	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.010	1 / 6
	PRONTUÁRIO SEGURO	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

O prontuário médico é um conjunto de documentos com informações sobre a saúde do doente e a assistência prestada a ele. É definido pelo Conselho Federal de Medicina na Resolução 1.638/2002, como "*documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo*"¹.

Nele constam, de forma organizada e concisa, todos os dados relativos ao paciente, como seu histórico familiar, anamnese, descrição e evolução de sintomas e exames, além das indicações de tratamentos e prescrições. Feito no consultório ou hospital, o prontuário é composto de informações valiosas tanto para o paciente como para o próprio médico. Seu principal objetivo é facilitar assistência ao paciente. O prontuário médico também serve como instrumento de defesa legal.

O prontuário faz parte do conjunto de "documentos médicos". Um documento médico é uma declaração firmada por escrito e produzida por médico, no exercício da profissão, sendo parte integrante do seu ato, não cabendo majoração de honorário.

Apesar do termo "prontuário médico", este documento é de *propriedade do paciente, que tem total direito de acesso e pode solicitar cópia*².

Até poucos anos atrás, o acesso ao prontuário era de exclusividade do médico. Entretanto, hoje esse conjunto de informações deve ser colhido de forma *multidisciplinar*, assim como deve ser a assistência em saúde. Os dados fornecidos por enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionista ou de qualquer outro profissional da área de saúde, são de grande importância. Assim, as informações são acrescentadas a cada atendimento e servirá para troca de informações entre os próprios médicos e entre os demais profissionais.

Outro ponto importante da utilidade do prontuário está no serviço à pesquisa na área de saúde. Dele pode-se colher informações, elaborar estatísticas e indicadores, beneficiando o ensino, a assistência e o planejamento em saúde.


Para facilitar a consulta referente ao prontuário médico, elencamos as dúvidas mais comuns referentes ao tema:

1 QUEM PODE ESCREVER NO PRONTUÁRIO?

Somente profissionais da área de saúde, devidamente habilitados e registrados nos seus conselhos de classe e devidamente cadastrados na instituição, conforme normas do setor de recursos humanos. Portanto, todos aqueles que fazem parte da equipe multidisciplinar de assistência em saúde e preenchem os requisitos acima podem registrar seu atendimento ao paciente no prontuário, a saber: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais.

Não é permitido o registro em prontuário feito por funcionários com outras funções não descritas e/ou que não possuem o sigilo como obrigação profissional.²

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	CLEIDE AMORIM FIUZA Coord. SAME	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 13/08/2019	Data: 16/08/2019	Data: 19/08/2019

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.010	2 / 6
	PRONTUÁRIO SEGURO	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

2 A LETRA DE QUEM ANOTA PRECISA SER LEGÍVEL?

Sim. Existe a obrigatoriedade de letra legível. Isto é claramente mencionado no Art. 5º, letra d, da Resolução CFM: "*nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do CRM.*"¹

3 QUAIS OS PRINCIPAIS CUIDADOS RELATIVOS AO REGISTRO DO PRONTUÁRIO EM PAPEL?

- a) **usar somente caneta preta ou azul**, sendo proibido o uso de lápis e canetas coloridas, exceto a cor vermelha, que pode ser usada por técnicos e enfermeiros para registros, somente durante o plantão noturno;
- b) o uso de canetas marca-texto não é permitido nas evoluções, podendo ser usado nas prescrições quando se deseja destacar uma informação importante;
- c) **não rasurar o prontuário, riscando palavras ou apagando textos**;
- d) sempre que precisar corrigir um texto escrito errado, usar a palavra "DIGO", e acrescentar o novo texto. Ou ainda pode-se utilizar as expressões: "não se aplica", "não se refere a este paciente", "não procede" ou "sem efeito";
- e) é proibido usar corretivo, seja ele líquido ou do tipo de fita;
- f) em caso de descumprimento destas normas, o responsável fará a devida correção, seja por meio de refazer o conteúdo ou corrigir a falha;
- g) inutilize com um traço os espaços em branco não preenchidos ou folhas em branco;

4 QUAL OS HORÁRIOS E ROTINA PARA EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO DIÁRIA?

O horário de tolerância para as prescrições/evoluções diárias é até às 12 horas (meio-dia). Caso o profissional responsável não consiga chegar até o hospital neste horário, deve solicitar a um plantonista ou outro médico cadastrado que o faça.


Caso seja descumprido e a paciente tenha alguma intercorrência, o médico plantonista poderá ser contatado para proceder a avaliação/prescrição diária (casos de pacientes obstétricos).

É importante que o médico escreva diariamente, tanto a prescrição, quanto a evolução do paciente em impressos próprios, cumprindo o exposto na letra d da Res CFM 1638/2002 - "*evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico*"¹.

5 QUAL É O MÍNIMO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS OBRIGATÓRIAS QUE DEVE CONTER TODO PRONTUÁRIO?

O registro das informações deve ser baseado em fatos reais e completo, porém escrito de forma simples e objetiva, com clareza e legibilidade do texto.

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	CLEIDE AMORIM FIUZA Coord. SAME	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 13/08/2019	Data: 16/08/2019	Data: 19/08/2019

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.010	3 / 6
	PRONTUÁRIO SEGURO	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

OBRIGATORIAMENTE, todo prontuário deve conter:

a) identificação do paciente (nome completo, data de nascimento (ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e estado de nascimento), endereço completo (nome da via, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) assinatura e respectivo número do CRM;¹

e) resumo de alta, conforme determinação da comissão de prontuários e direção administrativa, em consonância com melhorias na qualidade, conforme recomendações da Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (JCIAS) e do Ministério da Saúde;³

f) termos de consentimento livre e esclarecido, conforme recomendação do CFM 01/2016 e JCIAS;⁴

Dependendo do setor, formulários próprios podem ser exigidos, facilitando a parte de discriminação dos procedimentos realizados (ato cirúrgico, ficha de anestesia, partograma, etc.).

6 COMO PROCEDER EM SITUAÇÕES EMERGENCIAIS ONDE TODOS ESTES DADOS NÃO PUDEM SER ANOTADOS PREVIAMENTE AO PROCEDIMENTO?

Conforme resolução do CFM 1638/2002, letra f: "*nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade*".¹


7 O QUE NÃO DEVE SER REGISTRADO NO PRONTUÁRIO MÉDICO?

Como o prontuário é definido como o conjunto de documentos com informações sobre a saúde do doente e a assistência **prestada ao paciente**, não devemos anotar em prontuário situações que não dizem respeito ao que se destina, como:

a) queixas, reclamações ou desabafos relativos a assistência prestada por outros profissionais: ex.: "*comuniquei ao cardiologista que não veio avaliar o paciente; cirurgia passou e não olhou o ferimento; etc*". Estas queixas relativas ao corpo clínico devem ser dirigidas ao diretor clínico da instituição, por meio de comunicação nos livros disponíveis em cada setor para este fim;

b) reclamações relativas aos funcionários e manutenção de equipamentos: ex.: "*incubadora não funciona; funcionários da limpeza não vieram, exame ainda não realizado, etc.*" Estas queixas devem ser dirigidas ao diretor técnico da instituição, por meio de comunicação nos livros disponíveis em cada setor para este fim.

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	CLEIDE AMORIM FIUZA Coord. SAME	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 13/08/2019	Data: 16/08/2019	Data: 19/08/2019

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.010	4 / 6
	PRONTUÁRIO SEGURO	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

8 POSSO USAR ABREVIATURAS E SÍMBOLOS?

Priorizamos a segurança de todos os pacientes, portanto, de forma a zelar por esta, recomendamos que todos os profissionais evitem, sempre que possível, o uso de códigos e abreviações nos registros em prontuários. Estas abreviações podem gerar múltiplas interpretações dos registros, podendo gerar maus entendimentos e consequências graves.

Porém, no caso da necessidade do uso de códigos (símbolos) e abreviações, consultar a lista disponível no siglário da instituição, documento MAN.DT.002 - SIGLÁRIO.

Não é permitido abreviar nomes de medicamentos.

9 QUEM PODE TER ACESSO AO PRONTUÁRIO DURANTE A INTERNAÇÃO?

- a) o paciente (ou seu responsável legal se aplicado);
- b) todos os profissionais da equipe multidisciplinar sem a necessidade de autorização prévia do paciente;
- c) outros profissionais de saúde não pertencentes a equipe multidisciplinar, desde que seja comunicado verbalmente ao médico ou enfermeiro responsável pelo setor. A liberação de prontuário médico a outras pessoas que não o próprio paciente envolve a delicada questão do segredo profissional, tratada no artigo 102 do Código de Ética Médica² e no artigo 154 do Código Penal⁷;
- d) não é permitido o acesso a profissionais que não são obrigados ao sigilo².

10 QUEM PODE SOLICITAR CÓPIA PARCIAL OU TOTAL DO PRONTUÁRIO MÉDICO?

A cópia do prontuário médico somente será disponibilizada nas seguintes situações previstas em legislação específica:

- a) solicitação escrita pelo próprio paciente;
- b) solicitação por meio de procuração por representante legal;
- c) solicitação escrita por responsável legal pelo paciente menor ou incapaz (pais/tutela);
- d) solicitação de familiares em caso de paciente falecido;
- e) solicitação escrita do médico para defesa pessoal;
- f) solicitação escrita pelo Conselho Regional de Medicina;
- g) solicitação judicial.


A solicitação é realizada no SAME, por meio de preenchimento do formulário específico (FORM.SAME.001 – SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO) e a documentação necessária é regida pelo protocolo próprio, conforme descrito no POP.SAME.002 – SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO.

É direito de todo paciente obter cópia integral de seu prontuário médico (**hospitalar ou de consultório**), a qual deve ser cedida, segundo a Resolução CFM Nº1605/2000⁵.

11 QUAL O TEMPO DE GUARDA DO PRONTUÁRIO? QUEM É RESPONSÁVEL PELA GUARDA?

Ao médico, equipe multiprofissional e a toda hierarquia médica do estabelecimento de saúde (coordenadores, diretor clínico e diretor técnico) cabe a sua elaboração e a guarda. Deve ser

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	CLEIDE AMORIM FIUZA Coord. SAME	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 13/08/2019	Data: 16/08/2019	Data: 19/08/2019

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.010	5 / 6
	PRONTUÁRIO SEGURO	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

considerada a "legislação arquivística brasileira", que normatiza a guarda, temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos.

O CFM recomenda a guarda do prontuário por 20 anos.⁶

12 E SE EU NÃO ANOTAR TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE FORAM REALIZADOS NO PACIENTE?

Constitui infração ética. Os prontuários são auditados periodicamente pela Comissão de Prontuários, e nestas auditorias são avaliados quanto à conformidade de seu preenchimento, permitindo uma visão mais detalhada da qualidade da documentação assistencial. Os dados gerados possibilitam o conhecimento de pendências existentes por médico. Todos estes dados geram indicadores que são acompanhados por diferentes esferas na estrutura organizacional.

13 COMO POSSO SUGERIR OU INCLUIR NOVOS FORMULÁRIOS AO PRONTUÁRIO MÉDICO?

A CSH possui em funcionamento a Comissão de Prontuários. Qualquer novo formulário que passará a constituir parte do prontuário médico deverá ser aprovado previamente pela Comissão antes de ser inserido na rotina.


14 COMO POSSO TER ACESSO AOS PRONTUÁRIOS PARA PESQUISA MÉDICA?

A liberação de prontuários para pesquisa na área de saúde somente será permitida após encaminhamento e aprovação da pesquisa pelo diretor clínico ou diretor técnico (na ausência daquele) da instituição. Os formulários para cadastro de pesquisa e de pesquisador e as normas para pesquisa na CSH estão disponíveis no SAME da instituição.

REFERÊNCIAS:

- 1) Resolução CFM número 1638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Disponível em http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cFm/2002/1638_2002.htm
- 2) CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: artigos que dizem respeito ao prontuário
 - Art 85. É vedado ao médico: Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.
 - Art. 87. É vedado ao médico: Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.
 - § 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no CRM.
 - § 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.
 - Art 88. É vedado ao médico: Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.
 - Art 89. É vedado ao médico: Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial para a sua própria defesa.
 - § 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.
 - § 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.
 - Art. 102 - Revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	CLEIDE AMORIM FIUZA Coord. SAME	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 13/08/2019	Data: 16/08/2019	Data: 19/08/2019

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.010	6 / 6
	PRONTUÁRIO SEGURO	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	

justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

- 3) Recomendação do Ministério da Saúde, disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/11/Sumario-Alta---Consulta-Publica.pdf>
- 4) Recomendação CFM 01/2016, que dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica
- 5) Resolução CFM 1605/2000
- 6) Resolução CFM 1821/2007
- 7) Art. 154. do CÓDIGO PENAL: Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:
Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	CLEIDE AMORIM FIUZA Coord. SAME	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 13/08/2019	Data: 16/08/2019	Data: 19/08/2019