

<p>POP 03 – Anotação de Enfermagem</p>	<p>Data Elaboração: Fevereiro/2020</p>
<p>Responsável Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.</p>	
<p>Objetivo Realizar anotações de enfermagem enquanto registro sistematizado das ações relativas ao cuidado do usuário, visando fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre a equipe de saúde, garantir a continuidade das informações e promover segurança do profissional de enfermagem.</p>	
<p>Material Necessário</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Prontuário de papel ou meio eletrônico;▪ Caneta esferográfica azul ou preta;▪ Carimbo (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe).	
<p>Descrição da Atividade</p> <ul style="list-style-type: none">▪ O Registro deve conter a informação verdadeira e completa;▪ Registrar todo e qualquer procedimento realizado no usuário sobre sua responsabilidade;▪ Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;▪ O Registro deve ser elaborado após realização da assistência e nunca antes;▪ Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;▪ Devem ser precedidas de data e hora, assinadas ao final (o uso do carimbo faz parte da assinatura);▪ Não pode conter rasuras, entrelinhas, espaços em branco;▪ O Registro deve permitir e favorecer elementos administrativos e clínicos para auditoria em Enfermagem;▪ O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, data de nascimento e outro dado que o identifique, como o nome da mãe, por exemplo;▪ A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;▪ Utilizar apenas abreviaturas previstas em literatura;▪ Sempre utilizar impressos próprios e padronizados pela instituição.	
<p>Observações</p> <ul style="list-style-type: none">▪ O conteúdo da anotação deve ser descritivo e não interpretativo;▪ Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o prontuário;▪ Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas;▪ O Registro deve conter as informações subjetivas fornecidas pelo usuário, familiares ou mesmo por outro membro da equipe registrado entre “aspas”;▪ Devem ser evitados termos como gíria, clichês (lugares comuns) e rótulos (qualificações simplistas) a não ser que sejam colocações do paciente e ou familiar;▪ O prontuário é um documento de valor legal, para o usuário, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos;▪ Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática e estágio supervisionado, conforme Resolução Cofen nº 441/2013.	

Referências

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução no 545/2017, art 5. Dispõe a obrigatoriedade de aposição do carimbo em todo e qualquer trabalho profissional de Enfermagem, 2017.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 441/2013. Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem, 2013.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, 2012.

Prefeitura Municipal de Campinas, Manual de Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Decisão nº 115/2006. Normatiza os princípios gerais para ações que constituem a documentação de enfermagem.

Elaboração

Cândida Custódio da Silva
COREN-RS 270920

Sílvia Ferrazzo
COREN-RS 272141

Revisão

Newton Rogério Bernardes
COREN-RS 096465

Aprovação

Janaína Zatti
COREN-RS 233736