

HOSPITAL ISRAELITA
Albert Sabin



MANUAL DO PACIENTE





Caro Cliente,

Bem-vindo ao nosso hospital!

Obrigado por escolher a nossa instituição para cuidar de seu bem mais precioso: **sua saúde!**

A missão do **Hospital Israelita Albert Sabin** é oferecer assistência à saúde com segurança, qualidade e excelência, integrada com ações de serviço social e ensino.

No nosso hospital você terá acesso aos recursos necessários para assegurar um cuidado humanizado, eficiente e resolutivo visando o seu pronto restabelecimento.

Este **Manual do Paciente** contém as principais informações sobre o nosso funcionamento. Mas caso ainda exista alguma dúvida, não hesite em nos contactar no setor de internação, através dos ramais: **8832/8833.**

INTERNAÇÃO



Planos de saúde:

Os convênios de saúde cobrem despesas hospitalares de acordo com o respectivo contrato. As despesas não cobertas pelo contrato deverão ser pagas à parte pelo paciente ou por seu responsável, que no momento da internação tomarão ciência da abrangência de cobertura do plano, bem como de suas limitações e exclusões.



Internações particulares:

Nos casos de internações particulares, serão apresentadas ao paciente ou seu responsável as faturas parciais de valores devidos a cada período de 24 horas. Em caso de dúvidas, o paciente ou seu responsável deverá procurar o responsável pelo Setor de Tesouraria, no horário comercial.



Objetos de uso pessoal:

Os pacientes e/ou seus responsáveis deverão trazer itens de higiene pessoal da sua preferência para uso durante a sua internação: shampoo, creme dental, escova de dente, desodorante, pente, etc.



Transferência interna:

Em caso de transferência do paciente do quarto para Unidade de Terapia Intensiva (UTI/CTI), os acompanhantes do paciente deverão desocupar o quarto imediatamente. Não é permitida a permanência de acompanhante(s) no quarto quando o paciente estiver internado na UTI/CTI.



Alta hospitalar:

Após a alta médica, será concedido um prazo de até 02 (duas) horas para que o paciente desocupe o leito (salvo exceções, previamente acordadas com a Enfermagem/Internação). Para a saída do Paciente, a Enfermagem solicitará que um maqueiro o conduza, juntamente com um técnico de enfermagem, até o setor de Internação, onde se realizará o procedimento de conclusão da alta administrativa e a retirada das pulseiras.

ACOMPANHANTES

No ato da Internação, os responsáveis pelo Paciente deverão informar se o paciente terá acompanhante durante a sua estada, para que este acompanhante seja devidamente cadastrado no sistema. Caso não haja cobertura do Plano de Saúde (direito estabelecido através de acordo comercial ou amparo legal), o pernoite do acompanhante será cobrado à parte.

O acompanhante terá direito à **01 (um) Kit de roupa de cama e banho**, além de direito ao desjejum (servido no próprio quarto).

Não será permitida a permanência de acompanhante em enfermaria, exceto em caso de amparo legal e/ou acordo comercial.

Caso haja interesse do acompanhante em realizar as demais refeições no Hospital (almoço e jantar), solicitamos que se dirija com antecedência ao Setor de Internação para realizar o pagamento e a retirada de voucher. Os horários das refeições dos **acompanhantes** serão informados no momento da internação.

Ao chegar ao Hospital, os visitantes e acompanhantes deverão dirigir-se à recepção social para serem identificados, sendo necessária a apresentação de documento com foto.

É proibida a circulação desnecessária nos corredores do Hospital, assim como é proibida a entrada em quartos de outros pacientes e aglomerações junto a outros acompanhantes e visitantes, tanto no setor de internação quanto na recepção principal.

É proibido aos visitantes e acompanhantes trazer flores e/ou circular com alimentos no Hospital.

O horário de visitação será informado no ato da internação.

Na recepção principal, os visitantes e acompanhantes poderão se informar sobre o limite de visitantes, de acordo com o setor onde o Paciente encontra-se internado.

MEDIDAS DE SEGURANÇA



No momento do atendimento/ internação, o paciente receberá uma pulseira branca de **identificação** com seus dados (de acordo com a Meta Internacional de Segurança), que não deverá ser removida enquanto durar a internação. Caso alguma alergia seja relatada ou identificada, também será colocada no Paciente uma pulseira vermelha sinalizando **alergia**.



Recomendamos a todos os pacientes, visitantes, acompanhantes e colaboradores que façam a **higiene das mãos com álcool gel**, medida esta que deve ser repetida quantas vezes se fizerem necessárias (antes e após contato com o Paciente ou superfícies próximas ao seu leito, ao se alimentar, realizar procedimentos, etc.)



A **prevenção da ocorrência de queda do Paciente** é outra meta internacional de segurança muito importante para nossa Instituição. Por isso, solicitamos aos **Pacientes que não se levantem sozinhos sem autorização prévia da Enfermagem**, que mantenham as grades das camas sempre elevadas e que os visitantes e acompanhantes informem à Enfermagem quando precisarem sair do quarto, mantendo sempre a porta aberta para melhor monitoramento da Enfermagem.

FOTOGRAFIAS, FILMAGENS E GRAVAÇÕES



Recomendamos aos pacientes e acompanhantes que evitem a utilização de **smartphones, câmeras e dispositivos afins** para realizar **fotografias, filmagens e gravações**, com a finalidade de evitar prejuízos ao bom andamento do trabalho dos médicos e profissionais do Hospital.

NUTRIÇÃO

Contamos com um serviço de nutrição para garantir aos nossos Pacientes uma **alimentação equilibrada e adequada às suas condições**, respeitando restrições e, na medida do possível, seus hábitos alimentares. Qualquer sugestão ou alteração da dieta prescrita deverá ser conversada previamente com o médico e/ou nutricionista.

Em caso de necessidade, a Nutricionista poderá ser contactada através do ramal: **8868**.

Seguem abaixo os horários de refeições dos pacientes:

Desjejum: 06:30 às 7:30

Colação: 8:30 às 9:00

Almoço: 11:00 às 12:00

Lanche: 14:30 às 15:00

Jantar: 18:00 às 19:00

Ceia: 20 :30 às 21:00

PRONTUÁRIO MÉDICO

As informações do prontuário são de **propriedade do Paciente**, sendo de responsabilidade do Hospital a guarda física do documento. Toda informação contida no prontuário médico tem carácter sigiloso, tanto para o paciente quanto para seu responsável legal.

Caso o Paciente ou seu representante legal deseje solicitar uma cópia do prontuário (preferencialmente após a alta), orientamos que se dirija ao Setor de Internação e preencha o formulário específico. Junto ao formulário será anexada cópia de documento de identificação com foto do requisitante, assim como cópia da procuração (em caso de representante legal).

O documento estará disponível para retirada em prazo de até **15 (quinze) dias úteis** no próprio Setor de Internação.

OUVIDORIA

O Serviço de Ouvidoria é um importante canal de **comunicação direta com a Instituição**, para esclarecimento de dúvidas, registro de reclamações, sugestões e elogios.

O profissional da Ouvidoria encontra-se disponível no Hospital através do **ramal 633**, ou pelo Telefone: **2176-9633**. É possível agendar atendimento presencial, nos dias de semana em horário comercial ou através do e-mail: **ouvidoriahias@hias.com.br**

Ramais úteis:

Telefonista
8800 / 9

Posto de Enfermagem 7º Andar
8881

Recepção Principal
117/ 644

Posto de Enfermagem 6º Andar
8842

Recepção de Emergência
8837

Posto de Enfermagem 5º Andar
8823

Internação
8832/ 8833 / 118

Posto de Enfermagem 3º Andar A
8836

Hotelaria
8840

Posto de Enfermagem 3º Andar B
8809

Ouvidoria
633

Serviço Social
8802

EXAMES COMPLEMENTARES

As cópias dos exames realizados no Hospital poderão ser solicitadas no momento da alta do Paciente junto ao **Centro de Imagens**, pessoalmente ou através do telefone: **2176-8890**, e estarão disponíveis para retirada no prazo de **3 (três) a 5 (cinco) dias úteis**.

ALERTA DE GOLPE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O Hospital Israelita Albert Sabin esclarece que **não realiza qualquer cobrança telefônica para pagamento prévio de qualquer natureza** (procedimentos médicos, compra de medicamentos, etc.)

Portanto, caso você alguma ligação em nome do Hospital ou de qualquer pessoa que se identifique como profissional do nosso Hospital, **não faça depósito ou disponibilize qualquer outra forma de pagamento**, pois trata-se de um **golpe** que, infelizmente, vem sendo aplicado com frequência em todos os Hospitais do país.

Em caso de dúvidas sobre cobranças, por favor contate imediatamente o nosso **Setor de Internação**.

GUARDA DE PERTENCES DO PACIENTE

O Hospital não se responsabiliza pela guarda de pertences ou objetos pessoais, tais como: Jóias, dinheiro, aparelho celular, relógio, próteses móveis, exames complementares não realizados em nossas dependências, etc.

Solicitamos ao Paciente que realize a entrega de seus pertences aos familiares e/ou responsáveis legais no momento da internação. Caso opte por manter itens sob sua guarda, o paciente deverá **assumir integralmente a responsabilidade pela posse e guarda dos seus pertences durante a internação**.

SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social desenvolve ações que visam ao atendimento e acolhimento de todos os usuários da Instituição, familiares e acompanhantes, buscando orientá-los no enfrentamento das diversas situações provenientes do processo de hospitalização, tais como:

- Sensibilizar a família quanto à necessidade de indicação de acompanhamento do paciente ao leito;
- Acompanhar diariamente o paciente e seus familiares junto à equipe, nos casos de longa permanência;
- Acolher e orientar familiares quanto aos procedimentos legais e operacionais nos casos de óbito;
- Realizar visitas sociais nos leitos de internação;
- Localizar familiares responsáveis quando os pacientes se encontram desacompanhados;
- Localizar familiares responsáveis quando os pacientes recebem alta médica;
- Intermediar as demandas do paciente com a equipe de serviço social.

O Serviço Social funciona nos seguintes horários:

Segunda a Sexta-feira: 09:00 às 15:00

E-mail: janaina.moraes@hias.com.br

DATA DA INTERNAÇÃO: ___ / ___ / ___ **HORÁRIO:** _____

Eu, _____, Documento _____, declaro que recebi o **MANUAL**

DO PACIENTE no ato da Internação do mesmo, contendo informações relevantes sobre o funcionamento do Hospital Israelita Albert Sabin, e em especial, as informações referentes ao **ALERTA DE GOLPE** e a **ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE DA INSTITUIÇÃO SOBRE A GUARDA DE PERTENCES DOS PACIENTES.**

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Representante Legal