



SANTA HELENA  
\* \* \* \* \*  
HOSPITAL E MATERNIDADE

SOLICITAÇÃO DE  
ATENDIMENTO POR MÉDICO  
PLANTONISTA PARA  
PACIENTES COM  
SEGUIMENTO AMBULATORIAL  
COM MÉDICO ASSISTENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

### SOLICITAÇÃO PARA ATENDIMENTO POR MÉDICO PLANTONISTA

Eu, paciente acima identificada, solicito o atendimento por um médico plantonista no HMSH:

*Obs.: se for complicação cirúrgica ou complicação pós-procedimento ou parto (até 40 dias após) que necessite internar, preencher o verso deste documento assim que contactar o médico assistente*

#### **Opção 1:**

( ) A escolha por atendimento pelo plantonista é pessoal e voluntária, e entendo não ser necessário o contato com meu médico assistente.

#### **Opção 2:**

( ) Declaro que apesar de estar fazendo seguimento com meu médico assistente em consultório, o mesmo não pode prestar o meu atendimento neste momento, por um dos motivos explicitados abaixo. Deste modo, solicito o atendimento pelo médico plantonista, por entender ser urgente.

Motivo identificado pela equipe de enfermagem para não atendimento:

( ) foi tentado contato com o médico assistente e o mesmo não pode comparecer no momento solicitado;

( ) foi tentado contato com o médico assistente e o mesmo não foi localizado ou não pode atender a ligação;

( ) o médico assistente informou que poderia vir avaliar a paciente, mas o tempo para atendimento de uma paciente na urgência conforme classificação de risco foi superado.

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa que tentou o contato com o médico assistente

**PREENCHER NO CASO DE COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA/INFECÇÃO QUE NECESSITE  
INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO/RESOLUÇÃO**

**DEFINIÇÃO DO SEGUIMENTO DO PACIENTE COM COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA PELO MÉDICO ASSISTENTE**

Eu, o médico abaixo assinado, declaro que sou o responsável pelo procedimento e entendo que a responsabilidade do médico em acompanhar o paciente permanece no pós-operatório e que o cirurgião principal é o responsável pelo ato, sendo que o médico não pode deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tiver praticado conforme Código de Ética Médica no capítulo III sobre Responsabilidade Médica, no seu Art. 3º deixa claro que é vedado ao médico: “Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente” Resolução CFM 1931/2009 – CEM. Ainda, conforme pareceres dos Conselhos Regionais (ex.: parecer CREMEGO 04/2015): “A responsabilidade de acompanhamento do paciente no pós-operatório é do cirurgião que planejou e executou o ato cirúrgico, não podendo outras questões (econômicas/administrativas) se sobreporem à necessidade de assistência.” Desta forma, o médico que não dá a assistência devida no pós-operatório pode ser responsabilizado por negligência.

Diante da necessidade de internamento e seguimento da paciente em complicação pós-operatória, informo que, a partir da data de hoje:

**Opção 1:**

( ) Assumirei os cuidados da paciente e solicito transferência dos cuidados para meu nome

**Opção 2:**

( ) Informo que não poderei dar seguimento no tratamento clínico da paciente pelo motivo abaixo explicitado e solicito ao coordenador da obstetrícia para organizar a equipe de médicos plantonistas para dar seguimento, ao qual me comprometo a auxiliar e prestar atendimento sempre que se fizer necessário. Motivo de recusa de acompanhamento:

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico assistente responsável pelo procedimento

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**Opção 3:** paciente continuará aos cuidados da equipe de médicos plantonistas, pois:

( ) médico assistente não foi localizado após \_\_\_\_ tentativas por telefone

( ) médico assistente está em viagem

Nome do médico assistente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da enfermeira de alas que tentou contato com médico

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.