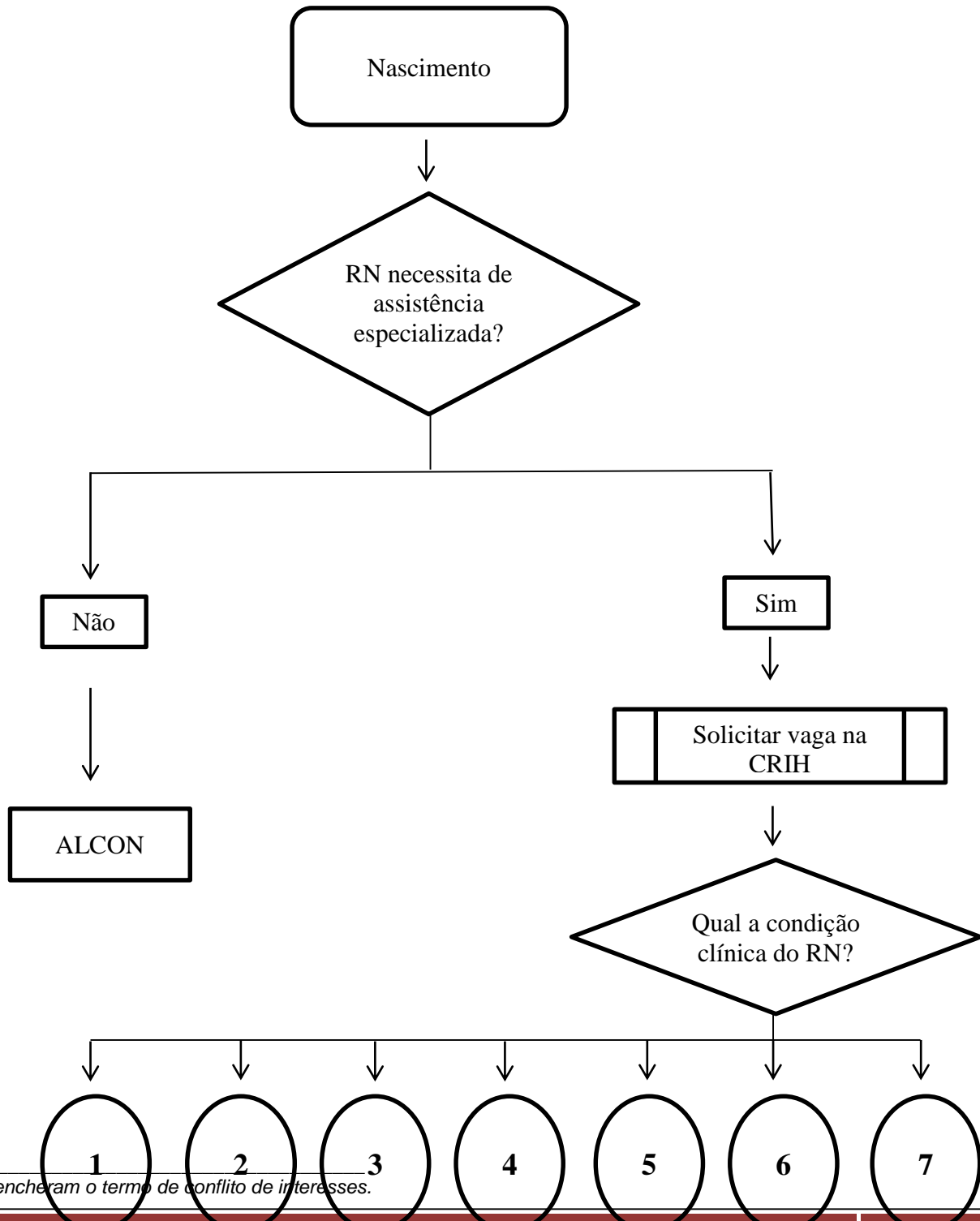




Fluxograma
Critérios de Admissão nas Unidades Neonatais da SES-DF



elaboradores preencheram o termo de conflito de interesses.

1

- **INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA**
 - Grave ou moderada (score maior que 4) conforme boletim de Silverman-Anderson;
 - Indicação de Ventilação Pulmonar Mecânica- VPM com base em dados clínicos e gasométricos;
 - Apnéia de repetição que não responde à utilização de CPAP nasal e Xantinas.
- **INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA**
 - Cianose central ou associada a cianose periférica importante;
 - Pressão arterial: sustentada por drogas vasoativas ou infusões repetidas de grandes volumes de líquidos; menor que percentil 10 ou maior que 90, para peso e idade;
 - Alteração s de ritmo e/ou frequência cardíaca com comprometimento do estado hemodinâmico.
- **AGRAVOS NEUROLÓGICOS**
 - Convulsões subentrantes;
 - Asfixia perinatal grave.
- **OUTROS**
 - RN submetido a procedimento cirúrgico até estabilização respiratória e hemodinâmica;
 - RN com peso inferior a 1250g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
 - RN que necessite de diálise peritoneal;
 - RN grave conforme avaliação clínica e que não se enquadra nos critérios anteriores.

2

- RN que, após alta da UTIN, ainda necessite de observação e cuidados especiais;
- RN com desconforto respiratório ou apnéia que não necessite de VPM; mas requeira monitorização e/ou algum tipo de suporte respiratório (CPAP nasal, HOOD ou oxigênio inalatório);
- RN que necessite de acesso venoso para infusão contínua de glicose, eletrólitos e alimentação parenteral em transição;
- RN em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;
- RN que necessite realizar procedimento de exsanguineotransfusão;
- RN com peso superior a 1250g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
- RN submetido a procedimentos cirúrgicos de qualquer porte, estável clinicamente, durante o pós-operatório imediato;
- RN anoxiado com risco de convulsões nas primeiras 24 horas de vida;
- RN com malformações graves e estabilidade cardiorrespiratória, em espera de cirurgia;
- RN com cardiopatias compensadas sem possibilidade de permanência em alojamento conjunto e sem indicação de UTIN.
- RN com labilidade clínico-laboratorial, mas que não se encaixam nos critérios de UTIN.

3

- RN que após a alta da UTIN ou UCINco ainda necessite de observação, podendo, entretanto, permanecer junto à mãe;
 - Com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica, CPAP ou HOOD, mas requeira monitorização constante e/ou suporte respiratório como, oxigênio inalatório;
 - Que necessite de venoclise para infusão de glicose, eletrólitos e antibióticos em acesso venoso periférico;
 - Em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;
 - Em ganho de peso e/ou término de tratamentos específicos;
 - Tratamento de infecções em prematuros estáveis;
 - Icterícia dos prematuros;
 - Distúrbios metabólicos dos prematuros;
 - Qualquer outra patologia em que haja impedimento do bebê prematuro permanecer em alojamento conjunto e que não esteja contemplada para os leitos de UTIN ou UCINco;
 - **Da criança**
 - Estabilidade clínica;
 - Nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo);
 - Peso mínimo de 1.250g;
 - Curva ponderal ascendente;
- Obs.: O uso de medicamentos orais e a administração de medicação intravenosa intermitente não contraindicam a permanência em posição canguru.

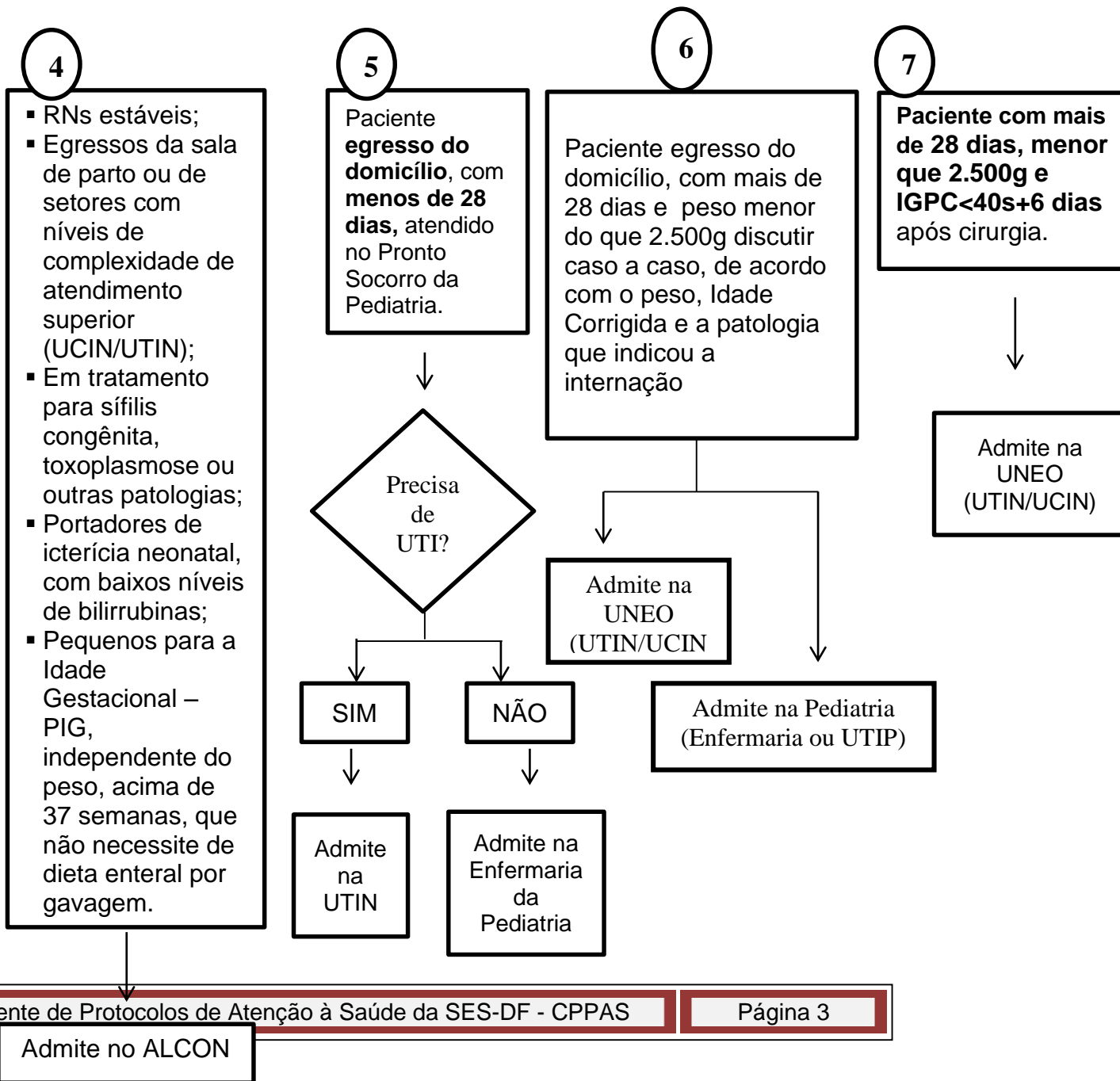
laboradores preencheram

Admite na UTIN

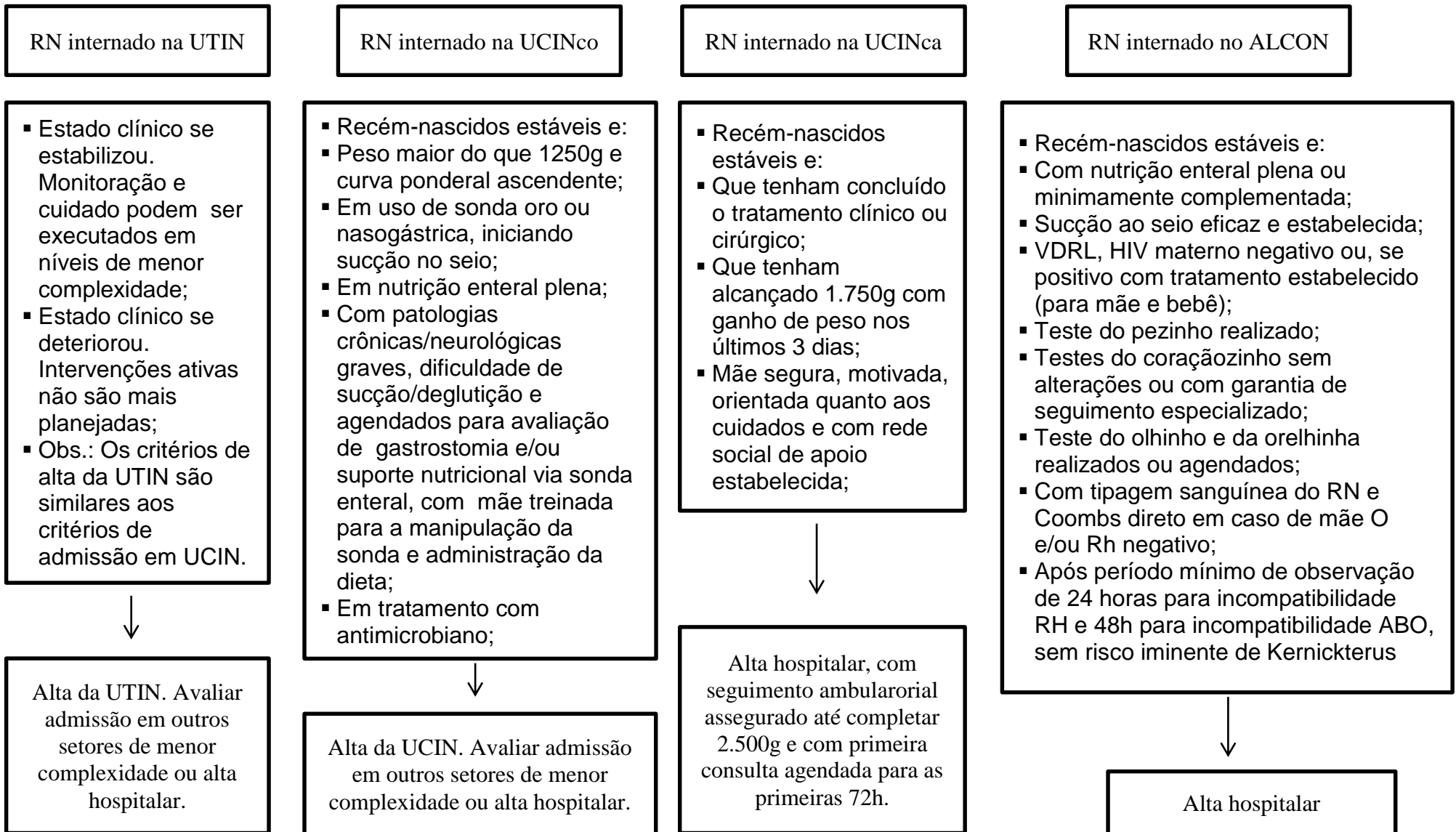
esses.

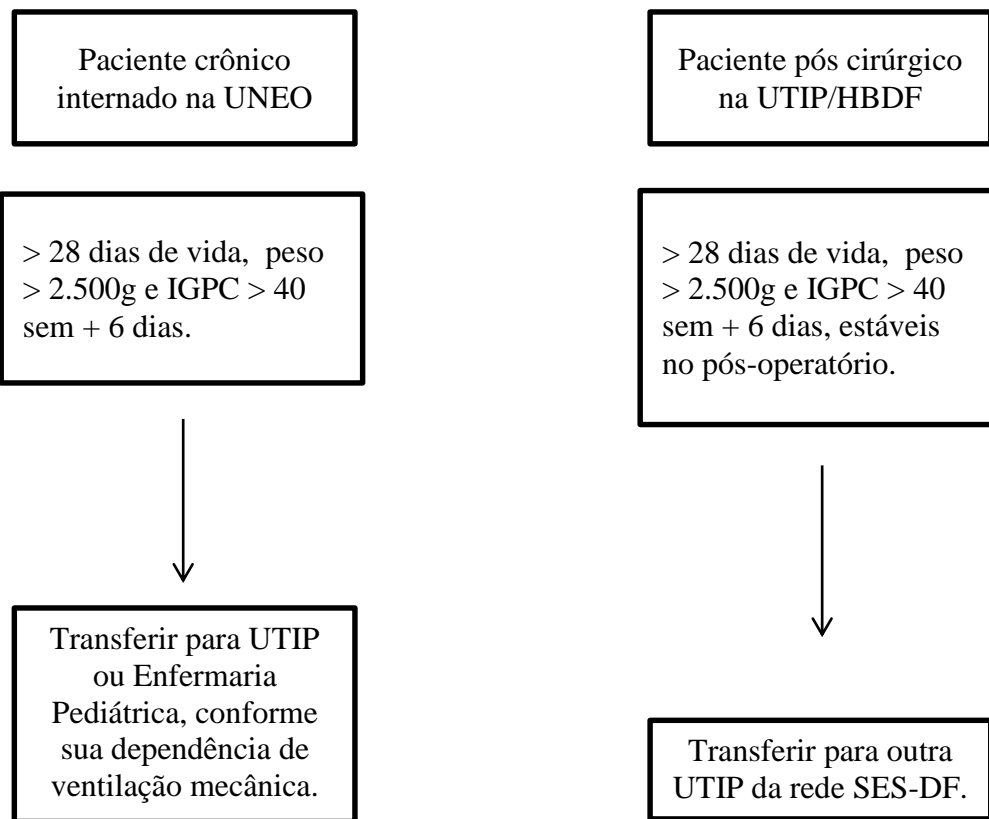
Admite na UCINco

Admite na UCINca



Fluxograma
Critérios de Alta das Unidades Neonatais da SES-DF





Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO Admissão na Rede de Assistência Neonatal da SES-DF

Eu _____, responsável pelo paciente _____, abaixo identificado(a), declaro ter sido informado(a) e compreendido sobre as indicações, contra-indicações, e possíveis implicações, relacionadas à realização da internação em Unidade de Assistência Neonatal para diagnósticos e tratamentos de condições relacionadas ao restabelecimento e manutenção da saúde do recém nascido acima identificado.

Os termos médicos e as regras de funcionamento do setor foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas por:

(Nome do médico(a) ou enfermeiro(a) que realizará a admissão)

Assim declaro que:

- 1- Fui claramente informado que a atenção neonatal na UTI deste hospital é realizada por uma equipe multiprofissional, capazes de prestar, em níveis diferenciados de complexidade, atenção integral aos recém-nascidos internados.
- 2- Fui claramente informado a respeito dos potenciais riscos desta internação e, que nos casos de risco iminente de morte a equipe tem amplos poderes para realizar os procedimentos necessários para a preservação da vida como por exemplo: realizar acesso venoso central ou periférico, intubação traqueal, drenagem de tórax, indicar cirurgias.
- 3- Fui informado que a internação será indicada para pacientes com condições clínicas e epidemiológicas que coloquem em risco imediato ou mediato a saúde dos recém-nascidos.
- 4- Estou ciente que a realização da internação poderá implicar em indicação de tratamento posterior clínico e/ou cirúrgico.
- 5- Estou ciente que a não realização desta internação poderá atrasar/inviabilizar o processo de tratamento/cura de um possível comprometimento da saúde do neonato.
- 6- Fui claramente informado que a atenção neonatal na SES-DF é realizada por uma rede de assistência, composta por diversas Unidades capazes de prestar, em níveis diferenciados de complexidade, atenção integral aos recém-nascidos internados no sistema público de saúde.

**Os elaboradores preencheram o termo de conflito de interesses.*

7- Expresso também minha ciência da possibilidade de transferência do paciente identificado neste termo, para outras Unidades da rede a fim de obter cuidados especializados não disponíveis neste Hospital, bem como para permitir que outros pacientes internados na rede também se beneficiem deste recurso, desde que seja garantida a manutenção das condições necessárias de atendimento.

Observações:

1. Preenchimento completo deste termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para a realização da internação, exceto em condições de urgência/emergência, quando poderá ser obtido posteriormente.
2. Este termo será preenchido em duas vias ficando uma arquivada no prontuário do paciente e outra com o responsável legal.

Este compromisso é assumido por mim, responsável legal por _____, cartão SUS _____, que firmo o presente Termo de Consentimento Informado.

Sexo do paciente: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefones: Fixo _____ Cel.: _____

Nome e RG do Responsável legal

Instituição Responsável: _____

Telefone: _____ Data: ____/____/____.

Assinatura e Carimbo do Servidor