

PORTARIA Nº 743 DE 20 DE DEZEMBRO DE 2005

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a importância de implementar no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde- SIH/SUS as melhorias que vêm sendo introduzidas nas Políticas Nacionais de Saúde;

Considerando a necessidade de adequar o *layout* e o conteúdo do formulário – LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH – AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, visando padronização mínima de informações que possibilitem ampliar capacidade de regulação, avaliação e controle dos serviços ofertados pelo SUS, resolve:

Art. 1º - Excluir os modelos vigentes dos seguintes laudos do SIH/SUS:

- Laudo Médico para Emissão de AIH, constante no Módulo do Hospital, aprovado pela Resolução INAMPS nº 4/83.

- Laudo de Enfermagem para emissão de AIH de Parto Normal, definido na Portaria SAS/MS nº 163, de 22 de setembro de 1998;

Art. 2º - Regulamentar novo Laudo com campos para preenchimento padronizados, que será denominado de LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANEXO I) e LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ANEXO II) e respectiva Instrução Normativa que orienta o preenchimento dos Laudos acima no ANEXO III.

Parágrafo 1º – Os gestores estaduais/municipais podem definir informações complementares que julguem necessárias, desde que não suprimam informações estabelecidas nos anexos I e II desta Portaria.

Parágrafo 2º - O modelo do laudo definido nesta portaria está disponível para download no endereço: <http://sihd.datasus.gov.br> na opção Documentação.

Art. 3º - Estabelecer que a emissão do laudo está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico cirurgião-dentista e enfermeiro(a) obstetra.

§ 1º - O laudo deverá ser preenchido de forma legível, sem abreviaturas, para evitar a dificuldade no entendimento do controle e avaliação, sob pena de rejeição do mesmo pelo autorizador.

§ 2º – Os Profissionais especificados neste artigo deverão solicitar laudos com procedimentos exclusivos de suas áreas de atuação devidamente reconhecidas pelos respectivos Conselhos de Classe.

Art. 4º - Definir que somente os profissionais portadores de diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeiro(a) obstetra estão autorizados a emitir laudos de AIH para o procedimento código 35.080.01.9 - Parto normal sem distócia realizado por enfermeiro (a) obstetra, do grupo 35.150.01.7 da tabela do SIH/SUS.

Parágrafo Único – É atribuição do enfermeiro obstetra:

I. Identificar distócias obstétricas e tomar as providências assistenciais até a chegada do médico;

II. Prestar assistência à parturiente e ao parto normal;

III. Realizar episiotomia e episiorrafia sob anestesia local, quando necessário;

IV. Acompanhar o trabalho de parto;

V. Realizar o parto sem distócia.

Art. 5º - Esta portaria entre em vigor na data da sua publicação com efeitos a partir da competência dezembro de 2005, revogando a portaria SAS/ MS nº 163, de 22 de setembro de 1998.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Secretário

ANEXO III

INSTRUÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DO LAUDO

ANEXO I

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

É o instrumento para solicitação/autorização de internação do paciente em estabelecimento de saúde com internação (públicos federais, estaduais, municipais, privadas com ou sem fins lucrativos) integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. O Laudo contém, além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames complementares (quando houver), as condições que justifiquem a internação, dados de identificação dos profissionais solicitantes e autorizadores e diagnóstico inicial, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela do SUS e CID.

O laudo deve ser corretamente preenchido em todos os seus campos obrigatórios com letra legível a fim de possibilitar futuras verificações pelos órgãos competentes.

O laudo deve ser preenchido, após a consulta médica, geralmente realizada em unidade ambulatorial ou mesmo em hospital que irá realizar a internação ou que encaminha, e, excepcionalmente, nos casos de emergência até 48 (quarenta e oito) horas após o internamento. O preenchimento deve ser sempre feito em 02 (duas) vias, sendo a primeira arquivada no Órgão Emissor de AIH da SES ou SMS e a segunda anexada ao prontuário do paciente no estabelecimento.

O laudo que corresponde a uma solicitação de internação eletiva e deve ser autorizado antes da realização da mesma em até 15 dias.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Campo 01 – Estabelecimento solicitante - Preencher com o nome do estabelecimento solicitante.

Campo 02 – CNES – Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento solicitante.

Campo 03 – Estabelecimento executante – Preencher com o nome do estabelecimento executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

Campo 04 – CNES – Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Campo 05 - Preencher com o nome do paciente sem abreviaturas, se indispensável só abreviar o nome do meio.

Campo 06 - Nº do prontuário – número adotado pelo SAME ou similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 07 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) – Preencher com o número do CNS do paciente em procedimentos onde o mesmo é obrigatório. Verificar quais são os obrigatórios que estão sendo periodicamente incluídos, até o total de procedimentos com exigência da autorização.

Campo 08 – Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa;

Campo 09 – Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um x ao lado do quadro indicativo 1 ou 3.

Campo 10 – Preencher com o nome completo da mãe ou do responsável pelo paciente para contactá-lo, se necessário.

Campo 11 – Preencher com um telefone que possa ser acionado para contato pelo hospital para contato com familiares do paciente.

Campo 12 – Preencher com o endereço completo: rua, número, complemento e bairro.

Campo 13 – Preencher com o nome do município de residência do paciente. Não abreviar ou suprimir qualquer letra do nome do município para permitir a pesquisa por nome nos sistemas de informação.

Campo 14 - Preencher com o código do IBGE do município de residência do paciente. Muito importante para o conhecimento pelo SUS da procedência do paciente. Tem impacto no teto financeiro do município.

Campo 15 - Preencher com a sigla do estado da federação (UF), utilizar duas letras.

Campo 16 - Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP) específico do logradouro. Não deve ser registrado o código genérico.

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Campo 17 – Preencher com os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente, incluir dados da anamnese e do exame físico.

Campo 18 – Preencher com as condições clínicas do paciente que justificam a sua internação.

Campo 19 – Preencher com os principais resultados de provas diagnósticas/exames realizados.

Campo 20 – Preencher com a descrição do diagnóstico inicial ou com a hipótese diagnóstica.

Campo 21 – Preencher com o CID 10 PRINCIPAL, ou seja, o que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento ambulatorial/hospitalar;

Campo 22 – Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base;

Campo 23 - Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente durante o internamento.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Campo 24 – Preencher com a descrição do procedimento solicitado conforme o que está na Tabela do SUS.

Campo 25 – Preencher com o código do procedimento para o qual está sendo solicitado a internação ou o atendimento em APAC, de acordo com a Tabela de Procedimentos do SUS.

Campo 26 – Preencher com a especialidade do leito/clínica.

Campo 27 – Preencher com o código do caráter da internação, de acordo com a tabela do SIH.

Campo 28 – Preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento de internação ou de ambulatório, o qual deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 29 – Preencher com a data da solicitação, colocando dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 30 - CNS/CPF – Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional solicitante.

Campo 31 - O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS - Preencher apenas em caso de CAUSAS EXTERNAS

Campo 32 - ACIDENTE DE TRÂNSITO – Preencher com um x em sim ou não.

Campo 33 – Preencher com CNPJ da seguradora

Campo 34 – Preencher com o número do bilhete do seguro.

Campo 35 – Preencher com o número de série do bilhete.

Campo 36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO – Preencher com um X se for o caso.

Campo 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO - Preencher com um X se for o caso;

Campo 38 – Preencher com o CNPJ da empresa empregadora do acidentado.

Campo 39 - Preencher com o número do Código Nacional de Atividade Econômica CNAE da empresa empregadora.

Campo 40 - Preencher com o Código Brasileiro de Ocupação Reduzido/CBOR do acidentado.

Campo 41 – Preencher com o CID principal levando em consideração o estado do paciente em decorrência do acidente de trabalho típico, de trajeto ou de trânsito.

Campo 42 -- Preencher com o CID secundário levando em consideração o estado do paciente em decorrência do acidente de trabalho típico, de trajeto ou de trânsito.

Preencher com a natureza da lesão de acordo com a classificação médica legal.

Campo 43 – Lesão leve é aquela que ausenta a vítima em até 07 dias das atividades habituais.

Campo 44 – Lesão grave é aquela ausenta a vítima em mais de 07 e até 30 dias das atividades habituais.

Campo 45- Lesão gravíssima é aquela que ausenta em mais de 30 dias das atividades habituais.

AUTORIZAÇÃO

Campo 46 - Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES e também SIHD.

Campo 47 – Preencher com a data da solicitação, colocar o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 48 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 49 - O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 50 - Parecer Controle Avaliação/Auditoria – Preencher com o nome completo do profissional que está dando o parecer.

Campo 51 – Preencher com a data da autorização, colocar dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 52 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 53 - O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 54 – Reservado para o número da AIH quando disponibilizada. Deve ser implantado um aplicativo de controle e numeração magnéticos das AIH que pode ser o Módulo Autorizador ou outro desenvolvido localmente.

ANEXO II

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR –

É o documento para solicitação de procedimentos especiais e/ou para mudança de procedimento a ser preenchido pelo profissional assistente/solicitante, com autorização do Diretor Clínico ou pelo Órgão Gestor. A normalização sobre PROCEDIMENTO ESPECIAL e MUDANÇA DE PROCEDIMENTO encontra-se no Manual do Sistema de Internação Hospitalar, disponível para *download* no site www.saude.gov.br/sas

O preenchimento deste laudo obedece na IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO E DO PACIENTE à idêntica orientação do Laudo para Solicitação de Internação/Autorização Hospitalar nos campos que correspondem a informações coincidentes (ver orientação supra sobre preenchimento do Anexo I).

O preenchimento dos campos novos/diferentes deve seguir as orientações abaixo:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO E DO PACIENTE

Os campos de 01 ao 16 são idênticos aos do Anexo I

Campo 17 – Preencher com o número da AIH que corresponde à internação em curso e que pertence ao paciente que precisa do procedimento especial ou que sofrerá mudança de procedimento.

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO (marcar com um x no quadrado ao lado)

Campo 18 – Preencher com o nome/descrição do procedimento principal da AIH do paciente e que foi anteriormente autorizado.

Campo 19 – Preencher com o código do procedimento principal da AIH do paciente e que foi anteriormente autorizado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 20 – Preencher com o nome/descrição do procedimento que está sendo proposto para atender à mudança do procedimento.

Campo 21 - Preencher com o código do procedimento que está sendo proposto para tender à mudança de procedimento de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 22 – Preencher com o nome do profissional que solicita a mudança do procedimento. O profissional deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 23 – Preencher com a data da solicitação da mudança do procedimento, colocando dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 24 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional solicitante.

Campo 25 - O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 26 – Preencher com a descrição do diagnóstico que está sendo proposto para a mudança de procedimento.

Campo 27 – Preencher com o CID 10 PRINCIPAL, ou seja, o que corresponde à doença/lesão de base que motivou o atendimento ambulatorial/hospitalar. Pode mudar em relação ao colocado no Laudo Inicial.

Campo 28 – Preencher com o CID 10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base. Pode mudar em relação ao colocado no Laudo Inicial.

Campo 29 - Preencher com o CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o que corresponde ao de outras patologias apresentadas pelo paciente durante o internamento.

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (marcar com um x no quadrado ao lado)

Campo 30 - Preencher com o nome/descrição do procedimento principal da AIH do paciente e que foi autorizado.

Campo 31 - Preencher com o código do procedimento principal da AIH do paciente e que foi autorizado.

Campo 32 - Preencher com o nome/descrição do primeiro (ou único) procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade do tratamento do paciente.

Campo 33 - Preencher com o código do primeiro (ou único) procedimento especial que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 34 - Preencher com o nome/descrição do segundo procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade do tratamento do paciente, no caso de precisar solicitar mais de um.

Campo 35 - Preencher com o código do segundo procedimento especial (se necessário) que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 36 - Preencher com o nome/descrição do terceiro procedimento especial que está sendo solicitado para atender à necessidade do tratamento do paciente, no caso de precisar solicitar mais de dois.

Campo 37 - Preencher com o código do terceiro procedimento especial (se necessário) que está sendo solicitado de acordo com a Tabela do SUS.

Campo 38 - Preencher com o nome do profissional que solicita a mudança do procedimento. O profissional deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES.

Campo 39 - Preencher com a data da solicitação da mudança do procedimento, colocando dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 40 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional solicitante.

Campo 41 - O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 42 - O profissional solicitante/assistente de preencher com a Justificativa da Solicitação da Mudança de Procedimento para o paciente.

AUTORIZAÇÃO

Campo 43 - Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES e também SIHD.

Campo 44 - Preencher com a data da solicitação, colocar o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 45 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 46 - O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 47 - Parecer Controle Avaliação/Auditoria - Preencher com o nome completo do profissional que está dando o parecer.

Campo 48 - Preencher com a data da autorização, colocar dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 49 - Preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde ou com o CPF do profissional autorizador.

Campo 50 - O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 51 - Reservado para a Justificativa nos casos de NÃO autorização da solicitação de mudança de procedimento ou procedimento especial ou para sugerir e autorizar procedimentos diferentes dos solicitados pelo médico assistente.

Informações adicionais podem ser obtidas pelo cgsi@saude.gov.br ou pelo 61-33152723/2209.