. Uma seção para "Peso Real" (Peso, Calórico, Superfície Corporal, Estatura) e "Observação da prescrição" está presente, com uma opção de "Situação" (Provisória ou Definitiva). Botões "Confirmar" e "Cancelar alterações" estão disponíveis. O menu "Dietas" inclui Soro, Medicamentos Padronizados, Outros Medicamentos, Inalação, Banco de Sangue, Informações Complementares e "PRESCRIÇÃO MÉDICA". A aba "PRESCRIÇÃO MÉDICA" contém sub-abas: Oral, Enteral, Parenteral, Infantil, JEJUM (selecionada) e JEJUM. Abaixo, há uma tabela para "Descrição" e "Observação". No rodapé, há uma seção "Módulos" com "Suplementos" e "Aprazamento", e uma tabela com colunas: Proteínas, Qtde, Freq, Hora/Dia, Horarios. Botões "Confirmar" e "Cancelar alterações" estão novamente no canto inferior direito.

Figura 17

Caso o paciente esteja em jejum, basta clicar na opção de jejum e o usuário poderá ainda informar os seguintes motivos para o jejum:

- a) SNG ABERTA
- b) POS OPERATORIO
- c) PARA REALIZAR EXAMES
- d) PRE OPERATORIO

Uma observação para o jejum pode ser incluída.

6.5 – Prescrição de Soro (Figura 18)

Prescrição Médica

Paciente: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Código: _____ Data Nac.: _____
 Unidade: **UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA** Leito: **B0355** Número do atendimento: _____
 Número: 0001152241 Vigente: 20/05/2016 Médico Requirante-CRM: _____

Peso Real: _____ Peso Calórico: _____ Superfície Corporal: _____ Estatura: _____ Observação da prescrição: _____
 Situação: ☒ Provisória ☐ Definitiva Confirmar Cancelar alterações

Dieta: Soro Medicamentos Padronizados Outros Medicamentos Inalação Banco de Sangue Informações Complementares **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

+ Inserir soro ✓ Incluir item ao Soro ✖ Suspender soro 📅 Aprazamento

Soro	Item	Apresentação	Qtd (ml)	Freq	Hora/Dia	Via	Horários	Situação
▶	1.1	SOL FISIOLÓGICA (CL DE SÓDIO) 0,9% 1000ML BOLSA	1000	ACM		INTRAVENOS	/...../.....	

Observações do Item: _____

Confirmar Cancelar alterações

Figura 18

Para adicionar um soro, clique no ícone com sinal de + para criar um novo soro, selecione o medicamento que irá compor este soro clicando sobre a Apresentação. Informe a quantidade que será necessária deste medicamento. Feito isso informe:

Para informar a frequência em horários basta digitar um numero entre 1 e 24 para especificar as horas ou de 1 a “n” para informa dias. Por exemplo:

- Se o soro for de 12/12 horas, basta informar “12”, e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”.
- Se o soro for 1 vez ao dia: informar “24” e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”; ou informar “1” e no campo HORAS/DIAS informar “DIAS”

A via do soro será sempre INTRAVENOSA, por isso não é necessário informá-la, pois o sistema irá automaticamente selecionar esta via.

Para acrescentar algum medicamento para compor o soro clique no ícone INCLUIR ITEM AO SORO e proceda da mesma forma descrita anteriormente.

Caso seja necessário acrescentar um novo soro clique no ícone com sinal de + e proceda da mesma forma descrita anteriormente

6.6 Prescrição de Medicamentos Padronizados (Figura 19)

Prescrição Médica

Paciente: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Código: _____ Data Nac.: _____

Unidade: **UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA** Leito: **B0355** Número do atendimento: _____

Número: 0001152241 Vigente: 20/05/2016 Médico Requirante-CRM: _____

Peso Real: _____ Peso Calórico: _____ Superfície Corporal: _____ Estatura: _____ Observação da prescrição: _____

Situação: ☒ Provisória ☐ Definitiva

Dieta: _____ Soro: _____ Medicamentos Padronizados: _____ Outros Medicamentos: _____ Inalação: _____ Banco de Sangue: _____ Informações Complementares: _____ **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Dia	Princípio Ativo	Qtd	Unid	Via	Freq	Hora/Dia	Dil	Diluição	Vel. ml/H	Horários	Justificativa do uso do ps
3	CIPROFLOXACINO 500MG COMP	500	MG	VO	12	HORA(S)	0000			08:00 20:00	
	GLICOSE SOLUÇÃO 50% AMP 10ML	3	AMP	IV	SN		0000				
	ANLODIPINO 5MG COMP	5	MG	VO	12	HORA(S)	0000			08:00 20:00	
	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML FR.AMP 10ML	1	UI	SC	SN		0000				
	ONDANSETRONA 2MG/ML AMP 4ML	8	MG	IV	SN		0000				
	DIFENIDRAMINA 500MG/ML AMP 2ML INJ	1000	MG	IV	SN		0000				
	ENDOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML SER 0,4ML	40	MG	SC	24	HORA(S)	0000			08:00	

Observações do Item: _____

Figura 19

Para adicionar um medicamento clique no ícone com sinal de “+” e informe o princípio ativo.

Informe a quantidade que será necessária deste medicamento.

Informe a apresentação e a unidade de medida da dose (abreviatura), que podem ser:

- 1) Apresentação:
 - a) AMP (AMPOLA)
 - b) CPR (COMPRIMIDO)
 - c) CAP (CAPSULA)
 - d) FR (FRASCO)
 - e) FR-AMP (FRASCO-AMPOLA)
 - f) BISN (BISNAGA)
 - g) SER (SERINGA)
 - h) ENV (ENVELOPE)
 - i) BOL (BOLSA)

2) Unidades de medida:

- a) G (GRAMA)
- b) MG (MILIGRAMA)
- c) MCG (MICROGRAMA)
- d) ML (MILILITRO)
- e) DL (DECILITRO)
- f) UI (UNIDADES INTERNACIONAIS)
- g) GTS (GOTAS)

Informe a VIA de administração, que pode ser:

- a) EV (endovenosa/intravenosa)
- b) IM (intramuscular)
- c) VO (via oral)
- d) SL (sublingual)
- e) SC (subcutânea)
- f) ID (intradérmica)
- g) IO (intraocular)
- h) RET (retal)
- i) SNE (sonda nasoenteral)
- j) SNG (sonda Nasogástrica)
- k) TOP (tópica)
- l) INAL (inalatória)
- m) PER (peridural)
- n) RET (retal)
- o) VAG (vaginal)
- p) GAS (gastrostomia)
- q) ITC (intratecal)
- r) ITQ (intratraqueal)
- s) IVC (intravesical)
- t) IBQ (intrabronquial)

Observação:

Indique o órgão (sem abreviar): olho, ouvido, narina. O lado deve ser indicado e pode ser abreviado: direito (D); esquerdo (E); bilateral.

Para informar a frequência em horários basta digitar um numero entre 1 e 24 para especificar as horas ou de 1 a “n” para informa dias. Por exemplo:

- Se o soro for de 12/12 horas, basta informar “12”, e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”.
- Se o soro for 1 vez ao dia: informar “24” e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”; ou informar “1” e no campo HORAS/DIAS informar “DIAS”

Caso o medicamento seja administrado em bomba de infusão de um duplo clique no campo BI

No campo Frequência, serão também serão apresentadas as opções:

- a) S/N (se necessário): especifique as situações em que são necessários (ex.: se febre / $T^{\circ} \geq 37,5^{\circ}\text{C}$, se dor, se náuseas, se vômito etc.) e o medicamento, dose (máxima, inclusive) e via.
- b) ACM (a critério médico): especifique os critérios médicos que determinam a administração do medicamento, ou a sua interrupção, ajustes da dose etc. (segundo avaliação médica no momento) e o medicamento, dose (máxima, inclusive) e via.

Se houver necessidade de diluição - veja o item DILUIÇÃO

Vel. ml/H

Para medicamentos em que utiliza infusão contínua pode ser informado a velocidade em que este medicamento será administrado, isto fará com a dose solicitada de medicamento seja aumentada para que possa correr no período de 24 horas.

Justificativa de uso do psicotrópico :

Todos os psicotrópicos para preenchimento da carta de solicitação e necessário informar a justificativa de uso.

6.7 Prescrição de Medicamentos não padronizados (Figura 20)

A imagem mostra a interface de prescrição médica do HSP. No topo, há campos para dados do paciente: Paciente, Sexo, Cor, Código, Data Nac., Unidade (UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA), Leito (B0355) e Número do atendimento. Abaixo, campos para Número (0001152241), Vigente (20/05/2016) e Médico Requirante-CRM. Há também campos para Peso Real, Peso Calórico, Superfície Corporal, Estatura e Observação da prescrição. À direita, uma seção de Situação com opções Provisória (selecionada) e Definitiva, e botões Confirmar e Cancelar alterações. Abaixo, uma barra de navegação com links para Dietas, Soro, Medicamentos Padronizados, Outros Medicamentos, Inalação, Banco de Sangue, Informações Complementares e PRESCRIÇÃO MÉDICA. O menu PRESCRIÇÃO MÉDICA está ativo, exibindo uma caixa de diálogo com o título 'ATENÇÃO' e o texto: 'Medicamentos cadastrados como (Não Padronizados), não constam no estoque da farmácia do HSP, e a sua liberação dependerá do preenchimento de formulário próprio'. Abaixo disso, há uma seção 'Aprazamento' com uma tabela para 'Medicamentos não Padronizados'. A tabela tem colunas: Qtde, Unid., Via, Freq., Hora/Dia e Horários. Um ícone de + está visível à esquerda da tabela. No rodapé, há botões Confirmar e Cancelar alterações.

Figura 20

Medicamentos não padronizados são medicamentos que não são fornecidos pela farmácia, mas precisa constar na prescrição.

Para adicionar um medicamento clique no ícone com sinal de + para adicionar, informe os medicamentos não padronizados

Informe a quantidade que será necessária deste medicamento.

Informe a apresentação e a unidade de medida da dose (abreviatura), que podem ser:

1) Apresentação:

- a) AMP (AMPOLA)
- b) CPR (COMPRIMIDO)
- c) CAP (CAPSULA)
- d) FR (FRASCO)
- e) FR-AMP (FRASCO-AMPOLA)
- f) BISN (BISNAGA)
- g) SER (SERINGA)
- h) ENV (ENVELOPE)
- i) BOL (BOLSA)

2) Unidades de medida:

- a) G (GRAMA)
- b) MG (MILIGRAMA)
- c) MCG (MICROGRAMA)
- d) ML (MILILITRO)
- e) DL (DECILITRO)
- f) UI (UNIDADES INTERNACIONAIS)
- g) GTS (GOTAS)

Informe a VIA de administração, que pode ser:

- a) EV (endovenosa/intravenosa)
- b) IM (intramuscular)
- c) VO (via oral)
- d) SL (sublingual)
- e) SC (subcutânea)
- f) ID (intradérmica)
- g) IO (intraocular)
- h) RET (retal)
- i) SNE (sonda nasointestinal)
- j) SNG (sonda Nasogástrica)
- k) TOP (tópica)
- l) INAL (inalatória)
- m) PER (peridural)
- n) RET (retal)
- o) VAG (vaginal)
- p) GAS (gastrostomia)
- q) ITC (intratecal)
- r) ITQ (intratraqueal)
- s) IVC (intravesical)
- t) IBQ (intrabronquial)

Observação:

Indique o órgão (sem abreviar): olho, ouvido, narina. O lado deve ser indicado e pode ser abreviado: direito (D); esquerdo (E); bilateral.

Para informar a frequência em horários basta digitar um numero entre 1 e 24 para especificar as horas ou de 1 a “n” para informa dias. Por exemplo:

- Se o soro for de 12/12 horas, basta informar “12”, e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”.
- Se o soro for 1 vez ao dia: informar “24” e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”; ou informar “1” e no campo HORAS/DIAS informar “DIAS”

No campo Frequência, serão também serão apresentadas as opções:

- a) S/N (se necessário): especifique as situações em que são necessários (ex.: se febre / $T^{\circ} \geq 37,5^{\circ}\text{C}$, se dor, se náuseas, se vômito etc.) e o medicamento, dose (máxima, inclusive) e via.
- b) ACM (a critério médico): especifique os critérios médicos que determinam a administração do medicamento, ou a sua interrupção, ajustes da dose etc. (segundo avaliação médica no momento) e o medicamento, dose (máxima, inclusive) e via.

6.8 – Prescrição de Inalação (Figura 21)

Prescrição Médica

Paciente: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Código: _____ Data Nac.: _____
 Unidade: **UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA** Leito: **B0355** Número do atendimento: _____
 Número: 0001152241 Vigente: 20/05/2016 Médico Requirante-CRM: _____
 Peso Real: _____ Peso Calórico: _____ Superfície Corporal: _____ Estatura: _____ Observação da prescrição: _____
 Situação: ☒ Provisória ☐ Definitiva **Confirmar** **Cancelar alterações**

Dieta: _____ Soro: _____ Medicamentos Padronizados: _____ Outros Medicamentos: _____ Inalação: _____ Banco de Sangue: _____ Informações Complementares: _____ **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Inserir inalação **Incluir item na Inalação** **Suspender inalação** **Apazamento**

Inalação	Item	Descrição	Qtde	Unid.	Freq.	Hora/Dia	Horários	Situação
1								

Observações do Item: _____

Confirmar **Cancelar alterações**

Figura 21

Para adicionar uma inalação, clique no ícone com sinal de “+” para criar uma nova inalação, selecione o medicamento que irá compor esta inalação clicando sobre a Apresentação. Informe a quantidade que será necessária deste medicamento. Feito isso informe:

Para informar a frequência em horários basta digitar um numero entre 1 e 24 para especificar as horas ou de 1 a “n” para informa dias. Por exemplo:

- Se o soro for de 12/12 horas, basta informar “12”, e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”.
- Se o soro for 1 vez ao dia: informar “24” e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”; ou informar “1” e no campo HORAS/DIAS informar “DIAS”

A via da inalação será sempre INALATORIA, por isso não é necessário informá-la, pois o sistema irá automaticamente selecionar esta via.

Para acrescentar medicamentos para compor a inalação clique no ícone INCLUIR ITEM NA INALAÇÃO e proceda da mesma forma descrita anteriormente.

Caso seja necessário acrescentar uma nova inalação, clique no ícone com sinal de + e proceda da mesma forma descrita anteriormente

6.9 Prescrição de Sangue e Hemocomponentes (Figura 22)

Prescrição Médica

Paciente: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Código: _____ Data Nac.: _____
 Unidade: **UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA** Leito: **B0355** Número do atendimento: _____

Número: 0001152241 Vigente: 20/05/2016 Médico Requirante-CRM: _____

Peso Real: _____ Peso Calórico: _____ Superfície Corporal: _____ Estatura: _____ Observação da prescrição: _____

Situação: ☒ Provisória ☐ Definitiva

Dieta: _____ Soro: _____ Medicamentos Padronizados: _____ Outros Medicamentos: _____ Inalação: _____ Banco de Sangue: _____ Informações Complementares: _____ **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Hemocomponente / Hemoderivados	Qtde	Unid.	Freq.	Hora/Dia	Observação
▼					

Figura 22

A solicitação nesta opção fica restrita apenas à prescrição, não tendo ligação com o sistema de BANCO DE SANGUE.

Para adicionar um Hemocomponente, clique no ícone com sinal de “+” e selecione os seguintes itens:

- PLASMA FRESCO
- PLASMA CONGELADO
- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS
- CRIOPRECIPITADO
- PLAQUETAS

Informe a quantidade.

Informe a unidade, que pode ser :

- ML (MILILITRO)
- UNIDADES
- BOLSA

Para informar a frequência em horários basta digitar um numero entre 1 e 24 para especificar as horas ou de 1 a “n” para informa dias. Por exemplo:

- Se o soro for de 12/12 horas, basta informar “12”, e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”.
- Se o soro for 1 vez ao dia: informar “24” e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”; ou informar “1” e no campo HORAS/DIAS informar “DIAS”

No campo Frequência, serão também serão apresentadas as opções:

- a) S/N (se necessário): especifique as situações em que são necessários (ex.: se febre / $T^{\circ} \geq 37,5^{\circ}\text{C}$, se dor, se náuseas, se vômito etc.) e o medicamento, dose (máxima, inclusive) e via.
- b) ACM (a critério médico): especifique os critérios médicos que determinam a administração do medicamento, ou a sua interrupção, ajustes da dose etc. (segundo avaliação médica no momento) e o medicamento, dose (máxima, inclusive) e via.

Uma observação pode ser incluída.

6.10 - Informações Complementares (Figura 23).

The screenshot shows the 'Prescrição Médica' window. At the top, patient information is displayed: Paciente, Sexo, Cor, Código, Data Nac., Unidade: UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA, Leito: B0355, Número do atendimento. Below this, there are fields for Número (0001152241), Vigente (20/05/2016), and Médico Requirante-CRM. A section for 'Peso Real' includes fields for 'Peso Calórico', 'Superfície Corporal', 'Estatutura', and 'Observação da prescrição'. There are radio buttons for 'Situação' (Provisória, Definitiva) and buttons for 'Confirmar' and 'Cancelar alterações'. Below this is a tabbed interface with tabs for 'Dieta', 'Soro', 'Medicamentos Padronizados', 'Outros Medicamentos', 'Inalação', 'Banco de Sangue', 'Informações Complementares', and 'PRESCRIÇÃO MÉDICA'. The 'Informações Complementares' tab is active, showing sub-tabs for 'Procedimentos', 'Monitorização', 'Ventilação', and 'Outros'. Under 'Procedimentos', there are sub-tabs for 'Controles', 'Cuidados Gerais', and 'Avaliação Fisioterápica'. The 'Controles' sub-tab is active, showing a table with columns: Controle, Freq, Hora/Dia, Observação, and Horários. The table contains the following data:

Controle	Freq	Hora/Dia	Observação	Horários
GLICEMIA CAPILAR	6	HORA(S)		11:00 17:00 22:00 06:00
QUANTIFICAR DIURESE				
CABECEIRA ELEVADA A 30				
BALANÇO HÍDRICO				
PESO DIÁRIO EM JEJUM				

At the bottom of the window, there are 'Confirmar' and 'Cancelar alterações' buttons.

Figura 23

Informações complementares são informações que são acrescentadas na prescrição, como orientação para enfermagem para com os cuidados gerais do paciente. Ela esta dividida em:

- PROCEDIMENTOS:**CONTROLE:**

GLICEMIA CAPILAR

CUIDADOS GERAIS:

COLCHÃO TÉRMICO

PASSAR SONDA VESICAL DE ALIVIO S/N

RETIRAR SNG

RETIRAR SV

AVALIACAO FISIOTERAPICA:

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

FISIOTERAPIA MOTORA

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA

- MONITORIZAÇÃO:

CAPNOGRAFIA CONTINUA

MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA DE PRESSÃO INVASIVA

MONITORIZAÇÃO COM CATETER DE ARTERIA PULMONAR

MONITORIZAÇÃO CONTINUA DA PIC

MONITORIZAÇÃO CONT. DC E SVO2 POR CAT. ART. PULM.

MONIT. CARDIACA OXIMETRIA DE PULSO E PRESSÃO NÃO INVASIVA

- VENTILAÇÃO:

VENTILAÇÃO INVASIVA

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

OXIGENOTERAPIA

- OUTROS:

SENTAR NA POLTRONA

DEXTRO

PIA

Para informar a frequência em horários basta digitar um numero entre 1 e 24 para especificar as horas ou de 1 a “n” para informa dias. Por exemplo:

- Se o soro for de 12/12 horas, basta informar “12”, e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”.
- Se o soro for 1 vez ao dia: informar “24” e no campo HORAS/DIAS informar “HORAS”; ou informar “1” e no campo HORAS/DIAS informar “DIAS”

No campo Frequência, serão também serão apresentadas as opções:

- a) S/N (se necessário): especifique as situações em que são necessários (ex.: se febre / $T^{\circ} \geq 37,5^{\circ}\text{C}$, se dor, se náuseas, se vômito etc.) e o medicamento, dose (máxima, inclusive) e via.
- b) ACM (a critério médico): especifique os critérios médicos que determinam a administração do medicamento, ou a sua interrupção, ajustes da dose etc. (segundo avaliação médica no momento) e o medicamento, dose (máxima, inclusive) e via.

Em todas as abas existe um campo de observação que pode ser informado para os itens selecionados.

Todas as opções são campos livre e pode ser digitada qualquer informação.

6.11 Solicitação de Antibióticos de Uso Restrito (Figura 24)

Inclusão de Autorização para Antimicrobianos

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Unidade de Internação: UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA

Numero do Atendimento: 0538970051 Paciente: 0003719215 TEREZA RIROCO IZUMI

Internado em: 30/04/2016 Leito Atual: B0355 Cor: AMARELA Idade (AMD): 61 2 11 Sexo: Feminino

Médico Requirante-CRM: 12345678 OLIMPIO TARCISO DA SILVA

Uso de antimicrobiano prévio: ☒ Sim ☐ Não **Alterar**

DADOS DA FICHA DE ANTIMICROBIANO | Relação de Antimicrobiano utilizado pelo paciente |

DIAGNÓSTICO DE BASE + -

CID	Descrição
N17.9	INSUFICIÊNCIA RENAL A

EXAME MICROBIOLÓGICO ☒ Realizado

Data	Material

Uso de antimicrobiano prévio: ☒ Sim ☐ Não

☐ Cefalosporina de 3ª ou 4ª geração
☐ Quinolona
☐ Carbapenêmico
☐ Glicopeptídeo
☐ Outros

PROVAVEL: ☐ Hospitalar ☐ Ambulatorial

Peso: Clearance:

mes recentes relevantes

Dia	Antimicrobiano	Dose	Unid.	Frequência	Via
0	VANCOMICINA 500MG FR.AMP INJ	500		A cada 12HORA	IV
0	VANCOMICINA 500MG FR.AMP INJ	500	MG	A cada 12HORA	IV

Inclusão: 20/05/2016 12:45 2015880 Última Alteração:

Figura 24

Para solicitar antibióticos restritos, basta preencher o formulário conforme (Figura 24) este formulário substituiu a solicitação em formulário de papel. Os campos CREATININA e PESO são solicitados para se calcular o CLEARANCE

6.12 Diagnóstico de Base (Figura 25)

Inclusão de Autorização para Antimicrobianos

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Unidade de Internação : _____

Módulo de Atendimento : _____

Paciente : _____

Consulta Cid

Pesquisa Cid

Pesquisar por: _____ ☐ Palavra isolada ☒ Contendo

NAVEGAR PELO CID

Capítulos : I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00+B99) Total Capítulos : 21

Agrupamento(s): Doenças p/vírus da imunodeficiência humana [HIV] (B20-B24)

Categoria(s): B22 - Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] resultando em Total Categoria(s): 5

Cid	Descrição
B220	Doença pelo HIV resultando em encefalopatia
B221	Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática
B222	Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação
B227	Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte

Total de registros : 4

Inclusão: 07/12/2009 09:21 2015880 Última Alteração: _____

Figura 25

Nesta opção é possível acrescentar outros diagnósticos de base além do diagnóstico principal (oriundo da internação do paciente). Para isto é possível realizar uma consulta na tabela de CID 10, clique no CID que deseja e logo depois clique o botão OK para selecionar o CID.

6. 13 - Infecções e Diagnostico Infeccioso Provável (Figura 26)

Inclusão de Autorização para Antimicrobianos

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Unidade de Internação: _____

Numero do Atendimento: _____ Paciente: _____

Internado em: _____ Leito Atual: _____ Cor: _____ Idade (AMD): _____ Sexo: _____

Médico Requisitante-CRM: _____

DADOS DA FICHA DE ANTIMICROBIANO | Relação de Antimicrobiano utilizado pelo paciente

DIAGNÓSTICO DE BASE + -

CID	Descrição
G93.2	HIPERTENSÃO INTRACRANIANA BENIGNA

INFECÇÕES: ☐ Comunitária ☐ Hospitalar

DIAGNÓSTICO INFECCIOSO PROVÁVEL: + -

Diagnóstico infeccioso

- BACTEREMIA PRIMÁRIA S/FOCO
- INF. ASSOC. CATETER
- INF. SÍTIO CIRÚRGICO
- ITU
- NEUTROPEMIA FEBRIL
- PELE
- PNEUMONIA

EXAME MICROBIOLÓGICO ☒ Realiza Pesquisa de exames microbiológicos ☐ Não existe exames recentes relevantes

Data	Material	Microorganismo	Sensibilidade

Dia	Antimicrobiano	Dose	Unid.	Frequência	Via
6	VANCOMICINA CLORIDRATO 500 MG INJ		1 AMP	A cada 24HORA	IV

Inclusão: 07/12/2009 09:21 2015880 Última Alteração: _____

☒ Confirma ☐ Cancela

Figura 26

Indique se a fonte a infecção é comunitária ou hospitalar.

Informe o diagnostico infeccioso provável selecionando as seguintes opções:

- BACTEREMIA PRIMÁRIA S/FOCO
- INFECC. ASSOC. CATETER
- NEUTROPEMIA FEBRIL
- PNEUMONIA
- PELE
- INF. SÍTIO CIRÚRGICO
- ITU

Caso nenhum destes diagnósticos atenda e possível digitar outra informação, pois este campo está livre para digitação

6.14 - Escolha do exame microbiológico (Figura 27)

Inclusão de Autorização para Antimicrobianos

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Unidade de Internação: _____

Numero do Atendimento: _____ Paciente: _____

Internado em: _____ Leito Atual: _____ Cor: _____ Idade (AMD): _____ Sexo: _____

Médico: _____

Consulta exames realizados

DADOS DA FILIAÇÃO

Selecione o exame clickando na grid ou assinale abaixo caso não haja exames recentes relevantes

☐ Não existe exames recentes relevantes

DIAGNÓSTICO

CID	Data	Material	Microrganismo
G93.2	21/11/2007	UROCULTURA	Menor que 1.000 UFC/mL
	21/11/2007	GRAM - ASPIRADO TRAQUEAL	Algumas células epiteliais
	21/11/2007	GRAM - ASPIRADO TRAQUEAL	Alguns leucócitos
	21/11/2007	GRAM - ASPIRADO TRAQUEAL	Alguns bacilos Gram-negativos
	21/11/2007	GRAM - ASPIRADO TRAQUEAL	Alguns bacilos Gram-positivos

EXAME MICROBIOLÓGICO

Data	Material	Microrganismo
21/11/2007	CULTURA - ASPIRADO TRAQUEAL	Maior 100.000 UFC /ml
21/11/2007	CULTURA - ASPIRADO TRAQUEAL	Colônia bacilo Gram negativo
21/11/2007	CULTURA - ASPIRADO TRAQUEAL	Cultura em andamento
20/11/2007	CULTURA - PONTA DE CATETER	Menor que 15 UFC/placa

Antimicrobianos

Dia	Antimicrobiano	Dose	Frequência
6	VANCOMICINA CLORIDRATO 500 MG INJ	1 AMP	A cada 24HORA IV

Inclusão: 07/12/2009 09:21 2015880 Última Alteração: _____

Figura 27

Para escolher o exame microbiológico, realize uma consulta dos exames solicitados para o paciente. Clique no exame desejado ou escolha a opção de NÃO EXISTE EXAMES RECENTES RELEVANTES.

6.15 – Consulta à relação de antibióticos utilizados pelo paciente (Figura 28)

Inclusão de Autorização para Antimicrobianos

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Unidade de Internação : _____

Numero do Atendimento : _____ Paciente : _____

Internado em : _____ Leito Atual : _____ Cor : _____ Idade (AMD) : _____ Sexo : _____

Médico Requirante-CRM: _____

DADOS DA FICHA DE ANTIMICROBIANO Relação de Antimicrobiano utilizado pelo paciente

Número Dias	Medicamento
06 Dia(s) - Período : 04/11/2007 a 26/11/2009	IMIPENEM 500 MG + CILASTINA SÓDICA 500 MG
10 Dia(s) - Período : 29/10/2007 a 11/11/2007	VANCOMICINA CLORIDRATO 500 MG
14 Dia(s) - Período : 01/11/2007 a 16/11/2007	POLIMIXINA B 500.000 UI - SULFATO
04 Dia(s) - Período : 12/11/2007 a 16/11/2007	FLUCONAZOL 200 MG 100 ML
06 Dia(s) - Período : 26/10/2007 a 08/11/2007	CEFEPIME 1 G
06 Dia(s) - Período : 17/11/2007 a 22/11/2007	AMPICILINA + SULBACTAM 3 G
02 Dia(s) - Período : 21/10/2007 a 22/10/2007	CEFUROXIMA SÓDICA 750 MG
01 Dia(s) - Período : 24/10/2007 a 24/10/2007	LINEZOLIDA 600 MG - INJ.
11 Dia(s) - Período : 05/11/2007 a 16/11/2007	MEROPENEM 500 MG EV

☒ Antimicrobianos Ultra Restritos ☐ Antimicrobianos Restritos ☐ Antimicrobianos Não Restritos

Data	Medicamento	Fração Solic.	Unidade	Frequência
04/11/2007	IMIPENEM 500 MG + CILASTINA SÓDICA 500 MG	8	AMP	ESPECIAL
05/11/2007	IMIPENEM 500 MG + CILASTINA SÓDICA 500 MG	2	AMP	6 EM 6 HORAS
08/01/2008	IMIPENEM 500 MG + CILASTINA SÓDICA 500 MG	4	AMP	1 VEZ AO DIA
08/01/2008	IMIPENEM 500 MG + CILASTINA SÓDICA 500 MG	3	AMP	1 VEZ AO DIA
08/01/2008	IMIPENEM 500 MG + CILASTINA SÓDICA 500 MG	1	AMP	1 VEZ AO DIA
26/11/2008	IMIPENEM 500 MG + CILASTINA SÓDICA 500 MG	1	AMP	24/24 horas

Inclusão: 07/12/2009 10:40 2015880 Última Alteração: / /

Figura 28

Nesta consulta é possível verificar os antibióticos que o paciente utilizou bem como o número de dias utilizados e a dosagem solicitada.

6.16 – Transformar a prescrição, de provisória para definitiva (Figura 29)

Prescrição Médica

Paciente: UI CLÍNICA MÉDICA FEMININA Sexo: Cor: Código: Data Nac: Leito: B0355 Número do atendimento: Vigente: 20/05/2016 Médico Requisitante-CRM: Número: 0001152241

Peso Real: Peso Calórico: Superfície Corporal: Estatura: Observação da prescrição: Situação: ☒ Provisória ☐ Definitiva Confirmar Cancelar alterações

Dieta: Soro: Medicamentos Padronizados: Outros Medicamentos: Inalação: Banco de Sangue: Informações Complementares: PRESCRIÇÃO MÉDICA

Descrição	Dose	Via	Frequência	Horários	Situação
1 JEJUM					
2 Sol fisiologica (cl de sodio) 0,9% 1000ml bolsa	1000 ml	IV	ACM	/...../ /...../ /...../ /...../	
3 (D3) - Ciprofloxacino 500mg comp	500 mg	VO	12/12hora(s)	08:00 20:00	
4 Glicose solução 50% emp 10ml - se dextro <70	3 emp	IV	SN		
5 Anlodipino 5mg comp	5 mg	VO	12/12hora(s)	08:00 20:00	
6 Insulina humana regular 100ui/ml fr.amp 10ml - aplicar em subcutâneo 1 u para cada 40 mg/dl acima de 140 mg/dl	1 ui	SC	SN		
7 Ondansetrona 2mg/ml amp 4ml - em caso de náuseas ou vômitos	8 mg	IV	SN		
8 Dipirona 500mg/ml amp 2ml inj - se dor	1000 mg	IV	SN		
9 Enoxaparina sodica 40mg/0,4ml ser 0,4ml	40 mg	SC	24/24hora(s)	08:00	
10					
11 Glicemie capilar			6/66	11:00 17:00 22:00 06:00	
12 Quantificar diurese					
13 Cabeceira elevada a 30					
14 Balanço hídrico					
15 Peso diário em jejum					

Confirmar Cancelar alterações

Figura 29

Este é um dos processos mais importantes para validar esta prescrição junto ao sistema de dispensação de medicamentos do setor da Farmácia. Enquanto a situação da prescrição estiver como provisória, ou seja, enquanto ela estiver com a cor vermelha na lista de prescrições do paciente (Figura 7), a Farmácia não conseguirá imprimi-la para fazer a dispensação dos medicamentos. Isso só poderá ser feito a partir do momento em que a prescrição for transformada em definitiva. Para isto, basta ir à tela da prescrição (Figura 29), localizar o item “situação” e muda-lo de provisória para definitiva e clicar no botão confirmar. Isto fará com que esta prescrição se torne definitiva e a Farmácia possa dispensar os medicamentos solicitados.

Observação:

A partir do momento em que a prescrição se torna definitiva, não é mais possível alterá-la. Caso seja necessário solicitar algum medicamento que não esteja na prescrição, é preciso utilizar o sistema de solicitação de medicamentos da DOSE no sistema de internação.

6.17 Modelo de carta de psicotrópico (Ilustração 1)

Print Preview

HOSPITAL SÃO PAULO
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
Univesidade Federal de São Paulo

Farmacêutico Responsável :

PRESCRIÇÃO MÉDICA - 0000000055
DATA : 26/11/2009

Registro Geral : Leito :
Paciente :
Enfermaria :
Medicamento :
(03439)-FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 2 ML S/ CONSERVANTE
F. Farmaceutica : AMP
Quantidade : 5 (Cinco)
(em algarismo arábico e por extenso)
Just. do uso :
Dose diária : 8 AMP Temp.Tratamento (dias) : 1
Ass. do Médico :
Carimbo : CRM :
Data : 26/11/2009

Impresso em: 30/11/2009 08:43:34
DSI - Divisão Sistemas de Informações

HOSPITAL SÃO PAULO
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
Univesidade Federal de São Paulo

Farmacêutico Responsável :

PRESCRIÇÃO MÉDICA - 0000000055
DATA : 26/11/2009

Registro Geral : Leito :
Paciente :
Enfermaria :
Medicamento :
(03439)-FENTANILA CITRATO 0,05 MG/ML 2 ML S/ CONSERVANTE
F. Farmaceutica : AMP
Quantidade : 3 (Tres)
(em algarismo arábico e por extenso)
Just. do uso :
Dose diária : 8 AMP Temp.Tratamento (dias) : 1
Ass. do Médico :
Carimbo : CRM :
Data : 26/11/2009

Page 1 of 1

Ilustração 1

[illegible]

Ilustração 2

7. Prescrição manual:

É realizada quando:

- Houver a necessidade de complementar ou alterar a prescrição já impressa, ao longo do período. Deve ser realizada na folha de prescrição, após o último item impresso (pode-se utilizar o verso da folha);
- Não houver acesso ao sistema de prescrição eletrônica .

Regras gerais:

- Utilizar o impresso (**HSP006**);
- Verificar a prescrição do dia anterior (continuidade);
- Identificar de forma clara e legível: o paciente (nome completo, Registro Hospitalar, leito, diagnóstico atualizado); a data da prescrição e o prescritor (nome completo, CRM e carimbo);
- Respeitar a sequência padrão dos itens da prescrição, sendo: dieta, soros, medicamentos (EV, IM, SC, VO...), inalação, sangue e hemoderivados e informações complementares (cuidados, controles, procedimentos etc.);
- Prescrever o medicamento pelo princípio ativo (não utilizar nome comercial, marca etc.);
- Evitar abreviar os nomes dos medicamentos (ou utilizar abreviaturas padronizadas);
- Utilizar abreviaturas padronizadas para APRESENTAÇÕES:
 - amp (ampola)
 - cpr (comprimido)
 - fr (frasco)
 - fr.amp (frasco-ampola)
 - bisn (bisnaga)
 - ser (seringa)
- Utilizar abreviaturas padronizadas para DOSES:
 - g (grama)
 - mg (miligrama)
 - mcg (micrograma)
 - ml (mililitro)
 - gts (gotas)
 - unidades – recomenda-se NÃO abreviar (escrever por extenso: “**unidades**”).
- Utilizar abreviaturas padronizadas para VIAS de administração:
 - 1) EV (endovenosa/intravenosa);
 - 2) IM (intramuscular)
 - 3) VO (via oral);
 - 4) SC (subcutânea);
 - 5) ID (intradérmica);
 - 6) SE (sonda enteral);
 - 7) GTM (gastrostomia);
 - 8) TOP (tópica);
 - 9) Indicar o órgão (sem abreviar): olho, ouvido, narina. O lado deve ser indicado e pode ser abreviado: direito (D); esquerdo (E); bilateral.

- Especificar claramente as condições e os critérios específicos para a administração de medicamentos S/N (se necessário) e ACM (a critério médico) e sua posologia.
- Garantir a legibilidade e não rasurar a prescrição.
- Informar a equipe de enfermagem sobre cada alteração feita na prescrição, ao longo do período.
- A prescrição manual de “Medicamentos de Requisição Diferenciada” requer o preenchimento de requisições e receitas manuais em formulários específicos (ver pag. 22-4).

Referências Bibliográficas:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Madrugá CMD, Souza ESM. Manual de orientações básicas para prescrição médica – 2ª edição revista e ampliada. Brasília: CRM-PB, 2011.

Organização Mundial da Saúde. Guia para a boa prescrição médica. (Trad. Buchweitz C.) Porto Alegre: Artmed, 1998.

Miasso AI, Oliveira RC, Silva AEBC, Lyra Jr DP, Escobar FR, Fakihi FT, Cassiani SHB. Prescription errors in Brazilian hospitals: a multi-centre exploratory survey. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. 313-320, 2009.

Anexos:

Anexo I - Padrões de dietas:

1. Quanto à consistência:

Consistências	Siglas	Características	Indicação
Geral	G	Dieta sem restrição quanto à consistência e nutrientes.	Indicada para pacientes sem restrição dietética ou física podendo ser servida qualquer preparação e sem restrição quanto à consistência.
Branda	B	Alimentos modificados por cocção, a fim de abrandar fibras e tecidos conectivos, conferindo-lhes uma consistência macia. Baixa quantidade de celulose e resíduos.	Indicada para transição para dieta Geral (pós operatório);
Pastosa	P	Alimentos semissólidos modificados por cocção ou processos mecânicos (moídos, triturados).	Comprometimento de fases mecânicas do processo digestivo (falhas dentárias) ou ainda em fases críticas de doenças crônicas, como insuficiência cardíaca ou respiratória (cansaço, dispneia).
Dieta para Disfagia + líquidos com espessante	DF	Pastosa cremosa ou homogênea. Alimentos espessos em consistência de creme. Sem misturas de consistência.	Disfagia a líquidos, risco de bronco aspiração.
Dieta para Disfagia + líquidos sem espessante		Pastosa cremosa ou homogênea. Alimentos espessos em consistência de creme. Fornecido líquidos sem espessante.	
Leve	L	Alimentos semilíquidos, com mistura de consistências. Constituída basicamente de sopa no almoço e jantar. Dieta de fácil mastigação, digestão e absorção.	Dieta de transição. Problemas mecânicos de mastigação, função gastrointestinal moderadamente alterada, preparo de exames, cirurgias e nos períodos pré e pós-operatórios.
Pastosa Liquidificada	P liq.	Alimentos em consistência líquida espessa.	Problemas de mastigação ou deglutição de sólidos; alterações do TGI, pré e pós operatórios.
Líquida	Líq.	Composta por preparações líquidas as quais são adicionadas substâncias que permaneçam dissolvidas. Todos os alimentos são fornecidos na forma líquida.	Preparo de exames, em períodos pré e pós-cirúrgicos, lesões ou cirurgias bucais e doenças obstrutivas do trato gastrointestinal.
Líquidos VO	Líq. VO	Líquidos claros como água, chás, sucos e gelatina. Dieta sem resíduo.	Períodos pós-operatórios ou no preparo de exames e cirurgias do TGI, com finalidade de hidratação. Mínimo de resíduos proporcionando o máximo de repouso gastrointestinal. Para limpeza de cólon em preparo de exames e/ou cirurgia e no pós cirúrgico como reintrodução alimentar progressiva.

2. Dietas Restritivas:

Dietas Restritivas	Siglas	Características	Indicação
Hiper Hiper	HH	Dieta com maior aporte calórico e proteico.	Desnutrição, necessidades calórico-proteicas aumentadas. * Oferta diferente de aceitação.
Hipossódica	HS	Preparada sem adição de cloreto de sódio. Sem alimentos industrializados que contenham cloreto de sódio Acompanhada por um sachê contendo 1 g de sal no almoço e um no jantar.	HAS e patologias que ocasionem retenção de líquidos corporais (cardiopatias, nefropatias e cirrose hepática com ascite).

Dietas Restritivas	Siglas	Características	Indicação
Hipoproteica	HP	Dieta com restrição quantitativa de proteína com oferta preferencial de proteínas com alto valor biológico. A quantidade total de proteína fornecida é calculada pela nutricionista.	Nefropatia em tratamento conservador Encefalopatia (priorizando aa de cadeia ramificada).
Restrição Hídrica	RH	Dieta com restrição de líquidos em 24 horas, inclusive alimentos com alto conteúdo de água.	Patologias que apresentem retenção hídrica como miocardiopatia, nefropatia em tratamento conservador, ou hiponatremia.
Com resíduos	c/r	Acréscimo de fibras solúveis e insolúveis .	Aumentar o volume fecal e estimular o peristaltismo intestinal. Obstipação intestinal.
Sem resíduos	s/r	Pobre em excitantes químicos e mecânicos (fibras, lactose) sem sacarose.	Proporcionar a formação de um menor volume fecal e reduzir o peristaltismo intestinal. Diarreia, doença de Crohn.
Hipocalêmica	↓K	Dieta com teor reduzido em potássio.	Hipercalcemia.
Diabetes	D	Dieta isenta de carboidrato simples, e maior conteúdo de fibras VCT será calculado e fornecido de acordo com as necessidades do paciente.	Diabetes Mellitus, Hipertrigliceridemia, gastroplastia.
Hipogordurosa	HG	Dieta preparada sem adição de gordura e com alimentos com baixo teor da mesma.	Pancreatite, esteatose hepática, esteatorreia.
Pancreatite	D1 D2 D3 D4	Dieta fornecida em 4 fases. Iniciando com dieta constituída de carboidrato, introdução sequencial de proteínas e gorduras, de acordo com a presença de dor, exames laboratoriais.	Indicada para pacientes com pancreatite.
Hepatopatia	HS	Em geral é como a dieta HS acima, no entanto podemos associar RH dependendo da quantidade do sódio sérico.	Hepatopatias sem a presença de encefalopatia grau 3 ou 4.
Encefalopatia grau III ou IV		Dieta preparada sem sal de adição e fornecimento de 1 g de sal no almoço e outro no jantar. A restrição hídrica dependerá do nível do sódio sérico. Restrição de proteínas com preferências para proteínas com AA de cadeia ramificada.	Encefalopatia grau 3 ou 4.
Gastroplastia		Dieta com restrição calórica e de volume iniciando com 50 ml por refeição.	Gastroplastia, cirurgia bariátrica.
Sem Lactose		Dieta isenta de lactose.	Intolerância a lactose, doença de Crohn (depende da fase).
Sem Glúten		Sem alimentos que contenham farinha de trigo, centeio, cevada e aveia.	Doença celíaca.
Sem alimentos crus	Sac.	A dieta é constituída somente por cozidos alimentos cozidos.	Imunodeficiência, neutropenia.
Pobre em vitamina K		Dieta com restrição de alimentos ricos em vitamina K.	Indicada para paciente que fazem uso de anticoagulante oral warfarina.

3. Dietas Enterais:

Dietas Enterais	Características	Indicação
Introdução	dieta líquida nutricionalmente completa. Baixa osmolalidade com Isenta de sacarose, lactose e glúten. Indicada para início da terapia nutricional enteral, para evitar desconforto gastro intestinal, distensão abdominal e diarreia .	Introdução de dieta enteral, para pacientes com problemas de mastigação e deglutição, inconsciência, com trato digestório em funcionamento e que não necessitem de restrição de nutrientes
Seguimento	dieta de evolução, normo calórica, normo proteica com baixa osmolalidade Isenta de sacarose, lactose e glúten. Com fibra.	Após a adaptação do paciente a dieta de introdução é fornecida essa dieta pois a densidade calórica é maior

Hipossódica	dieta normo calórica, normo proteica, isenta de sacarose, lactose e glúten, à base de proteína de soja.	Indicada para pacientes com restrição severa de sódio, pacientes cardiopatas, renais crônicos em diálise e hepatopatas sem encefalopatia.
Semi elementar	dieta isenta de sacarose, lactose e glúten, oligomérica, parcialmente hidrolisada.	Indicada para pacientes com má absorção e má digestão, pacientes com síndrome do intestino curto, grandes cirurgias do aparelho digestório e jejunostomia.
Renal em tratamento conservador	dieta líquida hipoproteica, hipossódica, alta densidade calórica.	Nefropatia em tratamento conservador
Encefalopatia grau III ou IV	dieta isenta de sacarose, lactose, glúten, rica em aminoácidos ramificados.	Encefalopatia grau III e IV
Doença Crohn	dieta nutricionalmente completa. Isenta de glúten e lactose.	Indicada para pacientes com doença de crohn em crise.

HSP006 – Prescrição manual

Comissão de Farmacoterapia do HSP

HSP003 – Receituário Hospitalar

SP HOSPITAL SÃO PAULO
SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

SETOR: _____

Rua Napoleão de Barros, 715 - PABX: (11) 5576-4522 - CEP 04024-002 - São Paulo, SP
HSP003

[illegible]

HSP024 – Solicitação de Antimicrobiano de Uso Restrito

HOSPITAL SÃO PAULO SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO		EVOLUÇÃO CLÍNICA E TERAPÊUTICA																																																																																																																																																																																																
SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO																																																																																																																																																																																																		
NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____ RH: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DIAGNÓSTICO(S) DE BASE: 1. _____ 2. _____ 3. _____ PESO: _____ CREATININA: _____																																																																																																																																																																																																		
INFECÇÃO: ☐ Comunitária ☐ Hospitalar DIAGNÓSTICO INFECCIOSO PROVÁVEL: ☐ Bacteremia Primária s/ Foco ☐ Inf. Assoc. Cateter ☐ Neutropenia Febril ☐ ITU ☐ Pneumonia ☐ Pólo ☐ Inf. Sítio Cirúrgico ☐ Outros: _____ Foco: _____																																																																																																																																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DATA</th> <th>MATERIAL</th> <th>MICROORGANISMO</th> <th>SENSIBILIDADE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				DATA	MATERIAL	MICROORGANISMO	SENSIBILIDADE																																																																																																																																																																																											
DATA	MATERIAL	MICROORGANISMO	SENSIBILIDADE																																																																																																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">ANTIMICROBIANO SOLICITADO</th> <th colspan="5">USO EXCLUSIVO DO GRUPO DE RACIONALIZAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS</th> </tr> <tr> <th>ANTIMICROBIANO</th> <th>DOSE/DIA</th> <th>INTERVALO</th> <th>VIA</th> <th>DIAS</th> <th>AUTORIZAÇÃO</th> <th>ALTERAÇÃO</th> <th>DOSE/DIA</th> <th>INTERVALO</th> <th>VIA</th> <th>DIAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td>Sim ☐ Não ☐</td> <td>Sim ☐ Não ☐</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td>Sim ☐ Não ☐</td> <td>Sim ☐ Não ☐</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td>Sim ☐ Não ☐</td> <td>Sim ☐ Não ☐</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table>		ANTIMICROBIANO SOLICITADO					USO EXCLUSIVO DO GRUPO DE RACIONALIZAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS					ANTIMICROBIANO	DOSE/DIA	INTERVALO	VIA	DIAS	AUTORIZAÇÃO	ALTERAÇÃO	DOSE/DIA	INTERVALO	VIA	DIAS						Sim ☐ Não ☐	Sim ☐ Não ☐										Sim ☐ Não ☐	Sim ☐ Não ☐										Sim ☐ Não ☐	Sim ☐ Não ☐					SUGESTÃO: 																																																																																																																																										
ANTIMICROBIANO SOLICITADO					USO EXCLUSIVO DO GRUPO DE RACIONALIZAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS																																																																																																																																																																																													
ANTIMICROBIANO	DOSE/DIA	INTERVALO	VIA	DIAS	AUTORIZAÇÃO	ALTERAÇÃO	DOSE/DIA	INTERVALO	VIA	DIAS																																																																																																																																																																																								
					Sim ☐ Não ☐	Sim ☐ Não ☐																																																																																																																																																																																												
					Sim ☐ Não ☐	Sim ☐ Não ☐																																																																																																																																																																																												
					Sim ☐ Não ☐	Sim ☐ Não ☐																																																																																																																																																																																												
MÉDICO (ASSINATURA / CARIMBO): _____ DATA: ____/____/____ SOLICITANTE: _____																																																																																																																																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">USO EXCLUSIVO DO GRUPO DE RACIONALIZAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS E FARMÁCIA</th> <th colspan="6">MÉDICO DO GRUPO DOS ANTIMICROBIANOS</th> </tr> <tr> <th colspan="6">PACIENTE:</th> <th colspan="6">Assinatura / Carimbo:</th> </tr> <tr> <th colspan="6">RH: _____</th> <th colspan="6">DATA: ____/____/____</th> </tr> <tr> <th colspan="6">ENFERMARIA: _____</th> <th colspan="6"> </th> </tr> <tr> <th>ANTIMICROBIANO</th> <th>DOSE/DIA</th> <th>INTERVALO</th> <th>VIA</th> <th>DURAÇÃO</th> <th>AUTORIZAÇÃO GRUPO ANT.</th> <th colspan="5"> </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td>Sim ☐ Não ☐</td> <td colspan="5"> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td>Sim ☐ Não ☐</td> <td colspan="5"> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td>Sim ☐ Não ☐</td> <td colspan="5"> </td> </tr> </tbody> </table>											USO EXCLUSIVO DO GRUPO DE RACIONALIZAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS E FARMÁCIA						MÉDICO DO GRUPO DOS ANTIMICROBIANOS						PACIENTE:						Assinatura / Carimbo:						RH: _____						DATA: ____/____/____						ENFERMARIA: _____												ANTIMICROBIANO	DOSE/DIA	INTERVALO	VIA	DURAÇÃO	AUTORIZAÇÃO GRUPO ANT.											Sim ☐ Não ☐											Sim ☐ Não ☐											Sim ☐ Não ☐						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="15">USO INTERNO DA FARMÁCIA</th> </tr> <tr> <th>ANTIMICROBIANOS</th> <th>D1</th><th>D2</th><th>D3</th><th>D4</th><th>D5</th><th>D6</th><th>D7</th><th>D8</th><th>D9</th><th>D10</th><th>D11</th><th>D12</th><th>D13</th><th>D14</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		USO INTERNO DA FARMÁCIA															ANTIMICROBIANOS	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14																																																												
USO EXCLUSIVO DO GRUPO DE RACIONALIZAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS E FARMÁCIA						MÉDICO DO GRUPO DOS ANTIMICROBIANOS																																																																																																																																																																																												
PACIENTE:						Assinatura / Carimbo:																																																																																																																																																																																												
RH: _____						DATA: ____/____/____																																																																																																																																																																																												
ENFERMARIA: _____																																																																																																																																																																																																		
ANTIMICROBIANO	DOSE/DIA	INTERVALO	VIA	DURAÇÃO	AUTORIZAÇÃO GRUPO ANT.																																																																																																																																																																																													
					Sim ☐ Não ☐																																																																																																																																																																																													
					Sim ☐ Não ☐																																																																																																																																																																																													
					Sim ☐ Não ☐																																																																																																																																																																																													
USO INTERNO DA FARMÁCIA																																																																																																																																																																																																		
ANTIMICROBIANOS	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14																																																																																																																																																																																				

HSP050 – Solicitação de Medicamentos



HOSPITAL SÃO PAULO
SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO



IMPRESSO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- ☐ PADRONIZADO MEDIANTE LIBERAÇÃO
☐ PADRONIZADO COMO USO EVENTUAL
☐ PRODUTO NÃO PADRONIZADO

DATA DA SOLICITAÇÃO: _____

..... / /

CLÍNICA REQUISITANTE: _____

NOME DO PACIENTE: _____

RG: _____

LEITO: _____

DIAGNÓSTICOS: _____
.....
.....

Data da Internação: / /

Previsão de Alta: / /

MEDICAMENTO (PRINCÍPIO ATIVO): _____

NOMES COMERCIAIS DO PRODUTO: _____

FORMA FARMACÊUTICA E DOSAGEM DIÁRIA: _____

JUSTIFICATIVA DO EMPREGO: _____
.....
.....
.....

PREVISÃO DE CONSUMO SEMANAL: _____

ASSINATURA DO MÉDICO QUE PRESCREVE: _____

NOME: _____

CRM Nº _____

ASSINATURA DO CHEFE DO SERVIÇO OU PRECEPTOR: _____

NOME: _____

CRM Nº _____

AUTORIZADO: _____

☐ SIM☐ NÃO

DATA: _____

..... / /

ASSINATURA: _____

PARECER DA COMISSÃO DE FORMULÁRIO TERAPÊUTICO:

.....
.....
.....
.....
.....

NOTA: O parecer da Comissão de Formulário Terapêutico orientará posterior padronização, classificação e liberação de tais medicamentos.

HSP050