



Protocolo de Melhoria de Qualidade e Segurança

Objetivo: Este documento descreve os requisitos que devem ser atendidos pelas organizações de cuidados de saúde realizando cirurgias de fissura financiadas por Smile Train. A segurança do paciente é sempre nossa prioridade #1. Este protocolo de Melhoria de Qualidade e Segurança abrange elementos básicos necessários para garantir cirurgias seguras e oferecer melhorias contínuas na qualidade do tratamento.

Parte 1: Revisão do Processo de Qualidade

Requerimento 1.1 Mantenha completo, organizado e atualizado os arquivos dos pacientes que receberam subsídios do Smile Train:

- Preencher o Arquivo Médico do Paciente para todo paciente que realizar uma cirurgia subsidiada pelo Smile Train. O Hospital concorda que estes arquivos médicos serão utilizados como parte do Smile Train Express, um banco de dados de pacientes fissurados tratados gratuitamente mundialmente tratamento de fissurados mundial, gratuito. (www.smiletrainexpress.org)

Requerimento 1.2: Tenha um processo organizado para revisar resultados de cirurgias através de sua equipe medica através de:

- Reuniões regulares onde a equipe medica (cirurgiões, anestesistas) revisam os prontuários dos pacientes (ver requerimento 1.1), estas reuniões deverão ocorrer não menos que a cada 4 meses, discutir resultados cirúrgicos, eventos que requereram uma observação maior, ou mais detalhada (ver requerimento 1.3), discutir oportunidades de melhorias na qualidade das cirurgias.
- O Hospital registrará as reuniões em atas as quais poderão ser acessadas para revisão de processo de qualidade.

Requerimento 1.3: Revise prontamente todo evento de uma ocorrência medica séria. Um evento que requeira mais cuidados é um evento inesperado envolvendo morte ou lesão séria física ou psicológica. Exemplos destes eventos incluem, mas não se limitam a, morte de pacientes, parada cardíaca, parada respiratória, derrame, aspiração, pneumonia por aspiração:

- Reportar a ocorrência do evento ao coordenador local em até 24 horas após o ocorrido do evento, por telefone ou e-mail. O coordenador local irá reportar estes eventos para o escritório central no Smile Train em Nova York, por telefone ou e-mail nas próximas 24 horas. Parceiros locais serão responsáveis por obter confirmação do Smile Train que as notificações foram recebidas.
- Completar e submeter ao Smile Train o formulário de Ocorrências Médicas (a primeira parte do formulário) para o parceiro local em até 5 dias úteis contando da data do evento. O parceiro local irá imediatamente transmitir este formulário para o escritório central do Smile Train em Nova York.
- Rever as circunstâncias que envolvem o evento da ocorrência medica para entender as causas e desenvolver mudanças no sistema para ensinar as pessoas envolvidas, assim promover a melhora no tratamento do paciente e prevenir outras ocorrências. Ao conduzir esta revisão, o hospital seguirá o formato Smile Train para análises dos eventos (parte 2 do formulário de Ocorrências). O Hospital deverá, se quiser, também submeter um relatório por escrito sobre o evento. O estabelecimento de saúde submeterá ao representante local Smile Train, no prazo de 30 dias da ocorrência do evento, o formulário de análise de eventos e uma copia do formulário do paciente contendo todas as informações pré- operatórias e pós-operatórias, com dados da anestesia, sala de recuperação, notas e avaliações do progresso do paciente emitidas pelos médicos e enfermeiras, relatórios laboratoriais, relatórios cirúrgicos, e históricos medico pré operatório. Caso queiram também podem inserir um relato por escrito. O representante local submeterá o Relatório de Ocorrência Medica (parte 1 e parte 2) para o escritório central do Smile Train em Nova York até 24 horas após o recebimento da documentação.

Parte 2: A Seleção do Paciente para a cirurgia de Fissuras

Requerimento 2.1: Tenha um processo estabelecido para garantir que o paciente selecionado para a cirurgia esteja com saúde suficiente para submeter-se a uma cirurgia através de:

- Assegurar que todo paciente que será submetido à cirurgia tenha recebido um histórico completo, exames físicos e acompanhamento do medico que primeiro o atendeu (pediatra ou medico da família) o qual seja familiar com a saúde e problema de saúdes comuns da localidade onde o Centro de saúde esta localizado.

- O histórico e exame físico devem incluir exames de laboratório para avaliar anemia ou infecção urinária e respiratória. Má nutrição da criança deve ser examinada para ver se tem parasita gastrointestinal e para ser tratada adequadamente se possível. Considerações em realizar o rastreamento para malária devem ser tomadas para pré-operatório em regiões com profilaxia endêmicas.
- O Smile Train não financiará cirurgias para qualquer paciente que tenha em seu histórico médico, risco de desenvolver problemas respiratórios devido à anestesia no pós-cirúrgico. Todos os pacientes que realizarão as cirurgias financiadas pelo Smile Train devem ser qualificados de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) status físico de classe 1 ou classe 2. [ASA classe 1 pacientes não tem distúrbio orgânico, fisiológico, bioquímico, ou psiquiátrico e o processo patológico pelo qual a cirurgia esta sendo realizada é local e não implica em distúrbio sistêmico. ASA classe 2 de pacientes são aqueles com distúrbio sistêmico leve para moderado causado ou pela condição a ser tratada cirurgicamente ou por outro processo físico-patológico, incluindo o caso contrário da criança saudável com fissura de palato.

Parte 3: A Cirurgia

Requerimento 3.1: Ser capaz de oferecer uma anestesia segura para crianças pequenas:

- Tendo um anestesista com experiência com crianças e que possa comprovar sua experiência através de casos documentados realizados nos últimos 24 meses.
- Utilizando maquinas anestésicas e (ou preferencialmente, com) monitores de dióxido de carbono ou ter, pelo menos:
 - Vaporizadores para Halotano
 - Fornecimento de oxigênio funcionando
 - Uma lista de remédios/formulário, incluindo antibióticos, hipnóticos Intra Venoso (exemplo tiopental) e analgésicos orais, relaxantes musculares e remédios para emergências (atropina, lidocaína, dexametasona)
 - Literatura médica atualizada de pediatria voltada para anestesia.
- Usando oxímetro de pulso no tamanho apropriado para crianças durante a cirurgia e possuir medidores de pressão apropriados para crianças assim como estetoscópios precordial.
- Tendo e usando outros tipos de equipamentos anestésicos (incluindo tubo endotraqueal, cateter e tubo IntraVenoso, mascarar, laringoscópios e laminas de laringoscópios, estiletes, circuitos, cateter de sucção, agulhas e seringas descartáveis) todos no tamanho apropriado para idade da criança.
- **Todo este equipamento deve estar em boas condições. Se qualquer equipamento especificado não estiver funcionando apropriadamente, as cirurgias financiadas pelo Smile Train devem ser suspensas.**
- Anotando os detalhes (batimentos cardíacos, pressão sanguínea, índices ventilatórios, administração de medicamentos etc.) para cada procedimento anestésico em um formulário padrão para revisão futura.

Requerimento 3.2: Ter cirurgiões qualificados para realizarem as cirurgias de fissuras labio-palatinas:

- Utilizando cirurgiões para realizar cirurgias de fissuras que tenham tido treinamento neste tipo de cirurgia.

Requerimento 3.3: Realizar cirurgias de fissuras dentro de um programa cirúrgico com regularidade:

- Demonstrando ao parceiro local que as cirurgias de fissuras ocorrem regularmente através de informações compartilhadas da programação cirúrgica.
- Demonstrando ao parceiro local que o hospital tem experiência em realizar cirurgias de fissuras através de cirurgias realizadas no passado.

Requerimento 3.4: Providenciar um ambiente cirúrgico seguro:

- Using the World Health Organization Surgical Safety Checklist to insure that each surgical team verbally Utilizando o Checklist de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde, para assegurar que cada equipe medica confirme verbalmente que os passos de segurança necessários foram seguidos. Uma copia deste Checklist está anexada a este protocolo.
- Tendo equipe com experiência na sala cirurgica
- Tendo a equipe familiarizada com as técnicas e maquinas para esterilização dos equipamentos cirúrgicos.
- Tendo habilidade para coagular sangramento intra-operatório
- Tendo a capacidade anestésica descrita no item 3.1.

Parte 4: Pos-Cirúrgico e Tratamento de emergência

Requerimento 4.1: Providenciar um pós-anestésico seguro:

- Tendo uma política de procedimento na qual os anestesistas extubem pacientes quando estes estiverem acordados o suficiente para terem um retorno dos reflexos normais da respiração.
- Tendo um cirurgião imediatamente disponível no centro cirúrgico até que o paciente esteja respirando espontaneamente, esteja extubem e com as vias áreas livres.

- Ter uma hierarquia de comando medica claramente delineada, comunicação e responsabilidade para tratamento de crianças nas primeiras 24 horas do pós- operatório. Isto inclui disponibilidade imediata de um medico capaz de tratar qualquer complicação que possa ocorrer.
- Tendo e utilizando oxímetros de pulso (novamente, do tamanho adequado da criança) para acompanhar e monitorar o paciente no pós-anestésico.
- Utilizando o grupo clínico treinado com experiência em cuidados na recuperação pós-anestésica. O treinamento em cuidados na recuperação inclui como reconhecer/ hipo/hipertensão, obstrução das vias aéreas, parada respiratório e hipoxemia utilizando o oxímetro de pulso.
- Tendo suficientes membros qualificados na equipe pós-anestésica que possam fornecer uma observação individualizada, na primeira noite após a cirurgia. Especialmente, todos os pacientes na sala de recuperação devem ser monitorados pela enfermeira até que estejam completamente acordados e chorando, e todos eles devem ser checados regularmente, em intervalos freqüentes para observação de sangramento pós-operatório.

Requerimento 4.2: Estar capaz de intervir para promover tratamento intensivo em caso de necessidade de paciente:

- Tendo protocolos escritos em locais estipulados e conhecidos pela equipe para tratamento de emergência, triagem, CPR, e transfusão de sangue.
- Tendo no local imediatamente disponível maquina de sucção, medicamentos de ressuscitação, sistema de entrega e fornecimento de oxigênio, monitores de pressão sanguínea e ECG, e equipamentos de ressuscitação.
- Tendo habilidade para entubar crianças e manter sua respiração com ventilação mecânica e oferecer monitoramento 24 horas treinando a equipe clinica, **ou**,
- Tendo um contrato vigente de transferência de pacientes com outra unidade de saúde que possa oferecer este tipo de tratamento intensivo.

Eu li o Protocolo de Melhorias de Qualidade e Segurança do Smile Train e certifico que _____ atende e seguirá a todos estes requisitos.

Assinatura

Nome, Título

Data

Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?

Yes

Is the site marked?

Yes

Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?

Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?

Yes

Does the patient have a:

Known allergy?

No

Yes

Difficult airway or aspiration risk?

No

Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?

No

Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Confirm all team members have introduced themselves by name and role.

Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?

Yes

Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:

What are the critical or non-routine steps?

How long will the case take?

What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:

Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:

Has sterility (including indicator results) been confirmed?

Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?

Yes

Not applicable

Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:

The name of the procedure

Completion of instrument, sponge and needle counts

Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)

Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009



Registro de Paciente

A cirurgia que _____ (nome do paciente) realizará é financiada pelo Smile Train. O Smile Train é uma fundação internacional para crianças que trabalha com médicos e hospitais para erradicar a prevalência de fissuras lábio-palatinas.

O Smile Train mantém registros médicos de pacientes que foram operados. Estes registros incluem informações como: nome, endereço do paciente, endereço dos pais do paciente, diagnósticos clínicos, outras informações relevantes da saúde do paciente, procedimentos cirúrgicos e resultados. Os registros também incluem fotos do paciente antes e depois da cirurgia.

O Smile Train utiliza estes registros para revisar a qualidade das cirurgias, e com objetivos educacionais, de avaliação e para ajudar a arrecadar fundos institucionais. Informaremos caso quaisquer outros usos destas informações se tornarem público. As informações pessoais de sua saúde contidas neste registro médico serão mantidas na base de dados mundial do Smile Train (www.smiletrainexpress.org). Apenas pessoas autorizadas como médicos ou profissionais da saúde terão acesso a estas informações.

O Smile Train não vai compartilhar suas informações com pessoas não autorizadas ou de fora do programa como vendedores ou marketing. Adicionalmente, o Smile Train manterá as suas informações de saúde de uma forma privada e confidencial utilizando padrões de segurança que limitam o acesso aos bancos de dados apenas para pessoas autorizadas e determinadas pelo Smile Train. O Smile Train também permitira você visualizar as informações contidas em seu registro medico e remover seu nome e informações sobre sua saúde do banco de dados caso você solicite.

Eu compreendi as informações acima mencionadas. Eu dou permissão para enviar ao Smile Train meu relatório medico completo. (caso seja maior de idade) ou dou permissão para enviar ao Smile Train o relatório médico completo de meu filho/ filha/outros(por favor circular o correto).

Eu dou permissão ao Smile Train para utilizar as informações de meu relatório medico para acessar e avaliar informações sobre a qualidade, treinamento e para fins sociais.

| | | | |
|--|------|--------------------------|------|
| Assinatura do Paciente/ Pais / Guardiões | Data | Assinatura da testemunha | Data |
|--|------|--------------------------|------|

PRIMEIRA PARTE: INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Informações Gerais

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|---|--|-----|---|--|
| Número de cadastro do paciente | | Os pais ou guardiões assinaram o termo de consentimento? | | Sim | Não | <i>Prosseguir somente se o termo for assinado</i> | |
| Sobrenome | | Nome do meio | | Nome | | Data nascimento (dia/mês/ano) ___ / ___ / ___ | |
| Sexo: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Desconhecido | Raça: | <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucasiano (branco) <input type="checkbox"/> Africano (negro) <input type="checkbox"/> Asiático (Indiano) <input type="checkbox"/> Mistura <input type="checkbox"/> Outros | | | | |
| Endereço: Rua | | Cidade/Vila/ | | Província | | | |
| País: | Postal Cep/Caixa | Telefone | | Este paciente é patrocinado pelo Smile Train? Sim___ Não___ Desconheço__ | | | |
| Nome do Parceiro/Organização | | Nome do Hospital | | País | | | |

Informações dos Pais/Guardiões

| | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Sobrenome | | Nome do meio | | Nome | | | |
| Relação com o paciente | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Avós | <input type="checkbox"/> Irmão | <input type="checkbox"/> Irmã | <input type="checkbox"/> Tia | <input type="checkbox"/> Tio | <input type="checkbox"/> Primo |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Outros | | | | | | |
| Como o paciente ficou sabendo do Smile Train? | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Organização de Caridade | <input type="checkbox"/> Hospital/médic | <input type="checkbox"/> Jornal e Tv | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Amigos e Parentes | <input type="checkbox"/> Outros | | |

Histórico Familiar

| | |
|--|---|
| Duração da gestação: ___ meses ___ Não sabe | A mãe teve complicações durante a gravidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| Houve complicações durante o nascimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe | A mãe fumou durante a gravidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe |
| A mãe consumiu álcool durante a gravidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | |
| Os pais, irmãos (irmão/irmã) tem fissure labial, palato ou outro tipo de fissure facial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | |
| Algum outro parente (primos, tios, tias, avós) tem fissura labial, palatal ou outro tipo de fissure facial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe. | |

Diagnóstico

| | | | | | |
|---|---|---|--|----------------------|---|
| Altura do paciente | Peso do Paciente | Realizou alguma cirurgia de reparo de lábio ou palato antes desta consulta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| Caso afirmativo, escolha o tipo de cirurgia que o paciente realizou <input type="checkbox"/> Cirurgia de Fissura Labial <input type="checkbox"/> Cirurgia de Fissura Palatina <input type="checkbox"/> Cirurgia de Fissura Lábio Palatina | | | | | |
| Diagnosis (Description of Lip and Palate at birth or before any surgeries) | | | | | |
| Labio | Lado esquerdo | Lado direito | Alveolar | Lado esquerdo | Lado direito |
| Tipo de Fissura Labial: 1 - Sem Fissura 2 - Completa 3 - Incompleta | | | Tipo de Fissura Labial: 1 - Sem Fissura 2 - Completa 3 - Incompleta | | |
| Hard palate | Lado esquerdo | Lado direito | Soft palate | Lado esquerdo | Lado direito |
| Tipo de Fissura Palatina: 1 - Sem Fissura 2 - Completa 3 - Incompleta 4 - Submucosa | | | Tipo de Fissura Palatina: 1 - Sem Fissura 2 - Completa 3 - Incompleta 4 - Submucosa | | |
| Existe alguma deformidade craniofacial adicional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe | | | | | |
| O paciente apresenta insuficiência velofaríngea antes de realizar a cirurgia de correção de fissuras? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know | | | | | |
| Does this patient have abnormalities in any of the following areas? (check all that may apply) | | | | | |
| Coração | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Nariz | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Dedos | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Sistema urinário | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Ouvido | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Língua | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Olhos | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Membros (braços/pernas) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Discurso | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | | | Mandíbula | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | | | Fala | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | | | Crânio | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | | | Crescimento atrasado | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | | | Problemas mentais | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| O paciente tem algum tipo de alergia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe | | | Alergia a medicamentos | | |
| Outros tipos de alergias | | | Outros problemas de saúde | | |
| Nome do avaliador | | | Tipo de avaliador <input type="checkbox"/> Escrivente <input type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> Enfermeira <input type="checkbox"/> Outro | | Data de avaliador: (dia/mês/ano) ___ / ___ / ____ |

PARTE DOIS: INFORMAÇÃO CIRÚRGICA

Tratamento Cirúrgico

| | | |
|---|---|---|
| Data da admissão: (dia/mês/ano) ___ / ___ / ____ | Data da cirurgia: (dia/mês/ano) ___ / ___ / ____ | Data da alta do paciente: (dia/mês/ano) ___ / ___ / ____ |
| Nome do cirurgião | Nome do anestesista | Tipo de anestesia <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Local |
| Tipo do cirurgião (Check all surgical procedures that were conducted at the time of this hospitalization) | | |
| <input type="checkbox"/> Lábio / Nariz Primário Unilateral (parcial ou completo) | <input type="checkbox"/> Lábio / Nariz Primário Bilateral (parcial ou completo) | <input type="checkbox"/> Palato primário |
| <input type="checkbox"/> Palato secundário (Velofaríngeo) | <input type="checkbox"/> Revisão de Nariz/Lábio | <input type="checkbox"/> Enxerto ósseo alveolar |
| | | <input type="checkbox"/> Fistula |
| | | <input type="checkbox"/> Outros: |
| Tipos de técnicas aplicadas | Lábio Unilateral | <input type="checkbox"/> Rotação- Avanço Variante |
| | | <input type="checkbox"/> Triangular Variante |
| | | <input type="checkbox"/> Outros |
| | Lábio Bilateral | <input type="checkbox"/> Lábio Bilateral |
| | | <input type="checkbox"/> Retalho em V |
| | | <input type="checkbox"/> Outros |
| | Palato | <input type="checkbox"/> Variante Langenbeck |
| | | <input type="checkbox"/> Variante Pushback |
| | | <input type="checkbox"/> Outros |
| Houve alguma complicação, lesão, ou mortalidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, (por favor, vá direto para comentários adicionais em Intervenção abaixo) | | |
| Em caso afirmativo, estas complicações resultaram em óbito do paciente ou alguma lesão física ou psicológica grave no paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo, por favor, preencha o Relatório | | |
| Em caso negativo, por favor, indique os tipos de complicações: <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue <input type="checkbox"/> Problemas respiratórios <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Atraso na alimentação oral <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Retorno para centro cirúrgico | | |
| Comentários adicionais para cirurgia realizada (Opcional): | | |

Arquivos Fotográficos

Foto Pré operatório (selecione uma) Frontal Intra-oral

Data da foto: ___ / ___ / ____ (dia/mês/ano)

fotografia lugar aqui

Labíó (Frontal) / Palato (Intra-oral)

Foto Pos operatório (selecione uma) Frontal Intra-oral

Data da foto: ___ / ___ / ____ (dia/mês/ano)

fotografia lugar aqui - ferida deve ser sem sangue

Labíó (Frontal) / Palato (Intra-oral)

Foto Pos operatório, sorrindo (foto frontal)

Data da foto: ___ / ___ / ____ (dia/mês/ano)

fotografia lugar aqui - ferida deve ser sem sangue

Sorrindo (Frontal)

(Opcional) Adicione qualquer outra foto opcional do paciente aqui

Por favor, checar todas que se aplicam

pré operatório ângulo de cima para baixo

pós operatório ângulo de cima para baixo

pré operatório ângulo de perfil da fissura

pós operatório ângulo de perfil fissura

Data da foto: ___ / ___ / ____ (dia/mês/ano)



Relatório de Ocorrência Médica Grave

Parte 1: Formulário de Evento Inicial

O Smile Train deverá receber por e-mail ou verbalmente a notificação do evento dentro de 24 a 48 horas do ocorrido. Parceiros locais serão responsáveis por confirmar junto ao Smile Train que esta notificação foi recebida. Este formulário deverá ser encaminhado dentro de 5 dias uteis.

| | |
|---|--|
| Data do Evento (dia/mês/ano)___/___/___ | Nome do Hospital: |
| Nome da Organização/Parceiro: | Natureza do evento: <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Complicação Séria |
| Nome do Paciente: | Data de nascimento: (dia/mês/ano): |
| Tipo de Cirurgia: (escolha a que se aplica): | |
| <input type="checkbox"/> Lábio primaria <input type="checkbox"/> Palato Primaria <input type="checkbox"/> Revisão Nariz/Lábio <input type="checkbox"/> Palato Secundaria(Velofaringeo) <input type="checkbox"/> Enxerto Ósseo alveolar <input type="checkbox"/> Lábio/Nariz primaria <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| Nome do Cirurgião: | Nome do Anestesista: |
| Explicação inicial do que aconteceu com o paciente: | |

O Protocolo Smile Train de Segurança e Melhoria de qualidade solicita que os hospitais submetam o relatório de revisão deste evento dentro de 30 dias após o ocorrido. Qual a data esperada que o Hospital ira completar e submeter a parte 2 deste relatório de Ocorrências Medica Grave(formulário de analise do Evento)?____/____/____(dia/mês/ano). Todos os fundos enviados para financiar as cirurgias de seu hospital serão temporariamente suspensos, até o Smile Train receber e conduzir a revisão do relatório de Ocorrências Medica Grave, deste evento.

Por favor envie por FAX (212-689-9199), E-mail (safety@smiletrain.org), o envie scritório Smile Train, 41 Madison Ave, Fl 28, NY, New York 10010 USA.

Parte 2 : Formulário de análise do Evento

Este formulário deve ser recebido aqui no Smile Train dentro de 30 dias após o ocorrido

| | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Data do Evento (dia/mês/ano)___/___/___ | | Nome do Hospital: | | |
| Nome da Organização/Parceiro: | | Natureza do evento: <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Lesão <input type="checkbox"/> Complicação Séria | | |
| Nome responsável por preencher o relatório: | | Título do responsável por preencher o relatório: <input type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> Anestesista <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | |
| What happened and when did this event occur (check all that may apply): | | | | |
| Evento | Pré cirúrgico | Durante a cirurgia | Pós Cirúrgico | Após alta |
| Infecção na incisão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deiscência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fistula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problema com medicação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excesso de sangramento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspiração | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parada Respiratória | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pneumonia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sépsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Derrame | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parada Cardíaca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Morte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Em sua opinião, estes eventos estão relacionados a: (listar todos que se aplicam) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Processo de avaliação Físico <input type="checkbox"/> Procedimentos de observação ao paciente <input type="checkbox"/> Nível da Equipe <input type="checkbox"/> Treinamento da Equipe <input type="checkbox"/> Avaliação de Competência/Credenciamento da equipe <input type="checkbox"/> Supervisão da equipe | | <input type="checkbox"/> Comunicação com família do paciente <input type="checkbox"/> Adequação da tecnologia de suporte <input type="checkbox"/> Manutenção e gerenciamento de equipamentos <input type="checkbox"/> Ambiente físico <input type="checkbox"/> Ministração ou indicação de medicamentos | | |
| Houve necessidade de equipamentos que não estavam disponíveis? Se sim, qual tipo de equipamento? | | Houve necessidade de algum medico especialista que não estava disponível? Se sim , qual especialidade? | | |
| A equipe sabia os procedimentos a serem seguidos em casos como este? Se não, quais tipos de procedimentos seriam de ajuda? | | Quais ações sua organização esta tomando agora após este ocorrido? | | |
| Como você avaliara se estas ações irão prevenir de acontecer outros casos no futuro? | | Qual processo você utilizou para colher informações para preencher este relatório? | | |
| Por favor, nos diga o que você acha que aconteceu com este paciente e por quê? O que poderia ter sido feito par prevenir o ocorrido? | | | | |

Por favor, anexe a este formulário uma copia do relatório médico do paciente contendo todas as informações pré e pós-operatórios, incluindo relatório anestésico, relatório de sala de recuperação, todas as observações de enfermeiras e médicos, relatórios laboratoriais, relatórios cirúrgicos, e histórico pré operatório.

Por favor envie por FAX (212-689-9199), E-mail (safety@smiletrain.org), o envie scritório Smile Train, 41 Madison Ave, Fl 28, NY, NY 10010