



## 1 HISTÓRICO DAS REVISÕES

DATA	Nº REVISÃO	ALTERAÇÃO
10/08/2018	01	Elaboração do Documento
05/06/2020	02	Revisão

<b>Elaborado por</b>	<b>Aprovado por</b>	<b>Revisado por</b>	<b>Versão</b>	<b>Data</b>
Luiz Fernando Kanashiro COREN 247363	Sergio A. Cleto COREN 80017	Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	02	Jun/2020

 <p>SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO</p> <p>  Secretaria de Saúde</p>	<p><b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b></p> <p>Exame de Tomografia Computadorizada</p>	<p><b>Código</b></p> <p><b>POP – DADT -012</b></p>	<p><b>Página</b></p> <p>2 de 8</p>	 <p><b>ER</b> Instituto de Infectologia EMÍLIO RIBAS</p>
--	---	--	------------------------------------	---

## 2 OBJETIVO

Este documento tem o objetivo de descrever o procedimento do exame de tomografia computadorizada para investigação diagnóstica.

## 3 CAMPO DE APLICAÇÃO

Ambulatório

PS

Unidade Internação

UTI

## 4 DEFINIÇÃO

PS – Pronto Socorro

SAE – Sistematização da Assistência de enfermagem

TC – Tomografia Computadorizada

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## 5 RESPONSABILIDADE

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem

Auxiliares de Enfermagem



Técnico de radiologia

Médico radiologista

## 6 MATERIAL NECESSÁRIO

- Aparelho de tomografia
- Bomba injetora de contraste
- Contraste iodado (seringas preenchidas ou frasco)
- Estufa para aquecimento do contraste
- Lençol de pano ou descartável

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Luiz Fernando Kanashiro COREN 247363	Sergio A. Cleto COREN 80017	Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	02	Jun/2020

   Secretaria de Saúde	<b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b>  Exame de Tomografia Computadorizada	<b>Código</b>  <b>POP – DADT -012</b>	<b>Página</b>  3 de 8	
--	--	---	-----------------------------	---



- Livro de registro
- Luva de procedimento não estéril

## 7 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

O Enfermeiro, o Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem são responsáveis pelo processo.

- Chamar o paciente na recepção ou no andar de origem;
- Receber e conferir o pedido médico e guia APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade) se pedido manuscrito, devidamente preenchidos e assinados provenientes do setor de origem do paciente (se pedido realizado via sistema S4 não há necessidade de guia APAC);
- Aplicar questionário de segurança e termo de autorização de contraste iodado;
- Quando paciente impossibilitado de responder e/ou assinar questionário e termo solicitar ao acompanhante ou médico solicitante do exame (PS ou UTI) para que os assine;
- Registrar no livro de exames;
- Verificar se o paciente está preparado (jejum de 4 horas) e acesso venoso de grosso calibre em caso de necessidade de contraste endovenoso;
- Encaminhar pedido do exame, questionário de segurança e termo de autorização de contraste endovenoso ao médico radiologista para liberação do exame e prescrição do contraste se necessário;
- Auxiliar o paciente a subir na mesa de exame;
- Posicionar o paciente, conforme o exame solicitado;

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Luiz Fernando Kanashiro COREN 247363	Sergio A. Cleto COREN 80017	Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	02	Jun/2020

   Secretaria de Saúde	<b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b>  Exame de Tomografia Computadorizada	<b>Código</b>  <b>POP – DADT -012</b>	<b>Página</b>  4 de 8	
--	--	---	-----------------------------	---

- Acompanhar infusão de contraste endovenoso nos primeiros 15 segundos quando utilizado bomba injetora de contraste (com exceção do exame protocolo TEP (tromboembolismo pulmonar));
  - Em caso de extravasamento de contraste vide POP DADT 04;
  - Ao término do exame, orientação de hidratação oral;
  - Auxiliar o paciente a levantar da mesa de exame se necessário;
  - Orientar o paciente quanto a retirada do laudo após 10 dias no setor de retirada de exames próximo a portaria do hospital;
  - Manter a sala limpa e em ordem com reposição dos materiais se necessário.
- Atenção:** - manter a porta fechada durante o exame.

- a equipe de enfermagem não deverá se ausentar da sala em hipótese alguma.

**Manter a Temperatura do Ar Condicionado a 16°C devido à refrigeração do aparelho**

## 8 BIOSSEGURANÇA

Utilização de dosímetro pelo profissional (radioproteção);



Utilização de EPI de acordo com as normas de Controle de Infecção Hospitalar;

Descarte adequado de material, de acordo com a natureza do mesmo, também obedecendo as Normas de Segurança determinadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

## 9 REGISTRO

Para **pacientes internados**, o procedimento deverá ser registrado em livro próprio do setor e no impresso de SAE através de etiqueta própria do setor de TC pelo profissional responsável (Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro).

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Luiz Fernando Kanashiro COREN 247363	Sergio A. Cleto COREN 80017	Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	02	Jun/2020

 <p>SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO</p> <p>  Secretaria de Saúde</p>	<p>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</p> <p>Exame de Tomografia Computadorizada</p>	<p>Código</p> <p>POP – DADT -012</p>	<p>Página</p> <p>5 de 8</p>	 <p>ER Instituto de Infectologia EMÍLIO RIBAS</p>
---	--	--------------------------------------	-----------------------------	--

Para **pacientes ambulatoriais** o registro será realizado somente no livro próprio do setor.

## 10 REFERÊNCIAS



Não se aplica.

## 11 ANEXOS

**Anexo 1** Questionário de segurança

**Anexo 2** Termo de autorização de contraste iodado



Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Luiz Fernando Kanashiro COREN 247363	Sergio A. Cleto COREN 80017	Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	02	Jun/2020

   Secretaria de Saúde	<b>Instituto de Infectologia Emílio Ribas</b>  Exame de Tomografia Computadorizada	<b>Código</b>  <b>POP – DADT -012</b>	<b>Página</b>  6 de 8	
--	--	---	-----------------------------	---

### Anexo 1



<b>ETIQUETA</b>		DATA: ___/___/___ <b>PESO:</b> ___ Kg <b>ALTURA:</b> ___ m PA: ___ x ___ T: ___ °C; FC: ___ bpm  ( ) Isolamento: Qual? _____	
<b><u>PROCEDIMENTO</u></b>			
( ) TC Crânio ( ) TC tórax ( ) TC Abdome ( ) TC Pelve ( ) TC coluna ( ) Outros: _____			
Contraste ( ) SIM ( ) NÃO		Outros: _____	Acompanhante: Tel.: _____
<b><u>PESQUISA DE SEGURANÇA</u></b>			
1 - Porque o médico solicitou este exame? O que você está sentindo? _____ _____			
2 – Você já fez algum tipo de exame como cateterismo, colangiografia endovenosa, urografia excretora, arteriografia ou tomografia? ( ) Não ( ) Sim Qual? _____ Há quanto tempo? _____			
3 – Tem algum tipo de alergia ou é alérgico a algum composto que contenha iodo ou a alimentos como peixe, fruto do mar, camarão ou algum tipo de medicamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não Sei			
4 – Tem algum problema de saúde como: ( ) não ( ) se sim, assinale qual (is): ( ) Hipertensão ( ) Insuficiência renal ( ) Insuficiência cardíaca ( ) Asma ou bronquite ( ) Diabetes. Faz uso de <b>Glucovance, Glucoformin, Glifage, Glucobay, Minidiab, Dimefor, Metformina</b> ? ( ) Não ( ) Sim Há quanto tempo esta sem tomar? _____			
5 – Já fez alguma cirurgia? ( ) Não ( ) Sim Qual _____ Há quanto tempo? _____			
6 – Somente para <u>mulheres</u> : Está grávida, suspeita de gravidez ou com atraso menstrual? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei			
7 – Está em Jejum? ( ) Sim ( ) Não Quanto tempo? _____ h			
8 – Trouxe exames anteriores? ( ) Sim ( ) Não Quais? _____			
9 – Para pacientes internos: Ureia _____ Creatinina _____			
Entrevistador: _____ Ass paciente: _____			

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Luiz Fernando Kanashiro COREN 247363	Sergio A. Cleto COREN 80017	Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	02	Jun/2020

 <p>SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO</p> <p>  Secretaria de Saúde</p>	<p>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</p> <p>Exame de Tomografia Computadorizada</p>	<p>Código</p> <p>POP – DADT -012</p>	<p>Página</p> <p>7 de 8</p>	
---	--	--------------------------------------	-----------------------------	---

<b><u>PRESCRIÇÃO MÉDICA: MEDICAÇÃO, DOSAGEM E HORÁRIO.</u></b>	
<p>CONTRASTE: _____</p> <p>( ) Endovenoso (EV) Volume: _____</p> <p>( ) Via oral (VO) Volume: _____</p> <p>( ) Via retal (VR) Volume: _____</p> <p>Vazão (bomba injetora) _____ ml/s Manual ( ) _____</p> <p>Checkagem : _____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura/Carimbo _____</p>	
<b>SAE - 1 - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</b>	
<p>( ) Preencher autorização para realização do procedimento e uso do contraste;</p> <p>( ) Preencher questionário de segurança;</p> <p>( ) Manter vigilância durante infusão do contraste;</p> <p>( ) Aplicar protocolo de risco de queda;</p>	<p>( ) Anotar queixas de dor;</p> <p>( ) Instalar acesso venoso calibroso;</p> <p>( ) Promover conforto ao paciente;</p> <p>( ) Explicar procedimento;</p> <p>( ) Retirar adornos metálicos.</p>
<b><u>2- HISTÓRICO</u></b>	
<p>Como chegou: ( ) Cadeira de rodas ( ) Deambulando ( ) Maca Outros _____</p> <p>( ) Verificar condições de acesso venoso (paciente interno): _____</p> <p>( ) Verificar condições gerais e preparo: _____</p> <p>( ) Tabagista: _____ ( ) Etilista: _____ ( ) Alergias _____</p> <p>Queixas: _____ Profissão: _____</p>	
<b><u>3- CHECK LIST (PROCEDIMENTO SEGURO)</u></b>	
<p>Paciente certo (pulseira e prontuário) ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Procedimento/pedido certo? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Confirma jejum (4 horas) ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Confirma a via de administração certa? ( ) Sim ( ) Não</p>	<p>Confirma o posicionamento certo? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Volume certo ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Contraste certo ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Possui alergia ( ) Sim ( ) Não</p>
<b><u>4- ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</u></b>	
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura/Carimbo _____</p>	
<b><u>5- ORIENTAÇÃO DE CONDUTAS PÓS-EXAME:</u></b>	
<p>( ) Orientar ingestão de líquidos após exames contrastados nas 48 horas seguintes.</p> <p>( ) Em observação: _____</p> <p>( ) Dispensado para origem ( ) orientação para retirar resultado de exame</p> <p style="text-align: center;">Assinatura Enfermagem _____</p>	

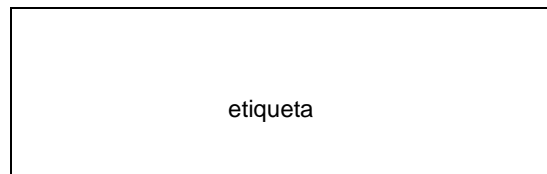
Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Luiz Fernando Kanashiro COREN 247363	Sergio A. Cleto COREN 80017	Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	02	Jun/2020

   Secretaria de Saúde	<b>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</b>  Exame de Tomografia Computadorizada	<b>Código</b>  <b>POP – DADT -012</b>	<b>Página</b>  8 de 8	
--	--	---	-----------------------------	---

## Anexo 2

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**INSTITUTO DE INFECTOLOGIA “EMÍLIO RIBAS”**  
**DIVISÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA EXAME RADIOLOGICO COM INJEÇÃO DE CONTRASTE IODADO**



Nome do exame: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg [tel: \\_\\_\\_\\_\\_](#)

Procedimento sob Anestesia: ( ) sim ( ) não

**1º** Recebi todas as explicações necessárias quanto á importância, riscos e benefícios do exame solicitado e do contraste iodado utilizado durante o exame.

**2º** Estou ciente, que existe certos riscos, como em qualquer procedimento médico. Durante a injeção poderei experimentar uma sensação de calor, náusea ou vômito. Alguns poucos pacientes tem uma reação do tipo alérgica como coceira, e ou/ urticária, inchaço dos olhos ou lábios, espirros ou raramente, dificuldade para respirar. Se necessário poderá ser administrada medicação para o tratamento dessas reações. Excepcionalmente, podem ocorrer reações mais sérias como choque, insuficiência renal e problemas cardio-respiratório, onde serão tomadas condutas imediatas, com a equipe Médica e administração dos medicamentos necessários. Complicações fatais são extremamente raras (01 caso em 250.000 – 4000.000 procedimentos).

**3º** Estou ciente de que no (a) pacientes que tem diabetes, mieloma múltiplo, alergia severa, ou teve reação prévia ao contraste iodado, o risco poderá ser maior.

**4º Caso seja necessária a administração do meio de contraste iodado endovenoso, ciente da possibilidade de reações adversas, tendo lido e respondido este questionário, o Sr.(a) autoriza a sua administração?**

( ) Sim ( ) Não

**5º** Em caso de risco de morte do paciente e mesmo sem autorização do mesmo ou de familiares eu, Dr..... CRM....., autorizo a realização do exame de tomografia com uso de contraste.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) paciente ou responsável e RG

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Luiz Fernando Kanashiro COREN 247363	Sergio A. Cleto COREN 80017	Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	02	Jun/2020