

Título: **PROTOCOLO ROTINA RESTRIÇÃO VISITA PACIENTES INTERNADOS**

Data da Criação: 29/05/2018

Data da Revisão: 16/03/2023

Próxima Revisão: 02 anos

Paginação: Capa

PROTOCOLO ROTINA RESTRIÇÃO VISITA PACIENTES INTERNADOS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Thulssa Auxiliadora Gomes Medeiros dos Santos	Nome: Francisco Gilberto Vasconcelos Monteiro Thulssa Auxiliadora Gomes Medeiros dos Santos Regiana Luzia Bruner Nagata 674	Nome: Marcelo Martinelli Miguel
Função: Enfermeira SCIH e Núcleo de Segurança do Paciente	Médico Infectologista SCIH/Núcleo de Seg. do Paciente Enfermeira SCIH e Núcleo de Seg. do Paciente Enfermeira Responsável Técnica	Função: Diretor Geral
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 18/04/2023	Data: 16/03/2023	Data: 27/01/2023

Thulssa A. C. Medeiros dos Santos
COREN/SP 210.859 - ENFRegiana Luzia Bruner Nagata
COREN/SP 146.634 - ENFThulssa A. C. Medeiros dos Santos
COREN/SP 210.859 - ENF

Título: Protocolo Rotina Restrição Visita Pacientes Internados

Data da Criação: 29/05/2018

Data da Revisão: 16/03/2023

Próxima Revisão: 02 anos

Paginação: 1

Diante necessidade de adequação de rotina de restrição de visita aos pacientes que encontram-se em isolamento, sugerimos a implantação do regime de restrição de visitas de acordo com o tipo de isolamento:

- Isolamento de contato: acompanhante em caso de necessidade e no máximo duas visitas ao dia entrando no quarto separadamente;
- Isolamento de gotícula: acompanhante em caso de necessidade e no máximo duas visitas ao dia entrando no quarto separadamente;
- Isolamento por aerossol: acompanhante em caso de necessidade e no máximo uma visita ao dia entrando no quarto;
- Isolamento de contato + Isolamento de gotícula: acompanhante em caso de necessidade e no máximo duas visitas ao dia entrando no quarto separadamente;
- Isolamento de contato + Isolamento por aerossol: acompanhante em caso de necessidade e no máximo uma visita ao dia entrando no quarto.

Rotina de Implantação:

A família deverá ser notificada da restrição do isolamento pela enfermeira responsável pelo setor, e a enfermeira responsável deverá ainda preencher, assinar e carimbar em duas vias o Formulário de rotina de restrição de visita. A enfermeira responsável deverá entregar em mãos uma via do formulário ao porteiro e a outra via deverá ser assinada pelo porteiro como recebimento/ ciência e deverá ser arquivada no prontuário do paciente. Caso o isolamento seja suspenso antes da alta/ óbito ou transferência, o enfermeiro deverá comunicar verbalmente a portaria e registrar "Suspenso restrição de visita devido isolamento, registrar dia e horário e o nome do porteiro que foi informado". E o porteiro deverá registrar em livro na portaria essa informação

Observação: Seguir essa rotina inclusive para pacientes com hipótese diagnóstica de Covid-19.

Título: Protocolo Rotina Restrição Visita Pacientes Internados

Data da Criação: 29/05/2018

Data da Revisão: 16/03/2023

Próxima Revisão: 02 anos

Paginação: 2

**FORMULÁRIO ROTINA RESTRIÇÃO VISITA PACIENTES INTERNADOS EM
ISOLAMENTO**

Nome do Paciente: _____ Data: _____

Setor: _____ Quarto/Leito: _____

- () Isolamento de contato: acompanhante em caso de necessidade e no máximo duas visitas ao dia entrando no quarto separadamente.
- () Isolamento de gotícula: acompanhante em caso de necessidade e no máximo duas visitas ao dia entrando no quarto separadamente.
- () Isolamento por aerossol: acompanhante em caso de necessidade e no máximo uma visita ao dia entrando no quarto.
- () Isolamento de contato + Isolamento de gotícula: acompanhante em caso de necessidade e no máximo duas visitas ao dia entrando no quarto separadamente.
- () Isolamento de contato + Isolamento por aerossol: acompanhante em caso de necessidade e no máximo uma visita ao dia entrando no quarto.

Assinatura e Carimbo Enfermeiro_____
Assinatura Portaria



santa casa de misericórdia de pirassununga

Título: Protocolo Rotina Restrição Visita Pacientes Internados

Data da Criação: 29/05/2018

Data da Revisão: 16/03/2023

Próxima Revisão: 02 anos

Paginação: 3

**FORMULÁRIO ROTINA RESTRIÇÃO VISITA PACIENTES INTERNADOS RETIRADOS
DO ISOLAMENTO**

Nome do Paciente: _____ Data: _____

Setor: _____ Quarto/Leito: _____

() Informo que o paciente acima citado foi retirado do isolamento.

Assinatura e Carimbo Enfermeiro

Assinatura Portaria