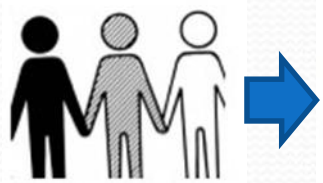


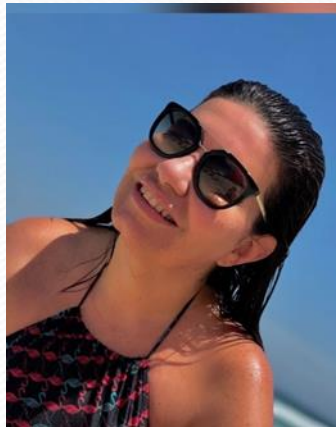
Núcleo Técnico de Regulação

Departamento de Atenção Primária



Equipe Técnica

Claudia



Médica

Cristiane



Aux. Adm

Gabriel



Aux. Adm

Leila



Médica

Luciana



Médica

Márcia



Médica

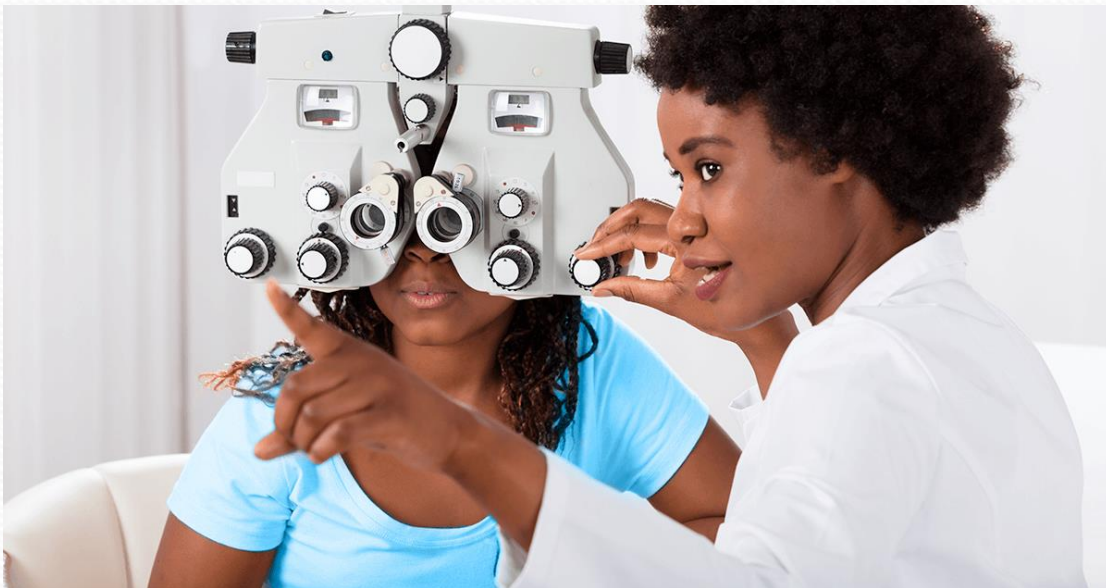
Sandra



Médica

Apresentação

- O Núcleo de regulação se destina a avaliar individualmente e regular as consultas ambulatoriais especializadas, assim como as solicitações de exames complementares, provenientes da Atenção Primária.



Fonte: ICLINIC, 2020



Fonte: CONTAGEM, 2020

Apresentação

- As vagas para esse nível de complexidade são finitas e, portanto, o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares devem ser condutas reservadas apenas àqueles pacientes com **boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.**
- Não se destina, portanto, à regulação de vagas urgentes e situações de emergência, nem tampouco à regulação de vagas de internação hospitalar.

Objetivos:

- Oferecer acesso a toda rede de serviços;
- Resolver a maior parte dos problemas e necessidades de saúde da população, no ponto mais próximo do seu local de residência ou trabalho, quando possível;
- Permitir que a transição entre os serviços se dê de forma ordenada, garantindo as linhas de cuidados prioritárias.
- Enviar o material com o fluxograma de todas as referências para as equipes da ESF.



Fonte: DEVIANTE, 2020

Relação de especialidades avaliadas pelo Núcleo

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética

- Geriatria
- Ginecologia
- Hematologia
- Hepatologia - via SER (Estado)
- Nefrologia - via SER (Estado)
- Neurologia
- Oncologia

- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Pneumologia
- **Pré-Natal de Alto Risco**
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia

Especialidades pediátricas disponíveis

- Alergia
- Cardiologia
- Cirurgia pediátrica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Fonoaudiologia

- Gastroenterologia
- Nefrologia
- Neurologia
- Nutrição
- Ortopedia
- Pediatria Geral

- Pneumologia
- Psicologia
- Psiquiatria
- Puericultura
- USG

OBS:

- ✓ Maior parte delas concentram-se no Hospital Infantil Ismélia da Silveira (HIS);
- ✓ Não há Infectologista no HIS. Nos casos de Sífilis Congênita, há uma Pediatra (Miriam), que se corresponsabiliza do acompanhamento com os profissionais da ESF. Local: Ambulatório – Sala 9, no HIS.

Observações

- As especialidades de:

Nefrologia

Hematologia

Oncologia

**Pré-natal de
Alto Risco**

- São agendadas para fora do Município;
- No caso da Oncologia, anexar resultado de biópsia;
- Para Oncologia e Pré-natal, necessário anexar exames laboratoriais e de imagem.

Modo de Agendamento no Núcleo

- **Serviços de especialidades**

- Após recebimento das guias:

- As marcações são realizadas através do *Callcenter* ou contato da SMS com a direção das UBS's, após avaliação pela Regulação a partir de critérios de vulnerabilidade e gravidade.

- **Serviços de marcação de exames complementares de alto – custo**

- As guias são analisadas e enviadas à central do SISREG na SMS.
- O Núcleo de Regulação não possui senha SER / SISREG.

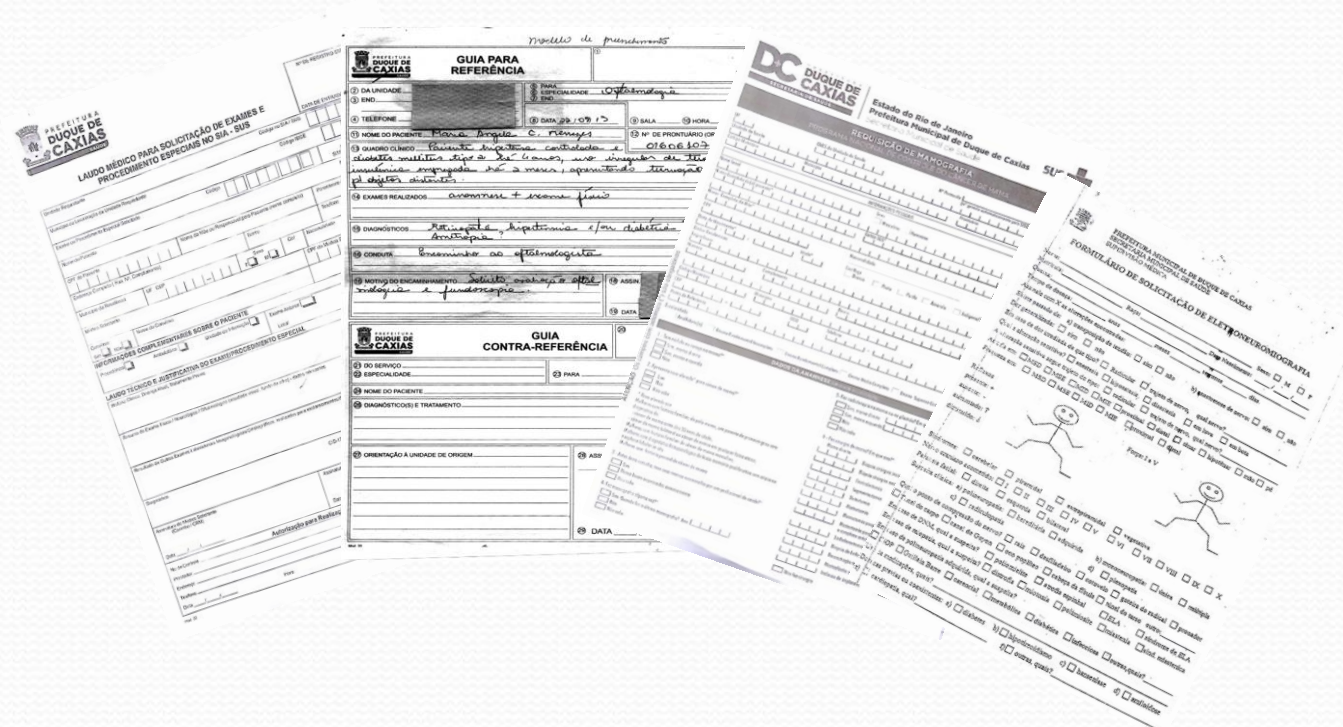
Nós críticos

- Fluxo de marcação de muitas consultas especializadas estão disponíveis somente no primeiro distrito:
 - Especialidades clínicas – Maioria na Policlínica Duque de Caxias.
 - Especialidades cirúrgicas – maioria no HMMRC.
 - Oftalmologia – Hospital do Olho.
- Consultas especializadas do nível secundário com maiores dificuldades para referência:
 - Oftalmologia (marcação **direto** no Hospital do Olho).
 - Cardiologia.
 - Neurologia.



Fonte: DEPOSITPHOTOS, 2020

Impressos utilizados



Guia de alto custo

Audiometria	Holter
Cardiotocografia	PAAFs
Cintilografia	RNM
Colonoscopia	Teste ergométrico
Densitometria	TC
Doppler	USG
Eco	Urodinâmica
EDA	Videohisteroscopia
EEG	Videolaringoscopia
Espirometria	

DC DUQUE DE CAXIAS
DAIS COOPERATIVO DAIS FUNDADO
REGISTRADO EM 2008

Nº DE REGISTRO SMS-DC

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTO ESPECIAIS NO SIA - SUS

DATA DE ENTRADA: ___/___/___

Unidade Requirante: _____ Código no SIA / SUS: _____

Município de Localização da Unidade Requirante: _____ Código IBGE: _____

Exame ou Procedimento Especial Solicitado: _____ Código: _____ URGÊNCIA: SIM NÃO

Nome do Paciente: _____ N DO PRONTUÁRIO: _____

CPF do Paciente: _____ Nome da Mãe ou Responsável pelo Paciente (nome completo): _____ Parentesco / Relação: _____

Endereço Completo (Rua, N Complemento): _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Município de Residência: _____ UF: _____ CEP: _____ Sexo: F M Cor: _____ Nacionalidade: _____ Data de Nascimento: _____

Médico Solicitante: _____ CPF do Médico Solicitante: _____

Convênio: SIM NÃO Nome do Convênio: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE O PACIENTE

Procedência: Ambulatório Unidade de Internação Exame Anterior: Local: _____ Data: ___/___/___

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO EXAME/PROCEDIMENTO ESPECIAL

História Clínica, Doença Atual, Tratamento Prévio: _____

Resumo do Exame Físico Neurológico: Oftalmológico (acuidade visual, fundo de olho) - dados relevantes: _____

Resultado de Outros Exames Laboratoriais/Imagiológicos/Cintilográficos, realizados para esclarecimentos/diagnósticos: _____

Diagnósticos: _____ CID-10 (Código): _____

Assinatura do Médico Solicitante (Carimbo/CRM): _____ Assinatura Carimbo da Direção Médica da Unidade (Carimbo/CRM): _____

Data: ___/___/___ Data: ___/___/___

Nº de Controle: _____ Autorização para Realização do Procedimento

Prestador: _____

Mod. 22

Guia de Referência

- Utilizada nos encaminhamentos para:
 - Especialidades;
 - Pré-natal alto risco.

* Disponibilizaremos orientações sobre o preenchimento posteriormente.

* Solicitar ao profissional da Referência, que dê uma devolutiva através do preenchimento da “Contra-Referência. Ex: “Solicito, por gentileza, a devolução da Contra-Referência”.

PREFEITURA DUQUE DE CAXIAS SAÚDE		GUIA PARA REFERÊNCIA		1
2 DA UNIDADE	3 END	CEP	5 PARA ESPECIALIDADE	6 END
4 TELEFONE	8 DATA / /		9 SALA	10 HORA
11 NOME DO PACIENTE			12 Nº DE PRONTUÁRIO (ORIGEM)	
13 QUADRO CLÍNICO				
14 EXAMES REALIZADOS				
15 DIAGNÓSTICOS				
16 CONDUTA				
18 MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			18 ASSIN. / CARIMBO	
			19 DATA / /	
PREFEITURA DUQUE DE CAXIAS SAÚDE		GUIA CONTRA-REFERÊNCIA		20
21 DO SERVIÇO	22 ESPECIALIDADE	23 PARA		
24 NOME DO PACIENTE			25 Nº DE PRONTUÁRIO (REF.)	
26 DIAGNÓSTICO(S) E TRATAMENTO				
27 ORIENTAÇÃO À UNIDADE DE ORIGEM			28 ASSIN. / CARIMBO	
			29 DATA / /	

ATENÇÃO

- As Guias de Referência e Exames e Procedimentos Especiais devem ser preenchidas com clareza, letra legível, anexar:
 - ✓ 02 telefones de contato do paciente,
 - ✓ Xerox da identidade,
 - ✓ CPF,
 - ✓ Cartão SUS,
 - ✓ Comprovante de residência
- Encaminhar ao Núcleo de Regulação pelo carro de acordo com a rota por distritos.

Dados importantes a serem preenchidos:

- Idade;
- Quadro clínico;
- Anamnese com data do início dos sintomas;
- Patologias concomitantes;
- Medicações utilizadas;
- Resultados dos exames;
- Diagnóstico;
- Data;
- Assinatura do profissional solicitante.

Requisição de Mamografia

- Guia específica para mamografia.

OBS: Não solicitar em outro impresso, para não perder dados sociodemográficos, da anamnese e do exame clínico específicos e fundamentais para o rastreamento e diagnóstico do CA de mama.

DC DUQUE DE CAXIAS SECRETARIA DE SAÚDE | Estado do Rio de Janeiro Prefeitura Municipal de Duque de Caxias Secretaria Municipal de Saúde | **SUS**

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

UF: _____ CNES da Unidade de Saúde: _____ Nº Protocolo: _____
Unidade de Saúde: _____ (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)
Código Município: _____ Município: _____ Prontuário: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome Social: _____ Sexo: Masculino Feminino
Nome Completo do(a) paciente*: _____ Cartão SUS*: _____
Nome Completo da Mãe*: _____
CPF: _____ Nacionalidade: _____
Data de Nascimento*: _____ Idade*: _____ Cor/Raça: Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia _____
Dados Residenciais: _____
Logradouro: _____
Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ UF: _____
Código Município: _____ Município: _____
CEP: _____ DDD: _____ Telefone: _____
Ponto de Referência: _____

Escolaridade: Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (OBRIGATORIOS)

1 - Tem nódo(a) ou caroço na mama? Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não

2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama? Sim Não Não sabe

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar; de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer fase etária;
Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ
Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde? Sim Nunca foram examinadas anteriormente Não sabe

4 - Fez mamografia alguma vez? Sim, Quando fez o último mamografia? Ano: _____ Não Não sabe

5 - Fez radioterapia na mama ou no peitudo? Em que ano? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe


6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano? Sim, mama direita Sim, mama esquerda

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> Biópsia cirúrgica incisional	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Biópsia cirúrgica excisional	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cestrectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Segmentectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ductectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mastectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mastectomia poupadora de pele	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mastectomia poupadora de pele e complexo areolo-papilar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Linfadenectomia axilar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mastopexia redutora	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclusão de implante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia	<input type="checkbox"/>

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios



Requisição de Exames

- Utilizada para:
 - RX
 - ECG
 - Exames Laboratoriais (sangue, fezes e urina).
- Todo exame deverá ter uma indicação clínica na solicitação e pedido de laudo.



REQUISIÇÃO DE EXAME	
<small>PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</small>  <small>MAIS COOPERANDO PARA MELHOR</small>	<small>Sistema Único de Saúde SUS</small> <small>Ambulatório ou Hospital</small>
NOME _____	_____
DADOS CLÍNICOS _____	_____
EXAME SOLICITADO	
DATA: ____/____/____ MÉDICO: _____	



Mod.33



Exemplos de impressos com rotina preenchida

REQUISIÇÃO DE EXAME	
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	 SUS Sistema Único de Saúde Ambulatório ou Hospital
NOME: _____	_____
DADOS CLÍNICOS: _____	CONSULTA 1º VEZ PRÉ NATAL
EXAME SOLICITADO	SANGUE
	GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH HEMATÓCRITO GLICEMIA EM JEJUM HBSAG TOXOPLASMOSE IgG E IgM
	URINA EAS
DATA: ____/____/____	MÉDICO: _____

Mod. 33


REQUISIÇÃO DE EXAME	
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	 SUS Sistema Único de Saúde Ambulatório ou Hospital
NOME: _____	_____
DADOS CLÍNICOS: _____	ROTINA PRÉ NATAL 3º TRIMESTRE
EXAME SOLICITADO:	
SANGUE:	-HEMOGRAMA COMPLETO -GLICEMIA DE JEJUM -VDRL -COAGULOGRAMA COMPLETO -HBsAg
URINA:	-EAS
DATA: ____/____/____	MÉDICO: _____

REQUISIÇÃO DE EXAME	
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	 SUS Sistema Único de Saúde Ambulatório ou Hospital
NOME: _____	_____
DADOS CLÍNICOS: _____	ROTINA PRÉ-NATAL
EXAME SOLICITADO:	
	ULTRA-SONOGRAFIA GESTACIONAL
DATA: ____/____/____	MÉDICO: _____

REQUISIÇÃO DE EXAME	
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	 SUS Sistema Único de Saúde Ambulatório ou Hospital
NOME: _____	_____
DADOS CLÍNICOS: _____	PROGRAMA DE CONTROLE DIABETES MELITTUS - 1º VEZ
EXAME SOLICITADO:	
	DOSAGEM DE GLICOSE DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL DOSAGEM DE COLESTEROL HDL DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS DOSAGEM DE CREATINA EAS HbA1C
DATA: ____/____/____	MÉDICO: _____

Mod. 33

Formulário de Solicitação de Eletroencefalografia

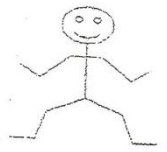
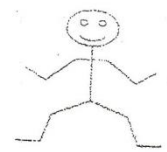
 PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERVISÃO MÉDICA

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

Nome: _____ Sexo: M F
Matrícula: _____ Raça: _____ Data Nascimento: ____/____/____
Queixa: _____
Tempo de doença: _____ anos _____ meses _____ semanas _____ dias.
Assinale com X as alterações encontradas:

Existe passado de: a) transposição de tendão: sim não b) anastomose de nervo: sim não
Dor generalizada: sim não
Em caso de dor irradiada de que tipo? Radicular trajeto de nervo, qual nervo? _____
Qual a alteração sensitiva? anestesia hipoestesia, disestesia em luva em bota
A alteração sensitiva segue trajeto do tipo: radicular, trajeto de nervo, qual nervo? _____
Atrofia em: MSD MSE MID MIE proximal distal tônar hipotônar mão pé
Fraqueza em: MSD MSE MID MIE proximal distal


Reflexos
presente: +
ausente: -
aumentado: ↑
diminuído: ↓

 Força: I a V 

Síndromes: cerebelar piramidal extrapiramidal vegetativa
Nervo craniano acometido: I II III IV V VI VII VIII IX X
Paralisia facial: direita esquerda bilateral
Suspeita clínica: a) polineuropatia: hereditária adquirida b) mononeuropatia: única múltipla
c) radiculopatia d) plexopatia
Qual o ponto de compressão do nervo? raiz desfiladeiro cotovelo goteira do radial pronador
 Túnel do carpo canal de Guyon oco poplíteo cabeça da fíbula túnel do tarso outro: _____
Em caso de DNM, qual a suspeita? poliomielite atrofia espinal ELA síndrome de ELA
Em caso de miopatia, qual a suspeita? distrofia miotonia polimiosite miastenia sind. miastênica
Em caso de polineuropatia adquirida, qual a suspeita?
 CIDP Guillain Barre carencial metabólica diabética infecciosa outras, quais? _____
Uso de medicações, quais? _____
Doenças prévias ou coexistentes: a) diabetes b) hipotireoidismo c) hanseníase d) amiloidose
e) cardiopatia, qual? _____ f) outras, quais? _____

- Preencher guia de procedimentos especiais SIA - SUS com a história clínica e anexado ao formulário do exame.

Formulário de solicitação de Cirurgia Bariátrica

 GOVERNO DO Rio de Janeiro

Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde
Superintendência de Regulação
Central Estadual de Regulação

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Data: ___/___/___ Hora: ___ Registro: _____

DADOS DA SMS SOLICITANTE

SMS solicitante:
Unidade de Saúde Solicitante: _____

Médico: _____ Especialidade: _____ CRM: _____

Referência para contato: _____ Tel.: _____ Cel.: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome: _____

Sexo: ___ Idade: ___ Data de Nascimento: ___/___/___ CPF: _____ CNS: _____

Nome da Mãe: _____

Logradouro: _____ N° _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone Residencial: () _____ Celular: _____ Telefone para Contato: _____

AVALIAÇÃO


Peso(gramas): _____ Altura: _____ IMC: _____

Comorbidades: () Diabetes () Hipertensão Arterial () Doenças Endócrinas
() Doenças Articulares () Doenças Vasculares

Outras Comorbidades: _____

Exames Complementares : (Data e Laudo) :

Página 1 de 2

 GOVERNO DO Rio de Janeiro

Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde
Superintendência de Regulação
Central Estadual de Regulação

Medicação em uso (Especificar Droga, Dosagem e tempo de uso)

Laudo/Anamnese:

Página 2 de 2


Exames Cardiológicos


- Devem ser preenchidos por cardiologistas:

- Angioplastia;
- Arteriografia;
- Cateterismo;
- Cintilografia miocárdica;
- HOLTER;
- Marcapasso;
- Revascularização Miocárdica;
- Procedimentos valvares.



- São 3 impressos: APAC e mais dois pedidos de exames especiais.


 Estado de Santa Catarina Ministério da Saúde		LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - CDD - IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	OTDE	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	OTDE	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	OTDE	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO
DOCUMENTO () CNS () CPF			
AUTORIZAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		CDD ORÇÃO EMISSOR	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
DOCUMENTO () CNS () CPF			
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		CNES	



Central de Regulação Regional Metropolitana
Formulário de Informações Complementares de Alta Complexidade

Informações Complementares de

Unidade Solicitante	
Telefones:	Data da Solicitação: / /
Nome do Paciente:	Nº do Cartão SUS:
Nome da Mãe:	Data da Nascimento: / /
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Município: UF:
Procedimento Solicitado: CID10:	
História Clínica:	
Medicação em uso:	
Descrição do Laudo do Ultrassom/Doppler Arterial e/ou TC:	
Data e identificação do Solicitante:	Data e identificação da Regulação:



SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SUBSECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO E REGULAÇÃO

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE À CENTRAL

Unidade Solicitante:	Cód. CNES:	Tel. Solicitante:
Data da Solicitação: / /	Prestador:	
Nome do Paciente:	Nº cartão SUS:	
CPF:	Sexo: () Masculino () Feminino	
Data de Nascimento: / /	Cod. IBGE Município Residência:	
Endereço:	Telefone de Contato:	
Hipótese Diagnóstica:		
Sinais e Sintomas Clínicos:		
EXAMES REALIZADOS: Enzimas Cardíacas () CK () CK - MB () Troponina () Eletrofisiologia () Eletrocardiograma () Doppler Arterial / Venoso () Ecodoppler Transesofágico () Ecodoppler Transesofágico () Cintilografia () Cateterismo () Outros Relevantes		
Resultados dos Exames Complementares acima que justifiquem a solicitação do Procedimento:		
Procedimentos Solicitados: () Cirurgia Cardiovascular Adulto () Cirurgia Cardiovascular Pediátrica () Cardiologia Intervencionista () Estudo Eletrofisiológico Terapêutico () Cirurgia Vascular () Cirurgia Endovascular		
Cod. Procedimento:	Cod. CID	
Descrição do Procedimento Solicitado:		
Data e identificação do Solicitante:	Data e identificação do Regulador Autorizador:	
Cadastro Efetuado: () Sem Pendências () Com Pendências		Nº da AIH / APAC: _____ Data da Emissão: ____/____/____ Regulador Autorizador: _____

Impressos para Laqueadura

- Diretamente no Maternidade de Santa Cruz da Serra.
- Necessário que a usuária tenha realizado o Planejamento Familiar.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SNPES/DINSAMI

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

CARTÃO DA MULHER

Unidade de Saúde: _____
Nome: _____

Nº Matrícula	Nº Prontuário	Data do Nascimento

Endereço: _____


ESTADO CIVIL ESCOLARIDADE

Solteira Completa Incompleta
 Casada 1º Grau Superior
 Viúva 2º Grau Nenhuma
 Outros

AGENDAMENTO			
Data	Atendimento	Data	Atendimento

LEVE SEU CARTÃO TODAS AS VEZES QUE
FORA A QUALQUER SERVIÇO DE SAÚDE

SMS MOD. 070




PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMARIA

Certificado de Conclusão do Planejamento Familiar

Certificamos que _____
participou de grupo educativo de Planejamento Familiar na
Unidade de Saúde _____

Duque de Caxias _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE AÇÕES EM SAÚDE
DS - COORDENADORIA DE SAÚDE COLETIVA
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DA MULHER

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Eu, _____
venho através deste TERMO, solicitar a realização de procedimento cirúrgico para:
Ligadura de trompas () Vasectomia ()

DECLARO para os devidos fins que:

a) fui informado (a) sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis também eficazes e reversíveis.
b) estou ciente de que esta cirurgia é na prática irreversível.
c) fui alertado (a) sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar.
d) devo aguardar pelo menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, exceto em caso de emergência com risco de vida, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão sob orientação da equipe deste Serviço.
e) fui informado (a) das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reações a drogas, parada cardiorrespiratória, morte, dor pélvica, aderências pélvicas, hemorragias, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbio psicossocial (comumente relacionado à desinformação ou despreparo no momento da decisão) além de lesões e queimaduras de órgãos ou gravidez fora do útero no caso da ligadura de trompas.
f) fui informado (a) que assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a ligadura de trompas () pode apresentar falha sendo a mesma de 0,1 por 100 mulheres/ano nos primeiros 12 meses e 0,4 nos anos subsequentes, assim como a vasectomia () pode apresentar falhas de 0,1 a 0,15.
g) fui informado (a) que ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a este Serviço.
h) estou ciente que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método anticoncepcivo.

Duque de Caxias, ____/____/____.

Usuária: _____ RG: nº _____
Médico: _____ CRM: nº _____
Testemunha: _____ RG: nº _____



PARECER TÉCNICO MULTIPROFISSIONAL

① DA UNIDADE: _____ ④ PARA: _____ ⑧ END: _____
 ② END: _____ ⑤ SERVIÇO: _____ ⑨ TEL: _____
 ③ TEL: _____ ⑥ END: _____ ⑩ SALA: _____ HORA: _____ DATA: ____/____/____

⑦ Nome do Paciente: _____ No do Prontuário: _____ (Origem)

PARECER TÉCNICO MULTIPROFISSIONAL (Preencher com letra de forma legível, discriminando em qual (is) critérios legais o usuário ou casal foi/foram enquadrados para a realização da Laqueaduratubária / Exames Realizados / Conduta).

Exames específicos (caso seja solicitado)

Conduta:

ASSINATURA / CARIMBO	ASSINATURA / CARIMBO	ASSINATURA / CARIMBO
DATA ____/____/____	DATA ____/____/____	DATA ____/____/____

SW 10

Impressos para Vasectomia

- Diretamente na Policlínica.
- Necessário que o usuário tenha realizado o Planejamento Familiar.

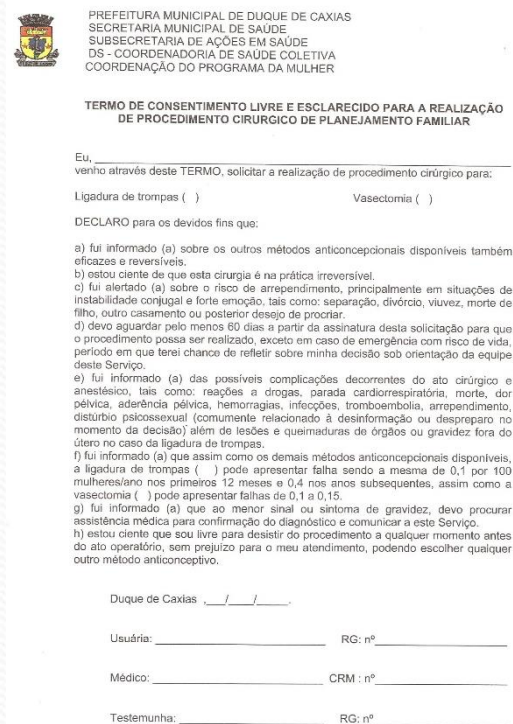


PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

Certificado de Conclusão do Planejamento Familiar

Certificamos que _____
participou de grupo educativo de Planejamento Familiar na
Unidade de Saúde _____
Duque de Caxias _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE AÇÕES EM SAÚDE
DS - COORDENADORIA DE SAÚDE COLETIVA
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DA MULHER

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Eu, _____
venho através deste TERMO, solicitar a realização de procedimento cirúrgico para:
Ligadura de trompas () Vasectomia ()

DECLARO para os devidos fins que:

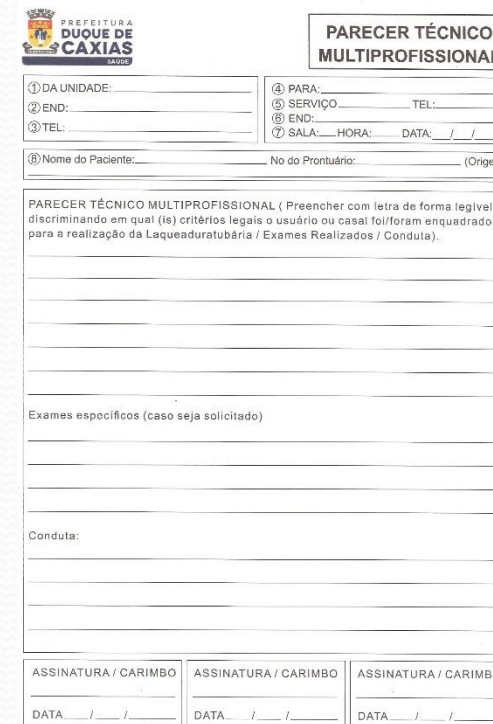
a) fui informado (a) sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis também eficazes e reversíveis.
b) estou ciente de que esta cirurgia é na prática irreversível.
c) fui alertado (a) sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar.
d) devo aguardar pelo menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, exceto em caso de emergência com risco de vida, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão sob orientação da equipe deste Serviço.
e) fui informado (a) das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reações a drogas, parada cardiorrespiratória, morte, dor pélvica, aderência pélvica, hemorragias, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbio psicosssexual (comumente relacionado à desinformação ou despreparo no momento da decisão) além de lesões e queimaduras de órgãos ou gravidez fora do útero no caso da ligadura de trompas.
f) fui informado (a) que assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a ligadura de trompas () pode apresentar falha sendo a mesma de 0,1 por 100 mulheres/ano nos primeiros 12 meses e 0,4 nos anos subsequentes, assim como a vasectomia () pode apresentar falhas de 0,1 a 0,15.
g) fui informado (a) que ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a este Serviço.
h) estou ciente que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método anticoncepcivo.

Duque de Caxias, ____/____/____.

Usuária: _____ RG: nº _____

Médico: _____ CRM: nº _____

Testemunha: _____ RG: nº _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PARECER TÉCNICO MULTIPROFISSIONAL

① DA UNIDADE: _____ ④ PARA: _____
② END: _____ ⑤ SERVIÇO: _____ TEL: _____
③ TEL: _____ ⑥ END: _____
⑦ SALA: _____ HORA: _____ DATA: ____/____/____

⑧ Nome do Paciente: _____ No do Prontuário: _____ (Origem)

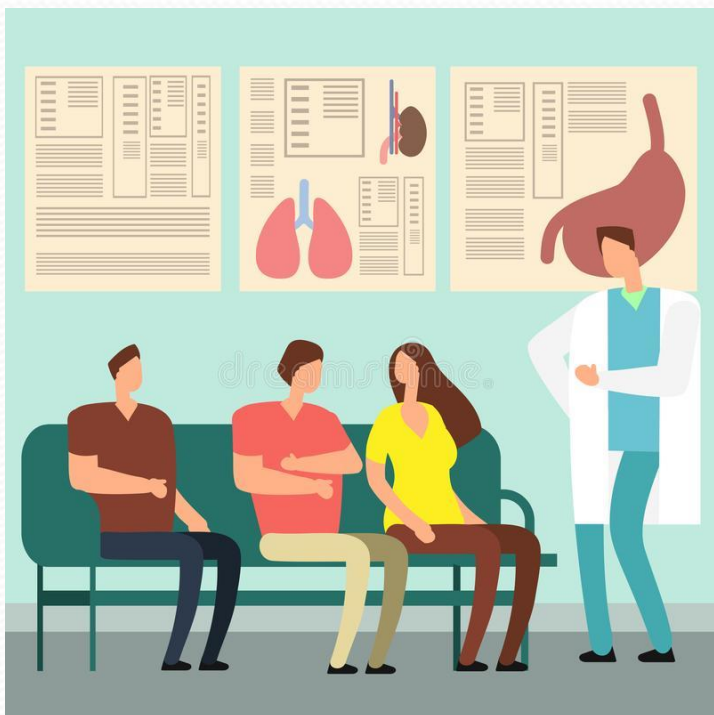
PARECER TÉCNICO MULTIPROFISSIONAL (Preencher com letra de forma legível, discriminando em qual (is) critérios legais o usuário ou casal foi/foram enquadrados para a realização da Laqueadura/tubária / Exames Realizados / Conduzida).

Exames específicos (caso seja solicitado)

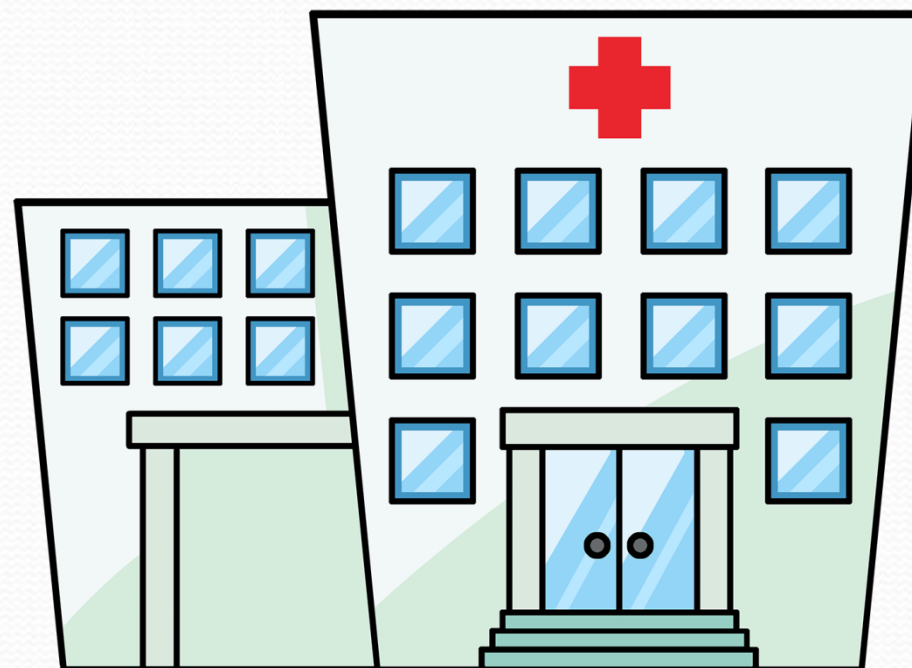
Conduzida:

ASSINATURA / CARIMBO	ASSINATURA / CARIMBO	ASSINATURA / CARIMBO
DATA ____/____/____	DATA ____/____/____	DATA ____/____/____

Solicitações em que o paciente deverá ser encaminhado diretamente aos serviços:



Fonte: DREAMSTIME, 2020



Fonte: WORDPRESS, 2020

I – Audiometria

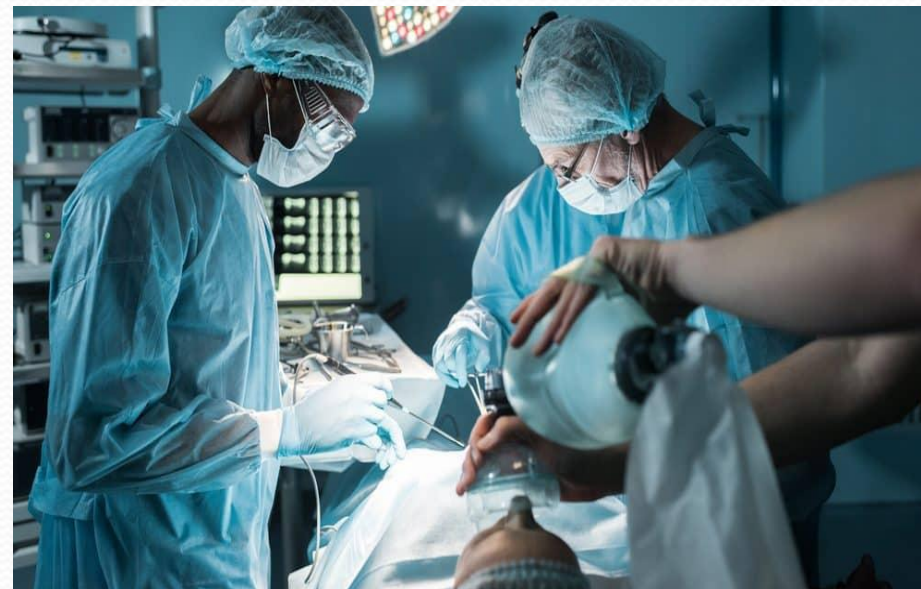
- Requisitar em Guia de Alto Custo;
- Local: **Centro Auditivo do HMMRC.**



Fonte: DIGSOM, 2020

II – Cirurgia Geral e Ginecológica eletiva

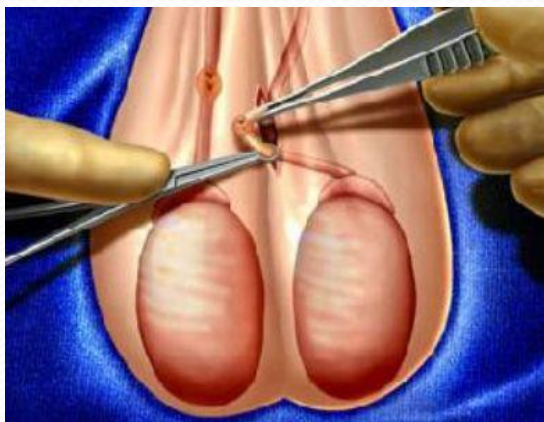
- Requisitar em Guia de Referência;
- Local: **HMMRC.**



Fonte: UOL, 2020

III – Vasectomia

- Policlínica.



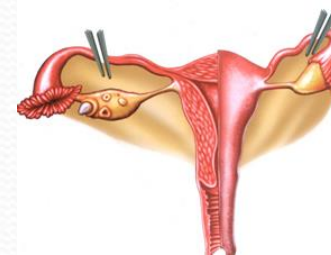
Anexar:

Certificado de conclusão do PF	RG, CPF e CNS*	Anti-HIV ou teste rápido
Termo de consentimento (2 vias, uma fica no pront)	Comprovante de residência	EAS
Parecer Multiprofissional	HC	VDRL ou teste rápido
Certidão de nascimento dos filhos vivos*	Glicemia	PA

* Original e cópia

IV – Laqueadura

- Maternidade de Santa Cruz da Serra.



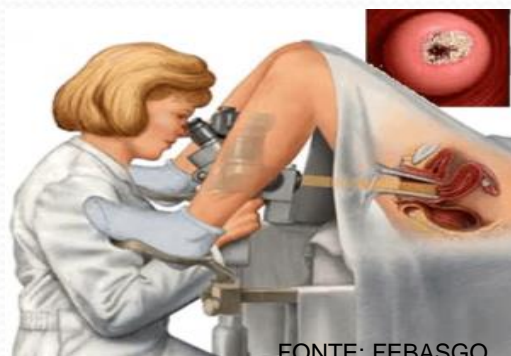
Anexar:

Certificado de conclusão do PF	Colpocitologia	Anti-HIV ou teste rápido
Termo de consentimento (2 vias, uma fica no pront)	USG TV	βHCG
Parecer Multiprofissional	Certidão de nascimento dos filhos vivos*	EAS
Cartão da Mulher	HC	VDRL ou teste rápido
Comprovante de residência	Glicemia	PA
RG, CPF e CNS*	Exame clínico das mamas ou Mamografia	

* Original e cópia

V – Colposcopia

- Lesão de baixo grau: **Centro Municipal de Saúde (6ª manhã) ou Maternidade do HMMRC (2ª e 4ª a tarde).**
- Lesão de alto grau: **Maternidade do HMMRC (3ª manhã e tarde, 4ª e 5ª manhã).**
- **CRAESM.**



FONTE: FEBASGO, 2008

VI – Mastologia

- BIRADS 0 a 3: **CMS, 2ª e 3ª manhã.**
- BIRADS 4,5 e 6: **HMMRC, 6ª manhã.**
- **CRAESM.**



FONTE: ICB, 2020

VII – PAAF

- CMS



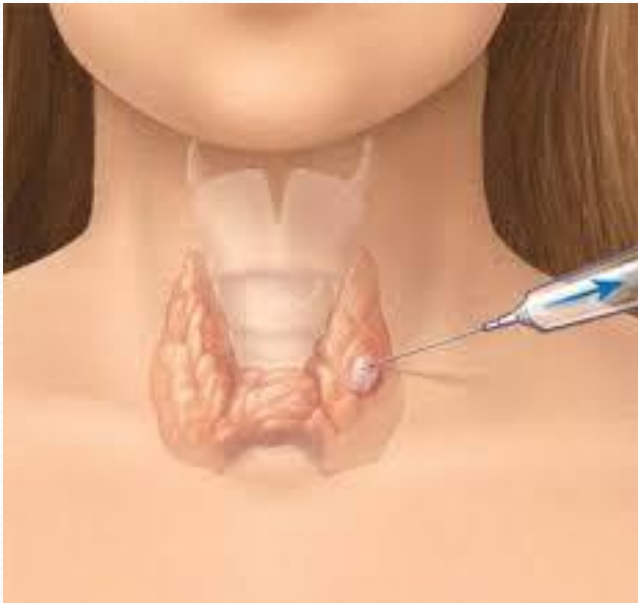
VIII – DIU

- 1º e 2º Distritos: **CMS - sala 4, de 2ª a 6ª feira.**
- 3º e 4º distrito: **CRAESM, sala do Serviço Social, de 2ª a 5ª feira, pela manhã.**

Anexar:		
Certificado de conclusão do PF	USG TV	βHCG
Termo de consentimento	HC	EAS
Comprovante de residência	Glicemia	VDRL ou teste rápido
RG, CPF e CNS	Exame clínico das mamas ou Mamografia	PA
Colpocitologia	Anti-HIV ou teste rápido	

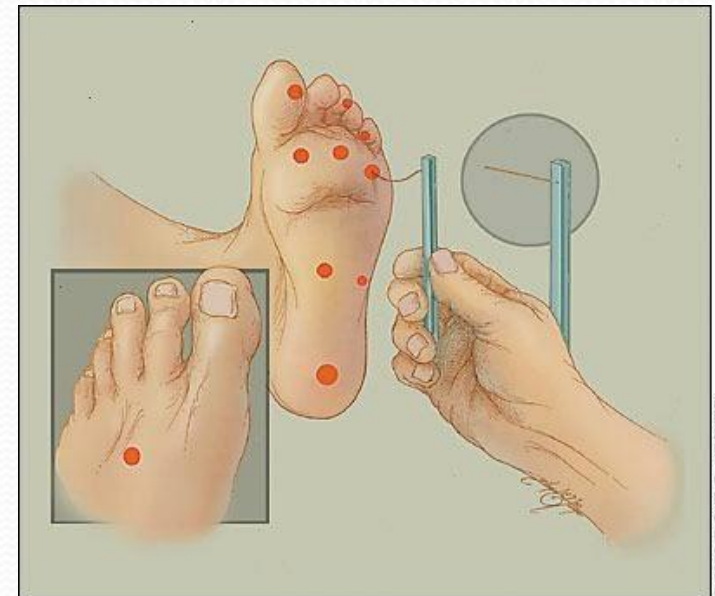
IX – PAAF Tireoide

- **Policlínica.**



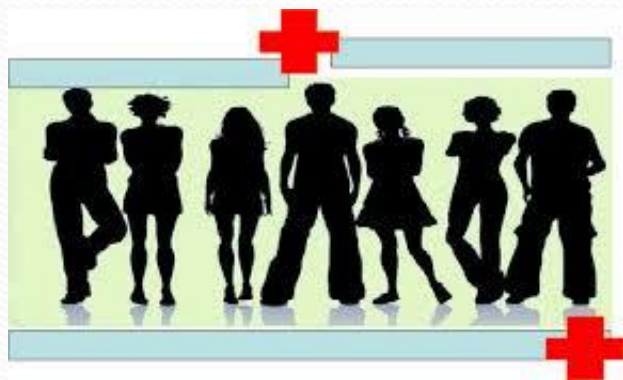
X – Pé Diabético

- **Policlínica;**
- **Acolhimento às quartas-feiras, com Dr^a Vera.**



XIII – CEATA

- Atendimento específico para adolescentes em clínica médica, ginecologia, obstetrícia, psicologia e serviço social
- Localização: Policlínica.



XIV– IST, Hepatites, HIV

- CMS.



XV – Atend. Multiprofissional

- Contatar diretamente o NASF-AB.



XVI – Oncologia

- Sem resultado de biópsia:
Policlínica às quintas-feiras, às 7 h,
com Dr^a Sabrina;
- Com resultado de biópsia:
Encaminhar diretamente à Central
de Regulação do Município.



XVII – Oftalmologia

- Paciente leva a guia de referência ao Hospital do Olho para agendamento.
- Tel: 3195-3888.
- End: Av. Drº Laureano, 1145 –

Vila São Luiz.

OBS: Caso o paciente seja diabético informar a última glicemia – descompensados não podem fazer alguns exames oftalmológicos.



Fonte: ICLINIC, 2020

XVIII – Pequenas Cirurgias

- Policlínica e algumas UPH's;
- Acolhimento: 2ª - profissionais Sérgio Alves ou Laudiceia.



XIX – Especialidades pediátricas

• Ligar às terças-feiras pelo telefone 3195-3880, no horário de 07 às 19h.

- Alergologia
- Cardiologia
- Cirurgia Pediátrica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Fonoaudiologia

- Gastroenterologia
- Nefrologia - via SER (Estado)
- Neurologia
- Nutrição
- Oncologia
- Ortopedia

- Pediatria geral
- Pneumologia
- Psicologia
- Psiquiatria
- Puericultura
- USG.



XX – Emergências Psiquiátricas



Hosp. Munic. Moacyr R. do Carmo



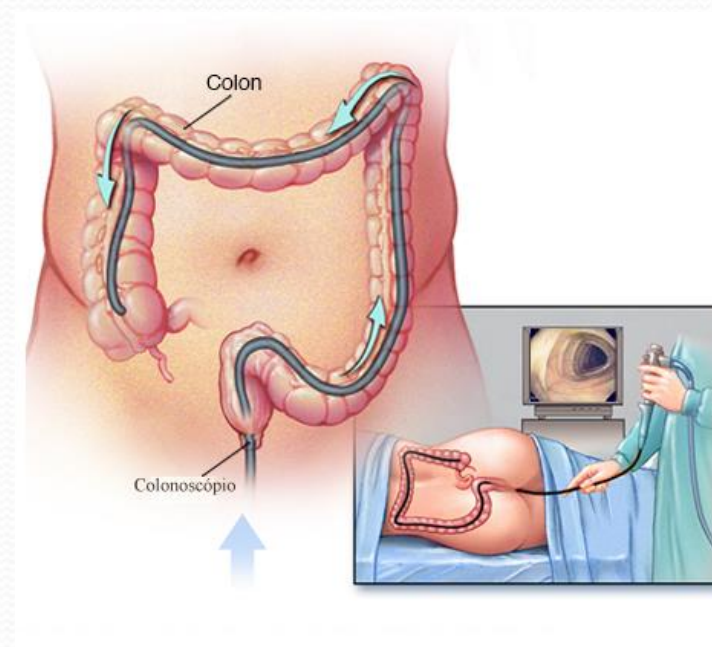
- Emergências Psiquiátricas no HMMRC nas 24h.

XXI – EDA com Biópsia



- Local: HMMRC.

XXII – Colonoscopia



- Local: HMMRC.

Orientações especiais

- RX

✓ Ir direto ao serviço.



- Eletrocardiograma

✓ Ir direto ao serviço.



- Exames de sangue, fezes, urina

✓ Ir direto ao serviço.



Orientações especiais

- Solicitações em que o paciente poderá ir direto no setor de Regulação Municipal na SMS (1º andar) para agilizar o encaminhamento via central de regulação:

Cateterismo	Pré-natal de alto risco (ATÉ 28 SEMANAS)
Cirurgia cardíaca (mediante avaliação do especialista)	Quimioterapia
Marca-passo	Radioterapia
Oncologia com resultado de biópsia	Revascularização / Angioplastia

Enfermagem

- Para as Equipes sem médico, é possível enviar as guias de referência ou solicitações de exames para o Núcleo de Regulação sem carimbo médico, caso a solicitação esteja vinculada a alguma Linha de Cuidado. Ex: Mamografia de rastreamento.



Odontologia

- Para os casos de emergência odontológica:
- Bucomaxilo.
- Local: HMMRC.



SAD



Melhor em Casa

SEGURANÇA DO HOSPITAL NO
CONFORTO DE SUA CASA

- Prioritariamente para os locais onde a ESF não cobre;
- Contatar, primeiramente, o NAI se houver alguma necessidade, para que façam as articulações na Rede;
- Contato da Coordenação do SAD: 2671-0183 (solicitar o ramal do SAD).

Problemas encontrados

1- Envio para a SMS de pedidos de exames que devem ser agendados diretamente nas UPHS's mais próximas:

- RX , ECG e Exames laboratoriais.

2- Preenchimento das Guias de Referência incompleto:

- sem os dados clínicos necessários;
- letra ilegível;
- sem assinatura e carimbo;
- sem anexar os exames;
- sem telefone de contato e documentos mínimos.

Problemas encontrados

- 3- Encaminhamentos para as especialidades / exames de alto custo - fora do preconizado pelos protocolos;
- 4- Solicitação de exames em impressos inadequados.

ATENÇÃO

- **NÃO ORIENTAR** OS PACIENTES PARA COMPARECEREM AO NÚCLEO DE REGULAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES.



Contatos

- ❖ Telefone: 2773-6224.
- ❖ Médica Leila: 99615-3545.
- ❖ Médica Sandra: 99961-1339.
- ❖ Email: marcacaosaudedafamilia@gmail.com.

Obrigada