

<b>Diretoria:</b>	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Qualidade Institucional	<b>Data da Emissão:</b>	29/05/2023
<b>Área:</b>	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	<b>Versão nº.:</b>	1.0.0
<b>Código:</b>	PTC.DEPQI-NQSP.001	<b>Próxima Revisão:</b>	MAI/2025

## PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

### SIGLAS, ABREVIATURAS E SIMBOLOS

- a) % - Porcentagem
- b) G - Gemelar
- c) HRMS - Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.
- d) NIR - Núcleo Interno de Regulação.
- e) NQSP - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.
- f) RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
- g) RN - Recém-nascido.

### OBJETIVOS

**Geral:**

- a) Garantir a Identificação Correta do Paciente.

**Específicos:**

- a) Orientar o processo de identificação correta do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados a erros de identificação.
- b) Fortalecer as notificações de eventos adversos e monitoramento dos indicadores.

### UTILIZADORES POTENCIAIS

Equipe multiprofissional do HRMS.

### ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Pacientes adultos, crianças e neonatos admitidos e/ou nascidos no HRMS até sua alta hospitalar.

### DESENVOLVIMENTO

A Portaria Ministerial 529 de 1º de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Em 25 de julho do mesmo ano foi publicada a RDC 36/2013 que aborda ações de segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, focando em promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde contemplando as metas internacionais de segurança do paciente. Em complemento foi publicada em setembro a Portaria nº 2095/2013 que aprova os protocolos básicos da segurança do paciente e dentre eles está o Protocolo de Identificação do Paciente. Devido a isso, ratifica-se que foi atualizado o Protocolo Institucional para garantir a Identificação Correta do Paciente no HRMS.

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Identificar corretamente o paciente é assegurar o cuidado prestado para o qual se destina, a fim de prevenir erros e eventos adversos. Falhas de identificação do paciente podem ocorrer desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. A identificação inadequada dos pacientes é reconhecida como uma causa raiz de graves erros transfusionais (Ministério da Saúde, 2022).

Para a identificação do paciente, deverão ser observados os seguintes requisitos:

- a) A pulseira deverá ser em material flexível, liso, ajustável, impermeável, lavável, na cor branca, fechamento com lacre adesivo inviolável, borda não traumática, resistência contra rasgos, água e produtos químicos, antialérgica, atóxica, alta durabilidade e com comprimento adequado ao tipo de paciente (neonatal, infantil e adulto).

- b) Os três identificadores obrigatórios que deverão constar na pulseira são:
- Nome do paciente/social;
  - Nome da mãe;
  - Data de Nascimento.

**Figura 1: Modelo de Pulseira de Identificação do Paciente**

Nome Paciente / Social: _____	Data Nasc: __/__/__
Nome da Mãe: _____	

- Todos os pacientes que adentrarem ao hospital, seja para atendimentos de urgência e/ou internação, ou para realização de exames ou procedimento ambulatorial, deverão estar identificados com a pulseira.
- A pulseira de identificação do paciente deverá ser impressa nas recepções, sempre que necessário.
- DESCONHECIDO:** Os pacientes admitidos sem documentos para identificação, sem familiares e ou acompanhantes, deverão ser identificados como “Desconhecido”, acrescentando uma característica física mais relevante, sexo ou raça, até obtenção da documentação comprobatória.
- GEMELAR:** Em caso de recém-nascido gemelar deverá constar na pulseira do primeiro a nascer “RN G1 de ‘nome da mãe’ ”. Para o segundo “RN G2 de ‘nome da mãe’ ”, e assim sucessivamente.
- O local para o posicionamento da pulseira de identificação deve ser o punho esquerdo (preferencialmente deixar o punho direito livre para casos de pacientes que fazem cateterismo cardíaco). Caso não seja possível, optar por tornozelos. Em crianças, fica a critério da equipe o melhor local de posicionamento da pulseira.

### COMPETÊNCIAS

#### A todos da Equipe Multiprofissional:

- Conferir a identificação correta do paciente antes de qualquer atendimento.
- Fortalecer a importância da utilização da pulseira por toda internação.
- Realizar a notificação da inconformidade no Sistema Estratégico (ver IT.CMDH-NQSP.001) ou em Formulário de notificação de incidente evento adverso (FORM.NOT.001/2022) conforme documentos padronizados disponíveis em S:\PÚBLICO – MIGRAÇÃO DA PASTA\ Documentos Institucionais.

#### Às Recepções:

- Cadastrar o paciente no sistema, conforme documento pessoal apresentado e imprimir a pulseira de identificação.
- Colocar pulseira no paciente ou solicitar ao paciente/familiar a colocação da pulseira.
- Explicar a importância do uso da pulseira por toda a internação.
- Para pacientes que são admitidos direto na sala vermelha, confeccionar a pulseira e encaminhar ao setor para a equipe local identificar o paciente corretamente.
- Reimprimir pulseira de identificação quando solicitado pela equipe assistencial (em caso de sujidade, informações apagadas, rasuras, etc.).

#### Às Portarias:

- Conferir se o paciente está identificado com a pulseira antes de adentrar ao hospital.
- Em caso de ausência de pulseira, orientar o paciente retornar à recepção para confecção da mesma.

#### Aos Gerentes das Unidades:

- Garantir o cumprimento de adesão do protocolo de identificação correta do paciente;

**Aos Enfermeiros das Unidades:**

- a) Pacientes com nomes homônimos (grafias similares, nomes iguais ou sonoridade semelhante), solicitar transferência ao NIR para outro leito diminuindo riscos de falhas/trocas.
- b) Solicitar reimpressão em caso de ausência de pulseira, ilegibilidade, rasuras ou falhas.

**Aos Técnicos de Enfermagem das Unidades:**

- a) Comunicar ao enfermeiro qualquer situação de risco relacionado a falta de identificação correta do paciente.

**À Patologia:**

- a) Conferir se o paciente em óbito está identificado corretamente (com pulseira de identificação e ficha de cabeceira sobre o tórax do paciente).

**Ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente:**

- a) Coletar o indicador de adesão à identificação correta do paciente nas unidades por amostragem mensal.
- b) Realizar feedback ao responsável do plantão após a visita beira leito sobre as inconformidades de identificação do paciente.
- c) Analisar as inconformidades registradas em sistema estratégico ou por formulário de notificação de incidente e evento adverso, propondo melhoria compartilhada;
- d) Fortalecer em caráter educativo ações para o cumprimento do protocolo de identificação correta do paciente;
- e) Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária as falhas de identificação do paciente.
- f) Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

**INDICADOR DE MONITORAMENTO**

Será utilizada a Taxa de adesão das pulseiras de identificação no paciente com objetivo de monitorar o cumprimento do Protocolo de Identificação Correta do Paciente.

**Tabela 1: Ficha do Indicador**

<b>Nome do Indicador</b>	<b>Taxa de adesão das pulseira de identificação.</b>
<b>Definição (termos)</b>	Número de pacientes avaliados: Número de pacientes com pulseira de identificação na hora da visita beira leito.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes com pulseira de identificação}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes avaliados no setor}} \times 100$
<b>Unidade</b>	%
<b>Periodicidade de coleta</b>	Mensal.
<b>Meta e limite</b>	Quanto maior melhor – 95% de adesão.
<b>Referência</b>	Protocolo de Identificação Correta do Paciente (PTC.DEPQI-NQSP.001 v1.0.0).
<b>Metodologia de apuração Forma de coleta e origem de dados</b>	Indicador coletado mensalmente por amostragem (50% dos pacientes) com instrumento de coleta do NQSP em todos os setores do hospital.
<b>Responsável</b>	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
<b>Amostragem</b>	50% dos pacientes

HISTÓRICO DE REVISÕES		
VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0.0	29/05/2023	Emissão inicial

REFERÊNCIAS
<ul style="list-style-type: none"><li>• ANVISA. <b>RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.</b> Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013. Disponível em &lt; <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html</a> &gt;. Acesso em 03 set. 2022.</li><li>• MINISTÉRIO DA SAÚDE. <b>Anexo 02: Protocolo de Identificação Do Paciente.</b> 2022. Disponível em: &lt; <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente.pdf/@download/file/PROTOCOLO%20DE%20IDENTIFICA%C3%87%C3%83O%20DO%20PACIENTE.pdf">https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente.pdf/@download/file/PROTOCOLO%20DE%20IDENTIFICA%C3%87%C3%83O%20DO%20PACIENTE.pdf</a> &gt;. Acesso em 04 set. 2022.</li><li>• MINISTÉRIO DA SAÚDE. <b>Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013.</b> Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. 2013. Disponível em: &lt; <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html</a> &gt;. Acesso em: 05 fev. 2022.</li><li>• MINISTÉRIO DA SAÚDE. <b>Portaria Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013.</b> Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013. Disponível em: &lt; <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html</a> &gt;. Acesso em: 25 set. 2022.</li></ul>

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
Data: 02/04/2023 Simone Oliveira de Carvalho Coren-MS 171.318-ENF Coordenadora NQSP	Data: 05/04/2023 Mario Massahide Goto Junior Matrícula 126625021 Gerente GGC 03/04/2023  Wilton Lima da Costa Matrícula 121283021 Coordenador CMDH Resposta CI 22/GGC – 05/04/2023	Data: 29/05/2023 Roberta Alves Higa CRM-MS 4065-MS Diretora DEPQI CI 35/GGC-DEPQI 29/05/2023