

## 4. Manual do Processo Clínico

1. Introdução .....	2
2. Boas práticas cirúrgicas .....	6
2.1. Promover uma boa prática cirúrgica e cuidados clínicos.....	6
2.2. Registos clínicos em cirurgia .....	8
3. Episódio Funcional.....	13
3.1. Composição .....	13
3.1.1. Secção 1 – Fase da Proposta .....	13
3.1.2. Secção 2 – Fase de Realização .....	15
3.1.3. Secção 3 – Fase de Catamnese .....	18
3.1.4. Secção 4 – Fase de Conclusão.....	19
4. Legislação aplicável aos registos clínicos .....	22
4.1. Propriedade dos Dados .....	22
4.2. Utentes menores e interditos .....	22
4.3. Acesso aos Dados .....	23
4.3.1. Acesso por parte do utente / cidadão .....	23
4.3.2. Acesso por parte dos profissionais de saúde.....	23
4.3.3. Acesso por terceiros.....	23
5. Episódio de Cirurgia.....	24
6. Internamentos com mais que um episódio funcional.....	25
7. Conclusão .....	26
8. Bibliografia .....	27

## 1. Introdução

O Sistema Integrado de Gestão de Inscrição em Cirurgia (SIGIC) comporta uma metodologia que trespassa transversalmente o Ministério da Saúde, em particular a ACSS IP, ARS e Hospitais do SNS e convencionados. Esta metodologia, concebida na lógica do acesso do cidadão aos serviços de saúde, centra-se no Utente, nas suas diversas interações directas e indirectas com os prestadores de cuidados e organismos reguladores, analisa e avalia o impacto destas interações, corrige ou propõe correcções nos desvios às normas, sustenta uma plataforma de conhecimento multifacetada de cariz abrangente.

O objectivo deste manual é a descrição da composição do processo clínico no âmbito do SIGIC, e em particular no que se refere aos episódios do PTCO incluindo os seus vários componentes.

A organização do episódio encontra-se desenvolvida segundo a metodologia do *Problem Oriented Medical Records* (POMR) – Processo Clínico Orientado por Problemas (PCOP), sendo que, cada problema abordado num evento constitui uma unidade nosológica que obrigatoriamente é parte integrante do processo clínico.

Segundo este modelo, os registos clínicos do utente são classificados de acordo com o conjunto de problemas clínicos, identificados pelo médico e pelo utente, que foram abordados conjuntamente nos respectivos eventos.

---

**Exemplo:** Numa consulta de UTCO<sup>1</sup>, médico e utente acordam na resolução conjunta de 2 patologias (Obesidade Mórbida e varizes do membro inferior direito, no território da safena interna), através dum único acto cirúrgico que será proposto consentido e validado os correspondentes problemas (colocação de uma banda Gástrica e extirpação da safena interna direita). Com base neste entendimento é estabelecido um plano de cuidados que enuncia as diversas acções a prosseguir e serão realizados os correspondentes eventos (consultas, MCDT, internamentos, cirurgia) e procedimentos (colocação de uma banda Gástrica e extirpação da safena interna direita) que conduziram ao tratamento das 2 patologias cada um destes eventos é associado ao plano estabelecido ficando assim classificados como pertencentes ao episódio terapêutico que representa a abordagem clínica numa determinada instituição e serviço / Unidade Funcional aos problemas suscitados pelo utente que se agregaram.

---

Anexo ao registo clínico deve constar o registo administrativo. Todos os registos devem estar associados tendo por base o plano de cuidados que por sua vez define o utente, a instituição, o serviço/unidade funcional e a data deste acordo. A organização do processo deve permitir que a sua consulta agregada seja facilitada.

---

**Exemplo:** Na consulta, a administrativa regista a chegada do utente com vários parâmetros (data/hora, entidade financiadora, ..., nome da consulta, médico, requisições de MCDT provindos da consulta, etc.), no gabinete médico o médico regista a sua observação,

---

<sup>1</sup> Unidade de tratamento cirúrgico da Obesidade

identifica o problema, estabelece um plano de investigação diagnóstica ou/e de acção terapêutica, se o utente for ainda abordado por um enfermeiro ou outro técnico de saúde ou mesmo outro médico, no âmbito da mesma consulta poderão ser acrescentados relatos referentes a estas interacções e devem ficar registados todos os participantes no evento.

Os vários itens que compõem o registo do utente – que podem ser simples notas clínicas, exames complementares, medicações efectuadas, relatórios anatomopatológicos, exames de imagem, relatórios operatórios, cópias de cartas enviadas ao utente – estão agregados a eventos, sendo cada evento uma interacção enquadrada na prestação de serviços entre um elemento da instituição hospitalar e o utente ou com a informação referente a este, que ocorre num enquadramento determinado e tipificado num determinado espaço temporal. Os eventos podem ser presenciais ou virtuais.

Com o registo clínico activo, cada nova informação adicionada é arquivada observando o plano de cuidados em causa, tendo em conta os problemas abordados.

#### Modelo da cronologia dos eventos de um plano de cuidados

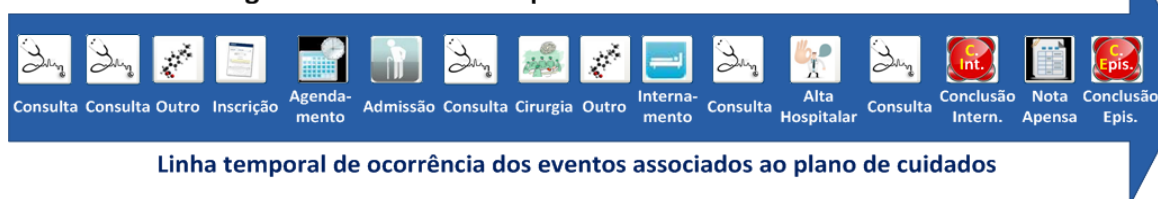


Ilustração 1 – Modelo da cronologia dos eventos de um plano de cuidados

Os desenvolvimentos deste modelo – PCOP - enquadram-se numa abordagem da gestão personalizada do conjunto de problemas apresentado por um utente específico no âmbito de um plano de cuidados negociado de acordo com a metodologia do SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan* – Subjectivo, Objectivo, Diagnóstico e Plano), o que implica uma abordagem padronizada do registo da informação, apresentando assim uma evolução facilitada para o registo electrónico.

Um episódio funcional, no âmbito do SIGIC, não é mais do que o conjunto de eventos efectuados ao abrigo de um plano de cuidados que se apresenta para a solução do (s) problema (s) que o utente apresenta e que é abordado, com o recurso à utilização, entre outras terapêuticas, de intervenção (ões) cirúrgica(s).

A construção do episódio funcional (todas as matérias relacionadas com o utente e com as acções que visam a abordagem do conjunto de problemas identificados) inicia-se com o primeiro encontro entre o utente e a instituição para um conjunto específico de problemas. Este encontro é idealmente promovido pelo médico assistente, que identifica uma situação que no seu entender deve ser abordada por quem tem competências especializadas, pode no entanto decorrer duma acção doutro especialista, ou do próprio utente. Neste primeiro momento, consubstanciado no primeiro evento, pode não ser logo possível estabelecer um


quadro nosológico bem definido e consequente o plano de cuidados, neste caso, seguem-se um conjunto de acções que visam estabelecer o diagnóstico (definir e caracterizar o problema) para que, no tempo mais abreviado possível, se estabeleça uma entidade nosológica e se delineie um plano de cuidados cirúrgico – este é o passo no SIGIC em que se formaliza a proposta cirúrgica. Note-se que os eventos prévios, de análise, que deram origem ao evento onde se formaliza o plano (c/ a proposta cirúrgica) ficam retrospectivamente integrados no episódio que surge, com esse plano.

Este plano cuidados não é um documento fechado, é antes uma declaração de intenções, estabelecida pelo médico, validada pelo hospital e aceite pelo utente, que se vai completando, ajustando e aferindo, em função das investigações subsequentes.

No entanto, dada as responsabilidades inerentes face aos compromissos assumidos, todas as alterações ao documento têm de corresponder a novas versões do mesmo, não sendo aceitáveis rasuras ou modificações de outra natureza e todas as versões anteriores devem manter-se arquivadas.

As novas versões do plano, e dado que consubstanciam um contrato, têm de ser de novo subscritas pelas partes, utente, médico proponente e responsável do serviço/unidade funcional em nome da instituição hospitalar desde que sejam alterados dados considerados fundamentais, designados no quadro seguinte.

#### **Itens Críticos da Proposta Cirúrgica:**

- 
- Identificação do utente
  - Serviço/unidade funcional
  - Identificação do médico proponente
  - Data de inclusão
  - Descrição substantiva dos Diagnósticos e dos tratamentos propostos
  - Códigos Diagnósticos
  - Códigos Procedimentos

Os itens compreendem a data em que o plano é proposto, já que tem implicações processuais graves atendendo aos tempos máximos de resposta garantidos, o (s) diagnóstico (s) e procedimento (s) propostos bem como a alteração dos intervenientes, nomeadamente a identificação do utente, identificação da entidade da proposta (médico e responsável do serviço/ unidade funcional).

O SIGIC, para além da exigência do registo electrónico, requer a produção de documentos finais que apresentem valor legal, sendo apenas aceites o suporte de papel ou

outros devidamente autorizados como suporte legal. Estes documentos legais devem ser adequadamente arquivados pela instituição e facultados para efeitos de auditoria quando solicitados por entidades competentes.

Neste contexto, logo que se identifique uma necessidade actual de tratamento que inclua procedimentos cirúrgicos e seja previsível que, com uma probabilidade elevada (maior ou igual a 95%), o utente possa, sem prejuízo, ser submetido a uma cirurgia, um plano de cuidados deverá ser efectuado, com inclusão de uma proposta, mesmo que, resultado de futuras investigações, se venha a concluir da impossibilidade de praticar o acto (neste caso a proposta será cancelada), ou do utente necessitar doutros tratamentos prévios (neste caso ficará pendente) durante a execução do plano de cuidados. Por princípio não deve mediar mais de uma semana entre a primeira observação e o estabelecimento dum plano de cuidados, que não é necessariamente definitivo mas que aponta desde logo um caminho a percorrer.

Para o SIGIC a realização da cirurgia proposta é um dos marcos determinantes no episódio. Após a fase da realização (que contém a cirurgia além doutros eventos críticos) segue-se um período preestabelecido de catamnese que no PTCO é definido em 3 anos a contar da primeira cirurgia, indo posteriormente terminar o episódio com a fase de conclusão. Um episódio funcional que não resolva todos os problemas enunciados pode dar origem a novo episódio funcional.

---

**Exemplo:** Recorrendo ao exemplo inicial, se durante a cirurgia por razões técnicas não tiver sido possível resolver o problema das varizes o utente será encaminhado para uma consulta de cirurgia para iniciar novo episódio para abordar esse problema.

---

Num episódio podem ser resolvidos problemas não previstos inicialmente, sendo isto só válido se efectuado em conjugação ou na consecução dum problema enunciado, caso contrário deve ser aberto novo episódio funcional (criado um novo plano de cuidados que inclui uma nova proposta cirúrgica).

## 2. Boas práticas cirúrgicas

As boas práticas cirúrgicas iniciam-se na primeira consulta, continuam-se no seguimento dos utentes, quer internados quer em ambulatório, devendo ser implementadas em conjunto por todos os profissionais que tratam o utente.

Elas são particularmente críticas no período cirúrgico e peri-cirúrgico. Deve ter-se particular atenção aos factores de risco, às normas de segurança, à garantia de competência na execução, à adequada equação do problema contextualizado no utente em concreto, na observação de tempos correctos, adequação das acções à maximização dos interesses do utente e à minimização dos custos, sem que se comprometa a segurança e a eficácia da acção, à participação consciente do utente em todo o processo, à garantia de que as prioridades são atribuídas de acordo com inequívocos princípios que se aplicam de igual forma a todos os utentes. A decisão de intervenção deve ser efectuada de acordo com a técnica e experiência do cirurgião, necessidades do utente, *standards* aceites pela comunidade técnica e os recursos disponíveis, tendo em atenção, quer as necessidades da cirurgia de emergência, quer da electiva. Cada serviço deve redigir e divulgar um conjunto de princípios a observar na determinação da prioridade e no estabelecimento de indicações cirúrgicas, a utilização desses princípios deve ser monitorizada e reportada periodicamente.

Os cirurgiões devem demonstrar conhecimento e compreender as necessidades éticas e legais relacionadas com a sua prática cirúrgica. Devem comunicar claramente com o utente e pessoas que o apoiam, e devem manter registos legíveis, compreensivos, actualizados, datados, correctamente identificados, subscritos e enquadrados no âmbito de actuação e no serviço/unidade funcional responsável, de todas as interacções com os utentes. Os directores de serviço devem assegurar-se do bom cumprimento destes deveres, agindo em conformidade sempre que não se verifiquem.

### 2.1. Promover uma boa prática cirúrgica e cuidados clínicos

De acordo com as boas práticas cirúrgicas, os cirurgiões, e respectivos responsáveis de serviço/unidades funcionais e instituição hospitalar, devem promover as boas práticas clínicas, através das seguintes acções:

- Apurar os factos necessários à determinação, mais exacta possível, do quadro nosológico, devendo esta acção estar concluída o mais tardar à data da marcação da cirurgia ou a 70% do TMRG (alínea c) do art.º56º, da portaria 45/2008 de 15 de Janeiro);
- Desencadear todas as acções necessárias à condução do plano de cuidados (alínea b) do art.º53º, da portaria 45/2008 de 15 de Janeiro);
- Estabelecer a prioridade relativa às propostas que efectuem tendo em conta a

patologia, problemas associados, gravidade, impacto na esperança de vida, autonomia e qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença, tempo de exposição à doença (alínea c) do art.º57.º e art.º73º da portaria 45/2008 de 15 de Janeiro);

- Comunicar de forma compreensiva e clara com os utentes e acompanhantes, e prover o correcto preenchimento do seu consentimento para inscrição da proposta em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), (alínea e) do art.º56.º art.º 64.º da portaria 45/2008 de 15 de Janeiro);
- Informar a UHGIC de modificações referentes ao utente que impliquem a alteração da sua posição na LIC (alínea d) do art.º57.º da portaria 45/2008 de 15 de Janeiro);
- Garantir que a programação cirúrgica cumpra as normas de prioridade e antiguidade estabelecidas (alínea c) do art.º57.º da portaria 45/2008 de 15 de Janeiro);
- Definir a organização da prestação de cuidados de acordo com as normas emitidas pelas entidades competentes (alínea a) do nº 2 do artigo 22º do Decreto-lei nº 188/2003 de 20 de Agosto);
- Realizar os procedimentos cirúrgicos de forma segura, atempada e competente;
- Assegurar que os utentes recebem os cuidados necessários providenciados por profissionais adequadamente habilitados;
- Assegurar que os cuidados são prestados em ambiente apropriado e seguro, tendo em atenção aos cuidados especiais que o utente possa necessitar, e garantindo que os recursos necessários estão assegurados;
- Assegurar que o utente tem os necessários cuidados pré e pós-operatórios e que a informação relevante é registada de forma a poder ser partilhada com o utente e com os médicos que o seguem, ou que o venham a seguir;
- Analisar os desvios face à actividade esperada, e corrigi-los (alínea c) do nº 2 do artigo 22º do Decreto-lei nº 188/2003 de 20 de Agosto);
- Garantir que a informação clínica só é acedida por quem o utente consinta;
- Promover a boa utilização dos recursos disponíveis;
- Aplicar a normas e práticas clínicas comumente aceites, ou no caso de utilizarem outras explicar ao utente o motivo, vantagens e desvantagens, que

deverá constar da nota de consentimento informado;

- Monitorizar e controlar a qualidade de todo o processo que se estabelece desde a primeira consulta até à cabal resolução do problema identificado (alínea f) do nº 2 do artigo 22º do Decreto-lei nº 188/2003 de 20 de Agosto);
- Zelar e assegurar o adequado registo de todos os eventos clínicos e administrativos com o utente, (art.º. 57 e) da portaria 48/2008 de 15 de Janeiro e (alínea p) do nº 2 do artigo 22º do Decreto-lei nº 188/2003 de 20 de Agosto);
- Zelar pela melhoria contínua da qualidade (alínea f) do nº 2 do artigo 22º do Decreto-lei nº 188/2003 de 20 de Agosto);
- Promover a formação profissional (alínea i) do nº 2 do artigo 22º do Decreto-lei nº 188/2003 de 20 de Agosto);
- Manter actualizada a carteira de serviços disponibilizados nomeadamente a lista de procedimentos cirúrgicos (alínea b) do art.º57.º da portaria 45/2008 de 15 de Janeiro);
- Gerir as reclamações dos utentes (alínea i) do nº 2 do artigo 22º do Decreto-lei nº 188/2003 de 20 de Agosto).

## 2.2. Registos clínicos em cirurgia

Os cirurgiões, directores ou coordenadores, gestores e administradores deverão, em cede própria e de acordo com as boas práticas, assegurar o seguinte:

### A) Aspectos Gerais

- Todos os registos estão legíveis e existem em suporte legal, completos e actualizados, e que apresentam detalhes necessários para a inequívoca identificação do utente, do processo clínico, do autor do registo, do responsável pela informação e da razão de ser do evento registado, da data em que o evento retratado no registo ocorreu, da data em que foi registado no sistema de informação;



#### Aspectos a tentar prosseguir na gestão dos registos:

1. Efectuar todos os registos em aplicações informáticas:
  - a. Ficando sempre identificado o utilizador, o contexto e a



data hora do registo;

b. É sempre identificado o autor intelectual da informação (o responsável);

2. Efectuar sempre que possível registos automáticos (exemplo ligação a equipamentos de recolha de dados – ECG, ...);
3. Utilizar ferramentas facilitadoras – rádio frequência, códigos de Barras, ...;
4. Promover a interoperabilidade entre sistemas (Ex.: a aplicação de gestão de análises clínicas transita sem intermediários informação para o processo clínico electrónico);
5. Eliminar intermediários (Ex. Os médicos devem colocar directamente no sistema a informação que geram – eliminar formulários em papel);
6. Sempre que o utilizador é o autor (responsável) pela informação o sistema deve reconhecê-lo como tal e subescrever o documento de preferência recorrendo a uma assinatura digital;
7. Disponibilizar a informação a todos os legítimos interessados no formato mais apropriado e no local e tempo adequado;
8. Desenhar e executar processos de controlo da qualidade da Informação automatizando sempre que possível estes processos;
9. Identificar riscos, promover a segurança da informação estabelecendo um sistema de gestão que defina e comporte garantia da preservação e disponibilidade da informação, garantia de acesso condicionado às políticas instituídas, planos de contingência entre outros;
10. Identificar um responsável pela qualidade da informação que deverá produzir relatórios de análise e recomendações periódicos

- Todos os eventos médicos (consulta, contactos com o utente, visita, prescrição, acto terapêutico ou diagnóstico) se encontram registados, e devidamente identificados, datados e assinados. Relativamente a eventos é sempre necessário caracterizar o contexto (consulta, admissão a internamento, ...), identificar quem o solicitou (entidade e pessoa), data em que foi solicitado, data em que foi realizado,

identificação do serviço/Unidade funcional, e colaborador responsável pelo evento e respectivo registo;

- O registo de todos os eventos e de comunicações importantes ao utente (exemplo: prognóstico ou complicações potenciais, data da cirurgia, ...) foram efectuados e ainda que cada alteração ao plano de cuidados estabelecidos se encontra registada e que a respectiva nota de consentimento actualizada, consta do processo.

### **B) Processo Operatório** (conjuntos de documentos que ilustram as ocorrências no BO)

- O processo operatório está completo, devendo esta informação acompanhar o utente e ser suficientemente específica para que o acompanhamento seja efectuado por outro médico;
- O processo operatório inclui o relatório operatório, relatório anestésico, folha de sala, impresso de medições biomédicas, registos de terapêutica administrada, registo de recobro, registo de espécimes enviados para análise, relatórios de exames efectuados no Bloco Operatório, consentimento informado cirúrgico, consentimento informado anestésico e outros documentos associados à estadia do utente no bloco;
- A informação do processo operatório deve incluir:
  - ◆ Datas e tempos de execução correspondentes aos acontecimentos
    - Entrada na sala do BO;
    - Início do tempo anestésico (primeira acção desencadeada pelo anestesista após entrada do utente na sala que nunca poderá ser posterior à administração do 1º fármaco)
    - Início do tempo Cirúrgico (preparação do campo operatório, que inclui o posicionamento do utente);
    - Fim do tempo Cirúrgico (fim da execução do penso, ou na ausência de penso do último acto do cirurgião) do tempo cirúrgico.
    - Fim do tempo anestésico (declaração do anestesista de que o utente recuperou adequadamente o controlo sobre as suas funções vitais (quando existir);
    - Saída da sala do BO;
    - Saída do recobro Cirúrgico para outra unidade

- ◆ Indicação sobre se o procedimento foi programado (efectuado pelas equipas do serviço/unidade funcional cirúrgico) ou urgente (efectuado pelas equipas do serviço de urgência);
- ◆ Nomes do cirurgião principal (chefe da equipa), dos ajudantes, do anestesista e de toda a restante equipa de profissionais presente na sala durante a cirurgia ou estando fora da sala, de apoio à cirurgia;
- ◆ Identificação das unidades nosológicas:
  - Diagnósticos cirúrgicos e achados operatórios - A descrição do diagnóstico deve permitir pela leitura a compreensão cabal do problema por parte de qualquer médico com formação generalista que a leia (informação sobre: extensão, órgãos afectados, e no caso de doença oncológica o estadiamento pela classificação TNM, têm de estar presente);
  - Procedimentos efectuados durante a intervenção cirúrgica;
- ◆ Descrição da técnica, sempre que incorpore aspectos distintivos relevantes ou opcionais face à descrição da mesma segundo o autor original (sempre que não é identificado o autor, a técnica tem de ser descrita); descrição das incisões, cauterizações e técnicas análogas, anastomoses, recessões, técnicas especiais eventualmente utilizadas (ex.: microanastomoses); equipamentos inusuais (ex.: sonda de gama câmara), material de sutura e material biológico (ex.: colas biológicas) utilizado; processo de encerramento; eventuais processos de drenagem de fluidos;
- ◆ Descrição de achados operatórios (ex.: Variantes da normalidade na morfologia das estruturas, lesões ou processos patológicos, cicatrizes não conhecidas, ...)
- ◆ Descrição das sequelas cirúrgicas, devidamente justificada - défices estéticos ou funcionais, naturalmente decorrentes dos procedimentos efectuados.
- ◆ Quaisquer complicações/problemas ocorridos (hemorragias significativas, incidentes isquémicos, lesões traumáticas, distúrbios metabólicos, respiratórios, da função cardíaca, renal ou cerebral, ...) têm de ser reportados;

- ◆ Se a técnica ou o diagnóstico diferir do proposto, no relatório deve constar a explicação da mudança;
- ◆ Descrição dos tecidos removidos, com a indicação do seu destino (ex.: anatomia patológica, bacteriologia, ...);
- ◆ Identificação de quaisquer dispositivos médicos implantados, vide manual de preenchimento de impresso de realização de cirurgia;
- ◆ Classificação ASA;
- ◆ Classificação Mallampati das vias áreas respiratórias;
- ◆ Classificação do APGAR cirúrgico;
- ◆ Registo da ocorrência de Antibioterapia profiláctica;
- ◆ Fármacos administrados;
- ◆ Sangue e derivados administrados;
- ◆ Descrição da técnica anestésica;
- ◆ Resultados de monitorizações de parâmetros fisiológicos, análises e exames efectuados durante a intervenção, têm de constar do processo operatório com enfoque em alterações aos resultados esperados;
- ◆ Preenchimento correcto da ficha de cirurgia segura, vide Manual de Cirurgia Segura;
- ◆ Instruções sobre os cuidados pós-operatórios;
- ◆ Nome clínico e nº da Ordem dos Médicos e assinatura, homologada pela instituição hospitalar, do médico que faz o registo da cirurgia e do chefe de equipa – validador.

Nos registos efectuados é essencial que a informação esteja suficientemente detalhada para que outro médico possa assegurar os cuidados ao utente em qualquer altura.

A importância da descrição detalhada da técnica decorre, entre outros, da possibilidade do utente poder vir a ser intervencionado posteriormente por equipa distinta, que beneficiará no restabelecimento da estratégia operatória dum relato exacto dos procedimentos anteriores efectuados.

Todos os documentos têm de existir em suporte de papel ou noutra forma legalmente consignada.

### 3. Episódio Funcional

Um episódio funcional agrupa eventos e correspondentes registos associados a um determinado plano de cuidados e da responsabilidade de um único serviço/unidade funcional. No âmbito do SIGIC o plano de cuidados inclui uma proposta cirúrgica.

Os registos efectuados no âmbito de um episódio funcional seguem as normas atrás enunciadas das boas práticas cirúrgicas, não se exigindo que a equipa efectue nenhum registo além do preconizado, de acordo com o estado da arte. A sua obrigatoriedade decorre apenas das necessidades de registo de toda a informação relevante, para que a mesma possa ser partilhada com o utente e com os médicos que o seguem, assegurando a prestação dos cuidados necessários, em ambiente adequado, seguro, e garantindo que os recursos necessários se encontram assegurados.

#### 3.1. Composição

Embora o início de um episódio funcional possa ocorrer com a inscrição do utente na lista de inscritos para cirurgia (LIC) através de uma proposta cirúrgica, efectuada numa consulta do Serviço ou Unidade funcional, consentida pelo utente e validada pelo responsável de serviço/unidade funcional, incorpora todos os eventos prévios à proposta, respeitantes à abordagem do problema referenciado nesta, incorporando deste modo todos os eventos - as consultas pré e pós-operatórias, MCDT, internamentos, a intervenção cirúrgica em internamento ou ambulatório, eventos pós-cirúrgicos - até à sua conclusão que ocorre após término dos serviços associados ao plano de cuidados estabelecido ou após vencidos os prazos regulamentares, ou ainda à data do cancelamento.

Considera-se que um episódio funcional é composto pelos elementos descritos nos subcapítulos seguintes, que devem obrigatoriamente ser arquivados, nesta forma, no processo clínico.

##### 3.1.1. Secção 1 – Fase da Proposta

Esta fase compreende todos os eventos que ocorrem no período compreendido entre a última primeira consulta da especialidade do utente na instituição hospitalar referenciada e termina com a admissão ao 1º evento crítico, a cirurgia (admissão ao internamento, admissão ao ambulatório). Na situação particular do utente se encontrar internado à data da elaboração da proposta, a fase da proposta tem duração zero e corresponde apenas ao acto de elaboração da proposta. No processo clínico esta secção contém todos os documentos da fase de elaboração do plano de cuidados que inclui a proposta cirúrgica, e todos os documentos referentes aos eventos, MCDT, contactos, internamentos e outros no âmbito do problema

identificado, realizados na instituição referenciada e anteriores à admissão à cirurgia, não incluindo portanto a admissão ao internamento onde ocorre o 1º evento crítico (por ex.: a cirurgia).

Esta fase deve conter os elementos (clínicos e meios complementares de diagnóstico) que permitiram elaborar e suportar o plano de cuidados, com o estabelecimento da prioridade clínica do utente e das necessidades do procedimento referido e eventuais adendas que melhorem a cabal compreensão do problema e do plano de cuidados, bem como o registo de todos os tipos de contactos efectuados, por qualquer membro da equipa, com o utente ou com terceiros sobre o episódio.

O consentimento para inscrição na LIC, deve fazer parte integrante desta secção, e além de ser assinado pelo médico proponente e utente, deve conter claramente as unidade (s) nosológica (s), diagnóstico (s), o procedimento (s) a realizar, a informação sobre as possíveis complicações e resultados esperados com a terapêutica proposta, sendo obrigatória a entrega de uma cópia assinada ao utente ou pessoa legalmente responsável.

No caso de urgências diferidas o consentimento informado para a cirurgia deve incluir o consentimento para a inscrição em LIC.

As alterações dos itens considerados críticos do plano de cuidados, apresentados no quadro seguinte, obrigam ao preenchimento de novo consentimento do utente e nova validação pelo responsável do serviço/unidade funcional.

#### **Itens Críticos da Proposta Cirúrgica:**

Identificação do utente;

Serviço/unidade funcional;

Identificação do médico proponente;

Data de inclusão;

Códigos das unidades nosológicas:

Diagnósticos (alteração dos primeiros 3 dígitos);

Procedimentos (alteração dos primeiros 2 dígitos);

Alteração da lateralidade;

Ou qualquer outra alteração que o médico proponente considere muito relevante.



A proposta enquanto documento que é apresenta uma evolução para uma nova versão ficando a anterior registada. As razões das alterações devem ficar também registadas. Devem ser produzidos documentos finais para efeitos legais. Na fase da proposta os documentos que são obrigatórios existirem no processo, para além dos requeridos nos programas verticais, são os que estão de acordo com as normas de boa prática cirúrgica e correspondentes a esta fase, nomeadamente:

- Registos administrativos de todos os encontros oficializados entre utente e instituição, eventos;
- Registos das comunicações na rede<sup>2</sup> a propósito do episódio funcional;
- Registo de todos os contactos com o utente, incluindo marcações de consultas e MCDT;
- Registos clínicos das consultas e outros eventos clínicos;
- Eventuais relatórios relativos ao utente;
- Proposta cirúrgica assinada e validada;
- Cópia do certificado de inscrição na LIC, enviado ao utente e do respectivo registo dos CTT;
- Registo de intercorrências, cirurgias de urgência, procedimentos vários ou internamentos, caso tenham ocorrido.

### 3.1.2. Secção 2 – Fase de Realização

A fase da realização segue-se à fase da proposta e inicia-se com a realização de um dos eventos críticos, como a admissão da realização da cirurgia e vai até à alta do internamento/cirurgia ambulatorio.

Nesta secção do processo, correspondente à fase da realização, deve existir no processo uma cópia do consentimento informado para a cirurgia que vai ser efectuada (diferente do consentimento para a inscrição na LIC que ocorre aquando a proposta), bem como cópia do consentimento informado para a anestesia;

Na fase de realização os documentos que são obrigatórios existirem no processo (em suporte juridicamente válido), são os que estão de acordo com as boas normas da prática cirúrgica, correspondentes a esta fase, nomeadamente:

- Registos administrativos de todos os encontros oficializados entre utente e instituição, eventos;

---

<sup>2</sup> Ecrã da aplicação SIGLIC que permite a troca de correspondência entre os hospitais e outros organismos regionais e centrais do SIGIC.

- Registos das comunicações na rede a propósito do episódio funcional;
- Registo clínico admissão ao internamento;
- Registo clínico de todos os eventos pré e pós-operatórios, durante o internamento;
- O processo operatório completo:
  - ◆ Identificação das Unidades Nosológicas (Diagnósticos cirúrgicos, código CID na versão em vigor e lateralidade; Procedimentos cirúrgicos: descrição, código CID na versão em vigor e localização precisa);
  - ◆ Identificação da equipa (Nome clínico, função e nº de ordem – se aplicável de todos os elementos da equipa);
  - ◆ Folha de recepção de utente no BO (com data /hora);
  - ◆ Relatório operatório (detalhe da cirurgia realizada – contendo características da cirurgia, regime, tipo de produção, tipo de procedimento, administração de sangue ou derivados);
  - ◆ Objectivos prosseguidos com a execução das terapêuticas (curativo, paliativo, diagnóstico);
  - ◆ Indicações se são esperadas sequelas significativas;

Relatório anestésico (contendo além de outros dados o tipo de anestesia, aspectos relevantes da anestesia);

- ◆ Tempos e local de actividade (hora de entrada e saída na sala de BO, hora de inicio e final da anestesia, hora de início e final da intervenção);
- ◆ No caso de recém-nascido deverá conter peso à nascença (em gramas), semanas de gestação e índice de Apgar;
- ◆ Folha de sala de BO;
- ◆ Folha de requisição de exames;
- ◆ Relatório dos MCDT efectuados;
- ◆ Destino após bloco (domicilio, unidade de nível I (Enfermaria), Unidade de nível II (Cuidados Intermédios), Unidade de Nível III (Cuidados Intensivos, outras ou falecidos);
- ◆ Folha de recobro operatório;



- ◆ Dispositivos médicos implantados (número e dispositivos e para cada dispositivos designação comercial, tipo de material, marca, modelo, fabricante, lote, fornecedor, número de série e preço);
  - ◆ Folha de cirurgia segura;
  - ◆ Complicações cirúrgicas ou anestésicas (nomeadamente complicações hemorrágicas, choque, neurológicas, respiratórias, cardíacas, digestivas, génito-urinárias/renais, vasculares, medicamentos, sangue ou outras);
  - ◆ Nome clínico e nº da Ordem dos Médicos e assinatura, homologada pela instituição hospitalar, do médico que faz o registo da cirurgia e do chefe de equipa – validador.
- Diário clínico – que deve ter indicações diárias sobre o estado do doente;
  - Folha terapêutica;
  - Cópia das prescrições;
  - Cópia dos atestados de incapacidade;
  - Cópia de eventuais relatórios produzidos;
  - Nota de alta (cópia):
    - ◆ A nota de alta distingue-se do relatório de alta por ser destinada ao utente, em linguagem comum, e devendo apresentar orientações concretas (medicação, cuidados, próximas consultas, ...). A nota de alta pode não conter o diagnóstico definitivo por este estar dependente de MCDT em curso (ex.: resultados de anatomia patológica).
    - ◆ Este documento deve ser assinado pelo médico e anexado ao processo clínico e deve conter a seguinte informação em linguagem corrente:
      - Identificação da cirurgia realizada (data, diagnóstico pós-operatório, procedimentos efectuados e cirurgião responsável);
      - Informação sobre o período de internamento (data/hora da admissão e alta do internamento, complicações/ Intercorrências em período de internamento);
      - Informação pós-alta (destino após a alta, terapêutica, outros eventos clínicos e outras indicações para o período pós alta).

O registo das Intercorrências e das complicações deve ser efectuado com particular cuidado no caso de o utente necessitar de ser admitido numa unidade de cuidados intensivos ou transferido para outra instituição hospitalar.

Em todos os processos, deve existir um registo detalhado, com todos os MCDT efectuados, tratamento e resultados, bem como cópias da documentação entregue ao utente ou enviada a outros médicos ou profissionais de saúde.

Sempre que na cirurgia ou no internamento ocorram situações atípicas tais como, procedimentos associados não previstos inicialmente, terapia antibiótica em situações sem infecção prévia e internamentos significativamente mais prolongados, deve ser efectuado um registo no processo e transitado para o SI, que clarifique a razão destas ocorrências.

Esta secção no processo clínico deve ser repetida todas as vezes que se execute uma intervenção cirúrgica.

### 3.1.3. Secção 3 – Fase de Catamnese

Esta fase decorre, desde o primeiro evento após a alta do último evento crítico até à consulta de síntese e pode ser composta de um ou mais eventos de acordo com o tipo de episódio funcional.

Esta secção deve conter registos de todos os eventos que se sucedem, consultas, MCDT, pensos, tratamentos, o relatório anatomopatológico, se indicado e o relatório de alta.

Nas situações de programas especiais, como o PTCO, nesta fase podem ocorrer vários períodos de encerramento parcelar que poderão corresponder a episódios de facturação parcial.

Para cada período de facturação é necessário o conjunto de procedimentos definidos, de acordo com o programa que está a ser executado.

Após tratamento cirúrgico num HD, o HO deve, após a alta e período normal de recuperação, atendendo à patologia e procedimento, convocar o utente para prosseguir com os tratamentos ou consultas posteriores necessárias num prazo inferior a sessenta dias após o início da catamnese. O episódio é disponibilizado ao HO e este é obrigado a convocar o utente para uma consulta de revisão destinada a:

- Avaliar o utente;
- Concluir sobre a prestação do HD;
- Verificar se há necessidade de outras acções.

Desta consulta deve resultar um relatório que aponte as conclusões sobre os três pontos atrás referenciados e que deve fazer parte do processo clínico.

Função dessa avaliação, o hospital de origem pode encaminhar o utente para o HD para resolução de complicações que tenham sido identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar. Caso o hospital de destino (HD) não resolva atempada e adequadamente as situações identificadas, o HO deve resolver as complicações e cobrar, os serviços disponibilizados, ao HD. Sempre que o HO identifique situações de negligência, má prática, prestações insuficientes, procedimentos desnecessários, incongruências ou insuficiências nos registos é obrigado a participar os casos através de comunicação na rede.

Nesta fase é preenchido o relatório do episódio onde consta, um conjunto de informação/documentos em linguagem clínica sobre as ocorrências durante o período em que o utente está internado, incluindo resultados da anatomia patológica, codificação (folha de codificação), etc., e deve conter a seguinte informação:

- Identificação completa do utente (informação que vem na vinheta do utente, nomeadamente com o nome completo, a identificação do número de processo e número de episódio cirúrgico);
- Identificação da instituição e serviço/UF;
- Data e dados gerais do internamento (data de internamento e alta, proveniência, sala, cama, tipo de admissão);
- Descrição clínica do episódio de internamento;
- Identificação das unidades nosológicas (diagnósticos e procedimentos cirúrgicos, código CID na versão em vigor e lateralidade);
- Complicações do internamento (complicações e Intercorrências durante o internamento, assinalando as não resolvidas e observações);
- Situações particulares dos internamentos (nº de dias ventilado, nº de dias em cuidados intermédios ou intensivos, administração de sangue ou derivados, antibioterapia utilizada);
- Se for recém-nascido indicar peso a nascença, semanas de gestação e índice de Apgar à nascença;
- Destino após altas de internamento ou de ambulatório, transferências entre hospitais, observações, médico responsável e data do registo.

#### **3.1.4. Secção 4 – Fase de Conclusão**

Esta fase corresponde à fase de encerramento do problema clínico identificado.

A conclusão do episódio pode ocorrer após a realização das terapêuticas previstas no HO e concluído o período de catamnese ou em situação de cancelamento do episódio, quer por desistência na indicação quer por transferência da responsabilidade.

Idealmente os registos efectuam-se numa aplicação informática que disponibiliza a informação relevante das unidades nosológicas estabelecidas no âmbito desse episódio.

Na folha de conclusão para além de existir a informação em texto livre, informação parametrizada segundo o SIGLIC, deve constar a tradução do episódio na classificação final em CID na versão em vigor, que é da responsabilidade de um médico codificador que deve estar obrigatoriamente identificado na folha de conclusão.

Na fase de Conclusão os documentos que são obrigatórios existirem no processo (em papel ou microfilmagem), são os que estão de acordo com as boas normas da prática cirúrgica, correspondentes a esta fase, nomeadamente:

- Registos administrativos de todos os encontros oficializados entre utente e instituição;
- Registos das comunicações na rede a propósito do episódio funcional;
- Registo de todos os contactos com o utente, incluindo consultas e MCDT;
- Registos clínicos das consultas, internamentos e outros eventos;
- Relatórios (o de anatomia patológica é obrigatório sempre que efectuado);
- Data de conclusão do episódio funcional;
- Descrição clínica do episódio;
- Diagnóstico (s) definitivo (s) tendo em conta o resultado de exames intra e pós operatórios (descritivo e CID na versão em vigor correspondente)
- Procedimento (s) definitivo (s) relacionados com os respectivos diagnósticos;
- Relatório cirúrgico;
- Tratamento ou exame efectuados após a alta hospitalar;
- Identificação das complicações detectadas durante o pós-operatório e as ainda não resolvidas;
- Identificação das Intercorrências da responsabilidade do hospital não resolvidas;
- Acordos estabelecidos para resolução de complicações ou Intercorrências;
- Identificação das sequelas pós-cirúrgicas;

- Cópia do relatório de alta, nota de alta e conclusão do episódio funcional – enviado ao médico assistente, ou entregue ao utente;
- Notas para o hospital de origem (só no caso de transferências);
- Identificação do médico responsável pela informação à data da conclusão.

Do conjunto destes documentos deve ser elaborado um relatório de conclusão do episódio coerente, contendo todos os elementos relevantes para uma interpretação canal do referido episódio.

## 4. Legislação aplicável aos registos clínicos

A legislação aplicável encontra-se contida nos documentos a seguir elencados.

- Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro – Lei da Protecção de Dados Pessoais. Transpõe para a ordem jurídica portuguesa a directiva 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados.
- Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro – Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde. Estabelece o regime jurídico da informação de saúde.
- Lei n.º 46/2007 de 24 de Agosto – Acesso aos documentos administrativos e sua reutilização. Regula o acesso aos documentos administrativos e a sua reutilização, revoga a Lei n.º 65/93, de 26 de Agosto, com a redacção introduzida pelas Lei n.º s 8/95, de 29 de Março, e 94/99, de 16 de Julho, e transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2003/98/CE, do Parlamento e do Conselho, de 17 de Novembro, relativa à reutilização de informações do sector público.
- Portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro.

### 4.1. Propriedade dos Dados

Da legislação vigente, entende-se ser o Cidadão o proprietário da sua informação de saúde (materializada no respectivo “Processo Clínico”), sendo as instituições de saúde meramente as “fiéis depositários” dessa informação.

### 4.2. Utentes menores e interditos

Todos os direitos de propriedade de um cidadão são do mesmo. Contudo, até que um cidadão não atinja a maioridade, o exercício dos direitos, de propriedade e outros, está cometido aos pais ou às pessoas legalmente responsáveis pelo cidadão. No caso de o cidadão ser interdito é o tutor o seu representante legal.

## 4.3. Acesso aos Dados

### 4.3.1. Acesso por parte do utente / cidadão

Da análise realizada às leis supra referidas verifica-se uma alteração do fundamento legal na Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto, no que concerne ao acesso a dados por parte do utente em instituições públicas, o qual passa a ser possível sem a necessidade de mediação de um médico.

De acordo com o art.º 4.º da Lei n.º 46/2007 data de 24 de Agosto, o acesso a dados do processo clínico, sem necessidade de mediação de um médico apenas é permitido, em instituições pública ou que respeitem o n.º 2 desse mesmo artigo. Assim sendo, o acesso aos dados numa entidade privada necessita da mediação de um médico.

### 4.3.2. Acesso por parte dos profissionais de saúde

Os diferentes profissionais de saúde que com o cidadão interagem têm o direito de acesso à informação que produzem. Para acederem à informação produzida por outros, devem obter autorização por parte do cidadão.

A prestação de cuidados de saúde é um trabalho de equipa, em que todos os elementos (profissionais de saúde) produzem informação que deve ser registada e partilhada através do acesso ao registo de saúde. Por outro lado, verificam-se diferenças nos direitos que cada perfil profissional (médico, enfermeiro, etc.) tem no acesso aos dados clínicos.

### 4.3.3. Acesso por terceiros

As seguradoras e/ou entidade responsável solicitam informação de saúde às unidades prestadoras de cuidados de saúde normalmente para avaliar o grau de sinistro. O decreto n.º 360/71, de 21 de Agosto e a lei n.º 143/99, de 30 de Abril encerram princípios para assegurar um tratamento eficaz (é necessário disponibilizar documentação clínica e MCDT) das vítimas de acidentes. A informação de saúde é trocada entre estas entidades através de um profissional de saúde mediador que tem por base o código deontológico e o sigilo médico.

Os tribunais terão também acesso à informação de saúde de que necessitam, pois o art.º 33.º do DL 143/99 explicita o “Dever de Colaboração”, para efeitos de exame médico em processos de acidente de trabalho.

## 5. Episódio de Cirurgia

O episódio cirúrgico é o evento que decorre numa sala de Bloco Operatório (BO) onde ocorram um ou mais procedimentos cirúrgicos, simultâneos ou sequenciais, num determinado período de tempo em que o utente permanece anestesiado e presente nas instalações do BO, sob a alçada do cirurgião responsável por estes procedimentos.

Com esta definição fica estabelecido que vários procedimentos durante um mesmo período anestésico, sem que o utente tenha abandonado as instalações do BO, constituem só um episódio de cirurgia.

Assim, na situação de um utente que já tenha saído do bloco e tenha de retornar para ser reintervencionado, deve constituir um novo episódio cirúrgico.

Na situação, em que para a resolução de dois ou mais problemas (com duas ou mais propostas), duas ou mais equipas cirúrgicas diferentes realizem simultaneamente ou sequencialmente duas ou mais intervenções no mesmo tempo anestésico, deve ser contabilizado e registado apenas um episódio cirúrgico, sendo o problema mais relevante identificado como principal e os outros como secundários.

O cirurgião responsável pelo problema mais relevante é considerado chefe de equipa.

A responsabilidade da cirurgia deve ser sempre atribuída a um especialista que se designará de chefe de equipa ainda que possa ser primariamente conduzida por um interno em estreita colaboração com o especialista. Designa-se por primeiro cirurgião o que conduz a cirurgia que no caso de ser interno não coincide com o chefe de equipa, sendo que sempre que o primeiro cirurgião for especialista será este necessariamente o chefe de equipa.

A cirurgia é sempre registada associada ao serviço/unidade funcional que detinha a proposta correspondente ao problema identificado como principal à data da cirurgia.

As propostas cujos problemas tenham sido resolvidos no âmbito de um episódio cirúrgico e consideradas como secundárias devem ser canceladas com o motivo: **“Operado no âmbito de outro episódio programado no HO”**.



## 6. Internamentos com mais que um episódio funcional

### Um internamento pode incluir vários episódios cirúrgicos

Um internamento pode incorporar mais do que um episódio funcional, se no mesmo forem resolvidos dois ou mais problemas, em tempos operatórios distintos, não contíguos, desde que para as quais existissem propostas. Se num evento cirúrgico único se resolverem duas ou mais propostas cirúrgicas, um dos episódios será cancelado com o motivo – *“Operado no âmbito de outro episódio programado no HO”* e no outro é registada a cirurgia e concluído. Se a cirurgia associada a uma proposta não resolver parte das necessidades e estas mantiverem a sua pertinência, é sem mais formalismos elaborada nova proposta, com a data inicial de inclusão, para que se possa concluir o plano de cuidados previsto.

### Vários internamentos podem fazer parte do mesmo episódio cirúrgico

Tal ocorre sempre que no âmbito dum conjunto de problemas identificados num mesmo plano de cuidados (proposta) existam outros internamentos para além do que inclui a realização da cirurgia proposta.

## 7. Conclusão

O episódio funcional corresponde a um conjunto coerente de eventos, definido num plano de cuidados e circunstanciado num período de tempo, da responsabilidade de um só serviço/unidade funcional.

A um problema identificado pelo médico e pelo utente, correspondendo a um período temporal e contendo todos os acontecimentos e informações relativos ao problema identificado aquando da referenciação inicial para o hospital e para o qual se efectuou um plano de cuidados com prestação de serviços que visou resolver o problema.

Não se confunde pois com o episódio de internamento e inclui todos os eventos e documentos associados ao episódio funcional nomeadamente, consultas, contactos efectuados, consentimento informado, MCDT, e cirurgias (efectuadas em ambulatório ou internamento).

Os registos necessários são apenas os que estão associados às boas práticas clínicas, não sendo necessário proceder a registos que não estejam contidos nestas boas práticas (por imperativos legais, todos os registos deverão ser guardados em formato de papel ou microfilmagem).

A classificação a efectuar, no relatório de conclusão é obrigatoriamente efectuada por um médico codificador, no impresso do plano de cuidados e no impresso de registo cirúrgico deverá ter a supervisão deste, tem como objectivo a tradução da linguagem clínica numa forma codificada que permita o seu tratamento informático para efeitos de actividades quer administrativas, quer clínicas, quer de procedimentos relacionados com o financiamento e é da responsabilidade da instituição hospitalar.

## 8. Bibliografia

- Markwell D. Computerised records in general practice: Guidelines for Good Practice. NHS-E, March 1995
- Hayes G. Archiving and deleting patients' electronic medical records. In Teasdale S (ed.). Proceedings of the PHCSG Annual Conference 1996, PHCSG, Worcester, 1996:
- Weed LL Medical records, medical education and patient care. Press of the Case Western Reserve University, 1969
- Rector AL, Nowlan WA, Kay S. Foundations for an Electronic Medical Record. Methods Inf. Med 1991; 30:179-86
- Warner H, Manson, C, Livingstone, J, Bray, B. Enroute toward a computer based patient record. The ACIS Project. SCAMC 1995:152-156
- Cousins S, Kahn M. The visual display of temporal information. AI in Medicine 3; 1991:341-357
- The Association of Surgeons of Great Britain and Ireland, The British Association of Paediatric Surgeons, The British Association of Plastic Surgeons, The British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, The British Association of Otorhinolaryngologists – Head and Neck Surgeons, The British Association of Urological Surgeons, The British Orthopaedic Association The Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow, The Royal College of Surgeons in Ireland, The Royal College of Surgeons of Edinburgh, The Society of British Neurological Surgeons, The Society of Cardiothoracic Surgeons of Great Britain and Ireland, Good Surgical Practice. Published by The Royal College of Surgeons of England, 2008
- Good Practice of anaesthesia. A guide for departments of anaesthesia, critical care and pain management. Royal College Anaesthesia, 2006
- Klein R. The state of the profession: the politics of the double bed. BMJ 1990; 301:700–702.
- Lock S. Regulating doctors. BMJ 1989; 299:137–138.
- Good Medical Practice. GMC, London 2006.
- Core Values Conference. Core values for the medical profession in the 21st century. BMA, London 1995.
- Performance Procedures. GMC, London 1997.
- Maintaining Good Medical Practice. GMC, London 1998.
- The National Clinical Assessment Authority, London 2001
- The National Patient Safety Agency (Establishment and Constitution) Order. Statutory Instrument No: 1743, London 2001.
- Irvine D. The performance of doctors II: Maintaining good practice, protecting patients from poor performance. BMJ 1997; 314:1613–1615.
- National Health Service (Clinical Negligence Scheme) Regulations. CNST 1996.

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Third edition. OUP, Oxford 1989.
- Smith R. Medicine's core values. BMJ 1994; 309:1247–1248.
- Seeking patients' consent: the ethical considerations. GMC, London 1998.
- Confidentiality: Protecting and Providing Information. GMC, London 2000.
- Research: The role and responsibilities of doctors. GMC, London 2002.
- Principles for Best Practice in Clinical Audit. NPSA, Radcliffe Medical Press 2002
- Raising the Standard: A compendium of audit recipes for continuous quality improvement in anaesthesia. Second edition. RCoA, London 2006.
- Kumar V. An analysis of critical incidents in a teaching department for quality assurance: a survey of mishaps during anaesthesia. Anaesthesia 1988; 33:879–883.
- A Practical Handbook for Improving Clinical Audit – NHS Clinical Governance Support Team, March 2005.
- Comprehensive Critical Care planning and managing critical care capacities. DH, London 2000.
- Standard of Records. The King's Fund Organisation Audit. 2008
- New guidelines for anaesthetic records. RCoA Newsletter 1996; 27:8–9.
- Recommendations for Standards of Monitoring during Anaesthesia and Recovery. AAGBI, London 2000.
- Maintaining High Professional Standards in the Modern NHS. DH, 2005.
- Achieving Improvements through Clinical Governance: a progress report on implementation by NHS Trusts. The National Audit Office. The Stationery Office, London 2003.
- Supporting Doctors, Protecting Patients. Consultation Paper on recognising and dealing with poor clinical performance of doctors in the NHS in England. DH, London 2000.
- Assuring the Quality of Medical Practice: Implementing Supporting Doctors, Protecting Patients. DH, London 2001.
- Referring a doctor to the GMC: a guide for individual doctors, medical directors and clinical governance managers. GMC, London 2004.