

## Parâmetro de prática AIUM para Documentação de um exame de ultrassom

### Introdução

A documentação e comunicação precisas e completas por todos os membros do serviço de diagnóstico por ultrassom é essencial para o atendimento de alta qualidade ao paciente. Deve haver registro permanente do exame ultrassonográfico e sua interpretação. Imagens de todas as áreas relevantes definidas por parâmetros, normais e anormais, devem ser registradas e armazenadas em um formato recuperável (preferencialmente eletrônico). Armazenamento das imagens e do relatório do ultrassom devem ser consistentes com as necessidades clínicas e com os requisitos legais para serviços de saúde. A comunicação entre o responsável pela interpretação e o responsável pela aquisição das imagens (NOTA DO TRADUTOR: nos países aonde a aquisição das imagens é realizada por um técnico) deve ser clara, ágil e de maneira que minimize possíveis erros. Em certos casos, o solicitante, responsável pela aquisição e pela execução, bem como o intérprete podem ser a mesma pessoa; neste caso, isso deve ser documentado. Toda a comunicação deve ser realizada de maneira a respeitar a confidencialidade do paciente e deve estar em conformidade com os regulamentos relacionados. Ao interprete responsável é solicitado que se refira ao parâmetros práticos aplicáveis para cada tipo exame de ultrassom, pois pode conter requisitos adicionais de documentação. O uso do ultrassom sem gerar um relatório separado não é abordado neste documento.

### Requisitos para o exame de ultrassom:

Os exames de ultrassom devem ser registrados de maneira que permitam revisão subsequente para adequação para fins de diagnóstico.

Embora para algumas aplicações as imagens estáticas ainda sejam suficientes, o arquivamento de imagens dinâmicas (vídeo/cineloop) podem ser necessárias ou preferidas para alguns tipos de exames (consulte os parâmetros práticos relevantes).

Uma vez que imagens estáticas ou dinâmicas (ou ambas) sejam capturadas, as imagens obtidas devem conter o seguinte:

- Nome do paciente e outras informações de identificação
- Informações de identificação do serviço responsável
- Data e hora do exame ultrassonográfico
- Padrão de exibição de saída (índice térmico e índice mecânico)
- Identificação da localização anatômica e lateralidade, quando apropriado
- Orientação da imagem quando apropriado

Para imagens estáticas ou dinâmicas armazenadas digitalmente, as informações devem estar contidas nos metadados e legível / exibível durante a revisão das imagens. Para registros analógicos, identificadores devem estar contidos na imagem.

Se um relatório escrito for usado e armazenado, a documentação neste relatório deverá conter, no mínimo, o nome do paciente e outras informações de identificação, data e hora do exame ultrassonográfico; e nome da pessoa que realizou o exame e preencheu este relatório.

#### Relatório Final Fornecido pelo médico interprete

Um relatório final, assinado, dos achados e impressão ultrassonográficos deve ser incluído no prontuário médico do paciente e é a documentação definitiva do estudo. O relatório final deve incluir, mas não precisa se limitar, as seguintes informações:

- Nome do paciente e outras informações de identificação
- Nome do médico solicitante
- Localização do serviço de ultrassonografia e informação de contato
- Informações clínicas relevantes, incluindo a indicação para o exame e / ou versão atual do código apropriado de Classificação Internacional de Doenças.
- Data e hora do exame ultrassonográfico
- Exame ultrassonográfico específico realizado
- Se forem utilizadas técnicas endocavitárias, o método deve ser especificado

O corpo do relatório deve incluir uma descrição do exame, incluindo os seguintes componentes:

- Uma descrição dos estudos e / ou procedimentos realizados
- Comentários sobre os componentes do exame conforme descrito nos parâmetros práticos relevantes
- Uma descrição de qualquer meio de contraste e / ou produtos farmacêuticos utilizados (incluindo via de administração e dose, quando aplicável)
  - Medicamentos, cateteres ou dispositivos adicionais utilizados devem ser indicados
  - Qualquer reação ou complicação significativa do paciente deve ser documentada
- Medidas anatômicas (por exemplo, biometria fetal), como apropriado e medição de estruturas ou órgãos anormais, se tomadas
- Uma descrição dos achados do exame, usando terminologia anatômica e ultrassonográfica adequada (uso de acrônimos e abreviações devem ser evitados)

As declarações finais ou resumo do relatório deve incluir estes componentes:

- Uma impressão, conclusão ou declaração resumida
- Um diagnóstico específico ou diagnóstico diferencial, se apropriado
- Uma recomendação para estudos de acompanhamento, se clinicamente aplicável

- Uma descrição de qualquer falha em obter visualizações padrões ou outros componentes necessários (conforme listado em o parâmetro práticos apropriados)
- Se estudos de imagem relevantes anteriores foram revisados, um declaração de comparação deve ser incluída
- Detalhes sobre qualquer comunicação de médico para médico nos casos em que um atraso na comunicação pode ter um efeito adverso sobre a evolução do paciente

O médico examinador tem a responsabilidade de disponibilizar o relatório ao solicitante do exame, e o médico solicitante do exame tem a responsabilidade de revisar o relatório final. A serviço de imagem deve arquivar uma cópia recuperável do relatório final como parte do registro médico do paciente e garantir que o médico solicitante tenha acesso ao relatório final ou a uma cópia do relatório. Os métodos de arquivamento e a comunicação de relatórios e imagens devem obedecer às normas locais, regulamentos estaduais e federais.

#### Relatório de resultados não rotineiros

Em certas circunstâncias, como nos casos em que é necessário tratamento imediato do paciente ou de acordo com expectativas de um cenário clínico específico, um relatório preliminar dos resultados do ultrassom pode ser fornecido aos médico solicitante do paciente antes da geração do relatório final. Isto inclui cenários e situações onde o médico solicitante, executor e interprete são a mesma pessoa, como no ultrassom de atendimento pontual (point of care ultrasound) no qual uma impressão preliminar é documentada durante o tratamento.

Relatórios preliminares devem conter a identificação do paciente, informações sobre a solicitação do exame, informações de contato do médico intérprete, informações clínicas pertinentes, data e hora do exame ultrassonográfico e qual exame ultrassonográfico específico foi realizado. O relatório preliminar contém informações limitadas e pode não conter todos os resultados que serão posteriormente encontrados no relatório final.

Os relatórios preliminares devem ser etiquetados como tal e devem ser arquivados, pois as decisões clínicas podem ter com base em um relatório preliminar. Qualquer discrepância significativa entre o relatório preliminar e o relatório final deve ser comunicada ao médico solicitante e documentada no relatório final, incluindo a data, hora e método de comunicação da discrepância, bem como a impressão final.

Se o médico responsável pelo exame julgar que qualquer atraso no resultado do exame ultrassonográfico pode ter um efeito adverso na evolução do paciente, a comunicação deve ocorrer diretamente entre ele e o médico solicitante responsável pelos cuidados de saúde do paciente. A comunicação pode ser verbal ou eletrônica, desde que estejam em conformidade com as leis de privacidade federal, estadual e local aplicáveis leis, e com reconhecimento de que a comunicação foi recebida. A comunicação deve ocorrer em tempo hábil, de acordo com as condições clínicas do paciente e com os achados ultrassonográficos, normalmente assim que possível após a interpretação do exame.

O protocolo do serviço deve ser seguido para minimizar possíveis erros de comunicação. O relatório final ou anexo deve incluir todos os elementos mencionados na seção III, bem como a data, hora e método usado para comunicação direta das descobertas para o profissional de

saúde do paciente, no caso de uma comunicação significativa ter ocorrido antes da transmissão do relatório final.

## Documentação e Relatório de Procedimentos guiados por ultrassom

Documentação da comunicação de consentimento informado entre o médico executante e o paciente referente ao procedimento (incluindo riscos, benefícios e alternativas) deve fazer parte do prontuário médico e realizado em conformidade com os padrões locais e qualquer lei aplicável estadual e federal. A Comissão Mista (TJC) "Protocolo Universal para Prevenção de Locais Errados, Procedimentos errados e Cirurgia de Pessoa Errada" devem ser seguidos (<http://www.jointcommission.org/standardsinformation/up.aspx>).

As imagens gravadas apropriadas ao procedimento realizado devem ser arquivadas em um formato recuperável para permitir para análise posterior, conforme especificado na seção II acima.

Um relatório final assinado do procedimento guiado por ultrassom deve ser incluído no prontuário médico do paciente, e é a documentação definitiva do procedimento. O relatório final deve ser gerado, assinado e datado pelo prestador / médico interpretador de acordo com os requisitos estaduais e federais. O relatório final deve estar disponível dentro de 24 horas após a conclusão do exame ou, para casos não emergenciais, até o próximo dia útil.

O relatório final deve conter todos os componentes listados na seção III e as seguintes informações:

- Indicação para o procedimento guiado por orientação do ultrassom
- Documentação de conformidade com o protocolo universal TJC acima referido
- Documentação clara do local do procedimento
- Descrição do alvo e estruturas associadas relevantes, tanto normais e anormais, se clinicamente aplicável
- Descrição dos elementos essenciais do procedimento
  - Abordagem
  - Tipo e medida de agulha / dispositivo
  - Número de passos realizados
  - Desvios das técnicas padrão devem ser descritos e justificados
- Nome (s) do medicamento (s) Injetado (s) e quantidade (s) Usadas, se aplicável
- Descrição, tipo e quantidade da amostra removida, caso exista (m)
- Complicações (ou falta delas)
- Resposta do paciente ao procedimento
- Recomendações para acompanhamento por exames de imagens, se clinicamente indicado

Consulte os parâmetros relevantes para o procedimento específico guiado por ultrassom, pois pode conter requisitos de documentação adicionais.

### **Agradecimentos**

Este parâmetro foi criado e revisado pelo Instituto Americano de Ultrassom em Medicina (AIUM).

### **Membros do Subcomitê AIUM**

Anita J. Moon-Grady, MD, chair

David C. Jones, MD, vice chair

Alyssa M. Abo, MD

Paul Bornemann, MD

William Lindsley, RDMS, RVT

Andrej Lyshchik, MD, PhD

Christopher L. Moore, MD, RDMS, RDCS

### **Comitê de Padrões Clínicos da AIUM**

Bryann Bromley, MD, chair

James M. Shwayder, MD, JD, vice chair

Nirvi Dahiya, MD

Rob Goodman, MD, MBBChir, MBA R

achel Liu, MD

Jean Lea Spitz, MPH, CAE, RDMS

John Pellerito, MD, immediate past chair

### **Revisores especialistas**

Brian D. Coley, MD

Joshua A. Copel, MD

Andrei Rebarber, MD

James M. Shwayder, MD, JD

Original copyright 2002; Revised 2019, 2014, 2008, 2007; Renamed 2015