	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Versão: 01</b>	<b>1</b>
		<b>Data da Emissão:</b>	<b>21/08/2020</b>
<b>PROTOCOLO MÉDICO ASSISTENCIAL</b>		<b>Revisão N°:</b>	
<b>REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS</b>		<b>Data desta Revisão:</b>	


# PROTOCOLO DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS PEDIÁTRICAS ELETIVAS DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Vanessa C. Companhoni  
CRM - SP 200.885  
Especialista RT

Fátima Aparecida de Oliveira  
Enfermeira  
CRM/SP 307.630

Revisado: Fátima Aparecida de Oliveira Vanessa C. Companhoni	Data: 21/08/2020
Aprovação Diretor Técnico: Thiago M. de Vasconcelos	Revisão: Data:

Dr. Thiago Vasconcelos  
CRM 104593  
Médico

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Versão: 01</b>	<b>2</b>
		<b>Data da Emissão: 21/08/2020</b>	
<b>PROTOCOLO MÉDICO ASSISTENCIAL</b>		<b>Revisão N°:</b>	
<b>REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS</b>		<b>Data desta Revisão:</b>	

### I. AGENDAMENTO DAS CONSULTAS

**Cirurgias canceladas** – Os pacientes com a documentação pronta para cirurgia e que tiveram o agendamento cancelado em virtude da Pandemia, terão as consultas para reavaliação agendadas, de acordo com cada especialidade, pelo próprio Ambulatório de Especialidades (Sra. Adriana). Conforme anexo 01.

**Primeira avaliação** – As consultas para primeira avaliação do paciente serão agendadas pela Central de Vagas do município, conforme rotina anteriormente estabelecida, dando seguimento a partir das consultas agendadas e canceladas por motivos de isolamento social.

### II. CONSULTAS

Devido à especificidade dos pacientes atendidos e da complexidade das cirurgias não há necessidade de reavaliação pré-cirúrgica.

Será preenchido pelos pais ou responsáveis legais questionário, em anexo, sobre as condições atuais da criança para realização da cirurgia com segurança no atual momento pandêmico.

### III. AGENDAMENTO DA CIRURGIA


- A. Agendar a data da cirurgia
- B. Orientar sobre a retirada do pedido de sorologia para COVID-19
- C. Orientar sobre a necessidade do preenchimento do questionário no momento da retirada do pedido de exame
- D. No ato da entrega do pedido de exame orientar sobre a coleta da Sorologia, que deverá ser feita no máximo sete dias antes da data programada para cirurgia.
- E. A coleta de sorologia será realizada no Centro de Saúde Dr. José Carvalho de Brito (CSII), defronte a rodoviária.
- F. Orientar sobre o isolamento social, entre a coleta da sorologia e a data da cirurgia, evitando exposição ao risco e mudança da condição de saúde que impliquem no cancelamento da cirurgia.
- G. Orientar a procurar o Pronto Atendimento Covid, caso tenha sintomas gripais.

Revisado: Fátima Aparecida de Oliveira Vanessa C. Companhoni	Data: 21/08/2020
Aprovação Diretor Técnico: Thiago M. de Vasconcelos	Revisão: Data:

Fátima Ap. de Oliveira  
 Enfermeira  
 CRM 107.557

Dr. Thiago Menegotto  
 CRM 104393  
 Médico

Vanessa C. Companhoni  
 Enfermeira  
 CRM 107.557

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Versão: 01</b>	<b>3</b>
		<b>Data da Emissão:</b>	<b>21/08/2020</b>
<b>PROTOCOLO MÉDICO ASSISTENCIAL</b>		<b>Revisão N°:</b>	
<b>REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS</b>		<b>Data desta Revisão:</b>	

#### IV. RESULTADO DA SOROLOGIA

O resultado da sorologia deverá ser enviado pelo laboratório, assim que concluído, para os seguintes e-mails:

Coordenação na Santa Casa	fatima@santacasasr.com.br
Agendamento na Santa Casa	ambulatorio@santacasasr.com.br
Rede Básica de Saúde (origem de encaminhamento)	redebasica@saoroque.sp.gov.br

**IMPORTANTE: O resultado da sorologia deverá ser anexado no prontuário do paciente**

**Pacientes Testados Positivo** – Deverão ser encaminhados para a Vigilância epidemiológica e terão a cirurgia cancelada.

**Pacientes Testados Negativo** – Manter agendamento. Ambulatorio de Especialidades deverá encaminhar á Recepção da Internação, relação dos pacientes que internarão com os respectivos exames de sorologias negativas.

#### V. INTERNAÇÃO

- A. Os pacientes com cirurgia agendada deverão ser internados no dia da cirurgia.
- B. No ato da internação, a recepção deverá anexar ao prontuário o resultado da sorologia, sendo que este deverá ser inferior a sete dias.
- C. Preencher questionário de triagem, conforme anexo (SE APRESENTAR SINTOMAS GRIPAIS – CANCELAR CIRURGIA).

Vanessa C. Companhia  
COREN - SP 240.695  
Enfermeira RT

Fátima Ap. de Oliveira  
Enfermeira  
COREN/SP 307.639

Revisado: Fátima Aparecida de Oliveira Vanessa C. Companhia	Data: 21/08/2020
Aprovação Diretor Técnico: Thiago M. de Vasconcelos	Revisão: Data:

Dr. Thiago Vasconcelos  
CRM 104393  
Médico



**Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque**  
**HOSPITAL E MATERNIDADE SOTERO DE SOUZA**  
CNPJ: 70.45.936/0001-70 | CNES: 2082721 | CEBAS Portaria 104 de 24.01.2019

**QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM PRÉ-CIRÚRGICA**

NOME DO PACIENTE

NOME DO RESPONSÁVEL

NOME DA MÃE

DATA DE NASCIMENTO

CARTÃO SUS

RG

CPF

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ENDEREÇO

NÚMERO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

BAIRRO

CIDADE

CEP

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

TELEFONE

CELULAR

E-MAIL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**INFORMAÇÕES**

O paciente teve contato próximo (a menos de 1,5 metros por mais de quinze minutos) com alguma pessoa que tenha testado positivo para Covid-19 ou que está em isolamento por suspeita de Covid-19, ou em acompanhamento por síndrome gripal nos últimos 14 dias?  SIM  NÃO

No domicílio de residência do paciente há alguma pessoa em isolamento social por suspeita de Covid-19, Síndrome Gripal ou Covid-19 confirmado?  SIM  NÃO

O paciente ficou em isolamento social por suspeita de Covid-19, Síndrome Gripal ou Covid-19 confirmado?  SIM  NÃO

Você teve algum dos sintomas abaixo? (Assinalar com X)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Temperatura superior a 37,5°C                | <input type="checkbox"/> Dificuldade para respirar      | <input type="checkbox"/> Tosse prolongada          |
| <input type="checkbox"/> Dor de cabeça intensa                        | <input type="checkbox"/> Dor intensa no corpo           | <input type="checkbox"/> Calafrios                 |
| <input type="checkbox"/> Dor de garganta                              | <input type="checkbox"/> Diarreia (motivo desconhecido) | <input type="checkbox"/> Não sente cheiro ou gosto |
| <input type="checkbox"/> Não teve nenhum dos sintomas descritos acima |   |  |

Esses sintomas começaram quando?  Nos últimos 7 dias

LOCAL E DATA

ASSINATURA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Dr. Thiago Henrique  
CRM 104593  
Médico

Posto de Atendimento  
B. Estremoz  
COREN/SP 307.659



## Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque

HOSPITAL E MATERNIDADE SOTERO DE SOUZA

CNPJ: 70.45.936/0001-70 | CNES: 2082721 | CEBAS Portaria 104 de 24.01.2019

### QUESTIONÁRIO DE INTERNAÇÃO CIRURGIA ELETIVA

NOME DO PACIENTE

NOME DO RESPONSÁVEL

NOME DA MÃE

DATA DE NASCIMENTO

CARTÃO SUS

RG

CPF

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ENDEREÇO

NÚMERO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

BAIRRO

CIDADE

CEP

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

TELEFONE

CELULAR

E-MAIL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

#### INFORMAÇÕES

O paciente teve contato próximo (a menos de 1,5 metros por mais de quinze minutos) com alguma pessoa que tenha testado positivo para Covid-19 ou que está em isolamento por suspeita de Covid-19, ou em acompanhamento por síndrome gripal nos últimos 7 dias?  SIM  NÃO

Você teve algum dos sintomas abaixo? (Assinalar com X)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Temperatura superior a 37,5°C                | <input type="checkbox"/> Dificuldade para respirar      | <input type="checkbox"/> Tosse prolongada          |
| <input type="checkbox"/> Dor de cabeça intensa                        | <input type="checkbox"/> Dor intensa no corpo           | <input type="checkbox"/> Calafrios                 |
| <input type="checkbox"/> Dor de garganta                              | <input type="checkbox"/> Diarreia (motivo desconhecido) | <input type="checkbox"/> Não sente cheiro ou gosto |
| <input type="checkbox"/> Não teve nenhum dos sintomas descritos acima |   |  |

Esses sintomas começaram quando?  Nas últimas 24 horas

LOCAL E DATA

ASSINATURA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------



## Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque

HOSPITAL E MATERNIDADE SOTERO DE SOUZA

CNPJ: 70.45.936/0001-70 | CNES: 2082721 | CEBAS Portaria 104 de 24.01.2019

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ELETIVA NO PERÍODO DE PANDEMIA DE COVID-19

[Espaço para colagem da etiqueta]

NOME RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE

--

PARENTESCO	RG	TELEFONE

Declaro, que o médico:

explicou-me sobre a pandemia da COVID-19, também chamada de Pandemia do Novo Coronavírus que o Brasil está enfrentando, bem como os riscos a que estarei exposto em relação a ela, em comparação aos prováveis benefícios que meu procedimento oferece. Também tenho clareza dos possíveis impactos ante a postergação da minha cirurgia. Estou informado e compreendo que no momento que estamos vivendo, há risco de contaminação durante o período de internação, mesmo com todas as medidas fixadas pelas autoridades sanitárias e recomendadas pela Comissão de Controle de Infecção Interna do Hospital, já implementadas, tais como área e profissionais exclusivos para tratamento dos pacientes com COVID-19, higienização adequada de todas as áreas do hospital, uso de máscaras por todos os profissionais e pacientes, entre outras coisas, visto que posso ter contato com pessoas assintomáticas e portadoras do SARS-CoV2 (COVID-19) no Hospital ou em qualquer outro ambiente. Essa contaminação pode se associar a um risco aumentado de complicações mais graves no pós-operatório, em eventual infecção pela COVID-19. Durante a internação assumimos (paciente e acompanhante) o dever do cumprimento do distanciamento social, uso de máscara e cuidados com a higiene das mãos, como também, aceitamos restringir as visitas hospitalares de familiares e amigos, conforme a orientação desta Instituição.

LOCAL E DATA	MÉDICO (assinatura sob carimbo)	RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE
TESTEMUNHA 1		RG
TESTEMUNHA 2		RG



## Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque

HOSPITAL E MATERNIDADE SOTERO DE SOUZA

CNPJ: 70.45.936/0001-70 | CNES: 2082721 | CEBAS Portaria 104 de 24.01.2019

### TERMO DE REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento firmado em \_\_\_\_\_ e afirmo que não desejo prosseguir nas normas de segurança que me foram propostas, e dou como finalizado nesta data, assumindo toda e qualquer responsabilidade pelos riscos aos quais me exponho e que me foram explicados, ao tomar esta decisão. Ainda assim ISENTO de qualquer responsabilidade esta Instituição e Equipe Assistencial.

LOCAL E DATA	MÉDICO (assinatura sob carimbo)	RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE
TESTEMUNHA 1		RG
TESTEMUNHA 2		RG