

## Introdução

Baseado nas resoluções de nº 1.805 e 2.156 de 2016 do Conselho Federal de Medicina, as solicitações de vagas para a UTI deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico assistente, considerando critérios de admissão a instabilidade clínica, isto é, necessidade de suporte para as disfunções orgânicas e monitoramento intensivo, baseado no diagnóstico e necessidades do paciente, disponibilidade do serviço na instituição, priorização de acordo com a condição do paciente, disponibilidade de leitos e potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e com o prognóstico, com base em níveis de prioridade.

Por tratar-se de um tema administrativo de cada instituição, critérios de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI), poucos dados estão disponíveis na literatura médica, sendo a orientação da Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM) é que cada serviço elabore suas próprias políticas de admissão na terapia intensiva, baseado nas necessidades dos pacientes atendidos e nas características da UTI.

O fim da vida, com o advento do modelo científico e da alta tecnologia, passou a ser considerado um “acidente inadmissível”, em que todos os meios deveriam ser utilizados para, ao menos, retardar a morte. Este equivocado entendimento, de que a medicina não tem limites, e a morte é mais definitivo deles, levou a obstinação terapêutica (distanásia), em que a cura se torna impossível e os procedimentos médicos trazem mais sofrimento que alívio para o paciente terminal.

A insuficiência de leitos em UTI é fenômeno mundial e devido aos elevados custos com recursos de alta tecnologia, deve haver esforços para admissão de pacientes com reais chances de recuperação.

Muitas vezes, a escolha de pacientes para a UTI se direciona aos mais graves, com múltiplas disfunções e poucas possibilidades de tratamento, limitando o monitoramento de pacientes com potenciais riscos, que acabam sendo atendidos tardiamente e em piores condições. Assim, o uso apropriado de recursos de terapia intensiva faz-se necessário.

A Society Critical Care Medicine (SCCM) elaborou critérios para admissão de paciente na UTI, com finalidade de priorizar, no processo de triagem, a internação dos pacientes que mais se beneficiarão do tratamento intensivo e para melhorar alocação dos recursos disponíveis.

Este modelo de solicitação de vagas norteia os critérios, adaptados a cada serviço, sobre a admissão dos pacientes na UTI porém, não objetiva determinar todas as condições possíveis que demandam assistência de TI, tampouco aqueles que dispensam tal nível de cuidado.

De modo geral, deve-se evitar internar pacientes graves demais que não podem ser beneficiar de terapia intensiva, assim como paciente que, por apresentares risco tão baixo de complicações, podem ser mantidos em outras aéreas do hospital, “nem tão bem, nem tão mal”.

A utilização de protocolos bem desenhados e de fácil aplicação permitirá a rápida identificação dos pacientes com verdadeira indicação de UTI, evitando retardo na admissão destes e, conseqüentemente, interferindo no desfecho, já que quanto maior o tempo para admissão na UTI, maior a mortalidade. Atraso maior ou igual a 6 horas associa-se a aumento no tempo de internação hospitalar e mortalidade no centro de terapia intensiva e hospitalar (após alta da UTI).

Variáveis como diagnóstico e idade não devem ser tomados isoladamente, vários modelos para se decidir sobre a admissão de pacientes na UTI são utilizados, como por exemplo:

<b>Elaborado por:</b> Américo Alves de Almeida Junior, Renato Oliveira Feliciano, Daniela S. Moreira Granero e Sheila Soares	<b>Aprovado por:</b> Ana Paula Lopes Santos Guerra <b>Diretora Assistencial</b>	<b>Verificado por:</b> Ana Cláudia Veloso Prates <b>Supervisora de Qualidade</b>
---	---	--

- Modelo baseado no diagnóstico
- Modelo baseado em parâmetros objetivos (exame clínico e complementares)
- Modelo baseado em prioridades (P1, P2, P3, P4 e P5)

O modelo baseado em diagnóstico (tabela 01), ou o baseado em parâmetros objetivos (tabela 02), são úteis para iniciar o processo de avaliação dos pacientes candidatos à admissão na UTI. Após estabelecido o paciente candidato à internação, a decisão deve ser baseada no modelo de prioridade (tabela 03), conforme resolução do CFM nº 2.156/2016, em que os pacientes P1 e P2 sejam admitidos sem demora e que sejam avaliados de forma individualizada os pacientes P3 e P4, respeitando a cultura, os desejos e anseios do paciente, da família e da equipe assistente. Eventualmente, em casos de P4, há necessidade de admissão para garantir conforto adequado nos momentos finais.

A decisão sobre a ocupação de vagas na UTI são, além de complexas, desafiadoras. A idade, a presença de comorbidades e o escore prognóstico e de disfunção orgânica são maiores nas categorias 3 e 4, sendo estas relacionadas com a maior recusa do paciente na UTI. Estes pacientes, prioridades 3 e 4, mesmo quando estes são admitidos na UTI, continuam a apresentar alta mortalidade.

Então, critérios objetivos, pautados em níveis de prioridades, parecem ser mais eficientes na triagem de pacientes que terão maiores benefícios do suporte de terapia intensiva, melhorando a utilização dos recursos disponíveis.

Além do conhecimento clínico e experiência profissional, os conhecimentos legais e bioéticos devem ser levados em consideração na hora de se admitir pacientes na UTI.

O entendimento dos desejos dos pacientes e familiares nem sempre é fácil e condizente com o quadro clínico sendo, em alguns casos, inevitável o questionamento sobre a indicação ou não da UTI.

Em relação a resolução do CFM Nº 1.805/2006, fica claro que não é obrigação do médico prolongar a vida do paciente a qualquer custo, devendo preservar a autonomia e a dignidade do paciente, que receberá cuidados necessários para aliviar seu sofrimento, sendo dado, inclusive, a opção de requisitar alta do hospital, podendo morrer de maneira mais humana, ao lado de sua família.

### **Modelo de admissão baseado em diagnóstico – Tabela 01**

#### **a) Sistema cardiovascular**

IAM com complicações	Emergência hipertensiva
Choque cardiogênico	Aneurisma dissecante da aorta
Arritmias complexas	AI complicada
Insuficiência cardíaca com falência respiratória ou instabilidade hemodinâmica	

#### **b) Aparelho respiratório**

Necessidade de VM ou deterioração do quadro respiratório	TEP com instabilidade hemodinâmica e/ou respiratória	Hemoptise maciça
--	--	------------------

#### **c) Distúrbios Neurológicos**

Coma: metabólico, tóxico, anóxico	Vasoespasma
TCE severo	Distúrbio do SNC com deterioração respiratória

<b>Elaborado por:</b> Américo Alves de Almeida Junior, Renato Oliveira Feliciano, Daniela S. Moreira Granero e Sheila Soares	<b>Aprovado por:</b> Ana Paula Lopes Santos Guerra <b>Diretora Assistencial</b>	<b>Verificado por:</b> Ana Cláudia Veloso Prates <b>Supervisora de Qualidade</b>
---	---	--

**PROTOCOLO CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NO CTI**

**Código:** PC – ADMCTI

**Elaboração:** Abr/2019

**Revisão:** Dez/2019

**Próxima Revisão:** Dez/2021

Hemorragia subaracnóidea aguda	Doador de órgãos com necessidade de intervenções complexas
Estado de mal epiléptico	Meningites com alteração do estado mental ou respiratório
Lesão cerebral severa	Hemorragia intracraniana com potencial herniação

**d) Intoxicações exógenas**

Instabilidade hemodinâmica	Convulsões	Queda do nível consciência com incapacidade de proteger a via aérea
----------------------------	------------	---

**e) Distúrbios gastrointestinais**

Sangramento intestinal com instabilidade hemodinâmica	Pancreatite grave
Insuficiência hepática fulminante	

**f) Distúrbios endócrinos**

CAD complicada	Estado hiperosmolar com coma e instabilidade hemodinâmica	Hipo ou hipermagnesemia com instabilidade hemodinâmica ou arritmias	Hipofosfatemia com fraqueza muscular
Tempestade tireoidiana ou mixedema com instabilidade	Hipo ou hipernatremia com convulsões e alteração do estado mental	Hipo ou hipercalemia com arritmias ou fraqueza muscular	Crises adrenais com instabilidade hemodinâmica

**g) Cirurgia**

PO com necessidade de cuidados intensivos, ventilação mecânica e/ou monitoramento hemodinâmico
Perfuração de vísceras

**h) Outros**

Sepse ou choque séptico	Monitoramento hemodinâmico
Alterações produzidas pelo meio ambiente (lesões por raios, hipotermia e outros)	

**Modelo de admissão baseado em parâmetros objetivos (exame clínico e complementares) – Tabela 02**

**a) Sinais vitais**

Pulso: < 40 ou > 150 bpm	PAM: < 60 mmHg
PAS: < 80 ou 20mmHg a menos que a habitual	PAD: > 120mmHg
FR: > 35 irpm	

**b) Valores laboratoriais recentes**

Na <sup>+</sup> sérico: < 110 ou > 150mEq/L	pH: < 7,1 ou > 7,7
K <sup>+</sup> sérico: < 2 ou > 7 mEq/L	Glicose sérica: > 800 mg/dL
PaO <sub>2</sub> : < 50 mmHg	Cálcio sérico total: > 15 mEq/L
Comprometimento neurológico ou hemodinâmica associado à ingestão de drogas	

**c) Radiologia (achado recente)**

Hemorragia cerebral	Ruptura de víscera oca
Contusão subaracnóidea ou hemorragia com alteração mental ou focal	Aneurisma dissecante de aorta

**d) ECG**

<b>Elaborado por:</b> Américo Alves de Almeida Junior, Renato Oliveira Feliciano, Daniela S. Moreira Granero e Sheila Soares	<b>Aprovado por:</b> Ana Paula Lopes Santos Guerra <b>Diretora Assistencial</b>	<b>Verificado por:</b> Ana Cláudia Veloso Prates <b>Supervisora de Qualidade</b>
---	---	--

SCA	Arritmias com instabilidade clínica	BAV com instabilidade hemodinâmica
-----	-------------------------------------	------------------------------------

**e) Achados físicos de: início agudo**

Anúria	Obstrução de vias aéreas	Queimaduras: > 10 % de área corporal
Cianose	Tamponamento cardíaco	Coma ou convulsões contínuas;
Anisocoria em pacientes inconscientes		

**Modelo de admissão baseado em prioridade – Tabela 03**

PRIORIDADE I (P1)	Paciente críticos e instáveis, que necessitam de cuidados de terapia intensiva e monitoramento que não pode ser realizado fora da UTI, não havendo limites em se iniciar a terapêutica necessária, como suporte ventilatório, uso de drogas vasoativas. Ex.: instabilidade hemodinâmica (hipotensão ou choque); insuficiência respiratória aguda, necessitando de suporte ventilatório, injúria renal com necessidade de tratamento dialítico, politraumatizados,
PRIORIDADE II (P2)	Pacientes que necessitam de monitoramento intensivo, que podem potencialmente necessitar de intervenção imediata e não há limite terapêutico estipulado para o paciente. Ex.: pacientes com crônicas que desenvolvem uma situação, clínica ou cirúrgica, aguda (DRC dialíticos, seqüela de AVE, DAC grave), que desenvolvem condições graves, clínicas ou cirúrgicas; desconforto respiratório (pneumotórax não hipertensivo, ); idoso com seqüela de AVE e que necessita de cirurgia de emergência.
PRIORIDADE III (P3)	Pacientes gravemente enfermos, mas que possuem uma reduzida probabilidade de recuperação pela natureza de suas doenças, ou seja, paciente instável aguda e criticamente, associada a enfermidade de base com mínima condição de recuperação ou benefício da UTI. Os limites para terapêutica deveriam ser discutidos entre equipe, paciente e família, como nos casos em que há malignidade metastática. Estes pacientes podem receber tratamento intensivo para aliviar a complicação aguda, no entanto, não serão fornecidas medidas extraordinárias de suporte, como RCP, hemodiálise, etc Ex.: malignidade com infecções, tamponamento cardíaco.
PRIORIDADE IV (P4)	Geralmente são pacientes não apropriados para UTI. Os casos devem ser analisados individualmente e em algumas situações pode ocorrer a internação. Eles podem ser classificados em duas categorias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouco ou nenhum benefício em receber cuidados intensivos devido à baixa complexidade de sua condição (estão muito bem para beneficiar de cuidados intensivos). Exemplos: cirurgia vascular periférica, cetoacidose diabética estável.</li> <li>• B) Pacientes em condições terminais e irreversíveis em morte iminente (muito graves para se beneficiar da UTI). Exemplos: estado vegetativo persistente, diretivas antecipadas.</li> </ul>
PRIORIDADE V (P5)	Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

O modelo baseado em prioridade é definido a partir das respostas às seguintes questões: a) o paciente é grave? Necessita de intervenção de suporte à vida? Necessita de monitoramento intensivo? A probabilidade de recuperação e alta? Existe limitação terapêutica por parte do paciente? Existe limitação terapêutica por parte do hospital? O estado de doença é avançado e irreversível, com prognóstico de morte iminente e inevitável?

**Conclusão**

<b>Elaborado por:</b> Américo Alves de Almeida Junior, Renato Oliveira Feliciano, Daniela S. Moreira Granero e Sheila Soares	<b>Aprovado por:</b> Ana Paula Lopes Santos Guerra <b>Diretora Assistencial</b>	<b>Verificado por:</b> Ana Cláudia Veloso Prates <b>Supervisora de Qualidade</b>
---	---	--

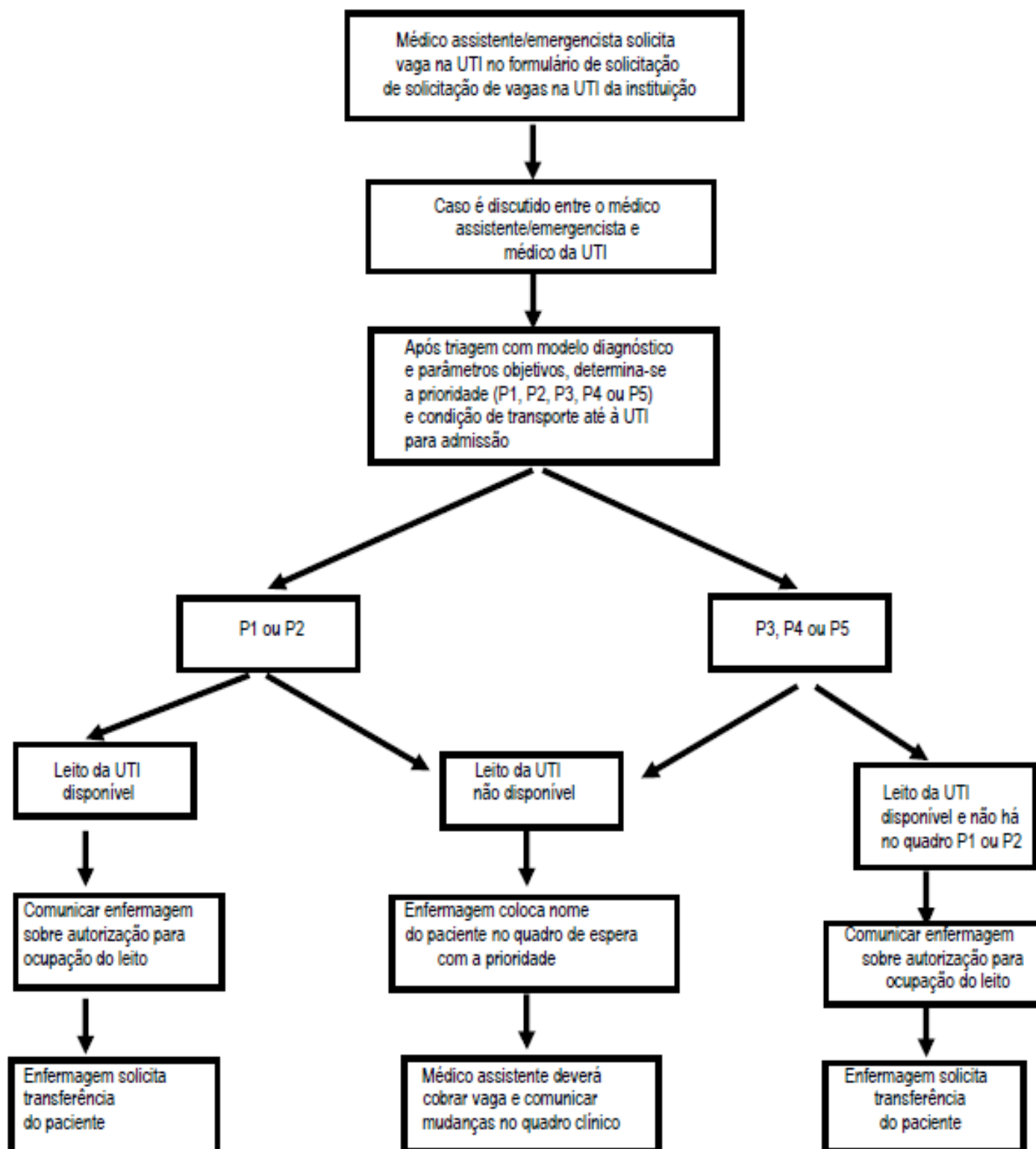
A solicitação de vagas na UTI do Hospital Aroldo Tourinho deve ser realizada pelo médico assistente ou médico emergencista ao médico plantonista da UTI. A indicação deve ser baseada no diagnóstico principal ou alteração clínica (modelo diagnóstico) associado ao modelo baseado em parâmetros objetivos (exames clínicos e complementares). Após definida a indicação de UTI, determina-se a prioridade (P1, P2, P3, P4 ou P5), baseado no modelo prioridade.

## Referências

1. Task Force of The American College of critical Care Medicina. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Crit Care Med. 1999;27:633-8.
2. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 1999; 27:633-8.
3. Checkley W. Mortality and denial of admission to an intensive care unit. Am J Respir Crit Care Med. United States; 2012. p. 1038-40
4. Robert R, Reignier J, Tournoux-Facon C, Boulain T, Lesieur O, Gissot V, et al. Refusal of intensive care unit admission due to a full unit: impact on mortality. Am J Respir Crit Care Med. 2012;185:1081-7
5. Intas G, Stergiannis P, Chalari E, Tsoumakas K, Fildissis G. The impact of ED boarding time, severity of illness, and discharge destination on outcomes of critically ill ED patients. Adv Emerg Nurs J. 2012;34:164-9.
6. Capuzzo M, Moreno RP, Alvisi R. Admission and discharge of critically ill patients. Curr Opin Crit Care 2010;16:499-504
7. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.805/2006
8. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016
9. Griner PF. Treatment of acute pulmonary edema: conventional or intensive care? Ann Intern Med. 1972;77:501-6
10. Kollef MH, Shuster DP. Predicting ICU Outcomes with Scoring Systems: Underlying Concepts and Principles. Crit Car Clin 1994; 101-18
11. Goldhill DR, McMarry AF. The longer patients are in hospital before Intensive Care admission the higher their mortality. Intensive Care Med. 2004;30:1908-13.
12. Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. Crit Care Med 2007;35(6):1477-8
13. CALDEIRA, Vanessa Maria Horta et al. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia Intensiva e Mortalidade. Rev Assoc Med Bras, Si, v. 5, n. 56, p.528-534, jan. 2010.
14. SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage. Critical Care Medicine, Si, v. 3, n. 27, p.633-638, mar. 1999.
15. Manual de Terapia Intensiva, Amib Hélio Penna, edição Manole 2016.
16. KNOBEL – Conduas no paciente grave, 2ª ed.; vol 2, Ed. Atheneu, 2001

## Fluxograma de Solicitação de Vaga na UTI

<b>Elaborado por:</b> Américo Alves de Almeida Junior, Renato Oliveira Feliciano, Daniela S. Moreira Granero e Sheila Soares	<b>Aprovado por:</b> Ana Paula Lopes Santos Guerra <b>Diretora Assistencial</b>	<b>Verificado por:</b> Ana Cláudia Veloso Prates <b>Supervisora de Qualidade</b>
---	---	--



**Consideração:**

**Elaborado por:**

Américo Alves de Almeida Junior, Renato Oliveira Feliciano, Daniela S. Moreira Granero e Sheila Soares

**Aprovado por:**

Ana Paula Lopes Santos Guerra  
**Diretora Assistencial**

**Verificado por:**

Ana Cláudia Veloso Prates  
**Supervisora de Qualidade**

PROTOCOLO CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NO CTI

Código: PC – ADMCTI

Elaboração: Abr/2019

Revisão: Dez/2019

Próxima Revisão: Dez/2021

- a) Formulário de solicitação deve ser feito em duas vias
- b) Após autorizada ocupação do leito da UTI, a data e a hora devem ser anotadas no formulário e a enfermagem prontamente comunicada.
- c) Mudanças no quadro clínico do paciente devem ser comunicadas à UTI
- d) A autonomia e a vontade do paciente devem ser respeitadas como fatores fundamentais em qualquer tomada de decisão.
- e) Contraindicações à admissão na UTI: Pacientes com poucos ou nenhum benefício esperado, com base no baixo risco de intervenção ativa, ou pacientes com doença terminal irreversível, sem resposta a quimioterapia ou radioterapia ou ambas.
- f) Definições importante
- **Paciente Grave:** paciente que apresenta instabilidade definida pela presença de 1 ou mais disfunções orgânicas agudas, agudizadas ou descompensadas capazes de colocar o paciente em risco de morte (disfunção orgânica ameaçadora da vida), necessitando, portanto, de assistência imediata e contínua composta de monitoração intensiva e intervenções de suporte de vida. Essa necessidade de intervenções de suporte de vida é, portanto, real, ou seja, de fato necessária nesse momento. Necessário também distinguir do paciente portador de disfunções orgânicas crônicas, decorrentes de doenças também crônicas, mas estabilizadas ou compensadas (paciente com doença renal crônica, plaquetopenia crônica, anemia crônica, hepatopatia crônica, etc).
  - **Paciente Crítico:** paciente grave cujo risco de morte é iminente, isto é, está prestes a acontecer pelo que as medidas a serem adotadas devem visar também efeitos imediatos ou em curto prazo (minutos ou horas). Tratar-se-ia de uma forma de paciente grave, muito embora na literatura encontre-se por vezes que os termos “paciente grave” e “paciente crítico” sejam usados indistintamente.
  - **Paciente em Risco de Gravidade (potencialmente grave):** paciente que, na avaliação médica, possua alguma condição potencialmente determinante de instabilidade ou alguma disfunção orgânica não ameaçadora da vida. Estes pacientes necessitam de monitorização ou vigilância intensiva por ter uma necessidade potencial de intervenções de suporte de vida e/ou de algumas terapias de uso não exclusivo na UTI (por exemplo, ventilação não invasiva). Pacientes de pós-operatórios de alto risco ou pacientes com insuficiência respiratória tolerando a ventilação não invasiva intermitente são exemplos.
  - **Monitorização intensiva (vigilância intensiva):** todos os pacientes graves e/ou críticos em regra, necessitam de monitorização intensiva clínica ou não invasiva e de forma contínua de tipo neurológica, renal, respiratória ou hemodinâmica (neurocheck, oximetria de pulso, controle de PANI, controle de diurese etc).
  - **Intervenções de suporte de vida:** incluem procedimentos que somente podem ser realizados na UTI como ventilação mecânica invasiva, hemodiálise, uso de drogas vasoativas, suporte circulatório mecânico (balão intra-aórtico, ECMO), manobras de reanimação cardiopulmonar e/ou uma monitorização intensiva invasiva (monitorização de PIC, PAI, PIA, PAP com cateter de Swan Ganz, etc.)
  - **Probabilidade de recuperação:** refere-se à chance de o paciente poder retornar ao estado prévio no qual se encontrava antes de adoecer (doença aguda ou agudizada). Variáveis como diagnóstico da localização, grau e extensão da lesão e

Elaborado por:

Américo Alves de Almeida Junior, Renato Oliveira Feliciano, Daniela S. Moreira Granero e Sheila Soares

Aprovado por:

Ana Paula Lopes Santos Guerra  
Diretora Assistencial

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates  
Supervisora de Qualidade

estado prévio de comorbidades, são fatores determinantes para estabelecer o prognóstico e a probabilidade de recuperação

- **Limitação do suporte terapêutico:** refere-se às limitações impostas ao tratamento indicado em razão das condições inerentes do próprio paciente (intolerância, alergia, contraindicação, análise de risco/benefício, escolha do paciente ou do seu responsável legal, etc.) ou decorrente de limitações nos serviços médicos disponíveis na instituição (vide art. 1º, II da Resolução nº 2156/2016).
- **Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) ou Semi-intensiva:** Unidade destinada precipuamente a pacientes com risco de gravidade e/ou com baixa probabilidade de recuperação e/ou que possuem limitações terapêuticas. Trata-se de Unidade destinada a pacientes com Prioridade 2 e 4.
- **Unidade de Cuidados Paliativos (UCP):** Unidade destinada a pacientes com doença irreversível, com indicação de cuidados paliativos proporcionais ou em fase de terminalidade. Trata-se de Unidade destinada a pacientes com Prioridade 5. Destaque-se que em regra, todo paciente terminal deve ser internado numa UCP, mas as UCP não são exclusivas para pacientes terminais, podendo também nela ser internados pacientes em cuidados paliativos proporcionais. Exemplo: lesões cerebrais irreversíveis grave, disfunção múltiplos órgãos irreversível, câncer metastático que não responde à quimioterapia e / ou terapia de radiação (a menos que o paciente esteja em um protocolo de tratamento específico), pacientes com capacidade de tomada de decisões que recusam tratamento intensivo e / ou monitorização invasiva e que recebem apenas cuidados paliativos, morte cerebral em paciente não doador, pacientes em estado vegetativo persistente, os pacientes que estão permanentemente inconscientes, etc.
- **Paciente crítico crônico:** tem se denominado assim, àquele paciente que segue uma evolução subaguda após sobreviverem ao primeiro insulto, sem conseguir uma recuperação completa, mantendo algum tipo de disfunção orgânica, tornando-se dependentes por um longo período de tempo de algum tipo de suporte para a manutenção da vida. Tem sido mais frequentemente relacionada à ventilação mecânica (VM) prolongada e a necessidade de traqueotomia por VM prolongada. Estes pacientes geralmente apresentam estados de desnutrição, hiperglicemia, doença metabólica óssea, depressão, úlceras de pressão e disfunção do eixo neuroendócrino, com aumento no período de internação e geração de gastos excessivos durante e após a hospitalização[3].Esses pacientes tendem a ter infecções recorrentes, fraqueza profunda e delírio. Pelo menos metade falecem dentro de 1 ano. Entre os que sobrevivem, as taxas de readmissão são altas, a maioria permanece institucionalizada e menos de 12% estão em casa e funcionalmente independentes 1 ano após a doença aguda

Paciente: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Sexo ( )M ( )F Setor solicitante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Elaborado por:**

Américo Alves de Almeida Junior, Renato Oliveira  
Feliciano, Daniela S. Moreira Granero e Sheila Soares

**Aprovado por:**

Ana Paula Lopes Santos Guerra  
**Diretora Assistencial**

**Verificado por:**

Ana Cláudia Veloso Prates  
**Supervisora de Qualidade**



Cirurgia eletiva: ( ) Não ( ) Sim, qual: \_\_\_\_\_ Programação \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Em uso de:

( ) Ventilação mecânica / ( ) TOT ( ) outro / Tempo de VM: \_\_\_\_\_

( ) Aminas vasoativas (noradrenalina, vasopressina, adrenalina, dopamina) Dose: \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal / Alterações clínicas

- ( ) SCA // Complicação mecânica ( ) S ( ) N  
 ( ) BAV complexo com instabilidade  
 ( ) Arritmia complexa com instabilidade  
 ( ) RCP / Ritmo: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_  
 ( ) IC com instabilidade ou falência respiratória  
 Dobutamina ( ) Não ( ) Sim Dose: \_\_\_\_\_  
 ( ) EAP  
 ( ) Emergência hipertensiva  
 ( ) Aneurisma dissecante de aorta  
 ( ) TEP com presença de instabilidade hemodinâmica  
 ( ) Choque \_\_\_\_\_  
 ( ) Alteração no nível de consciência mantida  
 ( ) Crise convulsiva mantida  
 ( ) Déficit súbito de força  
 ( ) Cefaléia intensa seguida de déficit neurológico

- ( ) Sepsis ou choque séptico / Foco: \_\_\_\_\_  
 Disfunção: \_\_\_\_\_  
 ( ) Hemodiálise de emergência  
 ( ) CAD com instabilidade / acidose grave  
 ( ) Estado hiperosmolar com coma e instabilidade  
 ( ) Distúrbio acidobásico/hidroeletrolítico grave  
 ( ) Febre associada a rigidez de nuca  
 ( ) Perfuração de víscera  
 ( ) Complicações relacionadas à gravidez / parto / puerpério  
 ( ) Hemorragia digestiva com instabilidade  
 ( ) Emergência psiquiátrica  
 ( ) Insuficiência hepática fulminante  
 ( ) Coma metabólico, tóxico ou anóxico  
 ( ) Hemoptise maciça  
 ( ) Pancreatite grave  
 ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Exame Clínico

FC(bpm): ( ) < 40 ( ) 41-100 ( ) 100-120 ( ) 120-150 ( ) > 150  
 FR(ipm): ( ) < 10 ( ) 10-14 ( ) 15-20 ( ) 21-29 ( ) ≥ 30  
 PAS(mmHg): ( ) < 90 ( ) 90-179 ( ) ≥ 180 // PAM ( ) < 60  
 PAD(mmHg): ( ) > 120  
 Temp. (°C): ( ) < 35 ( ) 35-37,8 ( ) > 37,8  
 ( ) Obstrução de via aérea  
 ( ) Tamponamento cardíaco  
 ( ) Coma  
 ( ) Cianose  
 Queimadura: ( ) > 10%  
 Pupilas: \_\_\_\_\_ SCG / RASS: \_\_\_\_\_  
 Débito urinário: \_\_\_\_\_

Comorbidades

- ( ) DM  
 ( ) HAS  
 ( ) DPOC  
 ( ) DRC  
 ( ) IC FE reduzida  
 ( ) DAC grave  
 ( ) Doença hematológica  
 ( ) Doença gastrointestinal  
 ( ) Doença cardiovascular  
 ( ) Indicação para palição  
 ( ) Doença oncológica  
 ( ) Doença infecciosa  
 ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Exames Complementares Recentes:

Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Leucograma: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_  
 Eletrólitos: Na<sup>+</sup> ( ) > 150 ( ) < 110 // K<sup>+</sup> ( ) < 2 ( ) > 7 // Ca ( ) > 15 // outros: \_\_\_\_\_  
 Lactato: \_\_\_\_\_ Troponina: \_\_\_\_\_ CK-MB: \_\_\_\_\_ Pta: \_\_\_\_\_ RNI: \_\_\_\_\_  
 Gasometria art.: \_\_\_\_\_ // pH ( ) < 7,1 ( ) > 7,7 // PaO<sub>2</sub> ( ) < 50  
 Imagem (Rx, TC, US recente): \_\_\_\_\_  
 ECG: \_\_\_\_\_

Condição de transporte até a UTI: ( ) Sim ( ) Não, motivo: \_\_\_\_\_

Ocupação do leito ( ) Autorizada ( ) Não autorizada. Motivo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Unidade: ( ) Geral ( ) Cardio

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ Médico da UTI: \_\_\_\_\_ Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Elaborado por:

Américo Alves de Almeida Junior, Renato Oliveira  
Feliciano, Daniela S. Moreira Granero e Sheila Soares

Aprovado por:

Ana Paula Lopes Santos Guerra  
Diretora Assistencial

Verificado por:

Ana Cláudia Veloso Prates  
Supervisora de Qualidade