

CHECK LIST - AUDITORIA COMISSÃO DE PRONTUÁRIO





	AVALIAÇÃO: PRONTUÁRIO DO PACIENTE Data da elaboração: 30/08/2022					
Setor de saída: Mês avaliado: Atendimento:						
Nome con	npleto do paciente:					
ITEM	GRUPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	CINA	NÃO	N/		
1.1	Nome completo e legível	SIIVI	IVAC	INF		
1.2	Data de nascimento			+		
1.3	Sexo			 		
1.4	№ do Atendimento			\dagger		
1.5	Nome completo da mãe			\top		
1.6	Endereço completo (nome da via pública, nº, complemento, bairro/distrito, telefone, municipio,			t		
SUBTOTAL						
ITEM	GRUPO 2 - DOCUMENTOS DA ADMISSÃO	SIM	NÃO	NA		
2.1	Ficha de Internação					
2.2	Boletim de ocorrência (SAMU)			T		
2.3	Vigilância Ativa de Microrganismo Multirresistentes (quando houver)			T		
2.4	Guia de Referência e Contra Referência (quando houver)					
2.5	Termo de Consentimento de Internação			T		
SUBTOTAL						
ITEM	GRUPO 3 - DOCUMENTOS CENTRO CIRÚRGICO	SIM	NÃO	NA		
3.1	Aviso de cirurgia			T		
3.2	Ficha de pré-anestesico					
3.3	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Anestesia			1		
3.4	Termo de Consentimento Cirúrgico			T		
3.5	Termo de amputação (quando necessário)			1		
3.6	Ficha de descrição do ato cirurgico					
3.7	Folha de anestesia			†		
3.8	Checklist do carroi anestésico (aparelho de anestesia)			1		
3.9	Imagem do arco (pós-cirúrgico) RX					
3.10	Controle de utilização de material esterelizado					
3.11	Folha de débito do procedimento - Farmácia					
3.12	SAEP Peri-operatória					
3.13	Formulário Cirurgia Segura (checklist pré-operatório)					
3.14	Termo de Transferência do Centro Cirúrgico					
3.15	Checklist de OPME			1		
3.16	Nota fiscal de OPME					
SUBTOTAL						
ITEM	GRUPO 4 - EVOLUÇÃO MÉDICAS (ORDEM DECRESCENTE)	SIM	NÃO	NA		
4.1	Hipóteses diagnósticas					
4.2	Diagnóstico Médico definitivo					
4.3	Evolução médica diária					
4.4	Exame físico - Médico					
4.5	Prescrição médica diária					
4.6	Checagem das Prescrições Médica					
4.7	Conduta e tratamento efetuado					
4.8	Pareceres (respondidos dentro do sistema MV. Impresso o pedido e a resposta)					
	Carimbo e assinatura do profissional que o realizou e/ou nome completo com a função e o					
4.9	Conselho de Classe					
SUBTOTAL						



CHECK LIST - AUDITORIA COMISSÃO DE PRONTUÁRIO





ITEM	GRUPO 5 - ENFERMAGEM (ordem decrescente)	SIM	NÃO	NA
5.1	Histórico de Enfermagem			
5.2	Exame físico - Enfermagem			
5.3	Prescrição de Enfermagem diária			
5.4	Checagem das Prescrições de Enfermagem			
5.5	Diagnóstico de Enfermagem			
5.6	Termo de Transferência entre Unidades (quando houver)			
5.7	SAE (Sistematização Assistêncial de Enfermagem			
5.8	Evolução de Enfermagem diária			
5.9	Prescrição dos procedimentos de enfermagem			
5.10	Relatório diário (anotação) da equipe de Enfermagem (Sinais Vitais)			
5.11	Balanço hídrico - UTI e Sala de Estabilização			
5.12	Rasuras (sujidade, corretivo, sujidade)			
5.13	Carimbo e assinatura do profissional que o realizou e/ou nome completo com a função e o			
ITEM	GRUPO 6 - EXAME DE IMAGEM	SIM	NÃO	NA
6.1	Tomografia, Eco Cardiograma, Eco Dopller, Ultra Sonografia			
SUBTOTAL				
ITEM	GRUPO 7 - OUTROS	SIM	NÃO	NA
7.1	Guia de Referência e Contra Referência			
7.2	Informe de Alta Médica			
7.3	Declaração de óbito (via de cor rosa)			
SUBTOTAL				
	OBSERVAÇÕES			
	Assimatown a sanitushum da waxaya ()			
	Assinatura e carimbro do responsável			
			.HABF	UE C
		Г	····ADE	.000