

Avaliação de Prontuário do Paciente

UNIDADE DE SAÚDE:

MÊS/ANO:

ITEM	N° PRONTUÁRIO:			N° PRONTUÁRIO:			N° PRONTUÁRIO:			N° PRONTUÁRIO:			OBSERVAÇÕES
	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
1	Identificação do paciente: Nome completo; data de nascimento; sexo; nome da mãe; naturalidade; endereço; CPF.												
2	Anamnese: História da doença atual, início dos sintomas e a sua evolução em ordem cronológica. Queixas, história patológica pregressa.												
3	Exame Físico												
4	Hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo.												
5	Plano terapêutico (uni ou multiprofissional): medicamentos e procedimentos programados.												
6	Exames solicitados e seus respectivos resultados.												
7	Prescrição médica diária;												
8	Evolução Médica diária com data e hora;												
9	Evolução de Enfermagem diária com data e hora;												
10	Evolução da Equipe Multidisciplinar com data e hora;												
11	Motivos de Saída do Paciente: transferência, alta ou óbito.												
12	Documentos diversos como: quimioterapia medicamentos especiais; descrição cirúrgica; ato anestésico; hemodiálise; entre outros; (Itens exclusivos das unidades hospitalares).												
13	Termo de Consentimento assinado e datado pelo paciente e/ou seu representante legal e médico responsável.												
14	Legibilidade (em caso de prontuários físicos).												
15	Ordenação temporal, em ordem cronológica, dos elementos em geral (em caso de prontuários físicos).												

C = Conforme | NC = Não conforme | NA = Não se aplica

CONCLUSÃO DA REVISÃO

INDICADOR	CONFORME	TOTAL DE ITENS AVALIADO	% DE CONFORMIDADE	META DE CONFORMIDADE
Percentual de conformidades em prontuários revisados no período				Igual ou maior que 90% dos elementos elegíveis.
ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS:				

DATA DE CONCLUSÃO:	PRESIDENTE DA COMISSÃO
	NOME:
	ASSINATURA: