



Secretaria da **Saúde**

**Grupo Normativo de
Auditoria e Controle de Saúde – GNACS**

Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS



Secretaria da **Saúde**

Auditoria de Prontuário.

Análise de prontuários de internações ocorridas para realização de cirurgias urológicas, voltadas para o tratamento de patologias da próstata, em Hospitais sob Gestão Estadual.



Secretaria da **Saúde**

DRS: _____

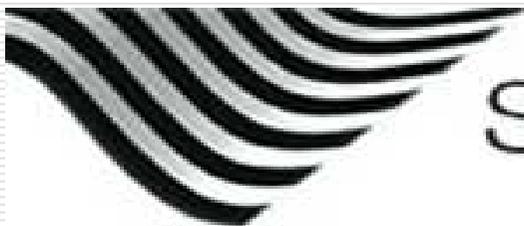
Unidade

CNES _____

Nome
paciente: _____

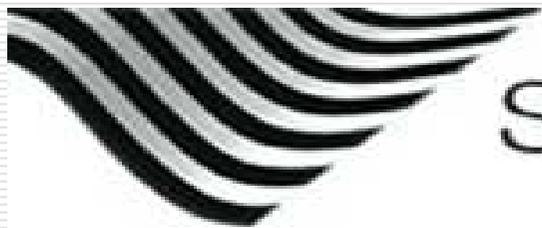
DN: _____

Nome da Mãe:



Secretaria da **Saúde**

-
- N^o. Prontuário: _____
 - N^o. da AIH: _____
 - Data da Internação: __/__/__
 - Data da Cirurgia: __/__/__
 - Data da Alta Hosp: __/__/__
-



Diagnóstico Inicial/CID:

___/___/___

Data Internação CID:

___/___/___



Secretaria da **Saúde**

PROCEDIMENTO/EXAME	NÃO	SIM	DATA	RESULTADO
PSA				
USG DE PRÓSTATA				
USG TRANSRETAL				
BIOPSIA DE PRÓSTATA				
VOLUME DA PRÓSTATA				
ANÁTOMO PATOLÓGICO				



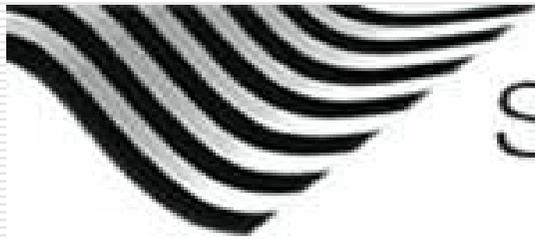
■ **Procedimento proposto:**

- Ressecção Endoscópica da Próstata
0409030040 ()
- Prostatovesiculectomia Supra
Púbica 0409030031 ()
- Prostatectomia Supra Púbica
0409030023 ()



Secretaria da **Saúde**

- Prostatectomia em Oncologia
0416010121 ()
 - Prostatovesicuclectomia Radical em
Oncologia 0416010130 ()
 - Outra: _____
-



■ **Cirurgia Realizada:**

Procedimento Apresentado na AIH
(Código ou Descrição):

CID: _____

Descrever o resultado do Anátomo
Patológico pós-operatório (da peça):



- Destino do paciente, local de acompanhamento, seguimento:
 - () Ambulatório da própria instituição.
 - () Ambulatório de outra instituição.
 - () Não informado.
-



Secretaria da **Saúde**

- Comentários / Justificativas (Se houver):
 - Assinatura e carimbo do auditor, data da auditoria.
-



■ **Avaliação Institucional.**

- Análise de prontuários de internações ocorridas para realização de cirurgias urológicas, voltadas para o tratamento de patologias da próstata, em Hospitais sob Gestão Estadual.
-



Secretaria da **Saúde**

DRS: _____

Unidade: _____

_____ **CNES:** _____

Número de cirurgias de próstata realizadas no período: de
____/____/____ a ____/____/____



Secretaria da **Saúde**

PROCEDIMENTOS	QTD	N40	D40	D07	D29	C63	C61
Ressecção Endoscópica							
Prostatovesiculectomia S Púbrica							
Prostatectomia Supra Púbrica							
Prostatectomia em Oncologia							
Prostatovesiculectomia Radical Em Oncologia							
Outras							



Secretaria da **Saúde**

- Intervalo de Tempo (médio) entre diagnóstico e cirurgia _____
 - Realiza Cirurgia Endoscópica ?
SIM () NÃO ()
 - Tem Aparelhagem para tal ?
 - SIM () NÃO ()
 - Tem profissional habilitado para tal?
 - SIM () NÃO ()
-



-
- Existem protocolos em uso para a realização destes procedimentos?
SIM () NÃO ()
 - Existe Lista de espera para realização destas cirurgias? SIM () NÃO ()
 - O lançamento desses procedimentos e CID, pelo faturamento tem supervisão médica?
 - SIM () NÃO ()
-



- Como é o fluxo de acesso para estes pacientes?
 - Assinatura e carimbo do auditor, data da auditoria.
-