

RESOLUÇÃO Nº 10/2025

Aprova as atualizações operacionais no Protocolo Municipal de Regulação para Solicitação de Consultas e Exames Especializados do Município de Lapão, aprovado na Resolução CMS nº 30/2023.

O plenário do Conselho Municipal de Saúde em sua 273ª Reunião, realizada no dia 26 do mês de março do ano de 2025, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, do dia 19 do mês de Setembro do ano de 1990, pela Lei nº 8.142, do dia 28 do mês de dezembro do ano de 1990, pela Lei Municipal nº 143 de 30 de março de 1993, pela Lei Municipal 221 de 25 de junho de 1997 e a Lei Municipal nº 451 de 06 de dezembro de 2005,

RESOLVE:

Art. 1º. – Aprovar as atualizações operacionais no Protocolo Municipal de Regulação para Solicitação de Consultas e Exames Especializados do Município de Lapão, aprovado na Resolução CMS nº 30/2023.

Art. 2º. – Esta Resolução tem vigência imediata.

Lapão – BA, 26 do mês de março do ano de 2025.

João Adriano Gomes Alves
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Homologo a Resolução CMSL nº 10/2025, de 26 de março do ano de 2025, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro do ano de 1990 e Lei Municipal nº 142 de 20 de abril de 1993.

Ionara Dourado Carvalho Alves de Souza
Secretária Municipal de Saúde



ESTADO DA BAHIA
Prefeitura Municipal de Lapão
Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO MUNICIPAL DE REGULAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

MARÇO 2025

1ª EDIÇÃO



*

Marcio Antônio Messias da Silva

Prefeito do Município de Lapão

Ionara Dourado Carvalho Alves de Souza

Secretária Municipal de Saúde

*

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OS PRINCÍPIOS DO SUS E A REGULAÇÃO.....	7
3. PRINCÍPIOS E CRITÉRIOS QUE NORTEIAM A LÓGICA DA REGULAÇÃO / AUTORIZAÇÃO.....	8
4. ORGANOGRAMA DO SETOR DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE LAPÃO.....	10
5. FLUXOGRAMA DO SETOR DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE LAPÃO.....	11
6. REDE DE ASSISTÊNCIA DE SAÚDE MUNICIPAL (RAS).....	12
7. ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES.....	14
8. REGULAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	14
9. ESPECIALISTAS, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS OFERTADOS.....	18
A. CONSULTAS COM ESPECIALISTAS DISPONÍVEIS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES E TRATAMENTO EM SAÚDE:.....	19
B. CONSULTAS COM ESPECIALISTAS DISPONÍVEIS NA POLICLÍNICA REGIONAL DE IRECÊ:.....	20
C. CONSULTAS COM ESPECIALISTAS DISPONÍVEIS REDE PRIVADA:.....	21
D. EXAMES DISPONIBILIZADOS PARA A REDE PRIVADA, SOB CONSULTA PRÉVIA À SECRETARIA DE SAÚDE:.....	22
E. EXAMES DISPONIBILIZADOS PELA PACTUAÇÃO COM IRECÊ:.....	22
F. PACTUAÇÃO COM SALVADOR.....	23
G. REQUISITOS P. SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS:....	23
1. Requisito Geral: Obrigatório em todas as solicitações.....	23
2. Laudo de APAC.....	24
3. Requisitos para consultas com especialistas.....	24
Angiologista.....	24
Cardiologista.....	25
Dermatologista.....	26
Endocrinologista.....	27
Gastroenterologista.....	29
Ginecologia.....	31
Hematologista.....	33
Mastologista.....	34
Neurologista.....	35

Obstetra.....	36
Oftalmologista.....	41
Ortopedista.....	41
Otorrinolaringologista.....	42
Pneumologista.....	44
Reumatologista.....	46
Urologista.....	47
4. Exames de imagem e apoio diagnóstico.....	48
Cistoscopia.....	48
Colonoscopia.....	49
Eletrocardiograma.....	52
Ecocardiograma.....	53
Eletroencefalograma (EEG).....	54
Endoscopia Digestiva Alta.....	55
Mamografia.....	57
Radiografia.....	58
Ressonância Magnética (RM).....	64
Tomografia Computadorizada (TC).....	68
Ultrassonografia.....	73
BIBLIOGRAFIA.....	86
ANEXOS.....	87
Tabela de pré-requisitos e profissionais com prioridade para solicitar exames especializados.....	88
Tabela de cirurgias eletivas e procedimentos cirúrgicos, documentos e exames obrigatórios para sua realização.....	94
Declaração de Legalidade.....	100
Termo de Solicitação de Informação.....	101
Ficha individual de notificação de laqueadura tubária e vasectomia.....	103
Requisição Mamografia.....	103
Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial.....	106

1. INTRODUÇÃO

A SMS de Lapão observou a necessidade de criar recomendações e fluxos para orientar os profissionais da Rede de Assistência à Saúde (RAS) do Município de Lapão, (APS, Hospital Municipal, Centro de Especialidades e Tratamento em Saúde (CETS), Clínica de Fisioterapia e TFD), no que diz respeito à solicitação de consultas com médico especialista e/ou solicitação de exames e procedimentos de média e alta complexidade, na tentativa de otimizar a assistência e reduzir custos, na medida do possível.

Sabemos que as tecnologias para investigação, diagnóstico e tratamento das patologias avançam rapidamente, permitindo aos profissionais de saúde, um desfecho mais preciso e/ou mais rápido para o cliente. No entanto, na área de saúde, o avanço tecnológico não significa redução ou otimização de gastos. Ao contrário, as novas tecnologias são diretamente proporcionais ao investimento necessário para obtê-las e implementá-las.

Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Lapão cria o Protocolo Municipal Para Solicitação de Consultas e Exames Especializados, que será instrumento norteador para os profissionais de saúde que atuam na RAS municipal, visando a solicitação racional de consultas com especialistas e de exames de média e alta complexidade.

O Sistema de Regulação Municipal (SISREG Municipal) está sendo modificado e modernizado, de modo a atender e se adequar às necessidades dos profissionais, dos usuários e do município, pois devemos lembrar que:

**"Sem regras, protocolos, medicina baseada em evidências,
e muito bom senso, o SUS não consegue funcionar."**

2. OS PRINCÍPIOS DO SUS E A REGULAÇÃO

A Central de Regulação e o Médico Regulador têm funções muito amplas e atuam sempre baseados nos três pilares do SUS (universalidade, equidade e integralidade):

- **Universalidade:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.
- **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Este princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

3. PRINCÍPIOS E CRITÉRIOS QUE NORTEIAM A LÓGICA DA REGULAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

A regulação deve ser rígida e imparcial e os médicos solicitantes bem mais criteriosos, éticos e econômicos. E econômico não significa privar o médico nos seus direitos, mas sim exigir melhor semiologia, critérios e conhecimentos, inclusive do regulador que estiver no cargo.

A função primordial do médico regulador é a **organização do acesso** dos usuários ao Sistema de Saúde, equilibrando a oferta e demanda, viabilizando o acesso equânime, com eficiência, qualidade e integralidade, de forma ágil, de acordo com a necessidade e **observando a classificação de risco**. O regulador não é um mero agendador. Neste processo deve ser colocado todo o seu conhecimento técnico e científico, de acordo com os Protocolos de Regulação vigentes. O regulador não vê o paciente, nem a sua família, pois isso é função do médico assistente. Ele vê apenas o que está escrito, e essa imparcialidade e isenção é fundamental para a sua função técnica. Tal isenção fundamental consta no artigo 98 do Código de Ética Médica:

“É vedado ao médico deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.”

Ao regulador compete: analisar tecnicamente cada solicitação, observando

tópicos como:

- A suspeita diagnóstica é fundamentada por história clínica e achados de exame físico?
- O diagnóstico clínico da suspeita não seria suficiente para se tratar, evitando-se o exame?

- Trata-se de patologia de diagnóstico eminentemente clínico e o exame está sendo solicitado e justificado como exceção para casos atípicos, ou está sendo pedido de forma compulsória?
- Trata-se de patologia de diagnóstico eminentemente clínico, mas o exame está sendo pedido para descarte ou para satisfazer qualquer motivo que não seja o de esclarecer uma dúvida diagnóstica, inclusive sugerindo práticas de medicina defensiva, ou qualquer outro motivo não propedêutico?
- O exame solicitado ou a consulta especializada não poderia ser evitada, tratando-se o paciente em nível de saúde básica, ou ainda se o exame solicitado não poderia ser substituído por um exame mais simples ou até pelo exame físico do colega especialista na área?
- O exame solicitado é pertinente para a suspeita diagnóstica e/ou faz parte de protocolos de investigação ainda não referendados?
- O exame solicitado trata-se de exame de primeira escolha ou é exame que já tiveram seus pré-requisitos satisfeitos?
- Trata-se repetição de exame para atualização ou seguimento de uma doença?
- Trata-se de procedimento estético?
- A especialidade do médico solicitante permite a solicitação do exame, e se transcrição, existe o pedido do médico especialista anexado?
- O exame solicitado é uma técnica com validade técnica e ética para a suspeita diagnóstica?
- Pedidos ilegíveis sem termos técnicos adequados ou sem identificação do profissional solicitante, etc.

4. ORGANOGRAMA DO SETOR DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE LAPÃO

O setor de regulação de consultas e exames especializados é constituído pelo(a) Secretário(a) de Saúde, Auditor Municipal, Coordenadora da Regulação, Médico Regulador, Assistentes de Marcação, Telefonista do Call Center, Setor Administrativo e Setor de Processamento de Dados. (**Figura 1**)

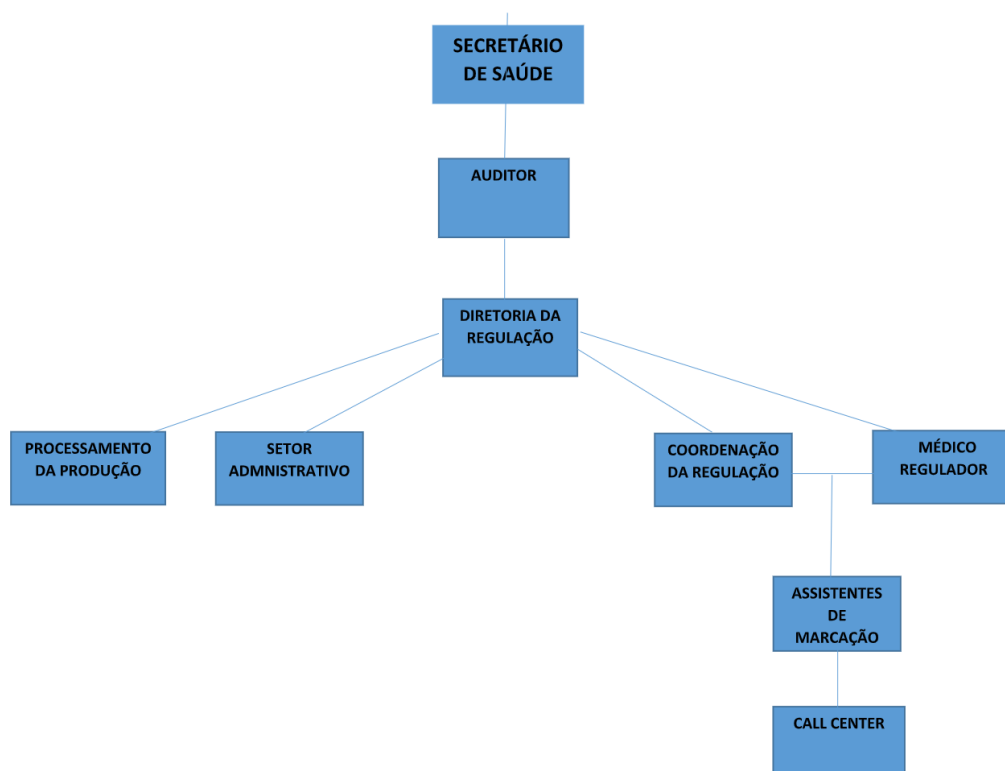


Figura 1.

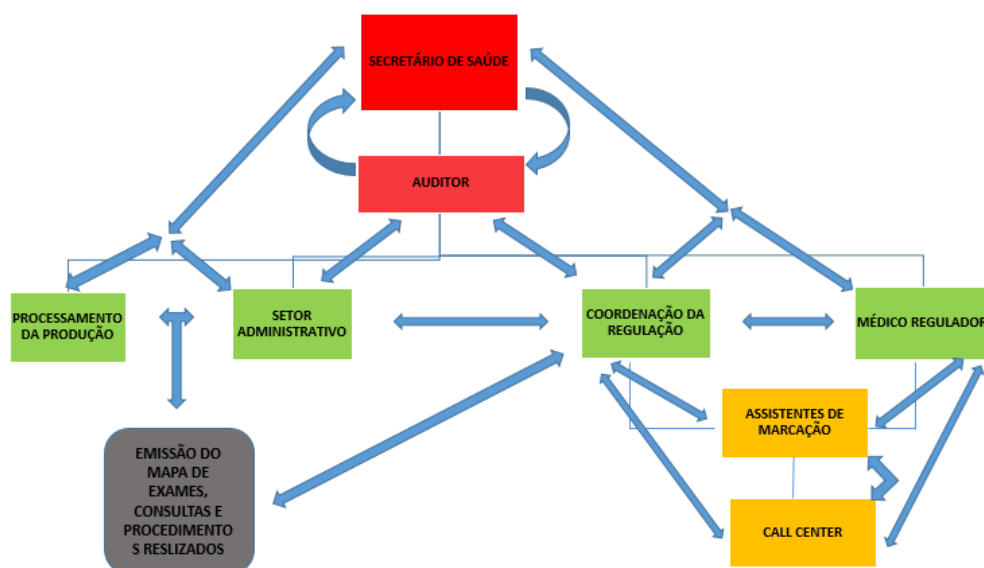
5. FLUXOGRAMA DO SETOR DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE LAPÃO

As solicitações provenientes da RAS (Rede de Assistência à Saúde), chegam ao Sistema de regulação Municipal (SISREG) e são agendadas pelas assistentes de marcação, sob a supervisão e avaliação da coordenação da regulação e do médico regulador. A telefonista do Call Center monitora o comparecimento aos atendimentos agendados e busca minimizar a perda de vagas, substituindo, sempre que possível, o paciente faltoso, por outro que se encontra na fila de espera do Setor de Regulação.

O setor administrativo e de processamento de dados, emitem o consolidados dos exames, consultas e procedimentos realizados mensalmente, para fins de faturamento.

A gestão da Secretaria de saúde acompanha juntamente ao auditor(a), os dados e as necessidades de intervenções e correções que se façam necessárias, para o funcionamento adequado do setor (**Figura 2**).

Figura 2.



6. REDE DE ASSISTÊNCIA DE SAÚDE MUNICIPAL (RAS)

A Rede de Assistência à Saúde é composta pelas UBSF, CETS, Hospital Municipal, a Clínica de Fisioterapia e o TFD (**Figura 3**), que devem atuar segundo sua capacidade resolutiva para os diferentes agravos da saúde. Pretende-se criar um entendimento de que o acesso à Atenção Especializada seja determinado por necessidades identificadas pelos profissionais de saúde, após esta ter esgotado a sua capacidade de condução do caso.

O profissional solicitante de um procedimento de auxílio diagnóstico deve ser responsável por sua interpretação e decisão terapêutica. Isso significa que o médico deve pedir exames que são da sua competência. É indispensável que os protocolos de acesso sejam observados.

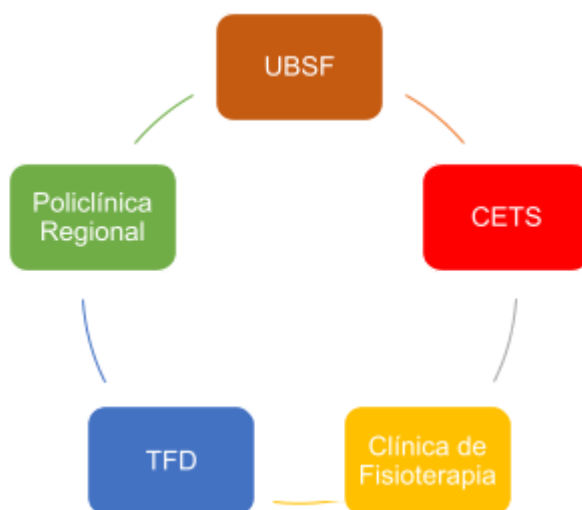


Figura 3

A demora para se conseguir agendamento com o especialista, muitas vezes leva o médico da APS a adiantar a solicitação de exames mais especializados, o que, em muitos casos, infla as filas dos exames de mais difícil acesso e de menor oferta, inserindo os paciente da APS na mesma fila de pedidos oriundos de especialistas, que serão priorizados, *quando solicitados por eles (os especialistas)*. **Figura 4.**

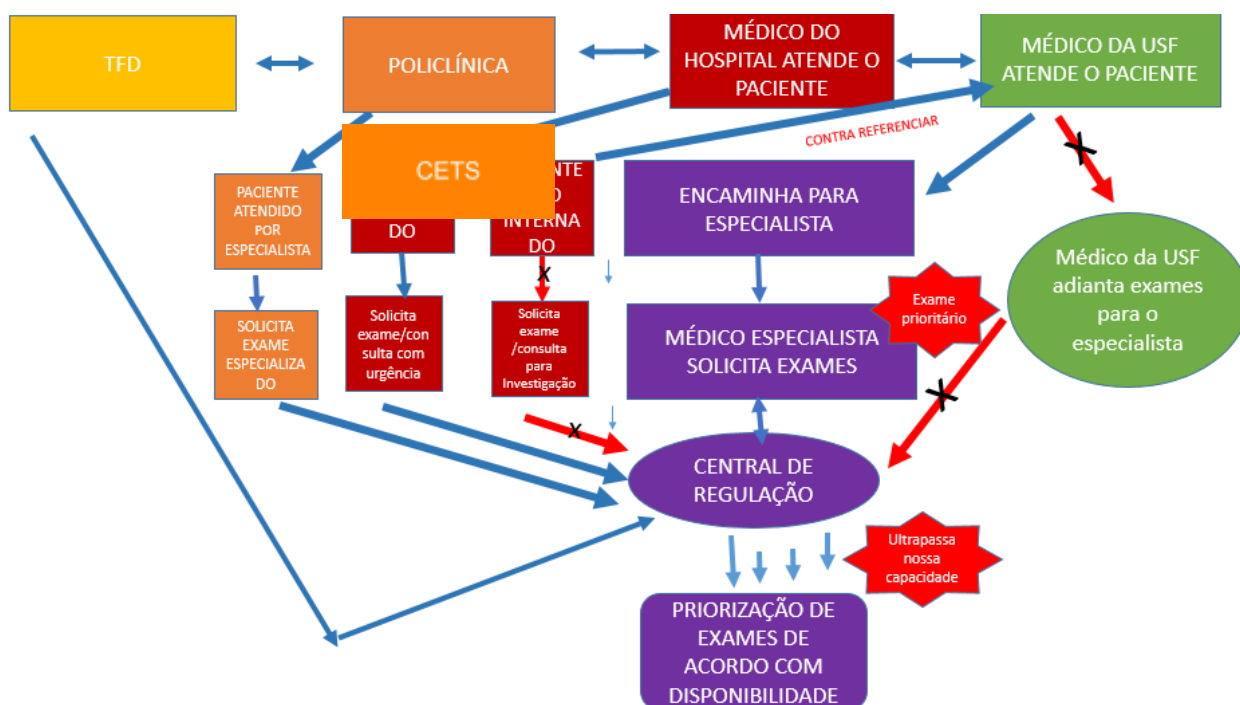


Figura 4

Permanece reservado ao profissional médico da USF, o direito à solicitação direta, quando julgar haver risco iminente de morte ou de agravamento importante do quadro clínico do paciente assistido. Ao médico é dado o poder da caneta e é o responsável

pela condução de cada caso de seus pacientes, entretanto é necessário justificar qual a necessidade, e em que ele baseia o seu pedido.

7. ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES

Ao regulador compete analisar tecnicamente cada solicitação, e poderá:

IMPEDIR: neste caso o procedimento/consulta especializada sofre impedimento (falta de critérios para o encaminhamento ou paciente encaminhado para especialidade /exame incompatível com a clínica). O motivo do impedimento deverá sempre ser justificado pelo regulador e nesse caso, a solicitação sai da lista de espera. O médico solicitante poderá reinserir a solicitação no sistema, se assim achar conveniente, após as devidas correções

DEVOLVER: neste caso o procedimento/consulta especializada é devolvido para complementação de dados (faltam informações clínicas para subsidiar a decisão do REGULADOR). Neste caso, o médico solicitante recebe uma informação para complementar a indicação. O paciente permanece na lista de casos de espera para regulação.

AUTORIZAR: neste caso o regulador está autorizando o encaminhamento/ exame e tem duas possibilidades:

- a) caso haja vagas disponíveis escolher a unidade EXECUTANTE e a data e horário disponíveis.
- b) não havendo vaga disponível, passar para a FILA DE ESPERA, sempre levando em consideração a classificação de risco.

A lógica da regulação de consultas e exames especializados se baseará em classificação de risco, e o médico assistente, ao realizar a solicitação, deverá classificá-la conforme os critérios abaixo:

8. REGULAÇÃO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

-  VERMELHO: são situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento eletivo prioritário. **PRIORIDADE 0**
-  AMARELO: são situações clínicas que podem influir na condução de um caso e necessitam um agendamento eletivo prioritário. **PRIORIDADE 1**
-  VERDE: são situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo. **PRIORIDADE 2**

Figura 5

Todas as solicitações dos profissionais de saúde deverão estar justificadas e devidamente classificadas (verde, amarela ou vermelha). Não haverá classificação azul e *não serão incluídas no sistema da regulação, as solicitações “à pedido”*.

Em virtude do número expressivo de solicitações e do número reduzido de consultas e exames, impõe-se ao médico solicitante, a necessidade de expor o mais detalhadamente possível, a necessidade do referido exame ou consulta. Isso significa que a marcação dependerá da clareza e riqueza de detalhes descrita pelo médico assistente, que deverá informar a queixa e duração, histórico resumido da história clínica, exame físico, medicação instituída e exames já solicitados.

Os profissionais de enfermagem poderão solicitar exames e/ou consultas, de acordo com os protocolos vigentes e autorizados pelo COREN e também necessitam fornecer as informações obrigatórias descritas na **Figura 6**.

Informações obrigatórias para o setor de regulação avaliar a marcação de consulta e exames especializados:

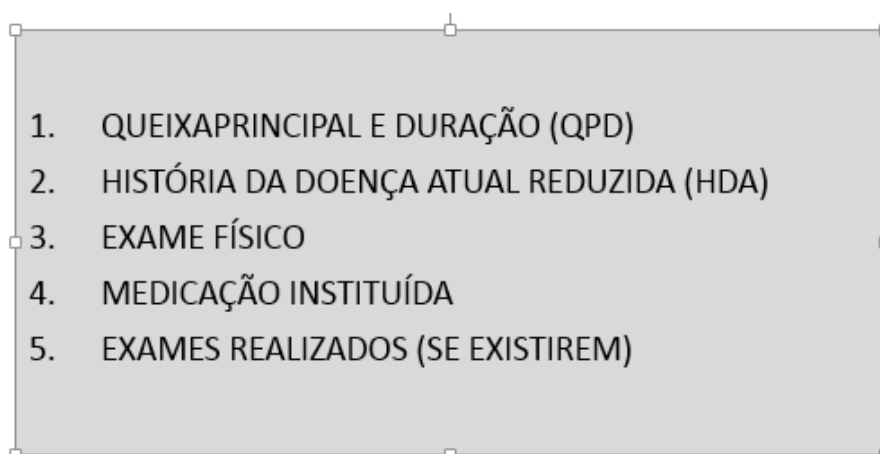
- 
1. QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO (QPD)
 2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL REDUZIDA (HDA)
 3. EXAME FÍSICO
 4. MEDICAÇÃO INSTITUÍDA
 5. EXAMES REALIZADOS (SE EXISTIREM)

Figura 6

De acordo com as informações contidas nas solicitações dos médicos assistentes, o médico regulador poderá aplicar o princípio da equidade, dando mais a quem mais necessita naquele momento. Sem essas informações detalhadas tornar-se-ia impossível distinguir um paciente vermelho do outro, por exemplo, pois não haveria critério de hierarquização do acesso.

Em virtude da constatação de que na prática, a marcação das solicitações classificadas como AMARELA e VERDE, acabam por serem indefinidamente postergadas, serão definidos percentuais para cada categoria, como descrito abaixo:

 10% das cotas

 30% das cotas

 60% das cotas

Quando existir oferta muito reduzida de vagas para determinado procedimento ou profissional, estas serão direcionadas para a classificação **vermelho**.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1. A cada 4 meses, o Sistema vai sinalizar que a consulta, exame, procedimento ou cirurgia, ainda não foi agendado. No entanto, cabe às Equipes de Saúde da Família (ESF), monitorar o quadro clínico e o estado de saúde do usuário, uma vez que o ato de solicitar os referidos itens, não desobriga as equipes de acompanhar seu usuário.
2. Decorridos 12 meses da emissão da solicitação da consulta, exame ou procedimento, a requisição será direcionada para a aba de “VENCIDO”, e o usuário necessitará realizar nova avaliação médica.
3. Os serviços que não estiverem pactuados na rede municipal de saúde, serão identificados como:

OFERTA DE VAGA NÃO DISPONÍVEL NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

4. Caso o usuário venha a mudar de domicílio para residir em outro município, ou vice-versa, o Agente Comunitário deverá atualizar o cadastro o mais rapidamente possível, para evitar transtornos ao usuário e ao município.

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br

5. O Sistema da Regulação vai permitir a visualização pelo usuário, do andamento de sua marcação. A fila de espera estará baseada na Classificação de Risco adotada no novo sistema, e serão mantidas as cores Verde, Amarelo e Vermelho (Figura 5), indicadas pelo médico assistente no momento da solicitação. Será possível ao usuário visualizar que existem outras pessoas classificados na mesma categoria (cor), aguardando concomitantemente. A ordem de marcação obedecerá à data de entrada no sistema e/ou à gravidade do quadro clínico do paciente, que estará descrita na solicitação médica. Vale novamente salientar, que a ESF deverá monitorar seu usuário e avisar à Regulação mudança no quadro do mesmo, no intuito de modificar sua classificação, se necessário.

9. ESPECIALISTAS, CONSULTAS E PROCEDIMENTOS OFERTADOS

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



A. CONSULTAS COM ESPECIALISTAS DISPONÍVEIS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES E TRATAMENTO EM SAÚDE:

- **Angiologia** - Consulta médica especializada; Doppler e tratamento de varizes
- **Cardiologia (Adulto)** - Consulta médica especializada; ECG
- **Cardiologia (Pediatria)** - Consulta médica especializada
- **Obstetrícia-Ginecologia** - Consulta médica especializada; Procedimentos (Inserção de DIU; Colposcopia; Biópsia)
- **Pediatria Geral** - Consulta médica especializada
- **Cirurgia Geral** - Consulta médica especializada; Cirurgias
- **Ambulatório Pequenas Cirurgias**
- **Dermatologia** - Consulta médica especializada
- **Gastroenterologia** - Consulta médica especializada; Endoscopia Digestiva
- **Psiquiatria** - Consulta médica especializada
- **Ortopedia** - Consulta médica especializada; Procedimentos pequeno porte
- **Nutrição** - Consulta médica especializada
- **Neurologia** - Consulta médica especializada
- **Psicologia** - Consulta médica especializada
- **Fonoaudiologia** - Consulta médica especializada

B. CONSULTAS COM ESPECIALISTAS DISPONÍVEIS NA POLICLÍNICA REGIONAL DE IRECÊ:

- **Anestesiologista** - Consulta médica especializada
- **Cardiologista** - Consulta médica especializada; ECG; Ecocardiograma; Teste Ergométrico; Holter; MAPA
- **Clínico Geral** - Ultrassonografia
- **Cirurgião Geral** (Pequenas Cirurgias)
- **Dermatologista** - Consulta médica especializada
- **Endocrinologista** - Consulta médica especializada
- **Gastroenterologista** - Consulta médica especializada
- **Gastroenterologista** - Endoscopia Digestiva Alta
- **Endoscopia Digestiva Baixa** (Colonoscopia)
- **Ginecologia** - Consulta médica especializada
- **Mastologista** - Consulta médica especializada
- **Neurologista** - Consulta médica especializada/ EEG
- **Obstetrícia** - Consulta médica especializada
- **Oftalmologista** - Consulta médica especializada
- **Ortopedista** - Consulta médica especializada
- **Otorrinolaringologista** - Consulta médica especializada
- **Urologista** - Consulta médica especializada

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



C. CONSULTAS COM ESPECIALISTAS DISPONÍVEIS REDE PRIVADA:

- **Alergologista** - Consulta médica especializada; Prick Teste Alimentos; Prick Test Aeroalérgenos; Pet teste
- **Alergologista Pediátrico** - Consulta médica especializada e Testes alérgicos
- **Angiologista** - Consulta médica especializada; Duplex Scan venoso e arterial de membro superior e inferior; Duplex Scan de carótidas e vertebrais
- **Cardiologista** - Consulta médica especializada
- **Cirurgião Bucomaxilofacial** - Consulta médica especializada
- **Cirurgião vascular** - Consulta médica especializada
- **Endocrinologista** - Consulta médica especializada
- **Gastroenterologista** - Consulta médica especializada
- **Ginecologista** - Consulta médica especializada
- **Mastologista** - Consulta médica especializada
- **Oftalmologista** - Consulta médica especializada
- **Otorrinolaringologista** - Consulta médica especializada
- **Neurologista** - Consulta médica especializada
- **Pneumologista** - Consulta médica especializada; Prova de função pulmonar
- **Proctologista** - Consulta médica especializada
- **Reumatologista** - Consulta médica especializada
- **Urologista** - Consulta médica especializada

D. EXAMES DISPONIBILIZADOS PARA A REDE PRIVADA, SOB CONSULTA PRÉVIA À SECRETARIA DE SAÚDE:

- Ecocardiografia Fetal;
- Punção de mama guiada por USG;
- Biopsia;
- Colonoscopia.

E. EXAMES DISPONIBILIZADOS PELA PACTUAÇÃO COM IRECÊ:

- Laringoscopia;
- Vídeo laringoscopia direta;
- Imitanciometria;
- Impedanciometria;
- Audiometria Tonal,
- Vocal e SRT;
- Consulta com dermatologista;
- Consulta com endocrinologista;
- Consulta com neurologista;
- Consulta com ortopedista;
- Consulta com pneumologista;
- Avaliação de marcapasso;
- Consulta com oftalmologista;
- BERA;
- Vecto eletristagmografia.

F. PACTUAÇÃO COM SALVADOR

- **Sistema VIDA:** Sistema que gerencia as ações de saúde que ocorrem em Salvador. Através desse sistema, é possível acompanhar os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



contratualizados com o município de Salvador, através da digitalização do laudo de APAC.

- **Procedimentos disponíveis:** Litotripsia; Litotripsia Extracorpórea; Cintilografia: (Óssea, Tireoide, Miocárdio estresse e repouso; Renal, Paratireoide); Ressonâncias com ou sem sedação; Estudo renal dinâmico com ou sem sedação.
- **Lista Única:** O Sistema de **Lista Única** do Governo da Bahia foi criado pela Secretaria da Saúde do Estado com o objetivo de cadastrar pacientes de todo o estado, para serviços como Mutirões de Cirurgias Eletivas no **SUS**, procedimentos e consultas no Hospital da Mulher.
- **São ofertados procedimentos cirúrgicos eletivos nas especialidades:** Cirurgia Geral (hernioplastias, colecistectomia, tireoidectomia etc.), Ginecologia (histerectomia, miomectomia, laqueadura etc.), Oftalmologia (cirurgia de catarata, pterígio etc), Otorrinolaringologia (amigdalectomia, amidalectomia com adenoidectomia), Urologia (ressecção endoscópica de próstata etc.) e Cirurgia Vascular (tratamento cirúrgico de varizes) dentre outras.

G. REQUISITOS PARA SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS:

1. Requisito Geral: Obrigatório em todas as solicitações

Preenchimento do Relatório Médico com Classificação de Risco, onde deverão constar os dados relevantes da história clínica e medicamentosa, do exame físico, hipótese diagnóstica, exames já realizados e classificação do risco desse paciente. O CID 10 será obrigatório, no caso de encaminhamentos para a Policlínica Regional de Irecê.

2. Laudo de APAC

No caso do profissional médico da Atenção Primária entender que se faz necessário solicitar um Procedimento de alta Complexidade, o laudo de APAC - Laudo Médico para Procedimentos de Alta Complexidade - (Anexo 2), deverá ser preenchido, com letra legível, sem rasuras, em 02 vias, sendo a primeira, original. Segue abaixo lista de Procedimentos de Alta Complexidade mais comuns:

Tomografia; Ressonância Nuclear Magnética; Cateterismo; Cintilografia; Litotripsia; Colonoscopia; Biopsia de Medula Óssea; Quimioterapia; Radioterapia; Iodoterapia, entre outros.

3. Requisitos para consultas com especialistas

Angiologista

Indicações para o encaminhamento:

- Trombose Venosa Profunda - TVP;
- Alteração de pulsos periféricos (Doença arterial);
- Aneurismas arteriais torácicos, abdominais, de membros inferiores e membro superiores;
- Claudicação intermitente de origem arterial com ou sem úlcera de pele;
- Flebite e tromboflebite; Insuficiência venosa crônica e linfedema;
- Outras lesões de pele com necrose/Infecção por Hanseníase (tratamento com curativo há 4 meses sem resultado final);
- Pacientes portadores de Distúrbios Vaso-espásticos;
- Suspeita/diagnóstico de doença obstrutiva das artérias carótidas;
- Úlceras de MMII;

- Pé diabético; doença arterial periférica e/ou história de úlcera e/ou amputação.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco (obrigatório), hemograma, glicemia de jejum, uréia, creatinina, colesterol total e frações, triglicérides, coagulograma.

Exames complementares sugeridos em casos graves: ECG, RX de tórax.

Cardiologista

Indicações para o encaminhamento:

- Angina Pectoris; Arritmias Cardiopatia congênita em recém-nato;
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle (com no mínimo três medicações em dose plena, após avaliar adesão);
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) secundária;
- Indicação de marcapasso;
- Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC);
- Insuficiência Coronariana;
- Parecer Cardiológico – Pré-Operatório; Pericardites;
- Sopros ou Valvulopatias estabelecidas.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco (obrigatório), hemograma, glicemia de jejum, colesterol total, LDL, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, sumário de urina, uréia, sódio, potássio, eletrocardiograma, RX de tórax.

Exames complementares sugeridos em casos graves: ECG

Dermatologista

Indicações para o encaminhamento:

- Acne grau 3: Encaminhar pacientes tratados clinicamente na atenção primária sem melhora do quadro clínico; Buloses (pênfigo, penfigóide, dermatite herpetiforme);
- Dermatite de Contato: Casos sem resposta ao tratamento da atenção primária; Dermatoses Eritemato-Escamosas (Psoríase, Líquen-Plano, Pitiríase Rosa);
- Discromias (Vitiligo, Melasma);
- Erisipela Bulhosa;
- Farmacodermias;
- Fibromas moles: Encaminhar pacientes com fibromas localizados em áreas de trauma;
- Hanseníase: Encaminhar os casos apresentem dificuldade de diagnóstico, lesões extensas, resistência ao tratamento inicial ou complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas). Informar tratamento instituído e reações. Descrever hemograma, plaquetas, hepatograma;
- Herpes Zoster: casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos;
- Lesões ulceradas com suspeita de leishmaniose tegumentar (com bordas elevadas, endurecidas que não cicatrizam a mais de 30 dias, após instituído tratamento com antibioticoterapia);
- Lesões dermatológicas relacionadas a lúpus;
- Micose superficial refratária ao tratamento na Atenção Básica;

- Micoses profundas (esporomicoses, paracoccidioidomicose e tuberculose cutânea);
- Avaliação de lesões suspeitas de neoplasias;
- Onicocriptoserecidivante em pacientes diabéticos e/ou portadores de distúrbios vasculares periféricos; Prurido / Eczema de difícil resolução;
- Psoríase;
- Urticária Crônica: prurido e / ou placas pelo corpo, com episódios de repetição e naqueles com quadros prolongados, sem melhora com tratamentos realizados por mais de 60 dias.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco (obrigatório); exames que tenham sido solicitados durante a investigação.

Endocrinologista

Indicações para o encaminhamento:

- Bócio;
- Casos suspeitos de doenças hipofisárias, Cushing, Addison, alterações da paratireóide, hiperandrogenismo e hiperaldosteronismo;
- Diabetes Mellitus, conforme descrição a seguir:
 - Pacientes DM1 não responsivo ao tratamento Pacientes com DM 2 descompensados com HbA1c persistente elevada com HbA1c >9% a despeito de tratamento intensivo com hipoglicemiante oral e insulino terapia plena;

- Pacientes com DM2 com nefropatia a partir do estágio 3;
- Paciente DM2 e doença vascular periférica e história de amputação prévia ou úlcera ativa;
- Paciente DM2 e doença cardiovascular (DAC, AVC);
- Diabetes gestacional ou gestante diabética descompensada;
- Disfunção suprarrenal com sintomas;
- Dislipidemia (casos não responsivos a terapêuticas);
- Distúrbios gônadas (sinais de puberdade precoce, ginecomastia; hipogonadismo);
- Estatura em vigilância fora do percentil esperado para a idade (alta e baixa estatura);
- Hiperparatireoidismo: Encaminhar hiperparatireoidismo primário ou casos cirúrgicos (paratireoidectomia);
- Hipertireoidismo não compensados com drogas orais;
- Hipotireoidismo adquirido não compensados com drogas orais;
- Hipotireoidismo Congênito (HC);
- Má-formação genital;
- Paciente com nódulo de tireoide > 1cm com diagnostico citológico BETHESD II ou disfunção tireoidiana controladas com drogas orais;
- Sobrepeso com comorbidade e obesidade.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco (obrigatório); Hemograma, glicemia TSH, T4 livre, colesterol total e frações, triglicérides, TGO, TGP, bilirrubina total e frações, uréia, creatinina e sumário de urina.

Suspeitas diagnósticas específicas:

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
 CEP: 44905000
 E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



- **Addison:** Na, K, glicemia, cortisol sérico ou urinário, resposta do cortisol após administração de ACTH e aldosterona.
- **Bócio:** USG tireóide.
- **Cushing:** Na, K plasmáticos, cortisol Pós 1mg de dexametazona, sérico ou urinário, ACTH, radiografia de crânio.
- **Diabetes:** descrever glicemia de jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), microalbuminúria, glicemia pós prandial e hemoglobina glicada.
- **Diabetes Gestacional:** teste de tolerância glicêmica.
- **Distúrbios da Puberdade:** radiografia de idade óssea.
- **Ginecomastia:** dosagem de testosterona, estradiol, LH/FSH, prolactina, fosfatase alcalina, Gama GT, LDA, TAP, amilase, albumina.
- **Hiperaldosteronismo:** aldosterona sérica, excreção urinária de potássio, Na, K, atividade de renina.
- **Hiperandrogenismo:** testosterona, FSH, LH, K urinário, 17OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol plasmático, USG. Malformações Genitais: USG.
- **Neoplasias hipofisárias:** prolactina, cortisol sérico ou urinário, IgF1, ACTH, FSH, LH.
- **Telarca Precoce:** radiografia de idade óssea, LH, FSH, prolactina.

Gastroenterologista

Indicações para o encaminhamento:

- Constipação crônica sem melhora após 12 semanas de tratamento na atenção básica; Diarreia crônica refratária ao tratamento inicial;

- Doenças do refluxo gastroesofágico: hérnia de hiato, esofagite de refluxo, esôfago de Barrett;
- Doenças inflamatórias intestinais: colite ulcerativa, Doença de Crohn, e síndrome de cólon irritável;
- Dor abdominal crônica sem diagnóstico conclusivo e/ou resposta ao tratamento; Gastrite atrófica diagnosticada;
- Hemorragia digestiva baixa a ser investigada;
- Hepatopatias com alteração de imagem hepática e/ou em hepatograma;
- Pancreatite crônica;
- Síndrome dispéptica refratária ao tratamento na atenção básica;
- Suspeita de neoplasias do trato gastrointestinal;
- Suspeita e/ou acompanhamento de cirrose hepática;
- Úlcera péptica.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Exames de laboratório.

Para suspeitas diagnósticas específicas:

- **Cirrose Hepática:** sorologia para hepatite B (HBSAg, anti HBC, anti HBS) e C, Ferritina, glicemia, colesterol, triglicérides.
- **Constipação crônica:** cálcio, TSH.
- **Diarréia crônica:** VHS, TSH, PCR, proteína total e frações e exame parasitológico de fezes.
- **Doenças Intestinais (Colite ulcerativa, Doença de Crohn e Síndrome de Cólon Irritável):** VHS, PCR, exame parasitológico de fezes, proteína total e frações, ferro, ferritina.
- **Dor abdominal crônica:** VHS, PCR, exame parasitológico de fezes.

- **Hepatopatias:** glicemia, perfil lipídico, TAP, INR, albumina, anti HCV.
- **Gastrite atrófica diagnosticada:** dosagem de vitamina B12.
- **Pancreatite Crônica:** lipase, fosfatase alcalina, glicemia, radiografia abdominal

Ginecologia

Indicações para o encaminhamento:

- Alterações em resultado de preventivo do câncer cérvico-uterino:
 - células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intã epitelial de alto grau (ASC-H);
 - células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC);
 - células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau);
 - lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);
 - lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor;
 - mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doença autoimunes ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL).
- Amenorréia primária em maiores de 14 anos;
- Amenorréia secundária;
- Cisto em vulva ou vagina;
- Climatério (menopausa precoce antes dos 40 anos; persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses);

- Condiloma acuminado / verruga viral refratários ao tratamento na atenção básica;
- Doença Inflamatória pélvica refratária ao tratamento na atenção básica;
- Dor pélvica crônica de origem ginecológica refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses, não associada a gestação e/ou com alteração em exame de imagem e/ou exame físico sugestivo de endometriose;
- Estreitamento e estenose do colo do útero
- Incontinência Urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;
- Infertilidade;
- Massa anexial:
 - Tumores em mulheres com sintomas de distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança hábito intestinal, etc.;
 - Tumores sólidos independentemente do tamanho;
 - Tumores císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto ou projeções sólidas);
 - Tumores com ascite Cistos ovarianos em mulheres na menacme refratários ao tratamento na atenção básica e que gerem incomodo crônico;
- Miomatose com sangramento, distensão abdominal/pélvica, dispareunia que persistem após tratamento clínico otimizado por três meses na atenção básica de saúde;
- Prolapso genital;
- Prurido vulvar não responsivo a tratamento clínico;

- Sangramento uterino anormal, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses;
- Suspeita de pólio endometrial;
- Tumores com ascite;
- Cistos ovarianos em mulheres na menacme refratários ao tratamento na atenção básica e que gerem incomodo crônico;
- Miomatose com sangramento, distensão abdominal/pélvica, dispareunia e que persistem após tratamento clínico otimizado por três meses na atenção básica de saúde;
- Prolapso genital;
- Prurido vulvar não responsivo a tratamento clínico;
- Sangramento uterino anormal, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses; Suspeita de pólio endometrial.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco do PEC (obrigatório) e os seguintes exames em anexo: USG pélvica e/ou transvaginal e preventivo do câncer cérvico-uterino.

Hematologista

Indicação para o encaminhamento:

- Anemia: persistente, hemolítica, por baixa produção e/ou de etiologia desconhecida;
- Distúrbios da coagulação (descartar o uso de medicamentos que interfiram na coagulação sanguínea);

- Distúrbios de leucócitos (descartar viroses e intoxicações medicamentosas); Pancitopenia ou policitemia;
- Plaquetopenia;
- Suspeita de linfomas, após descartar a possibilidade clínica e laboratorial de patologia infectocontagiosa;
- Trombocitoses.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco (obrigatório) e Exames de Laboratório.

Para suspeitas diagnósticas específicas:

- **Anemia:** ferro sérico, capacidade de fixação do ferro, ferritina, parasitológico de fezes (02 amostras), eletroforese de hemoglobina, dosagem de vitamina B12 e ácido fólico.
- **Distúrbios da coagulação:** TP (tempo de protombina); TTPA (tempo de tromboplastina parcial ativada).
- **Distúrbios de leucócitos:** no mínimo, 02 hemogramas apresentando persistência do distúrbio, com intervalo de 15 dias, entre os 02 hemogramas.
- **Suspeita de linfomas:** outros exames de pesquisa de doença infectocontagiosas.

Mastologista

Indicação para o encaminhamento:

- Câncer de mama (suspeita);
- Casos em que o médico discorde do laudo das imagens da mamografia e/ou casos que ache necessário (encaminhar com justificativa);

- Dor mamária persistente, não relacionada a outras causas externas;
- Hipertrofia de mama (exceto a secundária a obesidade);
- Mastite não puerperal; Nódulo mamário não especificado;
- Outras doenças da mama;
- Resultado de mamografia e/ou USG de mama com Categoria BI-RADS igual ou superior a III;
- Transtorno inflamatório da mama (exceto período puerperal).

Documentos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco (obrigatório) e os seguintes exames em anexo: USG de mama e/ou mamografia.

Neurologista

Indicação para o encaminhamento:

- Alteração da marcha de origem neurológica; Alteração do desenvolvimento do crânio;
- Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor;
- Cisticercose; Demência com declínio cognitivo rápido e progressivo, em que foram excluídas causas reversíveis e psiquiátricas;
- Distonias;
- Distúrbio de aprendizagem e comportamento;
- Distúrbio do sono;
- Doença de Alzheimer;
- Enxaqueca ou cefaléia tipo tensional refratária ao manejo profilático na atenção básica, associada ou não a distúrbio do comportamento e convulsões;
- Epilepsia, convulsões, desmaio e crise de ausência recorrentes;

- Esclerose lateral amiotrófica;
- Hidrocefalia;
- Lesões com características de neoplasia (efeito de massa, desvio do olhar conjugado, etc), mas sem instabilidade;
- Microcefalia;
- Miopatia;
- Neuralgias;
- Neuropatias;
- Paralisia facial periférica;
- Polineuropatia diabética; Sequela de AVC;
- Síndromes Parkinsonianas e tremores, exceto os relacionados a álcool e outras drogas;
- Síndromes vertiginosas, após exclusão de causas metabólicas ou otorrinolaringológicas.

ATENÇÃO:

A avaliação de déficit motores de sequelas de AVC ou de trauma, para fins de obtenção de benefícios ou passe livre, deve ser feita pelo neurologista quando essa for uma exigência dos órgãos oficiais (INSS, Judiciário, entre outros).

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco (obrigatório) e EEG.

Obstetra

Indicação para o encaminhamento:

1. Hipertensão gestacional:

- Diagnosticada após 20ª semana (após excluída suspeita de pré-eclâmpsia);
- Diagnóstico de pré-eclâmpsia (após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica);
- Em gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratório ou internação em CTI durante a gestação).

2. Diabetes em Gestantes:

- Diagnóstico de diabetes mellitus (estabelecido antes da gestação ou com 2 glicemias de jejum > 126 mg/dl); ou Diabetes gestacional e:
- Ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas e uso de hipoglicemiante oral;
- Gestante com hipertensão crônica.

3. Anemias em Gestantes:

- Gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias;
- Hemoglobina: 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade;
- Entre 8 g/dl e 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias); < 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.

4. Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes:

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e t4 livre ou total baixo);

- Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina.

5. Gestante com história de abortamento recorrente:

- Perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade < 35 anos;
- Perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade > 35 **anos**;
- Presença de comorbidades que aumentam o risco de abortamento espontâneo, como suspeita clínica de síndrome de antifosfolípido.
- História prévia de incompetência istmo-cervical (dilatação cervical indolor no segundo trimestre seguida de expulsão de feto imaturo);
- Suspeita atual de incompetência istmo-cervical (comprimento cervical, determinado por ecografia, inferior a 2,5 cm em mulher com história de parto prematuro prévio ou menor que 2,0 cm em mulher sem história de parto prematuro prévio.

6. ISTs

- HIV/AIDS quando o serviço de referência em HIV não trata gestante; Toxoplasmose;
- Condiloma acuminado / verrugas virais no canal vaginal ou colo uterino; Sífilis resistente (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e do parceiro, com penicilina benzatina) ou achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;

7. Alterações ecográficas (USG) na gestação:

- Alterações no Líquido Amniótico: oligodrâmnio (ila menor que 8 cm associado a crescimento intrauterino restrito ou bolsão < 2 cm); polidrâmnio consequente à anomalia fetal; polidrâmnio grave (ila maior que 35 cm ou bolsão > 16 cm) ou sintomático (dor, dispneia) se necessário após avaliação em serviço de emergência obstétrica

8. Alterações placentárias:

- Placenta prévia oclusiva total;
- Placenta prévia oclusiva parcial em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação;
- Acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia);
- Inserção velamentosa do cordão

9. Alterações fetais:

- Crescimento intrauterino restrito

10. Isoimunização Rh:

- Gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior
- Gestante com Rh negativo com feto apresentando achados ecográficos de anemia.

11. Condições clínicas de risco à gestação atual:

- **Condições fetais:**
 - Gemelaridade ou suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível.
- **Condições maternas:**
 - Infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves;
 - Pneumopatias graves;
 - Nefropatias graves (como doença renal crônica, glomerulonefrite);
 - Doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática);
 - Doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia);
 - Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, outras collagenoses);
 - Deformidade esquelética materna grave;
 - Desnutrição ou obesidade mórbida (IMC maior que 35 com comorbidades);

- Diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma);
- Suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau);
- Tromboembolismo venoso prévio.

12. Condições clínicas de risco em gestação prévia:

- **Condições fetais:**

- História de óbito fetal no 3º trimestre

- **Condições maternas:**

- Mal antecedente obstétrico (Síndrome HELLP, eclampsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação); acretismo placentário em gestação anterior; história de parto prematuro com menos de 34 semanas; cesariana prévia com incisão uterina longitudinal. Malária; Hanseníase; Pneumopatias: asma em uso de medicamentos; Doença pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); Nefropatias: insuficiência renal; hidronefrose; rins policísticos; pielonefrite de repetição; Placenta prévia total; Amniorrexe prematura; Hemorragia na gestação; Infecção urinária alta; Tuberculose; Citomegalovirose; Rubéola; Hepatites virais; Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG).

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco (obrigatório) e os seguintes exames anexo: USG obstétrica e exames para gestação de risco habitual preconizados conforme o trimestre.

Para suspeitas diagnósticas abaixo, incluir os seguintes exames:

- **Hipertensão Crônica e Gestacional:** proteinúria (microalbuminúria ou relação proteinúria/creatinúria em amostra).
- **Diabetes em Gestante:** glicemia de jejum e/ou resultado de teste de tolerância à glicose.
- **Anemia em Gestante:** hemograma e eletroforese de hemoglobina.
- **Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes:** TSH, T4-livre ou T4 total.
- **Toxoplasmose em Gestantes:** IgG e IgM para toxoplasmose, avidéz ao IgG, quando indicado.
- **Sífilis em Gestantes:** teste não-treponêmico (VDRL ou RPR), teste treponêmico (FTA-ABS ou teste rápido).
- **Isoimunização Rh:** tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto.
- **Tuberculose:** prova cutânea de tuberculina e baciloscopia, se necessário
- **Citomegalovirose:** IgM anti-CMV; Rubéola: IgM antívirus da rubéola, hepatites virais, triagem sorológica.

Oftalmologista

Indicação para o encaminhamento:

- Catarata: Queixa de baixa progressiva da visão, vista embaçada, com piora da acuidade para longe e melhora para perto. Estão incluídas cataratas senil, juvenil, traumáticas, congênita e de origem metabólica; cefaleia persistente, frontal ou occipital (após período escolar ou após esforços visuais),

sem outras causas aparentes (ex: sinusite, inflamações dentárias e enxaquecas);

- Déficit visual;
- Doenças da córnea e da superfície ocular;
- Doenças das vias lacrimais e órbita;
- Estrabismo; Inflamação ocular;
- Leucocoria;
- Doenças das pálpebras, das vias lacrimais e órbita
- Retinopatias ou outras doenças da retina;
- Teste do olhinho alterado;
- Toxoplasmose.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco (obrigatório) e anexar receita médica anterior. Em caso específico de Toxoplasmose, incluir IgG e IgM.

Ortopedista

Indicação para o encaminhamento:

- Artrite e /ou artrose refratária ao tratamento na atenção básica; Bursite/tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento não farmacológico (exercício, acompanhamento fisioterapêutico) por um período de seis meses;
- Deformidades em MMII, escoliose e cifose;
- Doença degenerativa osteomioarticular;
- Dor musculoesquelética refratária ao tratamento na atenção básica; Edema articular com suspeita de infecção;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Fraturas e luxações manejadas em serviço de emergência e que apresentam deformidade ou prejuízo funcional, após tentativa de manejo conservador;
- Gota; Hérnia discal com dor intensa sem resposta após tratamento clínico; Instabilidades articulares e da coluna vertebral;
- Nanismo e gigantismo com alterações osteomioarticulares;
- Osteoporose;
- Outras dorsopatias especificadas;
- Patologias do tornozelo e pé exceto suspeita de fratura ou luxação;
- Problemas de mão e punho exceto suspeita de fratura ou luxação;
- Síndromes cervicobraquial ou cervicocraniana;
- Suspeição clínica de câncer ósseo;
- Tuberculose Óssea.

Documentos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco (obrigatório) e exame de imagem da área afetada, com até seis meses.

ATENÇÃO:

Os casos de deformidades em crianças devem ser encaminhados ao especialista a partir de 6 meses de vida. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista. Os casos de “pé torto” ou “pé plano rígido” deverão ser encaminhados para diagnóstico.

Otorrinolaringologista

Indicação para o encaminhamento:

- Abscesso periamigdaliano; hipoacusia já investigada e de origem não neurológica;
- Disfonia persistente com sinais de alarme (disfagia ou emagrecimento ou astenia);
- Doença do ouvido externo, médio, interno e mastóide;
- Doenças crônicas das amígdalas e adenóides;
- Doenças das cordas vocais e da laringe;
- Epistaxes recorrentes; Estenoses da laringe; Hipertrofia das adenoides;
- Laringites e laringotraqueíte crônicas;
- Nasofaringite e faringite crônica;
- Nódulos e massas cervicais (suspeita de doença granulomatosa, tuberculose, sarcoidose, etc.)
- Outros transtornos do nariz e dos seios paranasais;
- Perfurações timpânicas;
- Rinite crônica, alérgica e vasomotora; Sinusites crônicas;
- Tontura incapacitante;
- Tumores de cavidade oral, orofaringe, laringe, glândulas salivares.
- Perda auditiva: Encaminhar para realização de exames como a audiometria seja para reabilitação/indicação de aparelhos auditivos.

Documentos sugeridos para encaminhamento

Relatório Médico com Classificação de Risco (obrigatório) e os seguintes exames em anexo:

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
CEP: 44905000
E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



- **Blastomas nasais e paranasais:** radiografia simples dos seios paranasais (incidências:
 - mentonaso; fronto-naso; submentovertex e perfil).
- **Hipertrofia das adenóides:** radiografia de perfil da nasofaringe (boca aberta e fechada).
- **Nódulos e massas cervicais:** rubéola, toxoplasmose, HIV, sífilis e citomegalovirus,
 - teste de Mantoux (PPD), USG.
- **Sinusites crônicas (desvio de septo), otites de repetição:** radiografia simples dos
 - seios paranasais incidências: mentonaso ou de Waters, fronto-naso ou de Caledwell;
 - submentovértex ou posição axial de Hirtz e perfil.
- **Tumores de glândulas salivares:** USG de glândulas salivares.

Pneumologista

Indicação para o encaminhamento:

- Acompanhamento de bronquiectasias;
- Acompanhamento de fibrose cística;
- Asma de difícil controle;
- Doença do mediastino;
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em pacientes com dispneia de esforço, tosse produtiva crônica, DPOC estágios 3 e 4, com insuficiência respiratória crônica, suspeita de comprometimento intersticial;
- Dor torácica acompanhada de sinais e sintomas de origem pneumologia, derrame pleural;

- Dor torácica atípica excluídas outras causas de dor torácica;
- Enfisema pulmonar; Infecções de repetição de vias aéreas inferiores;
- Nódulo pleural;
- Nódulo pulmonar;
- Pneumonias de repetição ou pneumonia adquirida na comunidade não responsiva ao tratamento;
- Pneumopatias intersticiais difusas (doenças autoimunes, doenças intersticiais idiopáticas);
- Suspeita de câncer de pulmão (nódulos complexos, derrames pleurais de repetição, associados ou não a emagrecimento, etc);
- Tabagismo com falência de tratamento na atenção básica (cinco tentativas com tratamento apropriado), e com ausência de comorbidades psiquiátrica ou dependência de drogas incluindo álcool;
- Tosse crônica após investigação inconclusiva na atenção básica e a ausência de resposta ao tratamento para as causas mais comuns;
- Tuberculose pulmonar multirresistente.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco (obrigatório) e os seguintes exames em anexo: radiografia de tórax e hemograma completo.

Para suspeitas diagnósticas abaixo, incluir os seguintes exames:

- **Dor Torácica Atípica:** radiografia de tórax PA e PE e eletrocardiograma.
- **Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC):** PCR, pesquisa de BK no escarro em
- casos suspeitos.

- **Tosse Crônica:** Pesquisa de BK no escarro se indicado.
- **Tuberculose pulmonar multirresistente:** BK de escarro com cultura positiva, radiografia
- de tórax PA e PE, resultado de exame de PPD, TGO, TGP, fosfatase alcalina,
- gama GT, bilirrubinas, LDA, TAP, amilase, albumina.

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



Reumatologista

Indicação para o encaminhamento:

- Artrite por deposição de cristais; Artrite psoriásica;
- Artrite reumatóide; Artropatia inflamatória dolorosa;
- Deformidades das articulações, nódulos reumatóides, rigidez matinal;
- Doenças deformantes ou progressivas;
- Dor lombar com alterações em exame;
- Dor óssea e deformidades esqueléticas;
- Fibromialgia;
- Lúpus eritematoso sistêmico;
- Osteoartrite;
- Suspeita de doenças reumáticas auto-imunes/colagenoses.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco (obrigatório) e os seguintes exames em anexo: Fator Reumatóide, PCR, ASLO e VHS.

Para suspeita diagnóstica abaixo incluir os seguintes exames:

- **Suspeita de doenças reumáticas auto-imunes/colagenoses:** hemograma, plaqueta, ureia, creatinina e sumário de urina.

ATENÇÃO

Gestantes com doenças reumatológicas (p. ex.: lúpus) são consideradas de alto risco e devem ter seu acompanhamento pré-natal na Atenção Básica de Saúde e concomitante com serviço de referência alto risco.

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
CEP: 44905000
E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



Urologista

Indicação para o encaminhamento:

- Bexiga hiperativa;
- Disfunção erétil, ejaculação precoce e doença Peyronie;
- Doenças benignas prostáticas;
- Fimose;
- Hematúria;
- Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por três meses;
- Infecção Urinária de Repetição (ITU);
- Lesões em pênis;
- Neoplasias de bexiga, próstata, testículos, rins e pênis;
- Oligo/Azoospermia;
- Patologia escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cisto de cordão e epidídimo);
- Retenção urinária de repetição.

Documentos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco (obrigatório).

Em caso de suspeitas diagnósticas abaixo, incluir os seguintes exames:

- **Epididimite:** sumário de urina, urinocultura.
- **Fimose:** Hemograma e coagulograma.
- **Infecção Urinária de Repetição (ITU):** hemograma completo, sumário de urina e urocultura.
- **Hematúria a esclarecer:** sumário de urina, urocultura, USG de rins e vias urinárias e hemograma completo e coagulograma, uréia e creatinina.

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- **Doenças benignas prostáticas:** PSA total e livre, creatinina sérica e USG.
- **Hidrocele/Varicocele:** USG de bolsa escrotal.
- **Litíase renal:** EAS, urinocultura, USG de rins e vias urinárias, uréia, creatinina, potássio.
- **Neoplasias de bexiga, próstata, testículos, rins e pênis:** USG da área e hemograma.
- **Prostatite:** sumário de urina e cultura de urina

4. Exames de imagem e apoio diagnóstico

Cistoscopia

Preparo

1. Jejum de quatro horas;
2. Suspende cerca de sete dias antes qualquer anticoagulante que faça uso.

Indicações para o encaminhamento:

- Lesões obstrutivas da bexiga ou uretra;
- Lesões traumáticas do trato urinário inferior;
- Nefropatia de refluxo;
- Pré-operatório de transplante renal.

Contraindicação para o encaminhamento:

Se houver infecção urinária a cistoscopia está contraindicada.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
CEP: 44905000
E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



Relatório médico com Classificação de Risco (obrigatória) e os seguintes exames em anexo: USG vias urinárias ou pelve.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

Radiografia contrastada.

Colonoscopia

Preparo:

NO DIA ANTERIOR:

Tomar 02 comprimidos de Dulcolax entre as 14 e 17 horas

DIETA RECOMENDADA:

Ingerir sopa rala, caldo de frango, arroz, macarrão, sucos de frutas coados, chá, torrada e gelatina.

DIETA PARA O DIA DO EXAME:

- Até 8 horas antes do exame:

Pode ingerir refrescos líquidos claros, como água de côco, isotônicos, sucos coados e diluídos. Torradas ou biscoito água e sal com geleia (enquanto não iniciar o manitol)

- Até 6 horas antes do exame:

Tomar água em abundância, se possível, 2 a 3 litros, para evitar a sensação de sede e mal estar provocados pela desidratação provocados pela desidratação provocada pelo preparo.

- A partir de 4 horas antes do exame:

Jejum absoluto, inclusive de água. Esse jejum é muito importante para evitar que o paciente regurgite o conteúdo do estômago durante o exame, o que poderia provocar sua aspiração para os pulmões (broncoaspiração).

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



EVITAR OS SEGUINTE ALIMENTOS: Verduras, legumes, bagaço de frutas, carne vermelha, leite e seus derivados (como: queijo, iogurte, Yakult, coalhada, etc...)

PREPARO DO INTESTINO NO DIA DO EXAME:

1. Tomar 02 comprimidos de Dulcolax entre 6 e 9 horas antes do horário marcado para a realização do exame;
2. Tomar 01 frasco de 250ml de Manitol 20% com sumo de limão coado e com gelo a gosto, 5 horas antes do horário marcada para o exame. Essa medicação poderá ser repetida mais uma vez, se continuar apresentando resíduos de fezes quando evacuar. O objetivo do exame é identificar lesões no intestino, que às vezes são muito pequenas e por isso, o intestino precisa estar adequadamente preparado, sem resíduo de fezes;
3. Tomar 20 gotas de simeticona (Luftal) junto ou após o frasco de Manitol.

RECOMENDAÇÕES:

- Os medicamentos de uso rotineiro deverão ser tomados conforme costume,
- com pouca água;
- Caso você use anticoagulantes (AAS, MAREVAN ou outros), suspender seu uso 05 dias antes do exame;

APÓS O EXAME:

- Não dirigir
- Não ingerir bebida alcoólica
- Alimentação: Pode ser iniciada 30 min. após o procedimento, porém é aconselhável o uso de alimentos leves como sopas, caldos e alimentos com pouca gordura, para evitar náuseas (enjôo).

ATENÇÃO:

O exame só poderá ser realizado se o paciente vier com acompanhante maior de 18

anos; A idade mínima para a realização do exame de endoscopia na Policlínica é de 16 anos e a máxima de 60 anos. O paciente será liberado para a após recuperação da sedação.

Indicação para o encaminhamento:

- Acompanhamento de lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico.
- Corpo estranho;
- Doença diverticular do cólon. Episódio de melena no qual foi excluído origem do sangramento no trato gastrointestinal superior;
- Investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida em adultos;
- Investigação de Doença Celíaca;
- Portadores da Doença Intestinal Inflamatória (Retocolite Ulcerativa ou Doença de Crohn);
- Rastreamento de paciente com história familiar de câncer colorretal ou pólio adenomatoso avançado;
- Retossigmoidoscopia inconclusiva;
- Sangramento persistente em trato gastrointestinal inferior não atribuível a doença orificial.

Contraindicação para o encaminhamento:

- Alterações graves da coagulação;
- Cirurgia abdominal recente;
- Dificuldade respiratória;
- Doença inflamatória ativa grave;
- Embolia pulmonar recente;
- Gestação;
- Grande aneurisma de aorta ou de ilíaca;

- Grande esplenomegalia;
- Infarto recente do miocárdio;
- Neutropenia importante;
- Patologia cardíaca descompensada (arritmias, insuficiência cardíaca);
- Suspeita clínica ou radiológica de abdome agudo perfurativo.

Profissional solicitante:

Gastroenterologista, proctologista, cirurgião geral e geriatra.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco (obrigatória) e os seguintes exames em anexo: ultrassonografia ou retossigmoidoscopia, hemograma completo, tempo de protrombina (TP), radiografia tórax e eletrocardiograma.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

Colonoscopia prévia, ecocardiograma.

Eletrocardiograma

Indicação para o encaminhamento:

- Angina pectoris;
- Arritmias;
- Avaliação inicial cardiológica;
- AVC recente;
- Dispneia;
- Doença cardiovascular adquirida ou congênita;
- Fadiga extrema ou inexplicada;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Hipertensão arterial pulmonar;
- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Rotina pré-operatória;
- Sincope ou pré-síncope;
- Sopros;
- Uso dos medicamentos que possam alterar o ritmo cardíaco.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco do PEC.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

Eletrocardiograma anterior.

Ecocardiograma

Indicação para o encaminhamento:

- Angina pectoris ou infarto agudo do miocárdio;
- Avaliação de pacientes com doença arterial coronariana;
- Avaliação de pacientes com palpitações e/ou arritmias cardíacas (com clínica e eletrocardiograma endossando a suspeita);
- Avaliação de próteses valvulares;
- AVC sugestivo de êmbolos;
- Cardiopatias congênitas;
- Disfunção ventricular esquerda de qualquer etiologia;
- Doenças cardíacas relacionadas a doenças pulmonares;
- Doenças de Chagas;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Doenças do pericárdio;
- Eletrocardiograma alterado;
- Embolia pulmonar c/ ou s/ evidência de doença cardíaca;
- Endocardite;
- Insuficiência cardíaca;
- Lesões de artéria aórtica;
- Massas e tumores cardíacos;
- Miocardiopatia;
- Pré-operatório de cirurgia de grande porte em pacientes com risco de cardiopatia;
- Pós cirurgia cardíaca;
- Síncope excluída a possibilidade de síndrome postural;
- Valvulopatias.

Documentos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco do PEC e os seguintes exames em anexo: radiografia de tórax, Ecocardiografia anterior, se disponível.

Eletroencefalograma (EEG)

Preparo:

1. Dormir no máximo 4h na noite anterior ao exame;
2. Vir bem alimentado;
3. Tomar as medicações de uso habitual.

NO DIA ANTERIOR:

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
 CEP: 44905000
 E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



Lavar os cabelos somente com sabão de coco ou xampu neutro. Não usar gel condicionador, reparador de pontas, óleo para cabelo, ou qualquer outro produto. Deixar secar os cabelos sem usar touca, boné, chapéu ou lenço.

ATENÇÃO:

O exame não poderá ser realizado se o paciente vier com cabelos trançados, com lêndeas e/ou piolhos, feridas, oleosidades, caspa, gel, cremes ou qualquer outro produto químico.

Recomendações:

- Chegar com 30min de antecedência;
- Trazer o nome e as dose de TODAS as medicações em uso;
- Trazer toalhinha;
- Vir com os cabelos secos;
- Vir com camisa de botão;
- Avisar com 01 (um) dia de antecedência caso esteja com febre, gripado ou com tosse.

Indicação para o encaminhamento:

- Ausência (todos os tipos);
- Convulsão maior, menor e focal (diagnóstico, acompanhamento e planejamento terapêutico);
- Demências;
- Doença de Alzheimer;
- Encefalopatia metabólica;
- Intoxicação por drogas

- Narcolepsia.

Documentos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco.

Endoscopia Digestiva Alta

Preparo:

1. Jejum absoluto (inclusive água) 08 horas antes do exame, quando agendado para o período da manhã;
2. Jejum absoluto de 06 horas quando o exame for agendado para o período da tarde. Poderá ingerir líquidos claros (água, chá, água de coco, sucos) até as 09h da manhã do dia do exame; após este horário, realizar jejum absoluto;
3. Usar normalmente os medicamentos para pressão alta, tomando com pouca água;
4. Não tomar os medicamentos para diabetes no dia do exame;

NO DIA ANTERIOR:

Não ingerir leite ou derivados.

RECOMENDAÇÕES:

O exame só poderá ser realizado se o paciente vier com acompanhante maior de 18 anos; A idade mínima para a realização do exame de endoscopia na Policlínica é de 16 anos.

Indicação para o encaminhamento:

- Anemia ferropriva após descartar causas nutricionais;
- Controle pós-tratamento gástrico anual (úlceras, gastrites);
- Diagnóstico e estadiamento de neoplasia (sem hemorragia ativa);
- Dispepsia persistente, refratária ao tratamento clínico e farmacológico, e/ou
- evidência de piora dos sintomas e dos sinais de alerta: melena, vômitos persistentes,
- disfagia, odinofagia, hematêmese, anemia e perda de peso involuntária maior que 5%;
- Displasia, gastrite atrófica, metaplasia intestinas, esôfago de Barrett, cirurgia de
- úlcera péptica há mais de 20 anos está indicado o controle anual e conforme indicação
- médica;
- Doença de Refluxo Gastroesofágico;
- Esofagite;
- Hemorragia digestiva alta;
- Hemorragia gastrointestinal;
- Hepatopatia crônica;
- Hérnia de Hiato;
- Massa epigástrica à palpação;
- Metástases;
- Odinofagia;
- Suspeita de H. pylori;
- Úlcera gástrica/duodenal (diagnóstico e controle);
- Varizes esofagianas.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



Relatório médico com Classificação de Risco.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

Endoscopia digestiva alta anterior.

Mamografia

RECOMENDAÇÕES:

Comparecer com roupas confortáveis, preferencialmente de duas peças;

Levar os exames de imagem, caso tenha realizado.

Indicação para o encaminhamento:

- Achado anormal em mamografia anterior;
- Alterações da pele das mamas;
- Diferenciar a ginecomastia verdadeira da lipomastia;
- Fluxo papilar;
- Início e acompanhamento do tratamento de reposição hormonal anualmente;
- Linfonodo axilar suspeito;
- Mulheres com idade de 50 a 69 anos (rastreamento a cada 2 anos se última mamografia normal);
- Mulheres com idade entre 40 e 49 anos com exame clínico da mama alterado;
- Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado para câncer de mama (história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau - mãe, irmã ou filha - com câncer
- de mama abaixo dos 50 anos de idade ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- história de câncer de mama masculino e diagnóstico histopatológico de lesão mamária
- proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ);
- Nódulos palpáveis ou espessamento ao exame clínico em indivíduos com idade
- superior a 35 anos;
- Pacientes acima de 35 anos com gigantismo;
- Pré-operatório de cirurgia plástica em casos de mastectomia;
- Seguimento após mastectomia, e após cirurgia conservadora;
- Suspeita de câncer de mama masculina.

Documentos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco.

Radiografia

1. Radiografia - Abdômen e Pelve

Indicações:

- Doença inflamatória intestinal do cólon;
- Dor abdominal aguda por possível perfuração ou obstrução;
- Hemorragia Digestiva Aguda;
- Massa palpável;
- Pancreatite;
- Possível obstipação;
- Suspeita de doença biliar;
- Suspeita de ingestão de corpo estranho;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Suspeita de lesão acidental ou não em crianças.

Documentos para encaminhamento:

Relatório médico com Classificação de Risco.

2. Radiografia - Abdome, Bacia, Articulações Sacro-Iliacas, Colunas Tóraco-Lombar, Lombar, Lombo-Sacra, Sacrococcígea.

Preparo:

No dia do exame:

EXAME REALIZADO PELA MANHÃ:

Manter jejum até realização do exame

EXAME REALIZADO PELA TARDE:

Tomar um café leve as 07:00 horas da manhã e manter jejum até realização do exame

No dia anterior:

ALMOÇO:

Alimentar-se de canjas, caldo de carne, sucos de frutas coados, gelatinas, chá e torradas

sem manteiga.

Evitar leite e derivados e bebidas gasosas.

ÀS 17 HORAS TOMAR:

1 (um) Comp. de Dulcolax para pessoas com intestino solto.

2 (dois) Comp. de Dulcolax para pessoas com intestino normal.

3 (três) Comp. de Dulcolax para pessoas com intestino preso.

JANTAR:

Leve às 18 horas;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



Às 20:00 horas, tomar 40 (quarenta) gotas de Simeticona

Após às 21 horas, jejum absoluto até o horário do exame.

Recomendações:

Tomar as medicações de uso habitual, com pouco líquido.

Trazar o nome e as dose de TODAS as medicações em uso;

3. Radiografia - Cabeça e Pescoço

Indicação para o encaminhamento:

- Cefaleias crônicas;
- Deformidades da cabeça;
- Demências e perturbações da memória, primeiras manifestações de psicose;
- Disfunção da articulação temporomandibular;
- Epilepsia;
- Patologia dos seios paranasais;
- Perturbações visuais;
- Problemas hipofisários e da sela túrcica;
- Suspeita de corpo estranho metálico na órbita (antes de IRM);
- Suspeita de lesão acidental ou não em crianças;
- Suspeita de sinusite.

Documentos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco.

4. Radiografia - Cintura escapular e dos Membros Superiores

Indicações para encaminhamento:

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Artropatias;
- Dor no ombro;
- Dor óssea;
- Dor por possível colapso osteoporótico;
- DORT (Doenças ocupacionais Relacionadas ao Trabalho);
- Osteomielite;
- Possível lesão da articulação gleno-umeral;
- Prótese dolorosa;
- Suspeita de osteomalácia; Suspeita de tumor ósseo primário;
- Atraso do crescimento;
- Suspeita de lesão acidental ou não em crianças.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco.

5. Radiografia - Cintura pélvica e dos membros inferiores

Indicação para o encaminhamento:

- Artropatias;
- Atraso no crescimento;
- Claudicação;
- Dor na anca (bacia/pelve);
- Dor no joelho;
- Dor óssea;
- Dor por possível colapso osteoporótico;
- Hallux Valgus;
- Osteomielite;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Possível lesão da articulação sacro-iliaca;
- Prótese dolorosa;
- Suspeita de fascite plantar ou de excrescência do calcâneo;
- Suspeita de lesão não acidental por possíveis maus tratos a criança
- Suspeita de osteomalácia;
- Suspeita de tumor ósseo primário.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco.

6. Radiografia - Coluna Vertebral

Indicações para encaminhamento:

- Doenças Congênitas;
- Dor no pescoço, braquialgia, possivelmente devido a perturbações degenerativas;
- Dor sem traumatismo, possivelmente devido a doença degenerativa;
- Fosseta sacral;
- Lombalgia aguda por possível Hérnia discal, ciática sem características preocupantes;
- Lombalgia crônica, sem sinais de infecção ou neoplasia;
- Possível espinha bífida oculta;
- Possível subluxação atlanto-axial;
- Suspeita de lesão acidental ou não em crianças;
- Torcicolo sem traumatismo.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco.

7. Radiografia - Tórax e Mediastino

Indicações para encaminhamento:

- Asma;
- Derrame pleural;
- Dor precordial por possível dissecção aórtica aguda;
- Dor retroesternal por possível infarto do miocárdio;
- Dor torácica inespecífica;
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
- Hemoptise;
- Infecção do trato respiratório superior;
- Pneumonia;
- Pré-operatório;
- Seguimento de doentes com cardiopatias;
- Suspeita de inalação de corpo estranho;
- Suspeita de lesão acidental ou não em crianças;
- Suspeita de perfuração esofágica;
- Suspeita de pericardite ou derrame pericárdico;
- Tuberculose pulmonar;
- Valvulopatias.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco.

Ressonância Magnética (RM)

ATENÇÃO:

A autorização da RM fica vinculada a realização de outros exames de imagem com diagnósticos inconclusivos, exceto nos casos prioritários nos quais a descrição do quadro clínico justifique a solicitação como primeira opção de investigação diagnóstica.

Indicação para o encaminhamento:

- Bombas de infusão (inclusive implantáveis) *;
- Cânula de traqueostomia metálica;
- Cápsula endoscópica;
- Cateter de swan-ganz e outros com eletrodos;
- Clamp carotídeo do tipo Popen-Blaylock;
- Desfibrilador implantável;
- Estilhaço metálico no corpo;
- Expansores mamários dos tipo mcghan ou infail;
- Fios metálicos de localização pré-cirúrgica mamária (exceto aqueles especificamente
- compatíveis);
- Fixadores ortopédicos externos metálicos não-removíveis;
- Fragmentos metálicos intraoculares;
- Gestante (evitar no primeiro trimestre, evitar Gadolínio);
- Halos cranianos;
- Holter;
- Implantes dentários magnéticos*;
- Monitor de pressão intracraniana;
- Neuroestimuladores (cerebral e espinhal)*;
- Outras próteses metálicas; Paciente que possuem implantes metálicos e eletrônicos (ex: Marcapasso)Parafuso, Pino, Placa;Prótese coclear metálica, implantes otológicos e aparelhos não removíveis**;Prótese metálica;
- Próteses internas ortopédicas em pacientes anestesiados ou com rebaixamento

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- do nível de consciência;
- Stents;
- Suturas metálicas cutâneas em pacientes anestesiados ou com rebaixamento
- do nível de consciência;
- Válvula cardíaca.

Contraindicação para o encaminhamento:

- Aneurisma;
- Aparelhos auditivos (necessário remover);
- Brincos, cordão, colares;
- Cânula de traqueostomia metálica (trocar por cânula plástica);
- Claustrofobia (depende do tipo de exame, da possibilidade de sedação e tamanho
- do tubo;
- Clipes cirúrgicos metálicos (podem realizar exame, exceto os de aneurisma
- cerebral);
- Clipes de aneurisma cerebral fracamente ferromagnéticos (cheçar data de colocação, modelo, etc)*
- Filtro de veia cava (cheçar modelo, se não for testado – e considerado seguro – não realizar antes de 8 semanas);
- Maquiagem definitiva ou tatuagem recente (nos últimos três meses)
- Material de imobilização ortopédica (talas, gesso, equipamentos de tração) (necessário remover);
- Molas de embolização (cheçar modelo, se não for testado – e considerado seguro – não realizar antes de 8 semanas);
- Pacientes com alergia às substâncias farmacológicas utilizadas no procedimento, se necessário;
- Pacientes com alguns tipos de cirurgia recente (nos últimos seis meses);
- Pacientes em isolamento de contato;
- Pacientes hemodinamicamente instáveis;
- Pacientes não-colaborativos devido a quadro psiquiátrico ou deficiência mental com comprometimento do comportamento;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Patch transdérmico com material metálico (necessário remover);
- Piercing (necessário remover);
- Projéteis ou rastilhos metálicos por ferimento de arma de fogo (depende da localização – avaliar com radiografias);
- Sonda gastrointestinal com ponta metálica (remover se exame de abdome superior);
- Suspeita de gravidez;
- Tatuagem ou maquiagem definitiva (orientação do paciente, colocação de compressa fria);
- Válvulas de DVP de pressão ajustável / programáveis (contatar neurocirurgião para reajustar).

Sem contraindicação para o encaminhamento:

- Acessos venosos centrais (porto cath, Hickman), exceto Swan-Ganz ou com eletrodos;
- Aparelhos ortodônticos;
- Cateteres urinários “duplo J”;
- Próteses penianas (exceto tipo Duraphase e Omniphase);
- Próteses valvares e foraminais cardíacas (mesmo metálicas);
- Diafragma contraceptivo;
- DIU (Dispositivo Intrauterino);
- Implantes dentários (exceto aqueles magnéticos que são infreqüentes);
- Próteses ou expansores mamários (exceto tipo MacGhan ou Infal);
- Próteses ortopédicas fixas, notadamente as de titânio.
(Indica que há algumas exceções e/ou depende da marca e modelo do dispositivo implantado – consultar o prestador do serviço de RM)
- ** Alguns implantes otológicos como tubos de ventilação são feitos de titânio podem ser utilizados a depender da marca e modelo. Isto também é válido para algumas próteses cocleares.

Preparo:

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
CEP: 44905000
E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



COM ANESTESIA (ADULTO):

1. Jejum absoluto de sólidos e líquidos por 08 (oito) horas. Necessário vir com acompanhante.

RECOMENDAÇÕES:

- Pacientes menores de 18 anos devem estar acompanhados de um responsável legal, que precisa permanecer na unidade até o fim do procedimento;
- Em casos de exames que requerem sedação ou uso de contraste, o paciente deve vir com acompanhante (maior de 18 anos), que precisa permanecer na unidade até o fim do procedimento;
- Em caso de exames que necessitem do uso de contraste, em pacientes acima de 60 anos ou com as seguintes condições clínicas: quadro de doença renal aguda ou crônica, transplante renal ou procedimento cirúrgico de rins e/ou vias urinárias, é necessário apresentar o resultado de creatinina recente (realizado nos últimos 30 dias);
- É necessário comparecer à unidade sem maquiagem. Evitar o uso de joias, brincos e pingentes. Além disso, poderá ser necessário a retirada de piercings que possam prejudicar a qualidade das imagens;
- Pacientes que utilizam aparelho ortodôntico móvel precisam retirá-lo antes do exame. Os fixos, embora possam prejudicar a qualidade das imagens, não oferecem risco;

1. **Alimentação normal:** RM Tornozelo / RM Plexo Braquial / RM Coluna Torácica Lombar Cervical / RM ATM /RM Pescoço / RM Cotovelo / RM Punho / RM Joelho / RM Mão / RM Ombro / RM Pé /RM Parede torácica / RM Quadril / RM Seios da Face / RM Tórax / RM Perna / RM Coxa/ RM Esterno / RM Braço;
2. **Jejum absoluto de sólidos e líquidos por 08 (oito) horas:** RM Abdomen Superior / RM Bacia ou pelve / RM Região inguinal
3. **Jejum absoluto de 03 (três) horas:** RM Crânio / RM Ouvido

Tomografia Computadorizada (TC)

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



ATENÇÃO:

A autorização da TC fica vinculada a realização de outros exames de imagem com diagnósticos inconclusivos, exceto nos casos prioritários nos quais a descrição do quadro clínico justifique a solicitação como primeira opção de investigação diagnóstica.

CONTRA INDICADO NAS SEGUINTE CIRCUNSTÂNCIAS:

- Gravidez (Relativa);
- Alergia em geral e principalmente ao iodo, no caso de uso de contraste (Relativa);
- Mieloma múltiplo, no caso de uso de contraste (Relativa).
- Pacientes diabéticos utilizando metformina, no caso de uso de contraste (suspender a medicação 48h antes e retornar 48h após o exame);
- Pacientes com insuficiência renal e hepática não devem usar contraste endovenoso, exceto com autorização do nefrologista, médico assistente e/ou anestesista.

Preparo:**1. TOMOGRAFIA COM CONTRASTE****Paciente a partir 12 anos:**

1. Jejum de 4 horas a 6 horas, não devendo estar com jejum prolongado para evitar hipoglicemia.

Recomendações:

- Paciente portador de comorbidades e em uso de medicação de rotina devem ser orientado pelo médico especialista sobre necessidade ou não de interrupção do medicamento antes e/ou após o procedimento.

- Uso de piercing: se for na região a ser estudada, recomenda-se a retirada do mesmo antes de realizar o exame.

Pacientes NÃO alérgicos a iodo (frutos do mar):

Tomar prednisona 50mg (02 ½ comprimidos) duas horas antes do exame.

Tomar 01 comprimido de fenegram (25mg) ou polaramine (2mg), uma hora antes do exame.

Pacientes alérgicos a iodo (frutos do mar):

- Tomar 3 doses de prednisona 50mg (02 ½ comprimidos de 20mg), sendo:
- 1º dose: 13 horas antes do exame
- 2º dose: 7 horas antes do exame
- 3º dose: 1 hora antes do exame.
- Tomar 01 comprimido de fenegram (25mg) ou polaramine (2mg), uma hora antes do
- exame.

Evitar o uso de anti-histamínico (no dia anterior ao exame):

Pacientes acima de 60 (sessenta) anos, hipertenso, diabético ou com queixas de sistema

urinário, trazer exames de URÉIA E CREATININA (recente).

2. TOMOGRAFIA - ABDOMEN SUPERIOR

Indicação para o encaminhamento:

- Abscessos;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Adenoma de supra-renal;
- Ascite;
- Avaliação de fístulas;
- Cálculo renal, quando a USG não for conclusiva;
- Corpo estranho na região do Abdomen superior;
- Diagnóstico e estadiamento de neoplasias;
- Dor abdominal, quando não esclarecida pela USG;
- Hemorragias;
- Investigar comprometimento de órgãos: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses;
- Linfonodomegalia;
- Massas retroperitoneais;
- Patologia das vias biliares;
- Patologia das vias urinárias;
- Patologias do apêndice;
- Patologias do baço
- Patologias do fígado;
- Patologias do pâncreas;
- Patologias do trato intestinal;
- Processos expansivos;
- Ruptura de órgãos (suspeita);
- Traumatismos.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco do PEC e USG abdominal.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



Radiografia de Abdômen

3. TOMOGRAFIA- PELVE / ABDOMEN INFERIOR

Indicação para o encaminhamento:

- Cálculo renal;
- Cisto dermóide de ovário;
- Diagnóstico e estadiamento de tumores;
- Doença inflamatória pélvica;
- Malformações congênitas;
- Massas ovarianas;
- Processos expansivos de difícil detecção na USG;
- Processos inflamatórios não esclarecidos por outros métodos diagnósticos;
- Traumatismos.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco do PEC e USG da região afetada.

4. TOMOGRAFIA - PESCOÇO

Indicação para o encaminhamento:

- Bócio;
- Diagnóstico e estadiamento de tumores;
- Lesões na cavidade oral e orofaringe;
- Linfoma;
- Má formação vascular;
- Malformações congênitas;
- Pesquisa de linfonodomegalias;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Pesquisa de problemas nas glândulas submandibulares;
- Processos expansivos;
- Processos infecciosos e inflamatórios;
- Retinoblastoma;
- Tireoidopatia;
- Trauma.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco do PECE radiografia de cabeça e pescoço.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

Ultrasonografia e outros.

4. TOMOGRAFIA - TORAX, HEMITÓRAX, PULMÃO OU MEDIASTINO

Indicação para o encaminhamento:

- Alargamento do mediastino;
- Alterações endócrinas ou metabólicas de origem mediastinal;
- Avaliação de enfisema pulmonar para cirurgia redutora de pulmão;
- Avaliação de mediastino, hilos, pleura;
- Avaliação e acompanhamento de nódulos;
- Bronquiectasias;
- Diagnóstico e estadiamento de neoplasias;
- Doenças focais ou difusas do parênquima pulmonar;
- Estudo da invasão das estruturas mediastinais;
- Estudo do parênquima pulmonar (com prova de função alterada);

- Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural;
- Investigar comprometimento de órgãos devido: micoses sistêmicas, colagenoses
- e sarcoidoses;
- Mediastinite;
- Pesquisa de adenomegalia;
- Pneumopatias Intersticiais;
- Pós-operatório (controle/complicação);
- Sangramentos (vias aéreas);
- Síndrome da compressão de veia cava superior;
- Traumatismo.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco e o exame de imagem que motivou o pedido da tomografia.

Ultrassonografia

1. ULTRASSONOGRAFIA ABDOME SUPERIOR

Preparo:

No dia do exame:

Exame realizado **pela manhã**:

- Paciente acima de 07 anos manter de jejum até realização do exame;
- Crianças até 3 anos não tem preparo;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
CEP: 44905000
E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



- Crianças de 3 a 7 anos jejum de 3 horas;

Exame realizado **pela tarde:**

Tomar um café leve as 07:00 horas da manhã e manter **06 horas** jejum até realização do exame

No dia anterior:

Almoço: Alimentar-se de canjas, caldo de carne, sucos de frutas coados, gelatinas, chá e torradas sem manteiga. Evitar leite e derivados e bebidas gasosas.

Às 17 horas:

- 1 (um) Comp. de Dulcolax para pessoas com intestino solto.
- 2 (dois) Comp. de Dulcolax para pessoas com intestino normal.

Jantar:

- Alimentação leve às 18 horas;
- Às 20:00 horas, tomar 40 (quarenta) gotas de Simeticona
- Se o exame for realizado à tarde, manter **06 horas** de jejum antes da realização do exame;

Recomendações:

- Tomar as medicações de uso habitual, com pouco líquido.
- Trazer o nome e as dose de TODAS as medicações em uso.

Indicação para o encaminhamento:

- Colelitíase;
- Dor abdominal;
- Esplenopatias;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Hepatopatias;
- Pancreatopatias;
- Tumores.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Relatório Médico com Classificação de Risco e o seguinte exame em anexo: Estudo do retroperitônio: radiografia simples

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

USG prévia.

2. ULTRASSONOGRAFIA - ABDOME TOTAL

Preparo:

No dia do exame:

Exame realizado pela manhã:

- Paciente acima de 07 anos manter jejum de **06 horas** até realização do exame;
- Crianças até 3 anos não tem preparo;
- Crianças de 3 a 7 anos jejum de 3 horas.

Exame realizado pela tarde:

Tomar um café leve as 07:00 horas da manhã e manter jejum de **06 horas** até realização do exame.

No dia anterior:

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
CEP: 44905000
E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



Almoço: Alimentar-se de canjas, caldo de carne, sucos de frutas coados, gelatinas, chá e torradas sem manteiga; Evitar leite e derivados e bebidas gasosas.

Às 17 horas tomar:

- 1 (um) Comp. de Dulcolax para pessoas com intestino solto.
- 2 (dois) Comp. de Dulcolax para pessoas com intestino normal.
- 3 (três) Comp. de Dulcolax para pessoas com intestino preso.

Jantar:

- Leve às 18 horas;
- Às 20:00 horas, tomar 40 (quarenta) gotas de Simeticona
- Após às 21 horas, **06 horas** de jejum até o horário do exame.

Recomendações:

Tomar as medicações de uso habitual, com pouco líquido;

Trazar o nome e as dose de TODAS as medicações em uso.

Indicação para o encaminhamento:

- Alterações morfofuncionais (má formação visceral);
- Aneurismas;
- Avaliar coleções líquidas intra-abdominais;
- Colelitíase;
- Dor abdominal;
- Estudo do Retroperitônio;
- Hepatoesplenomegalia;
- Lesões Tumerais;
- Nefrolitíase;
- Pancreatopatias;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Pesquisa de patologias da parede abdominal;
- Suspeita de líquidos em cavidade
- **Documentos sugeridos para encaminhamento:**
- Relatório Médico com Classificação de Risco e radiografia simples.

3. ULTRASSONOGRAFIA - APARELHO URINÁRIO

Recomendações:

- **Não faça o exame em jejum;**
- Tomar as medicações de uso habitual, com pouco líquido;
- Trazer o nome e as doses de TODAS as medicações em uso;
- Comparecer de roupas leves, preferencialmente duas peças.

Indicação para o encaminhamento:

- Classificação das disfunções miccionais;
- Hematúria (excluída as outras causas);
- Insuficiência renal;
- Litíase;
- Obstrução de vias urinárias;
- Pesquisa de má formação do aparelho urinário;
- Rim policístico;
- Suspeita de hipertensão arterial sistêmica renovascular;
- Suspeita de nefrolitíase;
- Suspeita de tumores vesicais e renais e supra-renais.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
 CEP: 44905000
 E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



Solicitação de Exames com Classificação de Risco do PECE o seguinte exame em anexo:

Suspeita de hipertensão arterial sistêmica renovascular: Doppler de artérias renais.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

USG de abdome e radiografia simples (conforme o caso).

4. ULTRASSONOGRAFIA - BOLSA ESCROTAL

Indicação para o encaminhamento:

- Aumento da bolsa escrotal;
- Cistos de cordão, espermático e de epidídimo;
- Infecções;
- Suspeita de criptorquidia em crianças com idade superior a um ano;
- Tumores;
- Varicocele.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Solicitação de Exames com Classificação de Risco do PEC e radiografia simples.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

USG prévia.

5. ULTRASSONOGRAFIA – MAMA

Indicação para encaminhamento:

- Avaliação de mamografias alteradas;
- Avaliar a resposta à quimioterapia neo-adjuvante;
- Avaliar nódulos palpáveis em mamas radiologicamente densas;
- Avaliar pacientes jovens, gestantes ou lactantes com alterações clínicas na mama;
- Caracterizar assimetrias locais que podem corresponder a nódulos;
- Estadiar, locorregionalmente, o câncer de mama;
- Massas palpáveis em mamas;
- Orientar procedimentos intervencionistas na mama;
- Para avaliar problemas associados com implantes mamários;
- Pesquisar abscessos nas mastites;
- Traumatismos ou processos inflamatórios mamários.

Documentos para encaminhamento:

Solicitação de Exames com Classificação de Risco do PEC.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

USG prévia ou mamografia.

6. ULTRASSONOGRAFIA – OBSTÉTRICA

Indicação para o encaminhamento:

- Alterações do Líquido amniótico (aumento ou diminuição);
- Amniorrexe prematura confirmada;
- Análise morfológica,
- Avaliação inicial da gestação;
- Biometria fetal completa;

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Circular de cordão;
- Crescimento Intra-Uterino Retardado (CIUR);
- Diabetes gestacional;
- Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG);
- Gestação múltipla;
- Gestação prévia com alteração genética;
- Gestante obesa grau 3;
- História de parto prematuro anterior para medida de espessura do colo uterino;
- História pregressa de má formação congênita e/ou aneuploidia, abortamento;
- Idade materna maior ou igual a 35 anos,{ Idade paterna maior ou igual a 55 anos,
- Incompetência istmo-cervical;
- Localização da placenta, nos casos de suspeita de Placenta Prévia;
- Lúpus eritematoso sistêmico;
- Macrossomia fetal;
- Medida de espessura do colo uterino;
- Mola hidatiforme;
- Oligodrâmnio ou polidrâmnio;
- Rastreamento de aneuploidias,
- Seguimento das síndromes hemorrágicas da gestação;
- Seguimento de amniorrexe prematura confirmada
- Seguimento de desenvolvimento fetal;{ Sofrimento fetal;
- Suspeita acretismo placentário;
- Suspeita e seguimento das complicações tardias das “STORCH” (AIDS, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes);
- Uso de drogas teratogênicas.

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



ATENÇÃO:

- USG Morfológica: 1º trimestre da gestação - determinação da idade gestacional, detectar mal formação (indicado entre a 11ª e 14ª semanas de gravidez);
- USG Morfológica: 2º trimestre da gestação - avaliação do crescimento fetal, do líquido amniótico e localização da placenta (indicado entre a 20ª e 24ª semanas de gravidez).

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Solicitação de Exames com Classificação de Risco do PEC (DUM e Idade gestacional calculada) e cartão de pré-natal.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

USG prévia

7. ULTRASSONOGRAFIA – PÉLVICA**Indicação para o encaminhamento:**

- Amenorréia primária na impossibilidade de realização do USG transvaginal;
- Investigação de tumoração pélvica;
- Sangramento genital pós-menopausa, em mulheres virgens ou com vaginas atrofiadas;
- Suspeita de malformação no trato geniturinário.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Solicitação de Exames com Classificação de Risco do PEC.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis::

USG prévia.

8. ULTRASSONOGRAFIA – PESCOÇO

Indicação para o encaminhamento:

- Anomalias dos arcos branquiais.
- Cisto do ducto tireoglosso;
- Diagnóstico e acompanhamento de tumores

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Solicitação de Exames com Classificação de Risco do PEC.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

USG prévia.

9. ULTRASSONOGRAFIA - PRÓSTATA

Indicação para o encaminhamento:

- Abscessos;
- Calcificações;
- Cistos prostáticos;
- Ectasia ductal benigna;
- Hiperplasia prostática benigna;
- Hipertrofia prostática;
- Infartos;
- Infertilidade;
- Lesões ductos ejaculatórios;
- Lesões focais uretrais,

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



- Nódulos;
- Prostatites;
- PSA aumentado em pacientes de qualquer idade;
- Suspeita de câncer Prostático.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Solicitação de Exames com Classificação de Risco do PEC

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

USG prévia.

10. ULTRASSONOGRAFIA – TIREOIDE

Indicação para o encaminhamento:

- Anormalidade tireoidiana detectada por outros exames;
- Cistos e tumores;
- Direcionamento para biópsia;
- Hipertireoidismo;
- Hipotireoidismo;
- Pós- cirurgia do câncer tireoidiano;
- Tireoidite linfocítica.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Solicitação de Exames com Classificação de Risco do PEC.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

USG prévia.

11. ULTRASSONOGRAFIA DO TÓRAX

Indicação para o encaminhamento:

- Derrame Pleural;
- Doenças do parênquima pulmonar periférico;
- Patologias da parede torácica;
- Patologias do diafragma;
- Patologias do mediastino;
- Pleuropatias.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Solicitação de Exames com Classificação de Risco do PEC e radiografia do tórax PA / Perfil.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

USG prévia.

12. ULTRASSONOGRAFIA – TRANSFONTANELA

Indicação para o encaminhamento:

- Avaliar roubo da subclávia;
- Estenose dos vasos intracranianos de maior calibre;
- Hidrocefalia,
- Microcefalia;
- Monitorar vasoespasma;
- Rastrear comprometimento da circulação cerebral na Anemia Falciforme.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
CEP: 44905000
E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



Solicitação de Exames com Classificação de Risco do PEC e radiografia simples.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

Descrição do resultado de US prévio se houver.

13. ULTRASSONOGRAFIA – TRANSVAGINAL

Indicação para o encaminhamento:

- Acompanhamento após inserção de DIU;
- Amenorréia primária (após os 18 anos);
- Amenorréia secundária não relacionada à gravidez;
- Anexites;
- Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos;
- Dor pélvica aguda e crônica;
- Gestação de 1º trimestre, em pacientes com fatores de risco importantes ou se necessário a definição da idade gestacional
- Investigação de massa abdominal / pélvica;
- Sangramento genital anormal no menacme;
- Sangramento genital pós-menopausa;
- Tumores e cistos ovarianos pré e pós-menopausa.

Documentos sugeridos para encaminhamento:

Solicitação de Exames com Classificação de Risco do PEC. Em caso de gestação é obrigatório o cartão da gestante.

Exames complementares correlacionados, se disponíveis:

USG pré.

BIBLIOGRAFIA

SECRETARIA DE SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Protocolos de Regulação para Acesso a Consultas e Exames Especializados**, Vitória ES, Março 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Manual de Acesso aos Serviços de Apoio, Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia**. Salvador BA, 2017

ANEXOS

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



**Tabela de pré-requisitos e profissionais com prioridade
para solicitar exames especializados**

EXAME	PRÉ-REQUISITOS	PROFISSIONAIS SOLICITANTES
TC DE TÓRAX	História Clínica Exame Físico RX Do Tórax	Ortopedista Cirurgião Geral Cirurgião Torácico Cardiologista Pneumologista Oncologista
TC DE CRÂNIO	História Clínica Exame Físico RX do Crânio Se Existir	Neurocirurgião Ortopedista Neurologista Cardiologista Oncologista Cirurgião cabeça/pescoço Otorrino
TC DE COLUNA	História Clínica Exame Físico RX Simples De Coluna	Ortopedista Cirurgião Geral Neurocirurgião
TC DE ABDÔMEN TOTAL	História Clínica Exame Físico USG Se Houver	Cirurgião Geral Gastroenterologista Oncologista Proctologista
TC DE ABDÔMEN SUPERIOR	História Clínica Exame Físico USG se houver	Cirurgião Geral Gastroenterologista Oncologista Proctologista
TC DA Pelve FEMININO E MASCULINO	História Clínica Exame Físico USG de Pelve	Cirurgião Geral Ginecologista Urologista Gastroenterologista Proctologista

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



TC DE ARTICULAÇÕES	História Clínica Exame Físico RX Simples e/ou USG	Ortopedista
---------------------------	---	-------------

EXAME	PRÉ-REQUISITO	PROFISSIONAL SOLICITANTE
RNM DE CRÂNIO E ENCÉFALO	História Clínica Exame Físico RX Crânio TC Crânio, se tiver.	Cirurgião Geral Neurologista Neurocirurgião Cardiologista Oncologista
RNM DO TORAX	História Clínica Exame Físico TC Tórax, se tiver	Cirurgião Geral Cirurgião Torácico Cardiologista Pneumologista Oncologista
RNM DE ABDOMEN	História Clínica Exame Físico USG e/ou TC Abdômen	Cirurgião Geral Gastroenterologista Proctologista Oncologista Ginecologista
RNM DA COLUNA VERTEBRAL	História Clínica Exame Físico RX simples e/ou TC da Coluna	Ortopedista Neurologista Neurocirurgião
RNM DE ARTICULAÇÕES	História Clínica Exame Físico USG Articular (se existir)	Ortopedista Reumatologista
RNM DA PELVE MASCULINO E FEMININO	História Clínica Exame Físico USG e/ou TC da Pelve	Cirurgião Geral Ginecologista Urologista Oncologista Gastroenterologista Proctologista
ANGIORESSONÂNCIA	História Clínica Exame Físico Doppler de carótidas	Cardiologista Cirurgião Geral Neurologista

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



	alterado (se houver) USG com Doppler (se houver)	Neurocirurgião Angiologista
--	--	--------------------------------

EXAME	PRÉ-REQUISITO	PROFISSIONAL SOLICITANTE
USG DAS MAMAS	História Clínica Exame físico USG anterior (se existir)	Ginecologista Mastologista Médico Enfermeiro(a) da UBSF (saúde da mulher)
USG ABDÔMEN TOTAL	História Clínica Exame Físico USG anterior (se existir).	Médico
USG ABDOMEN INFERIOR	História Clínica Exame Físico USG anterior (se existir).	Médico
USG DA PRÓSTATA	História Clínica Exame Físico USG anterior (se existir). PSA	Médico
USG DOS RINS E VIAS URINÁRIAS	História Clínica Exame Físico USG anterior (se existir).	Médico
USG TRANSFONTANELA	História Clínica Exame físico	Médico
USG DAS ARTICULAÇÕES	História Clínica Exame Físico	Ortopedista
USG DE PARTES MOLES	História Clínica Exame Físico	Médico
USG DA BOLSA ESCROTAL	História Clínica Exame Físico	Médico
USG DA TIREÓIDE	História Clínica Exame Físico USG anterior (se existir)	Médico

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br

USG PÉLVICA USG TRANSVAGINAL	História Clínica Exame Físico	Médico Enfermeiro da UBSF (saúde da mulher e pré-natal)
USG OBSTÉTRICA	História Clínica Exame Físico Teste de gravidez	Médico Enfermeiro(a) da UBSF
USG OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO	História Clínica Exame Físico USG obstétrica	Obstetra
USG MORFOLÓGICA	História Clínica Exame Físico	Obstetra prioritariamente Médico Enfermeiro(a) da UBSF
USG TRANSNUCAL	História Clínica Exame Físico	Obstetra prioritariamente Médico Enfermeiro(a) da UBSF

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br

EXAME	PRÉ-REQUISITO	PROFISSIONAL SOLICITANTE
MAMOGRAFIA	História Clínica Exame Físico USG das mamas (se houver)	Médico e Enfermeiro(a) da UBSF
ELETROCARDIOGRAMA	História Clínica Exame Físico	Médico Enfermeiro(a) da UBSF (ECG com laudo - Hipertensão e Pré-natal)
TESTE ERGOMÉTRICO	História Clínica Exame Físico	Cardiologista
ECOCARDIOGRAMA	História Clínica Exame Físico	Cardiologista
USG COM DOPPLER COLORIDO	História Clínica Exame Físico	Cardiologista Cirurgião geral Angiologista
ECODOPPLER VENOSO	História Clínica Exame Físico	Cardiologista Cirurgião geral Angiologista Ortopedista
ECODOPPLER ARTERIAL MMII	História Clínica Exame Físico	Cardiologista Cirurgião Geral Ortopedista Angiologista
ECODOPPLER DE VEIAS CERVICAIS	História Clínica Exame Físico	Cardiologista Angiologista
MAPA	História Clínica Exame Físico	Cardiologista
HOLTER 24 HORAS	História Clínica Exame Físico	Cardiologista
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	História Clínica Exame Físico	Gastroenterologista Médico

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br

	EDA anterior (se houver)	
COLONOSCOPIA	História Clínica com antecedentes pessoais e familiares Exame Físico Colono anterior, se houver.	Gastroenterologista Cirurgião Geral
ELETROENCEFALOGRAMA	História Clínica detalhada Exame Físico com ênfase no SN	Médico
ELETRONEUROMIOGRAFIA	História Clínica detalhada Exame Físico com ênfase no SN	Neurologista Ortopedista

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br

**Tabela de cirurgias eletivas e procedimentos cirúrgicos,
documentos e exames obrigatórios para sua realização**

CIRURGIA OU PROCEDIMENTO	DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS	EXAMES DE LABORATÓRIO	OUTROS EXAMES
ADENOAMIGDALECTOMIA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo)
CALAZIO	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo)
CAPSULOTOMIA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo)
CIRURGIA ORTOPÉDICA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo)
CISTO DE BARTOLLYN	RG CPF	Hemograma Coagulograma	ECG

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br

	Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	RX de tórax PA (s/laudo)
COLECISTECTOMIA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH TGP/TGO Amilase Bilirrubinas T e Frações	ECG RX de tórax PA (s/laudo) USG Abdome Sup.
FACECTOMIA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo)
POSTECTOMIA (FIMOSE)	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo)
FISSURECTOMIA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo)
FISTULECTOMIA	RG	Hemograma	ECG

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br

	CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	RX de tórax PA (s/laudo)
HEMORRIDECTOMIA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo)
HÉRNIA EPIGÁSTRICA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo) USG abdome
HÉRNIA INCISIONAL	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo) USG parede abdominal
HÉRNIA UMBILICAL	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo) USG parede abdominal

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br

HIDROCELE	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo) USG da bolsa escrotal
HISTERECTOMIA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo) USG TVG ou Pélvica Preventivo Beta HCG
LAQUEADURA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo) USG TVG Beta HCG Declaração de Legalidade* assinada pela equipe da UBS
MIOMECTOMIA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo) USG USG TVG ou Pélvica
OOFORECTOMIA	RG CPF Cartão do SUS Comprovante de Residência Requisição da Cirurgia	Hemograma Coagulograma Ureia Creatinina Glicemia TP/TTPA ABO/RH	ECG RX de tórax PA (s/laudo) USG USG TVG ou Pélvica
ORQUIDOPEXIA	RG	Hemograma	

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
CEP: 44905000
E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
CEP: 44905000
E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
CEP: 44905000
E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



Declaração de Legalidade

Declaro para os devidos fins de Ligadura Tubária, que a usuária SUS _____, portadora de RG nº _____, Órgão Emissor _____, preenche as exigências para a esterilização voluntária, dispostas na lei no 9.263, de 12 de janeiro de 1996, capítulo I, art. 10, parágrafo I, inciso 1o, 2o, 3o e 5o.

Por ser verdade, firmo o presente.

Lapão - BA, _____ de _____ 202____.

Equipe responsável pelo Planejamento Familiar.

Importante: Art II. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro
CEP: 44905000
E-mail: saude@lapao.ba.gov.br
www.lapao.ba.gov.br



Termo de Solicitação de Informação

Eu, _____

Reg: _____, Portador (a) da Carteira de identidade no _____, Órgão Emissor _____. 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: divórcio, viuvez, morte do filho, outro casamento ou outro desejo de procriar.
- d) Devo aguardar pelo menos 60 dias a partir da assinatura dessa 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 de drogas, parada cardíaco-respiratória, morte dor pélvica, ardência pélvica, hemorragia, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbio psicosexual (comumente queimadura de órgãos ou gravidez fora do útero no caso de laqueadura de trompas).
- f) Fui informado(a) que assim como demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a ligadura de trompas () pode apresentar falha sendo a mesma de 0,1 a 100

Praça Aurelino Galvão Dourado, 161, centro

CEP: 44905000

E-mail: saude@lapao.ba.gov.br

www.lapao.ba.gov.br



mulheres/ano nos primeiros 12 meses de 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 outro método anticonceptivo.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) requerente Assinatura do Cônjuge

Ficha individual de notificação de laqueadura tubária e vasectomia

1. Identificação da unidade

Nome / Razão social:	
Endereço:	
CGC / CNPJ:	Data:

2. Dados do paciente

Nome:		
Logradouro:		
Nº.	Complemento:	
CEP:	Município:	UF:
Sexo:	Data de nascimento:	Nº de filhos:

3. Grau de escolaridade

☐ Analfabeto	☐ Ensino médio completo
☐ Ensino fundamental incompleto	☐ Ensino superior incompleto
☐ Ensino fundamental completo	☐ Ensino superior completo
☐ Ensino médio incompleto	☐ Pós-Graduação

4. Indicação:

--

5. Métodos contraceptivos reservados utilizados anteriormente:

☐ Natural	☐ Sonto Térmico
☐ Ogino-Kanaus	☐ Diafragma
☐ Temp. Basal	☐ Preservativo
☐ Billigs	☐ Hormônio Injetável
☐ Barreira	

6. Métodos contraceptivos utilizado atualmente:

--

7. Possui patologia de risco:

☐ NÃO	☐ SIM	Qual:
------------------------------	------------------------------	-------

8. Dados da Internação

Data da Internação ____/____/____ Data da alta ____/____/____

MINISTÉRIO DA SAÚDE
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

Cartão SUS*	Sexo
	☐ Masculino ☐ Feminino
Nome Completo do(a) paciente*	Apelido do(a) paciente
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 (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo 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 faixa 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 a última mamografia? Ano ☐ Não ☐ Não sabe	5- Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?* ☐ Sim, mama direita ☐ Sim, mama esquerda ☐ Não ☐ Não sabe 6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?* <table border="0"> <tr> <td>Mama direita</td> <td></td> <td>Mama esquerda</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Biópsia cirúrgica incisional</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Biópsia cirúrgica excisional</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Centralectomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Segmentectomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Dutectomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mastectomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mastectomia poupadora pele</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Linfadenectomia axilar</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Biópsia de linfonodo sentinela</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Reconstrução mamária</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mastoplastia redutora</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Inclusão de implantes</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ Não fez cirurgia</td> <td></td> </tr> </table>	Mama direita		Mama esquerda		Biópsia cirúrgica incisional			Biópsia cirúrgica excisional			Centralectomia			Segmentectomia			Dutectomia			Mastectomia			Mastectomia poupadora pele			Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar			Linfadenectomia axilar			Biópsia de linfonodo sentinela			Reconstrução mamária			Mastoplastia redutora			Inclusão de implantes			☐ Não fez cirurgia	
Mama direita		Mama esquerda																																												
	Biópsia cirúrgica incisional																																													
	Biópsia cirúrgica excisional																																													
	Centralectomia																																													
	Segmentectomia																																													
	Dutectomia																																													
	Mastectomia																																													
	Mastectomia poupadora pele																																													
	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar																																													
	Linfadenectomia axilar																																													
	Biópsia de linfonodo sentinela																																													
	Reconstrução mamária																																													
	Mastoplastia redutora																																													
	Inclusão de implantes																																													
	☐ Não fez cirurgia																																													

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar Descarga papilar ☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar Descarga papilar ☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção focal
☐ linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

☐ 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção focal
☐ linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

☐ Mama direita
☐ Mama esquerda

☐ 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita

☐ Categoria 0
☐ Categoria 3
☐ Categoria 4
☐ Categoria 5

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐

☐ 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita

☐ nódulo
☐ microcalcificação
☐ assimetria focal
☐ assimetria difusa
☐ área densa
☐ distorção focal
☐ Linfonodo axilar

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

8 - Mamografia de rastreamento

☐ 8a. População alvo ☐ 8b. População de risco elevado (história familiar) ☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

Responsável*

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

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

8 - RAÇA/COR

Masc. ☐

Fem. ☐

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL

38 - CID10 SECUNDÁRIO

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES