

PLANO		
PLANO DE CONTINGÊNCIA – INDISPONIBILIDADE DE SISTEMAS	CÓDIGO:	REVISÃO: 00
	PL.TIC.001	PÁGINA:1/9

## 1. OBJETIVO

Garantir a continuidade do cuidado e registros seguros nas situações de indisponibilidade dos sistemas disponíveis na Unidade do Centro de Saúde Infantil Regina Neves – CSI (Tecnologia, informação e comunicação).

## 2. RESPONSABILIDADES

**2.1 ELABORAÇÃO E REVISÃO:** Sheila Teixeira Dias.

**2.2 EXECUÇÃO:** TI, Coordenação de Enfermagem, Farmácia, Líder de Recepção e Gerência Administrativa.

## 3. DEFINIÇÕES

Contingência: fato imprevisível ou fortuito que escapa ao controle; eventualidade.

TI: Tecnologia da Informação

CSI – Centro de Saúde Infantil

## 4. PLANO DE CONTINGÊNCIA - INDISPONIBILIDADE DE SISTEMAS

Em caso de indisponibilidade de sistemas, os profissionais devem seguir as etapas relacionadas abaixo:

- O enfermeiro deve coordenar as ações a serem tomadas em relação aos pacientes;
- O gestor comunica ao setor de TI da unidade através do ramal 3009, caso haja falha na rede ou telefonia, prontuário eletrônico, rede de internet, impressora ou problemas afins, atendimento 24 horas;
- Verificar previsão de correção da solução.

Iniciar plano de contingência, receber autorização do Gerencia Administrativa para comunicar aos pares de trabalho;

- Todos os colaboradores envolvidos no plano de contingência devem seguir os seguintes passos:

PLANO		
PLANO DE CONTINGÊNCIA – INDISPONIBILIDADE DE SISTEMAS	CÓDIGO:	REVISÃO: 00
	PL.TIC.001	PÁGINA:2/9

#### **TODOS OS SETORES:**

Realizar contato com a TI e comunicar o ocorrido;

- Se houver falha no funcionamento da impressora: Realizar impressão em outro setor ou na sala da coordenação até resolução da inconsistência.
- Realizar os registros referente ao atendimento em ficha manual que estarão disponíveis na unidade e/ou em pasta física, PLANO DE CONTINGÊNCIA – INDISPONIBILIDADE DE SISTEMAS, conforme anexos deste procedimento. A ausência de sistema não justifica ausência de registros.
- Realizar registros em formulário de notificação de eventos (FP.SGQ.17) sobre as falhas e início do plano de contingência, colocando horário de início, horário de resolução e possíveis intercorrências.
- Se houver qualquer impacto assistencial, comunicar imediatamente a Coordenação de Enfermagem.

#### **RECEPÇÃO:**

- A recepção deverá seguir os passos do Procedimento Operacional PO. RECP.001 – Elaboração de Ficha de Atendimento, item 5.2 e seguir os passos indicado no PO.

#### **ENFERMAGEM:**

- Na classificação de Risco o enfermeiro deverá seguir os passos descritos no Procedimento Operacional PO.REC.001 – Elaboração de Ficha de Atendimento;
- Na sala de Observação e Emergência a equipe de enfermagem deverá seguir os passos quando houver a necessidade de acionamento do plano de contingência, devendo:
- O enfermeiro após a consulta de enfermagem deverá preencher o impresso: **EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**, e o técnico utilizará para anotação de enfermagem o impresso **ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**;

PLANO		
PLANO DE CONTINGÊNCIA – INDISPONIBILIDADE DE SISTEMAS	CÓDIGO:	REVISÃO: 00
	PL.TIC.001	PÁGINA:3/9

- Na admissão e a cada 24 horas o enfermeiro atualizará o impresso - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM e - AVALIAÇÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS - AVALIAÇÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS – PEDIATRICO.

### MÉDICOS:

- No Pronto Atendimento a equipe médica deverá chamar o paciente verbalmente, O médico irá atender o paciente preenchendo a ficha de atendimento FICHA DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL aberta pela Recepção e após consulta de enfermagem da Classificação de Risco. Se houver prescrição médica, deverá ser utilizado o impresso - PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- Após o atendimento médico essa ficha de atendimento juntamente com a prescrição médica deverá ser colocada no acrílico da medicação (na sala de medicação), se houver medicações prescritas após sua administração o Técnico de Enfermagem deverá realizar a anotação de enfermagem em impresso ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
- Não havendo medicações prescritas, após o atendimento médico, essa ficha será colocada no acrílico da alta que fica no consultório;

Na sala de Observação e Emergência, o médico deverá realizar a prescrição médica manual utilizando o impresso - PRESCRIÇÃO MÉDICA; e realizar a evolução médica no formulário - EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL, e todas as solicitações e todas as solicitações de exames realizadas em impresso solicitação de exames

### FARMÁCIA:

A equipe da Farmácia, no momento da queda de sistema/internet, deverá iniciar os registros das dispensações de medicamentos no Formulário FR.FARM.001 para lançamento futuro e reservar as requisições atendidas (FP.FARM.002 – SOLICITAÇÃO DE MATERIAL) para lançamento assim que o sistema for reestabelecido. Qualquer impacto relacionado a fluxos já estabelecidos, comunicar imediatamente à Farmacêutica RT.

PLANO		
PLANO DE CONTINGÊNCIA – INDISPONIBILIDADE DE SISTEMAS	CÓDIGO:	REVISÃO: 00
	PL.TIC.001	PÁGINA:4/9

### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Cabe à Coordenadora de Enfermagem e/ou enfermeiro de plantão definir os critérios de prioridade nos cuidados aos pacientes.
- Sempre que houver impactos assistenciais a liderança deve ser acionada imediatamente.
- Sempre que houver acionamento do Plano de Contingência deverá ser realizado o registro no Formulário de Notificação de Evento FP.SGQ.017, descrevendo a hora do acionamento e quando retornou à normalidade.

#### 4.1 PÚBLICO-ALVO

Todos os colaboradores da Unidade do Centro de Saúde Infantil Regina Neves – CSI

#### 4.2 FLUXOGRAMA

Para melhor entendimento da equipe utilizar o Fluxo de acionamento do Plano de Contingência – Indisponibilidade de Sistemas FP.RECP.001

#### 5. DOCUMENTOS COPLEMENTARES

Não se aplica

#### 6. CONTROLE DE REGISTRO

Não se Aplica

#### 7. HISTÓRICO DE ALTERAÇÕES

Revisão	Elaborado/revisado por	Data	Histórico de alteração	Aprovado por	Data
00	Auriclécia Peixoto, João Vitor de Lisboa Moreira, Vitor Andrade e Wellington Souza	10/05/2024	Emissão inicial	Tatiane Florentino	17/05/2024

#### 8. ANEXO

##### 8.1 FICHA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PLANO		
PLANO DE CONTINGÊNCIA – INDISPONIBILIDADE DE SISTEMAS	CÓDIGO: PL.TIC.001	REVISÃO: 00
		PÁGINA:5/9

FICHA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO																																																																	
NOME DO PACIENTE: _____																																																																	
IDADE: _____	PRONTUÁRIO: _____																																																																
DATA: _____																																																																	
HORÁRIO DO ACOLHIMENTO DO ENFERMEIRO (A): _____																																																																	
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - TIPO: ( ) ALIMENTAR ( ) MEDICAMENTOSA																																																																	
QUAL?																																																																	
SITUAÇÃO/QUEIXA:																																																																	
BREVE HISTÓRIA:																																																																	
COMORBIDADES:																																																																	
MEDICAMENTOS EM USO CONTÍNUO:																																																																	
Dados vitais																																																																	
Glasgow:																																																																	
<table border="1"><thead><tr><th>Item</th><th>Presença de sinais de Glasgow</th><th>Pontuação</th></tr></thead><tbody><tr><td>Abertura ocular</td><td>Resposta espontânea</td><td>4</td></tr><tr><td></td><td>Resposta verbal</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>Resposta a dor</td><td>2</td></tr><tr><td></td><td>Resposta a estímulo</td><td>1</td></tr><tr><td>Resposta verbal</td><td>Orientado</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td>Confusão</td><td>4</td></tr><tr><td></td><td>Verbaliza palavras soltas</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>Palavras sem sentido</td><td>2</td></tr><tr><td>Resposta motora</td><td>Resposta orientada</td><td>6</td></tr><tr><td></td><td>Resposta verbal</td><td>5</td></tr><tr><td></td><td>Resposta a dor</td><td>4</td></tr><tr><td></td><td>Resposta a estímulo</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>Resposta espontânea</td><td>2</td></tr><tr><td></td><td>Resposta</td><td>1</td></tr><tr><td>Resposta total</td><td>Resposta orientada</td><td>15</td></tr><tr><td></td><td>Resposta verbal</td><td>14</td></tr><tr><td></td><td>Resposta a dor</td><td>13</td></tr><tr><td></td><td>Resposta a estímulo</td><td>12</td></tr><tr><td></td><td>Resposta espontânea</td><td>11</td></tr><tr><td></td><td>Resposta</td><td>10</td></tr></tbody></table>	Item	Presença de sinais de Glasgow	Pontuação	Abertura ocular	Resposta espontânea	4		Resposta verbal	3		Resposta a dor	2		Resposta a estímulo	1	Resposta verbal	Orientado	5		Confusão	4		Verbaliza palavras soltas	3		Palavras sem sentido	2	Resposta motora	Resposta orientada	6		Resposta verbal	5		Resposta a dor	4		Resposta a estímulo	3		Resposta espontânea	2		Resposta	1	Resposta total	Resposta orientada	15		Resposta verbal	14		Resposta a dor	13		Resposta a estímulo	12		Resposta espontânea	11		Resposta	10	PA: _____ FC: _____ FR: _____	T: _____ Spo2: _____ HGT: _____
Item	Presença de sinais de Glasgow	Pontuação																																																															
Abertura ocular	Resposta espontânea	4																																																															
	Resposta verbal	3																																																															
	Resposta a dor	2																																																															
	Resposta a estímulo	1																																																															
Resposta verbal	Orientado	5																																																															
	Confusão	4																																																															
	Verbaliza palavras soltas	3																																																															
	Palavras sem sentido	2																																																															
Resposta motora	Resposta orientada	6																																																															
	Resposta verbal	5																																																															
	Resposta a dor	4																																																															
	Resposta a estímulo	3																																																															
	Resposta espontânea	2																																																															
	Resposta	1																																																															
Resposta total	Resposta orientada	15																																																															
	Resposta verbal	14																																																															
	Resposta a dor	13																																																															
	Resposta a estímulo	12																																																															
	Resposta espontânea	11																																																															
	Resposta	10																																																															
Escala de dor (1- 5):																																																																	
Classificação: _____																																																																	
( ) VERMELHO ( ) LARANJA ( ) AMARELO ( ) VERDE ( ) AZUL																																																																	
ENFERMEIRO(A) RESPONSÁVEL: _____																																																																	

8.2 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

<b>PLANO</b>		
<b>PLANO DE CONTINGÊNCIA – INDISPONIBILIDADE DE SISTEMAS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PL.TIC.001	<b>REVISÃO: 00</b>
		<b>PÁGINA:6/9</b>

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

NOME: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ VALIDADE: : hrs as : hrs

**1. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de Consciência  Excitação

**2. COMUNICAÇÃO PREJUDICADA**

Mostrar Cartazes

Conversar com o paciente

Comunicar-se através de mímica

**3. RISCOS PARA LESÃO**

MANTER REPOUSO:  Absoluto  Parcial

SENTAR EM CADEIRA:  Período \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

USAR CONTENÇÃO:  MMSS  MMII  TORÁCICA

**4. DÉFICIT NO AUTO CUIDADO PARA BANHO E HIGIENE**

BANHO DE LEITO  BANHO NO CHUVEIRO

LAVAR CABELO  CORTAR LINHA

TRICOTOMIA

HIGIENE ORAL USAR \_\_\_\_\_

HIGIENE ÍNTRIA USAR \_\_\_\_\_

HIGIENE OCULAR USAR \_\_\_\_\_

HIGIENE PAV. AURICULAR USAR \_\_\_\_\_

TROCA DE FRALDA: MANHÃ \_\_\_\_\_ TARDE \_\_\_\_\_ NOITE \_\_\_\_\_

**5. RISCOS PARA INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA**

RESTRIÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO

DLE

DD

MUDANÇA EM BLOCO

ELEVACÃO DE MMII

INSTALAR COLCHÃO ESPECIAL

**6. RISCOS PARA ASPIRAÇÃO**

Manter Decúbito \_\_\_\_\_

Medir Resíduo Gástrico \_\_\_\_\_

Fixação de SNE \_\_\_\_\_

Fixação de TOT \_\_\_\_\_

Aspiração Vias Aéreas \_\_\_\_\_

**7. INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA**

AÇÃO	LOCAL	USAR	HORÁRIO
<input type="checkbox"/> Prevenção de Assaduras			
<input type="checkbox"/> Massageio de Conforto			
<input type="checkbox"/> Curativo PAM			
<input type="checkbox"/> Curativo Cirúrgico			
<input type="checkbox"/> Curativo			
<input type="checkbox"/> Outros			

### 8.3 CONTROLE DE SINAIS VITAIS

**CONTROLE DE SINAIS VITAIS E BALANÇO HÍDRICO**

BI. ANTERIOR: \_\_\_\_\_

BI. ACUMULADO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ INICIALE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTERA: \_\_\_\_\_ ADMISSÃO: \_\_\_\_\_

DATA	HS	SINAIS VITAIS								BALANÇO HÍDRICO								BALANÇO	ASS.
		T	FR	PC	FR	PAR	SPV	SADO	ESAC	VO	IV	IND	HEMO	UNE	DIR	LI	DRS		
BALANÇO PARCIAL 1																			
BALANÇO PARCIAL 2																			
BALANÇO PARCIAL 3																			
BALANÇO PARCIAL 4																			
BALANÇO PARCIAL TOTAL																			

### 8.4 ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM



PLANO		
PLANO DE CONTINGÊNCIA – INDISPONIBILIDADE DE SISTEMAS	CÓDIGO: PL.TIC.001	REVISÃO: 00
		PÁGINA:8/9

**Atestado Médico**

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente \_\_\_\_\_  
esteve sob meus cuidados no dia \_\_\_\_\_  
às \_\_\_\_\_ horas, necessitando de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
de afastamento de suas atividades laborais.  
C.I.D\*.

Itaquaquecetuba - SP \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\*Paciente ciente da inclusão do CID no presente atestado médico

## 8.7 RECEITUÁRIO

**Receituário**

Itaquaquecetuba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

## 8.8 REQUISIÇÃO DE EXAMES





PLANO		
PLANO DE CONTINGÊNCIA – INDISPONIBILIDADE DE SISTEMAS	CÓDIGO:	REVISÃO: 00
	PL.TIC.001	PÁGINA:9/9

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

DADOS CLÍNICOS: \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS

\_\_\_\_\_

Médico solicitante

