



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Emissão:29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

<b>1. SUMÁRIO</b>	
<b>2. SIGLAS E CONCEITOS .....</b>	<b>2</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>3</b>
<b>4. JUSTIFICATIVAS .....</b>	<b>3</b>
<b>5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES .....</b>	<b>3</b>
<b>7. ABRANGÊNCIA .....</b>	<b>4</b>
<b>8. INTERVENÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>8.1 Identificar os pacientes .....</b>	<b>4</b>
<b>8.2 Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador .....</b>	<b>5</b>
<b>8.3 Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado .....</b>	<b>5</b>
<b>9. IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES POPULAÇÃO LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT).....</b>	<b>5</b>
<b>10. PROCEDIMENTO OPERACIONAL HU-UFJF UNIDADE SANTA CATARINA.....</b>	<b>7</b>
<b>10.1. Pacientes cirúrgicos .....</b>	<b>8</b>
<b>10.2 Identificação de cabeceira.....</b>	<b>9</b>
<b>10.3 Soluções endovenosas e dietas de infusão contínua .....</b>	<b>9</b>
<b>10.4 Impressos de controle de sinais vitais, prescrições médicas e de enfermagem/impressos do prontuário.....</b>	<b>9</b>
<b>10.5 Homônimos.....</b>	<b>9</b>
<b>10.6 Procedimento Operacional HU-UFJF Unidade Dom Bosco .....</b>	<b>10</b>
<b>10.6.1 Pacientes ambulatoriais .....</b>	<b>10</b>
<b>10.6.2 Pacientes em Terapia Renal Substitutiva.....</b>	<b>10</b>
<b>10.6.3 Pacientes cirúrgicos.....</b>	<b>10</b>
<b>11. FLUXOGRAMA.....</b>	<b>9</b>
<b>12. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES .....</b>	<b>11</b>
<b>13. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>12</b>
<b>14. HISTÓRICO DE REVISÃO.....</b>	<b>13</b>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Emissão:29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

## 2. SIGLAS E CONCEITOS

**AGHU:** Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

**ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**CAPS:** Centros de Atenção Psicossocial

**CC:** Centro Cirúrgico

**EBSERH:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**EA:** Evento adverso

**GERENCIAMENTO DE RISCO:** aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de risco.

**HU:** Hospital Universitário

**INCIDENTE:** Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

**INDICADOR:** É um parâmetro, ou valor derivado de parâmetros, que indica, fornece informações ou descreve o estado de um fenômeno, com maior significado que aquele apenas relacionado diretamente ao seu valor quantitativo.

**LGBT-** Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero.

**MSD-** Membro Superior Direito.

**NEVER EVENTS:** evento adverso que nunca deveria ocorrer em uma unidade de saúde.

**NIR-** Núcleo Interno de Regulação.

**NOTIVISA:** Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária. Sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa para receber notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária.

**NQH:** Núcleo de Gestão da Qualidade.

**PROTOCOLOS:** Registros que devem ser adotados e seguidos nas unidades de saúde.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Emissão:29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

**UFJF-** Universidade Federal de Juiz de Fora.

**UGQSP:** Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente.

**VIGIHOSP-** Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares

### 3. OBJETIVOS

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

### 4. JUSTIFICATIVAS

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

### 5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

O protocolo de identificação segura se aplicará a todos os usuários/pacientes que serão submetidos a procedimentos e cuidados no HU-UFJF/Ebserh.

Não há critério de exclusão para aplicação desse protocolo.

### 6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Profissionais envolvidos: toda a equipe multiprofissional.

Aos profissionais do Núcleo Interno de Regulação (NIR) compete:

- Receber o paciente/usuário no ato da admissão no HU-UFJF/Ebserh conferindo os documentos de identificação e as demais informações necessárias;
- Proceder o registro do paciente no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) e a abertura do prontuário;
- Confeccionar a pulseira de identificação e colocá-la no membro superior direito (MSD) do paciente/usuário, orientando-o sobre o objetivo da pulseira de identificação e a

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Emissão:29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

importância do uso da mesma durante todo o período de internação e/ou estadia no Hospital para tratamento e/ou atendimento;

- Orientar ao paciente/usuário e seu acompanhante/responsável sobre a importância de sempre solicitar a confirmação de sua identificação antes de qualquer procedimento ou conduta.

Aos profissionais da Equipe multiprofissional:

- Ao receber o paciente/usuário, conferir as informações impressas na pulseira de identificação, confirmando verbalmente as informações com o paciente/usuário e/ou seu acompanhante/responsável legal;
- Solicitar ao paciente/usuário e/ou seu acompanhante/responsável legal que verbalize as informações impressas na pulseira;
- Antes da realização de qualquer procedimento e/ou cuidados prestados confirmar verbalmente a correta identificação do paciente;
- Garantir a manutenção da pulseira de identificação correta e legível no MSD do paciente (caso seja não seja possível a manutenção da pulseira no MSD, a mesma poderá ser colocada em outro membro);
- Providenciar sempre que necessário a troca da pulseira de identificação, solicitando a pulseira nova ao NIR.

## 7. ABRANGÊNCIA

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/Ebserh), unidades de internação, assistência, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em que sejam realizados procedimentos (terapêutico, de reabilitação ou diagnóstico).

## 8. INTERVENÇÃO

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

### 8.1 Identificar os pacientes

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores (nome completo e número do prontuário do paciente) em pulseira branca padronizada, colocada em um membro do paciente (preferencialmente o MSD) para que seja conferido antes do cuidado.

O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente, preferencialmente o MSD. O local escolhido para o adulto é o punho, mas, para recém-nascidos e crianças, a pulseira deve ser colocada preferencialmente no tornozelo. Nos casos em que não haverá possibilidade do uso em membros superiores, indicar o uso em membros inferiores.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Emissão:29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

## 8.2 Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador

Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos dois identificadores da pulseira (nome completo e número do prontuário do paciente) e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado ofertado.

## 8.3 Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado/assistência prestado. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

### **IMPORTANTE:**

- **PEÇA** ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento.
- **SEMPRE** verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo.
- **CHEQUE** se a impressão ou registro na pulseira de identificação encontra-se legível.
- **LEMBRAR** que deve constar na pulseira de identificação o nome completo do paciente sem abreviaturas.
- **NUNCA** pergunte ao paciente “Você é o Sr. fulano?”, porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.
- **NUNCA**, suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.
- **NUNCA** utilize o número do quarto/enfermaria/leito do paciente como fonte de identificação, em função do risco de trocas no decorrer da estadia do paciente no período de hospitalização/ atendimento.

## 9. IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES POPULAÇÃO LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT)

Promover o respeito e atenção integral à população Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) por meio da utilização do nome social precedendo o nome civil em todos os registros do paciente: prontuários, boletim de identificação, pulseira de identificação, evolução do paciente, entre todos os documentos e impressos do paciente durante a assistência.

- Identidade de gênero é a expressão de uma identidade construída a partir de como a pessoa se reconhece e/ou se apresenta, que pode corresponder ou não ao seu corpo biológico.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Emissão:29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

- Orientação sexual é a capacidade de ter, sentir ou desenvolver atração e/ou relação emocional, afetiva ou sexual por outra (s) pessoa (s). A orientação sexual pode ser: Heterossexual: pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas do sexo oposto. Homossexual: pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas do mesmo sexo. Mulheres homossexuais são chamadas de lésbicas. Homens homossexuais são chamados de gays. Bissexual: pessoa que sente atração e/ou se relaciona com pessoas de ambos os sexos.

- Transexuais é o termo utilizado para designar mulheres transexuais e homens transexuais. Mulheres transexuais: são mulheres que não se identificam com seus genitais biológicos masculinos, nem com suas atribuições socioculturais e, em alguns casos, podem, através de modificações corporais (hormonioterapia e/ou cirurgia de redesignação sexual), exercer sua identidade de gênero feminina de acordo com seu bem estar biopsicossocial. Identificam-se como mulheres (identidade de gênero) e podem ser heterossexuais, homossexuais e bissexuais (orientação sexual). Homens trans: são homens que não se identificam com seus genitais biológicos femininos, nem com suas atribuições socioculturais e, em alguns casos podem, através de modificações corporais (hormonioterapia e/ou cirurgia de redesignação sexual), exercer sua identidade de gênero masculina de acordo com seu bem estar biopsicossocial. Identificam-se como homens (identidade de gênero) e podem ser heterossexuais, homossexuais e bissexuais (orientação sexual).

- A travesti se relaciona com o mundo no gênero feminino, no que diz respeito às aparências e formas assumidas por meio do uso de hormônios feminilizantes e/ou aplicações de silicone, tendo como característica marcante a mistura das características femininas e masculinas em um mesmo corpo. Identificam-se como travestis e reivindicam a legitimidade de sua identidade para além dos parâmetros binários do masculino ou do feminino.

#### **Observação:**

1. A identidade de gênero, em suas diferentes expressões, pode ou não envolver modificação da aparência e/ou do corpo.
2. A identidade de gênero não deve ser confundida com orientação sexual. Enquanto identidade de gênero se refere a como a pessoa se identifica (masculino e/ou feminino), a orientação sexual está ligada à como a pessoa se relaciona sexual e afetivamente. Mulheres transexuais e homens trans podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. [
3. Profissional de Saúde, a identidade de gênero e a orientação sexual são autodeclaradas. Na dúvida, pergunte como ela ou ele se vê e se relaciona com o mundo.

#### **Orientações:**

1. Incluir espaço específico para preenchimento do nome social e assegurar que ele fique em destaque em relação ao nome civil no sistema eletrônico, nos prontuários, exames e demais documentos da unidade de saúde.
2. Em caso de internação hospitalar, a (o) travesti ou transexual, a seu pedido ou de sua família e/ou companheiro (a), ficará na enfermaria correspondente ao sexo com o qual se identifica socialmente, compatível com a sua identidade de gênero, e que possam frequentar o banheiro indicado para o gênero com qual se identifica, independentemente do nome que conste no Registro Civil.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Emissão: 29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

## 10. PROCEDIMENTO OPERACIONAL HU-UFJF UNIDADE SANTA CATARINA

- A identificação do paciente deverá ser realizada no ato de sua admissão no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) através de uma pulseira de identificação e esta deverá permanecer em uso, durante todo o tempo que o paciente estiver submetido aos cuidados na instituição.
- Deverá constar na pulseira como identificadores: nome completo do paciente e número do prontuário do paciente.
- No ato da admissão, o profissional responsável pelo NIR deverá colocar a pulseira de identificação no punho direito do paciente, explicando tanto ao paciente quanto ao seu acompanhante os propósitos do procedimento de identificação e que a conferência da identificação deverá ser **obrigatória** antes de qualquer cuidado/procedimento prestado durante sua internação.
- Caso haja algum impedimento para se colocar a pulseira no punho direito, esta deverá ser colocada no punho esquerdo. Se ambos os punhos não estiverem disponíveis para a colocação da pulseira de identificação esta deverá ser colocada no tornozelo direito, e caso o tornozelo direito também esteja sem condições de colocação da pulseira, a mesma deverá ser colocada no tornozelo esquerdo.
- Os pacientes hospitalizados na Pediatria e na Unidade de Terapia Intensiva poderão fazer uso da pulseira de identificação no tornozelo direito caso o enfermeiro responsável pelo setor, após avaliação do paciente, julgue ser este o local mais adequado.
- **CASOS ESPECIAIS:** Pacientes que não podem utilizar as pulseiras de identificação em qualquer um dos membros especificados (grandes queimados, mutilados, politraumatizados, em anasarca e alérgicos ao material de confecção da pulseira) será definido no ato de sua avaliação/admissão o melhor lugar para que seja colocada a identificação. Estes pacientes poderão ser identificados apenas com a Etiqueta de Identificação de Cabeceira de Leito.
- O paciente e seu acompanhante devem ser orientados pelo profissional do NIR, a não retirar a pulseira e em caso de retirada ou perda acidental comunicar imediatamente ao serviço de enfermagem do setor onde estiver internado, para que seja providenciada outra pulseira de identificação ao NIR. Esta solicitação deverá ser imediata.
- O profissional de enfermagem responsável pelo recebimento do paciente no setor de internação deverá conferir os dados de identificação do paciente na pulseira de identificação, confirmando-os junto ao paciente, seu acompanhante e o prontuário. Caso seja encontrada divergência nos dados de identificação, ou a falta destes, o profissional de enfermagem deverá comunicar imediatamente ao profissional do NIR para que a devida correção seja feita.
- Compete também aos profissionais de enfermagem reforçar junto ao paciente e seu acompanhante o uso contínuo da pulseira de identificação e os objetivos da mesma (garantir a identificação correta, a manutenção da qualidade da assistência e a prevenção de incidentes relacionados a erros de identificação).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Emissão: 29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

- Todos os profissionais da equipe multiprofissional que prestarem cuidados ao paciente deverão antes de iniciar o cuidado (qualquer que seja), solicitar ao paciente ou seu acompanhante que informe seus dados de identificação. Caberá ao profissional checar se as informações são exatas com os dados da pulseira de identificação.
- Caso o paciente não esteja em condições de informar seus dados de identificação e não esteja acompanhado por um responsável legal, caberá ao profissional responsável pelo cuidado a ser prestado, confirmar tais dados junto ao prontuário do paciente.
- Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.
- A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter sua segurança.
- A pulseira de identificação só deverá ser removida do braço do paciente, pela equipe de enfermagem, após a alta do paciente e no momento de sua saída da unidade hospitalar.
- A pulseira deverá ser retirada, utilizando tesoura com ponta arredondada. Evitar rasgá-la ou utilizar lâminas de bisturi e similares.
- A pulseira danificada deverá ser substituída por outra, imediatamente. Não a reutilizar, nem fixá-la com fita adesiva. Deverá ser picotada e desprezada no lixo.
- Os pacientes que evoluírem a óbito deverão ser encaminhados para a capela mortuária portando a pulseira de identificação a fim de que seja evitado o risco de troca de corpos.

### 10.1. Pacientes cirúrgicos

Antes de iniciar um procedimento cirúrgico a equipe cirúrgica (enfermagem, cirurgião e anestesiologista) deverá conduzir de forma eficiente o checklist de cirurgia segura, confirmando inclusive a identificação correta do paciente.

Caso a pulseira de identificação necessite ser retirada (ex: eleição de um novo acesso venoso pelo anestesiologista) deverá ser providenciada a substituição imediata por outra pulseira de identificação ainda dentro da sala.

No HU-UFJF Unidade Dom Bosco, o paciente que após a cirurgia for encaminhado ao Hospital Dia deverá permanecer com a pulseira de identificação até o momento de sua alta. Aos pacientes que após o procedimento cirúrgico forem encaminhados para hospitalização no HU-UFJF Unidade Santa Catarina, a pulseira de identificação NÃO deverá ser retirada, devendo permanecer em uso até o momento da alta hospitalar, quando esta ocorrer.

Caberá a enfermagem do bloco cirúrgico a responsabilidade pela manutenção da pulseira de identificação no paciente durante sua estadia no Centro Cirúrgico, não podendo o mesmo sair do bloco cirúrgico sem a pulseira de identificação.



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Emissão:29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

## 10.2 Identificação de cabeceira

Será adotado no HU-UFJF/EBSERH o modelo de identificação de cabeceira como um dos instrumentos de identificação, além da pulseira de identificação. Este documento deverá ser utilizado em todas as unidades de internação, Unidade de Terapia Intensiva, Bloco Cirúrgico e Hospital Dia.

A identificação de cabeceira deverá ser preenchida digitalmente por qualquer um dos membros da equipe assistencial e os dados devem ser confirmados com paciente e/ou seu acompanhante sempre que possível.

Constará neste documento o nome completo do paciente sem abreviaturas, o número do Prontuário, a data de nascimento, a especialidade para qual o paciente/cliente está sendo hospitalizado e a data de admissão no HU-UFJF/EBSERH.

Na pediatria o item especialidade será substituído pelo nome da mãe da criança.

No Bloco Cirúrgico a identificação de cabeceira constará dos seguintes itens: nome completo do paciente, número do prontuário, data de nascimento, descrição do procedimento proposto e do tipo de anestesia, data e horário de admissão no Centro Cirúrgico. A identificação de cabeceira deverá permanecer fixada na porta da sala cirúrgica durante o procedimento cirúrgico e posteriormente deverá ser colocada sobre a cabeceira do leito na sala de Recuperação Pós Anestésica.

## 10.3 Soluções endovenosas e dietas de infusão contínua

Antes da administração deverá ser preenchido o formulário padronizado (RÓTULO DE SORO) que deverá conter todas as informações SEM abreviaturas (nome completo do paciente, nome da solução, data e hora da administração e assinatura do profissional responsável pela administração) sendo colado junto a solução. Caso o nome completo do paciente seja muito extenso, abreviar somente os sobrenomes intermediários.

## 10.4 Impressos de controle de sinais vitais, prescrições médicas e de enfermagem/impressos do prontuário

Deverá ser preenchido todo o cabeçalho do documento com o nome completo do paciente sem abreviações, número do leito e do prontuário. Nas evoluções deverá constar data, assinatura e carimbo do profissional responsável.

## 10.5 Homônimos

No ato da admissão de pacientes homônimos, com nomes parecidos e com grafia semelhantes, o profissional de enfermagem deverá colocar UMA OBSERVAÇÃO em quadro branco de aviso no posto de enfermagem, com a descrição desses casos, a fim de evitar erros. Toda a equipe deverá ser orientada.

Caberá ao Enfermeiro responsável pelo setor, programar estratégias de barreiras que minimizem as chances de erros na prestação de cuidados a estes pacientes, a citar: realocar os

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Emissão: 29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

pacientes para quartos/enfermaria diferentes, dimensionar profissionais de enfermagem distintos para tais pacientes, entre outras ações.

Homônimos: (ex: João da Silva Oliveira e João Silva Oliveira)

Nomes Parecidos: (Exemplo: Maria José Vieira e Maria José Oliveira)

Nomes com Grafia Parecida: (Exemplo: Maria e Márcia)

### **10.6 Procedimento Operacional HU-UFJF Unidade Dom Bosco**

O HU UFJF Unidade Dom Bosco é uma unidade do Hospital Universitário destinada aos atendimentos ambulatoriais e procedimentos cirúrgicos de pequena e média complexidade. Essa unidade também funciona o setor de Terapia Renal Substitutiva, a Central de Material Esterilizado, o Hospital Dia e os Serviços de Apoio Terapêutico e de Diagnóstico.

Neste sentido, considerando a alta rotatividade de pacientes/clientes, os critérios de aplicações do Protocolo de Identificação do Paciente na Unidade Dom Bosco seguirão um fluxo próprio diferenciando-se do adotado na Unidade Santa Catarina, descrito a seguir.

#### **10.6.1 Pacientes ambulatoriais**

Os pacientes que estiverem agendados para procedimentos ambulatoriais (consultas, exames e terapias de reabilitação) serão identificados no ato de sua chegada e credenciamento na unidade pelo profissional assistente administrativo que o atender. Essa identificação ocorrerá através da colocação de uma etiqueta de identificação que deverá ser colada em sua roupa, na altura do tórax, preferencialmente à esquerda. Deverão constar nessa etiqueta o nome completo do paciente, sua data de nascimento e o número de seu prontuário. O uso da etiqueta de identificação será obrigatório durante todo o tempo de permanência do paciente na Unidade hospitalar.

#### **10.6.2 Pacientes em Terapia Renal Substitutiva**

Os pacientes que serão submetidos ao tratamento de hemodiálise serão identificados através de um crachá de identificação que será entregue a estes antes de entrarem para a sala de hemodiálise. Deverão constar nesse crachá o nome do paciente, sua data de nascimento, o número do seu prontuário e se possível uma foto três por quatro. O crachá será distribuído por um profissional assistente administrativo lotado na secretaria da hemodiálise. Ao final da sessão o crachá deverá ser devolvido e guardado na secretaria da hemodiálise para uso na próxima sessão. O uso do crachá será obrigatório durante toda a sessão de hemodiálise.

#### **10.6.3 Pacientes cirúrgicos**

Antes de iniciar um procedimento cirúrgico a equipe cirúrgica (enfermagem, cirurgião e anestesiolegista) deverá conduzir de forma eficiente o checklist de cirurgia segura, confirmando inclusive a identificação correta do paciente.

Caso a pulseira de identificação necessite ser retirada (ex: eleição de um novo acesso venoso pelo anestesiolegista) deverá ser providenciada a substituição imediata por outra pulseira de identificação ainda dentro da sala.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Emissão:29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

No HU-UFJF Unidade Dom Bosco, o paciente que após a cirurgia for encaminhado ao Hospital Dia deverá permanecer com a pulseira de identificação até o momento de sua alta. Aos pacientes que após o procedimento cirúrgico forem encaminhados para hospitalização no HU-UFJF Unidade Santa Catarina, a pulseira de identificação NÃO deverá ser retirada, devendo permanecer em uso até o momento da alta hospitalar, quando esta ocorrer.

Caberá a enfermagem do bloco cirúrgico a responsabilidade pela manutenção da pulseira de identificação no paciente durante sua estadia no Centro Cirúrgico, não podendo o mesmo sair do bloco cirúrgico sem a pulseira de identificação.

## 11. FLUXOGRAMA

Em anexo.

## 12. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

Todos os incidentes envolvendo a falta de identificação dos pacientes devem ser notificados no sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (VIGIHOSP). Ocorrerá busca ativa para avaliação da aplicabilidade do protocolo, para que possam ser identificados fatores contribuintes, bem como planejadas ações juntamente com a equipe, para a redução da ocorrência dos mesmos.

### Legenda: $\Sigma$ (leia-se SOMATÓRIO)

- Percentual de prontuários corretamente identificados

Método de cálculo:  $\Sigma$  de prontuários corretamente identificados /  $\Sigma$  de pacientes avaliados X 100

- Percentual de identificação de cabeceira de leito corretamente preenchidas com os dados de identificação do paciente

Método de cálculo:  $\Sigma$  de identificação de cabeceira de leito preenchida corretamente /  $\Sigma$  de pacientes avaliados X 100

- Percentual de pacientes corretamente identificados através da pulseira de identificação

Método de cálculo:  $\Sigma$  de pacientes corretamente identificados através da pulseira /  $\Sigma$  de pacientes avaliados X 100

- Percentual de prescrições médicas preenchidas corretamente com os dados de identificação do paciente

Método de cálculo:  $\Sigma$  de prescrições médicas corretamente identificadas /  $\Sigma$  de pacientes avaliados X 100

- Percentual de impressos de evolução de enfermagem corretamente identificados com os dados de identificação do paciente

Método de cálculo:  $\Sigma$  de impressos de enfermagem corretamente identificados /  $\Sigma$  de pacientes avaliados X 100

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	IDENTIFICAÇÃO SEGURA	Emissão:29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

- Percentual de impressos de Follow-Up corretamente identificados com os dados de identificação do paciente

Método de cálculo:  $\Sigma$  de impressos de Follow-UP corretamente identificados /  $\Sigma$  de pacientes avaliados X 100

- Percentual de impressos de controle de sinais vitais corretamente identificados com os dados de identificação do paciente

Método de cálculo:  $\Sigma$  de impressos de sinais vitais corretamente identificados /  $\Sigma$  de pacientes avaliados X 100

- Percentual de rótulos de identificação das dietas enterais e parenterais corretamente identificados com os dados de identificação do paciente e da prescrição médica e/ou da nutrição

Método de cálculo:  $\Sigma$  de rótulos corretamente identificados /  $\Sigma$  de pacientes avaliados X 100

- Percentual de rótulos de identificação das soluções endovenosas corretamente identificados com os dados de identificação do paciente e da prescrição médica.

Método de cálculo:  $\Sigma$  de rótulos corretamente identificados /  $\Sigma$  de pacientes avaliados X 100.

### 13. REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria N° 2.836/GM, de 01 de dezembro de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)**. Diário Oficial da União 2011; 1 dez, 2011.

BRASIL. Portaria N° 675/GM, de 30 de março de 2006. **Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País**. Diário Oficial da União 2009; 31 mar.

BRASIL. Programa Nacional de segurança do Paciente. Protocolo de Identificação do Paciente. Ministério da Saúde/ ANVISA / Fiocruz, 2013.

CLEOPAS, A; KOLLY,V; BOVIER, P.A.; GARNERIN,P.; T.V. Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients. **Qual Saf Health Care**, 2004. 13(5) Pgs. 344-8.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Emissão:29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

SMITH, AF., CASEY K, WILSON J; FISCHBACHER-SMITH D. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. **Int J Qual Health Care**. 2011 Oct;23(5):590-9.

SOUTH AUSTRALIA. DEPARTMENT FOR HEALTH AND AGEING. Policy Guideline - Patient Identification Guideline, 2011.

WALES. NATIONAL HEALTH SERVICE. 1000 Lives Plus. Tools for improvement: Reducing patient identification errors. 2012, 32p. [www.1000livesplus.wales.nhs.uk](http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk);

WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE JOINT COMMISSION, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Aide Memoire. Patient Safety Solutions, vol1, solution 2, may 2007. SCHULMEISTER, L. Patient misidentification in oncology care. **Clin J Oncol Nurs**. 2008 Jun; 12(3):495-8.

#### 14. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	06/2018	Elaboração Inicial do Documento.
02	12/2021	Adequação ao modelo padrão de documentos da instituição segundo NO. SGQ.001 Elaboração e Controle de Documentos Institucionais.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.001 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>IDENTIFICAÇÃO SEGURA</b>	Emissão:29/12/2021	Próxima revisão: 29/12/2023
		Versão: 02	

<p><b>Revisão</b></p> <p>Aline Ribeiro Murta Abreu Luana Mendes de Souza Marcela Leite dos Santos Jaernevay</p>	<p>Data: 27/12/2021 Data: 28/12/2021 Data: 28/12/2021</p>
<p><b>Elaboração</b></p> <p>Gilson Reis de Oliveira Luana Mendes de Souza Marcela Leite dos Santos Jaernevay</p>	<p>Data: 06/2018 Data: 06/2018 Data: 06/2018</p>
<p><b>Análise</b></p> <p>Gilson Oliveira dos Reis <b>Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente</b></p>	<p>Data: 28/12/2021</p>
<p><b>Validação</b></p> <p>Marcela Leite dos Santos Jaernevay <b>Núcleo de Gestão da Qualidade</b></p>	<p>Data: 28/12/2021</p>
<p><b>Aprovação</b></p> <p>Rodrigo Daniel de Souza <b>Setor de Gestão da Qualidade</b></p>	<p>Data: 29/12/2021</p>