

Você sabia que é OBRIGATÓRIO?

Resolução COFFITO 415/12

O prontuário é um **direito do cidadão e dever do profissional de saúde**, sendo destinado ao registro de todas as situações referentes ao paciente/cliente/usuário, além de meio de comunicação entre a equipe multiprofissional e continuidade da assistência prestada.

Ele é o amparo legal para todos os envolvidos na assistência da saúde, sendo de responsabilidade do profissional o seu arquivamento durante, pelo menos, 05 anos a contar do último registro, salvo em caso de atendimento realizado em instituições e serviços multiprofissionais, bem como Clínicas Escolas, onde a responsabilidade passa a ser da instituição.

Seu preenchimento tem que ser feito a cada atendimento, independente do ambiente ou modalidade terapêutica ocupacional, e seu conteúdo deve ser sigiloso e confidencial, só podendo ser divulgado mediante autorização do paciente ou responsável por motivo justo ou legal, ou as autoridades constituídas, incluindo os agentes fiscais do CREFITO-7.

O prontuário terapêutico ocupacional deve estar permanentemente disponível, de modo que o paciente/cliente/usuário ou seu representante legal possam ter acesso a ele quando solicitado.

Em prontuários eletrônicos, obrigatoriamente, deverão ser observadas as normas de segurança e confidencialidade.

As informações necessárias para sua elaboração devem ser as mesmas contidas no modelo manuscrito, tais como:

- Dados pessoais do paciente/cliente/usuário;
- História clínica;
- Exame clínico/educacional/social;
- Datas e horários do atendimento;
- Testes e exames realizados com laudos já concluídos;
- Encaminhamentos realizados ou retornos (transcrição ou cópia de exames, pareceres ou relatórios);
- Diagnóstico, prognóstico, plano terapêutico e prescrição da conduta terapêutica ocupacional, bem como recomendações à equipe, registro das orientações ao paciente/responsável ou cuidador.

E mais...

Além destes dados, é necessário constar também:

- a evolução do quadro e os procedimentos realizados;
- a evolução clínica e o estado geral do paciente no momento da intervenção;
- descrição de eventuais impedimentos para realização da conduta terapêutica ocupacional;
- registro de faltas e atrasos;
- registro de encerramento por ocasião de alta, suspensão, abandono ou óbito.

O registro dos contatos com outros profissionais envolvidos no caso, assim como as condutas adotadas em conjunto, também devem ser informados.

Todas as informações devem estar claras, compreensíveis, objetivas e sem rasuras, acompanhadas do carimbo com o número de registro e o nome legível e assinatura do profissional ao final de cada atendimento.

Fica a critério do profissional anexar outros dados e cópias de exames que considerar pertinentes.