

# REGISTO DO PLANO DE CUIDADOS ( proposta cirúrgica)



Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(data da inscrição)

Instituição Hospitalar: \_\_\_\_\_  
 Ser./Unid. Func: \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_ OM \_\_\_\_\_  
 (proponente)

**Vinheta do utente**

Nome completo (com todos os nomes por extenso); filiação (obrigatório nos menores)  
 Número do processo do hospital/Número do cartão do SNS/ Subsistema e nº beneficiário/Nº do B.I ou Cartão de cidadão/Data de nascimento/Sexo/Morada completa com código postal/Contactos telefónicos

Unidades Nosológicas

Nº episódio: \_\_\_\_\_ Nº LIC: \_\_\_\_\_

	UN <sup>1</sup>	Diagnósticos - Descrição (texto livre – não usar siglas)	Lat <sup>2</sup>	Cód.	Procedimentos - Descrição (texto livre – não usar siglas)	Lat <sup>2</sup>	Cód.	
<b>Principal</b>	<b>UN1</b>	(incluir patologia associada relevante)						
<b>Objectivos:</b> Resolução/cura  __     Melhoria/atenuação  __     Diagnóstico  __     Vigiar/Acompanhar  __								
<b>Secundárias</b>	<b>UN2</b>							
	<b>Objectivos:</b> Resolução/cura  __     Melhoria/atenuação  __     Diagnóstico  __     Vigiar/Acompanhar  __							
	<b>UN3</b>							
	<b>Objectivos:</b> Resolução/cura  __     Melhoria/atenuação  __     Diagnóstico  __     Vigiar/Acompanhar  __							
	<b>UN4</b>							
<b>Objectivos:</b> Resolução/cura  __     Melhoria/atenuação  __     Diagnóstico  __     Vigiar/Acompanhar  __								

Nas descrições localizar precisamente a região afectada e a extensão em área ou volume. Nos procedimentos referir sempre a abordagem e o tipo de técnica cirúrgica. Colocar código de patologia associada se ASA#1.

**Objectivos (Resultados esperados com a terapêutica proposta):**

Especificar os efeitos a obter sobre a doença e qualidade de vida e eventuais sequelas.

**Características da proposta cirúrgica:**

Regime de Cirurgia	Avaliação pré-operatória	Tipo de anestesia	Classificação de Mallampati das vias aéreas
Internamento  __	Não solicitada  __	Geral  __	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Classe 1  __ </span> <span>Classe 2  __ </span> <span>Classe 3  __ </span> <span>Classe 4  __ </span> </div>
Ambulatório  __	Solicitada  __	Regional Central  __	
	Realizada  __	Regional periférica  __	
		Local  __	
<b>ASA:</b> _____		Sedação  __	
		Sem Anestesia  __	

**Resultados da avaliação pré-operatória:**    Apto |\_\_|    Apto c/ condições |\_\_|    Não Apto |\_\_|

Especificar condições e resultados da avaliação

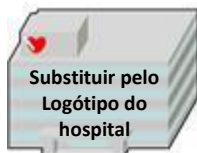
<sup>1</sup> Identificar em UN1 a unidade nosológica principal que deverá conter o diagnóstico principal e o procedimento correspondente, bem como os diagnósticos e procedimentos associados. UN2 e UN3 e UN4 identificam as outras unidades nosológicas que neste evento são consideradas secundárias.

<sup>2</sup> Preencher com a letra adequada para identificar a lateralidade (B = Bilateral; E = Esquerdo; D = Direito; N = Não aplicável)

<p><b>Alergias e outros constrangimentos</b></p> <p><b>Alergias:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <b>Outros constrangimentos:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p><b>Se sim especificar qual(ais):</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p><b>Riscos cirúrgicos</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Baixo</th> <th style="text-align: center;">Intermédio</th> <th style="text-align: center;">Alto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Embólico:</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hemorrágico:</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Infecção:</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cardíaco:</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Respiratório:</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Metabólico:</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Global:</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>(o registo corresponde à percepção empírica e subjectiva do responsável pela avaliação pré-operatória)</p> <p><b>Observações:</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		Baixo	Intermédio	Alto	Embólico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorrágico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecção:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardíaco:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratório:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metabólico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Global:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	Baixo	Intermédio	Alto																																																								
Embólico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Hemorrágico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Infecção:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Cardíaco:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Respiratório:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Metabólico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Global:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<p><b>Episódio antecedente<sup>3</sup></b> <input type="checkbox"/> Isolado</p> <p><b>Nº episódio</b> _____ <input type="checkbox"/> Contra lateral</p> <p><input type="checkbox"/> Associação por complicações</p> <p><input type="checkbox"/> Associação por Procedimentos Múltiplos</p> <p><input type="checkbox"/> Associação por continuidade terapêutica</p>	<p><b>Episódio subsequente<sup>4</sup></b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Se sim especificar qual(ais):</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>																																																										
<p><b>Nível de prioridade</b> – Nível 1 (Normal) <input type="checkbox"/> Nível 2 (Prioritário) <input type="checkbox"/> Nível 3 (Muito prioritário) <input type="checkbox"/> Nível 4 (Urgência diferida) <input type="checkbox"/></p> <p><b>Justificar nível de prioridade (se diferente de 1):</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																																																											
<p><b>Proposta de colocação de dispositivo médico:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <b>Se sim especificar qual(ais) (tipo/marca/modelo):</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																																																											
<p><b>Necessidades específicas de suporte peri-operatório / técnicas especiais:</b> <input type="checkbox"/> Sim (Assinalar em baixo) <input type="checkbox"/> Não</p>																																																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>1. Unidade de Cuidados Nível III (Intensivos)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Unidade de Cuidados Nível II (Intermédios)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Equipamento para Artroscopias</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Cirurgia Vascular Endoscópica</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Equipamento para Laparoscopia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. Equipamento para Toracoscopia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. Equipamento para Broncoscopia Flexível/Rígida</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. <i>Ecodoppler</i></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. Equipamento para Endoscopia Digestiva</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. Laser Cirúrgico</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. Neuro-estimulador</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>12. Radiologia (Fluoroscópios)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13. Equipamento para Cirurgia Cardíaca com CEC</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>14. Equipamento para Cirurgia Cardíaca Endoscópica</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	1. Unidade de Cuidados Nível III (Intensivos)	<input type="checkbox"/>	2. Unidade de Cuidados Nível II (Intermédios)	<input type="checkbox"/>	3. Equipamento para Artroscopias	<input type="checkbox"/>	4. Cirurgia Vascular Endoscópica	<input type="checkbox"/>	5. Equipamento para Laparoscopia	<input type="checkbox"/>	6. Equipamento para Toracoscopia	<input type="checkbox"/>	7. Equipamento para Broncoscopia Flexível/Rígida	<input type="checkbox"/>	8. <i>Ecodoppler</i>	<input type="checkbox"/>	9. Equipamento para Endoscopia Digestiva	<input type="checkbox"/>	10. Laser Cirúrgico	<input type="checkbox"/>	11. Neuro-estimulador	<input type="checkbox"/>	12. Radiologia (Fluoroscópios)	<input type="checkbox"/>	13. Equipamento para Cirurgia Cardíaca com CEC	<input type="checkbox"/>	14. Equipamento para Cirurgia Cardíaca Endoscópica	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>15. Material para Microcirurgia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>16. Material para Mediastinoscopia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>17. Material para Uretrocistoscopia / RTU</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>18. Sondas Gama Câmara</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>19. Pace Maker Externo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>20. Laringoscópio Flexível</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>21. Equipamento para Criocirurgia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>22. Equipamento para Diálise</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>23. Equipa de Cardiologia (presença/prevenção)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>24. Equipamento para obesidade</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>25. Monitor de integridade de condução nervosa (NIM)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>26. Material para ortopedia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>27. Material para neurocirurgia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>28. Material para oftalmologia</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>29. Outras</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	15. Material para Microcirurgia	<input type="checkbox"/>	16. Material para Mediastinoscopia	<input type="checkbox"/>	17. Material para Uretrocistoscopia / RTU	<input type="checkbox"/>	18. Sondas Gama Câmara	<input type="checkbox"/>	19. Pace Maker Externo	<input type="checkbox"/>	20. Laringoscópio Flexível	<input type="checkbox"/>	21. Equipamento para Criocirurgia	<input type="checkbox"/>	22. Equipamento para Diálise	<input type="checkbox"/>	23. Equipa de Cardiologia (presença/prevenção)	<input type="checkbox"/>	24. Equipamento para obesidade	<input type="checkbox"/>	25. Monitor de integridade de condução nervosa (NIM)	<input type="checkbox"/>	26. Material para ortopedia	<input type="checkbox"/>	27. Material para neurocirurgia	<input type="checkbox"/>	28. Material para oftalmologia	<input type="checkbox"/>	29. Outras	<input type="checkbox"/>
1. Unidade de Cuidados Nível III (Intensivos)	<input type="checkbox"/>																																																										
2. Unidade de Cuidados Nível II (Intermédios)	<input type="checkbox"/>																																																										
3. Equipamento para Artroscopias	<input type="checkbox"/>																																																										
4. Cirurgia Vascular Endoscópica	<input type="checkbox"/>																																																										
5. Equipamento para Laparoscopia	<input type="checkbox"/>																																																										
6. Equipamento para Toracoscopia	<input type="checkbox"/>																																																										
7. Equipamento para Broncoscopia Flexível/Rígida	<input type="checkbox"/>																																																										
8. <i>Ecodoppler</i>	<input type="checkbox"/>																																																										
9. Equipamento para Endoscopia Digestiva	<input type="checkbox"/>																																																										
10. Laser Cirúrgico	<input type="checkbox"/>																																																										
11. Neuro-estimulador	<input type="checkbox"/>																																																										
12. Radiologia (Fluoroscópios)	<input type="checkbox"/>																																																										
13. Equipamento para Cirurgia Cardíaca com CEC	<input type="checkbox"/>																																																										
14. Equipamento para Cirurgia Cardíaca Endoscópica	<input type="checkbox"/>																																																										
15. Material para Microcirurgia	<input type="checkbox"/>																																																										
16. Material para Mediastinoscopia	<input type="checkbox"/>																																																										
17. Material para Uretrocistoscopia / RTU	<input type="checkbox"/>																																																										
18. Sondas Gama Câmara	<input type="checkbox"/>																																																										
19. Pace Maker Externo	<input type="checkbox"/>																																																										
20. Laringoscópio Flexível	<input type="checkbox"/>																																																										
21. Equipamento para Criocirurgia	<input type="checkbox"/>																																																										
22. Equipamento para Diálise	<input type="checkbox"/>																																																										
23. Equipa de Cardiologia (presença/prevenção)	<input type="checkbox"/>																																																										
24. Equipamento para obesidade	<input type="checkbox"/>																																																										
25. Monitor de integridade de condução nervosa (NIM)	<input type="checkbox"/>																																																										
26. Material para ortopedia	<input type="checkbox"/>																																																										
27. Material para neurocirurgia	<input type="checkbox"/>																																																										
28. Material para oftalmologia	<input type="checkbox"/>																																																										
29. Outras	<input type="checkbox"/>																																																										
<p>Preencher obrigatoriamente caso seja assinalada a opção "outras"</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																																																											
<p><b>Plano Cuidados pré-operatório:</b></p> <p>(Inscrever eventos e acções pré-operatórias especiais)</p>																																																											
<p><b>Plano Cuidados pós-operatório:</b></p> <p>(Inscrever eventos e acções pós-operatórias especiais)</p>																																																											
<p><b>Observações:</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																																																											

<sup>3</sup> Episódio antecedente: refere-se ao episódio que deu origem ao actual.

<sup>4</sup> Para os casos em que se antecipam outros procedimentos complementares.



Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(data da inscrição)

### Vinheta do utente

Nome completo (com todos os nomes por extenso); filiação (obrigatório nos menores)

Número do processo do hospital/Número do cartão do SNS/ Subsistema e nº beneficiário/Nº do B.I ou Cartão de cidadão/Data de nascimento/Sexo/Morada completa com código postal/Contactos telefónicos

Instituição Hospitalar: \_\_\_\_\_

Ser./Unid. Func: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ OM \_\_\_\_\_  
(proponente)

Nº episódio: \_\_\_\_\_ Nº LIC: \_\_\_\_\_

Para os devidos efeitos, declaro que proponho o plano cuidados, que foi discutido com o utente, tendo este sido informado dos componentes principais, dos objectivos das possíveis complicações/morbilidades, sequelas e alternativas ao plano proposto, suas vantagens e inconvenientes. Após a comunicação das várias alternativas, concordou com o plano proposto.

Pelos motivos que a seguir se enunciam, propõe-se que o episódio fique registado como intransferível.

Motivo

Médico Proponente Responsável \_\_\_\_\_ (nome clínico) Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Número da ordem: \_\_\_\_\_

Concordo com o plano proposto ao utente que subscrevo.

Não concordo com o plano proposto ao utente que subscrevo.

Justificação

Responsável do serviço/unidade funcional \_\_\_\_\_ (nome clínico) Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Número da ordem: \_\_\_\_\_

#### Consentimento (a preencher pelo utente ou pelo seu representante legal)

Declaro que tomei conhecimento do conteúdo do presente plano de cuidados, do qual é parte integrante a proposta cirúrgica, assim como dos direitos que me assistem e dos deveres em que incorro no âmbito do SIGIC (ver verso) e autorizo a sua inclusão na Lista de Inscritos para Cirurgia deste hospital e na base de dados do Ministério da Saúde.

Assinatura \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Declaro aceito a classificação de intransferível por considerá-la benéfica (fui informado que poderei alterar esta situação sempre que entender).

Assinatura \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Declaro que recebi cópia da presente proposta cirúrgica, comprometendo-me a, no prazo de dez/cinco/dois dias, informar o hospital relativamente ao meu consentimento para a sua inclusão na Lista de Inscritos para Cirurgia.

Assinatura \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS?

Enquanto utilizador do SIGIC, tem direito a:

- Receber um certificado a confirmar a sua inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia;
- Ser operado dentro do tempo máximo de resposta garantido permitido por lei. Este tempo de espera depende da sua doença e da urgência da sua operação;
- Fazer a sua operação noutra hospital, se aquele em que estava inicialmente inscrito não o conseguir operar dentro do tempo de máximo permitido.
- Escolher entre os hospitais indicados na sua Nota de Transferência ou Vale Cirurgia, aquele onde pretende fazer a operação;
- Recusar ser transferido para outro hospital, caso pretenda fazer a operação naquele em que estava originalmente inscrito;
- Não ser penalizado se tiver de faltar, **até três vezes**, à cirurgia ou a consultas, exames ou tratamentos a ela associados, desde que apresente uma justificação aceitável;
- Se estiver temporariamente impossibilitado de fazer a sua operação ou consultas exames e tratamentos a ela associados, pode pedir a pendência (**até três vezes**) da sua inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia. O período total de pendência não pode ultrapassar o tempo máximo de resposta garantido permitido por lei para a sua operação;
- Pedir, por escrito, para o seu nome ser retirado da Lista de Inscritos para Cirurgia
- Ter acesso ou receber informação junto à UHGIC do seu hospital, aos dados que lhe dizem respeito registados na lista de inscritos para cirurgia, nomeadamente nível de prioridade que lhe foi atribuído e a sua posição relativa na prioridade atribuída;
- Apresentar uma reclamação escrita<sup>5</sup>, sempre que houver alguma falha no seu processo.
- Recusar a data de agendamento da cirurgia proposta pelo hospital sem necessidade de apresentar um motivo plausível (**até um máximo de duas vezes**);

## QUAIS SÃO OS MEUS DEVERES?

Enquanto utilizador do SIGIC, tem a obrigação de:

- Autorizar formalmente a inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia, assinando a nota de consentimento
- Informar a sua Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC) sobre quaisquer mudanças dos seus dados pessoais (morada, nº de telefone/telemóvel, endereço electrónico) de forma a garantir que o hospital continua a poder contactá-lo.
- Não faltar à cirurgia ou a quaisquer consultas, exames e tratamentos associados à cirurgia, para os quais seja convocado
- Informar com antecedência a UHGIC se tiver de faltar ou adiar a intervenção cirúrgica ou os exames, consultas e tratamentos a ela associados, e justificar a falta ou adiamento.

---

### <sup>5</sup> *Como e qual o prazo para apresentar uma reclamação?*

As reclamações devem ser apresentadas por escrito, dirigidas à UCGIC (ou à URGIC) que remeterá a cópia à primeira, ou à Entidade Reguladora da Saúde no prazo de vinte dias úteis sobre a data do acontecimento ou da data que teve conhecimento do mesmo.

As reclamações devem descrever a situação de forma clara e objectiva e conter a identificação completa do utente:

- ✓ Nome completo (com todos os nomes por extenso);
- ✓ Número do processo do hospital;
- ✓ Data de nascimento;
- ✓ Morada completa com código postal;
- ✓ Contactos telefónicos.
- ✓ Para Entidade Reguladora da Saúde através do envio de uma exposição por carta ou através do livro de reclamações online [http://www.ers.pt/informacoes\\_uteis/noticias-ers/livro-de-reclamacoes-online/](http://www.ers.pt/informacoes_uteis/noticias-ers/livro-de-reclamacoes-online/)