



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



Prefeitura de Ijuí
TRABALHANDO JUNTOS

DIRETRIZES E ROTINAS DE ENCAMINHAMENTOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MUNICIPAL IJUÍ/RS

2023

ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Elizangela Saggioratto Lucchese

Evelize Rubia Guth

Enfermeiras Gestoras

A partir desta data fica aprovado o CRONOGRAMA DE 2023 e as DIRETRIZES E ROTINAS DE ENCAMINHAMENTOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MUNICIPAL - IJUÍ/RS.

Ijuí/RS - Julho de 2023.

ANDREI COSSETIN SCZMANSKI

Prefeito Municipal

MARCIO JUNIOR STRASSBURGER

Secretário Municipal de Saúde



SUMÁRIO

REDE DE SAÚDE -----	6
<i>Atenção Primária</i> -----	6
<i>Atenção Especializada</i> -----	9
<i>Serviços de Apoio</i> -----	12
UNIDADE DE SAÚDE REFERÊNCIA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS -----	16
<i>Referências nos Atendimentos dos Profissionais Médicos e Enfermeiros</i> -----	16
<i>Referências nos Atendimentos dos Profissionais Dentistas</i> -----	17
<i>Referências nos Atendimentos das Profissionais Nutricionistas</i> -----	18
SERVIÇOS OFERTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO -----	19
ROTINAS E FLUXOS DOS SERVIÇOS DE APOIO -----	24
<i>Assessoria Jurídica</i> -----	24
Requerimento de Cópia/Impressão de Prontuário do Paciente-----	24
<i>Assistência Social</i> -----	25
Demanda(s) das Unidades de Saúde para o profissional Assistente Social-----	25
Autorização de Internação Hospitalar - AIH-----	26
<i>Declaração de Óbito - DO</i> -----	27
<i>Dengue</i> -----	29
<i>Farmácia Municipal</i> -----	31
Fórmulas, Suplementos e Complementos Nutricionais-----	31
Insumos para Gestantes Portadoras de Diabetes Mellitus-----	35
Insumos para Usuários Portadores de Diabetes Mellitus-----	37
Medicamentos do Elenco Especializado e Especial-----	43
Medicamentos do Elenco Essencial - Básico/Estratégico-----	46
Medicamentos do Elenco Estratégico - Toxoplasmose-----	48
<i>Manutenção de Equipamentos da Saúde</i> -----	51
<i>Rede Proteção à Infância e Adolescência</i> -----	54
<i>Transporte Municipal</i> -----	56
ROTINAS E FLUXOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA -----	58
<i>Centro de Especialidades Odontológicas – CEO</i> -----	58
Anquiloglossia (Frênulo Encurtado/“Língua Presa”)-----	58
<i>Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST</i> -----	59
<i>Policlínica</i> -----	60
Cirurgião Vascular Adulto POLICLÍNICA-----	60
Cardiologia Adulto POLICLÍNICA-----	61
Eletrocardiograma - ECG-----	63
Insumos - Fraldas Descartáveis-----	68
Insumos - Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada-----	71
Oftalmologia POLICLÍNICA-----	78
Ostomias POLICLÍNICA-----	79

Pequenas Cirurgias POLICLÍNICA -----	80
Saúde da Criança – Pediatria POLICLÍNICA-----	82
Saúde da Mulher – Ginecologia POLICLÍNICA -----	85
Saúde da Mulher – Mastologia POLICLÍNICA-----	86
Saúde da Mulher – Obstetrícia POLICLÍNICA -----	87
Radiologia – Ecografias Transvaginal Gestante e Obstétrica / Radiografias -----	88
<i>Rede de Atenção Psicossocial – RAPS -----</i>	<i>90</i>
<i>Transtorno do Espectro Autista (TEA)-----</i>	<i>90</i>
Carteira de Identificação do Autista - CIA-----	98
Centros de Atenção Psicossociais - CAPS-----	100
Programa Nacional de Controle do Tabagismo-----	107
<i>Serviço de Atendimento Especializado - SAE-----</i>	<i>108</i>
Coleta de Sorologias das Doenças de Notificação Compulsória -----	108
Hanseníase -----	109
Hepatites Virais -----	110
Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV -----	111
Infectologia-----	113
Tuberculose -----	114
<i>Testagem Neuropsicológica -----</i>	<i>119</i>
<i>Gerenciamento Estadual de Consultas - GERCON -----</i>	<i>125</i>
Cardiologia Adulto ou Pediátrica GERCON-----	125
Cirurgia Vascul ar Adulto GERCON-----	126
Endocrinologia Adulto ou Pediátrica e Cirurgia Bariátrica GERCON -----	127
Ginecologia/Infertilidade GERCON-----	128
Ginecologia Ligadura Tubária ou Urologia Vasectomia GERCON -----	130
Neurologia Adulto GERCON-----	134
Neurologia Pediátrica GERCON -----	137
Oftalmologia Adulto GERCON -----	139
Oftalmologia Pediátrica GERCON -----	142
Oncologia Adulto ou Pediátrica GERCON -----	144
Otorrinolaringologia Adulto ou Pediátrica GERCON -----	145
Reabilitação Auditiva Adulto GERCON -----	146
Reabilitação Auditiva Pediátrica GERCON-----	148
Reabilitação Física Adulto ou Pediátrica GERCON -----	149
Prótese Mamária e/ou Sutiã Adaptado-----	150
Reabilitação Intelectual Adulto ou Pediátrico GERCON -----	151
Reabilitação Visual Adulto ou Pediátrica GERCON-----	152
Demais Encaminhamentos GERCON -----	153
ROTINAS E FLUXOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS PELA - UNIJUÍ - -----	157
<i>Clínica Escola de Fisioterapia-----</i>	<i>157</i>
<i>Clínica de Psicologia -----</i>	<i>159</i>
<i>Consultório Escola de Nutrição -----</i>	<i>160</i>
DOCUMENTOS FINAIS-----	161
<i>Anexo I - RESOLUÇÃO Nº 216/14 - CIB/RS: Protocolo e Diretrizes de avaliação, acompanhamento e tratamento para usuários de fórmulas nutricionais – RS -----</i>	<i>162</i>
<i>Anexo II - Declaração de Residência-----</i>	<i>162</i>

<i>Anexo III - REMUME: Relação Municipal de Medicamentos</i> -----	162
Relação Municipal de Medicamentos Essenciais-----	162
Insumos Fornecidos pela Assistência Farmacêutica-----	162
Material de Curativo Disponibilizado para uso nas Unidades de Saúde -----	162
Fórmulas e Dietas fornecidas pela Assistência Nutricional da Atenção Primária -----	162
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Programa de Medicamentos Especiais Disponibilizados pela SES/RS -----	162
Terapias Nutricionais do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Programa de Medicamentos Especiais Disponibilizados pela SES/RS -----	162
Lista de Medicamentos Disponibilizados pelo “Aqui tem Farmácia Popular” -----	162
<i>Anexo IV - Medicamentos de Interesse para a Saúde Mental - Ijuí</i> -----	162
<i>Anexo V - Tabela dos Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica (CEAF) na SES/RS, com detalhamento das medicações indicadas conforme critérios clínicos e diagnóstico (CID-10)</i> -----	162

REDE DE SAÚDE

Atenção Primária

UBS	CONTATO	ENDEREÇO	HORÁRIO ATENDIMENTO
Coordenação: Salester Ruver	3331-8800 R: 215 gestao.saude@ijui.rs.gov.br	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso - Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
eAP 20/horas Alvorada	99149-6480 ou 3331-8878 R: 354 esf alvorada.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Machado de Assis, 441/Esquina com a Rua Castro Alves - Bairro Alvorada	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
eAP 30/horas XV de Novembro	99157-1816 ou 3331-8844 R: 344 esfxvdenovembro.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Nilson Brum, 320/Esquina com a Rua Salustiano Esteves - Bairro XV de Novembro	
eAP 30/horas Luiz Fogliatto	99148-5978 ou 3331-8809 R: 320 esffogliato.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Décio Betinelli, s/n - Bairro Luiz Fogliatto	
eAP 30/horas Modelo	99152-2657 ou 3331-8858 R: 319 ubsmodelo.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Richard Steinke, s/n - Bairro Modelo	
eSF 1 Penha	99157-6134 ou 3331-8843 R: 343 ubspenha.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Francisco Berenhauser, s/n - Bairro Penha	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
eSF 2 Tancredo Neves	99149-9784 ou 3331-8804 R: 317 – 318 esftancredo.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Moacir Bofe, 05 - Bairro Tancredo Neves	
eSF 3 Glória	99153-6493 ou 3331-8862 R: 323 – 331 esfgloria.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Tiarajú, s/n - Bairro Glória	

Atenção Primária

UBS	CONTATO	ENDEREÇO	HORÁRIO ATENDIMENTO
eSF - equipe de Saúde da Família			
eSF 4 Herval	99132-7731 ou 3331-8863 R: 324 esfherval.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Henrique Ulisses de Carvalho, 1708 - Bairro Herval	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
eSF 5 Pindorama	99111-2403 ou 3331-8859 R: 322 esfpindorama.saude@ijui.rs.gov.br	Travessa Tapes, s/n - Bairro Pindorama	
eSF 6 Thomé de Souza	99145-7629 ou 3331-8890 R: 300 – 333 esfthome.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Dari Tissot, 264 - Bairro Thomé de Souza	
eSF 7 Centro Social Urbano eSF 8 Centro Social Urbano	99161-8139 3331-8887 R: 311 esfcsu.saude@ijui.rs.gov.br 99157-5797 3331-8889 R: 310	Rua Emílio Glitz, s/n - Bairro Industrial	
eSF 09 Meio Rural eSF 10 Meio Rural	3331-8884 R: 314 – 332 esfmeiorural.saude@ijui.rs.gov.br 99161-5749 99151-1103	Avenida Getúlio Vargas, 254 - Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 16:00
eSF 11 Sol Nascente	solnascente.esf@ijui.rs.gov.br 99162-1055	Rua Dr. Pestana, 84 - Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
eSF 12 Assis Brasil	99144-4139 ou 3331-8885 R: 313 esfassisbrasil.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Alagoas, s/n - Bairro Assis Brasil	
eSF 13 Mundstock	99113-6305 ou 3331-8899 R: 309 esfmundstock.saude@ijui.rs.gov.br	Rua João Wender, s/n - Bairro Mundstock	

Atenção Primária

UBS	CONTATO	ENDEREÇO	HORÁRIO ATENDIMENTO
eSF - equipe de Saúde da Família			
eSF 14 Getúlio Vargas eSF 15 Getúlio Vargas	3331-8886 R: 312 – 328 esfgetulio.saude@ijui.rs.gov.br 99161-8788 99148-0574	Avenida São Luiz, s/n - Bairro Getúlio Vargas	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
eSF 16 Jardim	99157-1572 ou 3331-8853 R: 348 ubsjardim.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Cruz Alta, s/n - Bairro Jardim	
eSF 17 Boa Vista	99149-6289 ou 3331- 8892 R: 302 ubsboavista.saude@ijui.rs.gov.br	Rua Paulina Genz, 197 - Bairro Boa Vista	
eSF 18 Centro	99161-0391 ou 3331-8802 R: 202 ubscentral.saude@ijui.rs.gov.br	Rua 19 de Outubro, 685, 1º Piso - Centro	
eSF Prisional (Penitenciária Modulada de Ijuí)	3331-6703 pmei-saude@ijui.rs.gov.br	Rua Tobias Barreto, 2385 - Bairro Luiz Fogliatto	

Atenção Especializada

SERVIÇO	CONTATO	ENDEREÇO	HORÁRIO ATENDIMENTO
CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS Coordenadora: Flávia Pasinato SETOR DE COMPRAS DA ODONTOLOGIA Referência: Adriana Michel	ceosmsijui@hotmail.com 3331-8800 R: 222 3331-8800 R: 208	Rua 19 de Outubro, 685, 2º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00 Segunda a Sexta-feira 08:00 às 12:00
CEREST - CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR Coordenadora: Patrícia Felden Torma	admin@cerestijui.com 3331-4855 99157-6236	Rua Irmãos Gressler, 144 – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:30
POLICLÍNICA Coordenadora: Evelize Rúbia Guth	gestao.policlinica@ijui.rs.gov.br 3331-8800 R: 205	Rua 19 de Outubro, 685, 2º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
Cardiologia/Cirurgia Vascular – 2º Piso Oftalmologia/ Saúde da Criança – 1º Piso Eletrocardiogramas – 2º Piso Pequenos Cirurgias – 2º Piso Radiologia – 1º Piso Referência: Evelize Rúbia Guth Insumos (Fraldas/Oxigênio/Aspiradores) - Subsolo Curativos Especiais e Ostomias – 2º Piso Referência: Fernanda de Moraes Saúde da Mulher – 2º Piso Coordenadora: Karine S. Lima	gestao.policlinica@ijui.rs.gov.br R: 242 R: 221 ou 228 R: 242 policlinica.sms@ijui.rs.gov.br R: 254 99142 4079 R: 256 insumos.ijui@outlook.com R:236 policlinica.sms@ijui.rs.gov.br R: 375 saudedamulher@ijui.rs.gov.br 99159-6416 R: 217 – 240	Rua 19 de Outubro, 685, 2º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00

Atenção Especializada

SERVIÇO	CONTATO	ENDEREÇO	HORÁRIO ATENDIMENTO
RAPS - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL Coordenadora: Márcia Baiocchi Amaral	coord.raps.saudental@ijui.rs.gov.br 3331-8800 R: 282	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
CAPS II Colmeia/Adulto Coordenadora: Ângela Maria T. Signor	3331-8893 R: 336 capscolmeia@ijui.rs.gov.br	Rua Alagoas, 768 – Bairro Assis Brasil	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 17:00
CAPS i (INFANTIL) Coordenação: Alexandra Schoreder	3333 – 5854 capsi.ijui@hotmail.com	Rua Guilherme Flever, 372-434 – São Geraldo	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
CAPS AD II (Vida com Dignidade) Coordenação: Andressa Dias	3333 – 1618 caps1ijui@hotmail.com		Segunda a Sexta-feira 08:30 às 17:30
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA Coordenador: Tiago Rakoski Zientarski	98451-1063	Avenida Getúlio Vargas, 551 – Bairro Assis Brasil	24 Horas
Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) Coordenadora: Carla Patrícia Mello	samu@ijui.rs.gov.br 99144-8050	Rua 13 de Maio, 589 – Centro	24 Horas
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Coordenadora: Renata Paim	prontoatendimento.saude@ijui.rs.gov.br 99154-2613 3331-8850 R: 604 – 605	Avenida Getúlio Vargas, 551 – Bairro Assis Brasil	
SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE) Coordenadora: Elisandra Baldo Dalla Rosa	sae.saude@ijui.rs.gov.br 991-491031 3331-8891 R: 301 – 316	Rua 24 de Fevereiro, 223 – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00

Atenção Especializada

SERVIÇO	CONTATO	ENDEREÇO	HORÁRIO ATENDIMENTO
VIGILÂNCIA EM SAÚDE Coordenador: Ortiz Iboti Schröer Junior	ortiz.vigilancia@ijui.rs.gov.br 99963-2221	Rua 24 de Fevereiro, 223 – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
Vigilância Ambiental Coordenador: Rinaldo E. G. Pezzetta	ambiental@hotmail.com 3331-8897 R: 307	Rua 24 de Fevereiro, 223 – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
Vigilância Sanitária Coordenador: Ortiz I. S. Júnior	vigilanciasanitaria@ijui.rs.gov.br 3331-8898 R: 308		
Vigilância Epidemiológica Coordenadora: Andréia A. dos Santos	epidemioijui@hotmail.com andreia.saude@ijui.rs.gov.br 98451-1008 / 98451-1009 / 98451-1073 3331-8896 / 3331- 8841 R: 306 – 338 – 237		

Serviços de Apoio

SERVIÇO	CONTATO	ENDEREÇO	HORÁRIO ATENDIMENTO
ALMOXARIFADO Coordenadora: Léris R. do Amaral Antonini	leris@ijui.rs.gov.br 3331-8800 R: 625	Avenida Getúlio Vargas, 551 – Bairro Assis Brasil	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
ASSESSORIA JURÍDICA Referência: Carolina Andrade Barriquello	3331-8800 R: 201 – 223	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30
CADASTRO NO CNES / FATURAMENTO / LIBERAÇÃO DE AGENDA E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA OS PROFISSIONAIS	faturamentosmsijui@hotmail.com 3331-8800 R: 235		Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30
CENTRAL DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO FARMÁCIA CENTRAL ESPECIALIZADA FARMÁCIAS DISTRITAIS Coordenadora: Aline Schneider	medicamentos.sms@hotmail.com farmaciaespecializada@ijui.rs.gov.br 99104-1418 3331-8827 3331- 8831 R: 227 – 334 – 831	Rua 19 de Outubro, A 742 – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 17:30
Farmácia Distrital (Unidade Glória)	esfgloria.saude@ijui.rs.gov.br 3331-8862 R: 323 – 331	Rua Tiarajú, s/n - Bairro Glória	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30
Farmácia Distrital (Unidade Herval)	3331-8863 R: 324	Rua Henrique Ulisses de Carvalho, 1708 – Bairro Herval	
Farmácia Distrital (Unidade Penha)	3331-8843 R: 343	Rua Francisco Berenhauer, s/n – Bairro Penha	
Farmácia Distrital (Unidade Meio Rural)	3331-8884 R: 314 – 332	Avenida Getúlio Vargas, 254 – Centro	
FINANCEIRO Coordenador: João Carlos Rodrigues	joao@ijui.rs.gov.br 3331-8800 R: 229	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 08:30 às 11:30 13:30 às 17:00

Serviços de Apoio

SERVIÇO	CONTATO	ENDEREÇO	HORÁRIO ATENDIMENTO
ASSISTENTE SOCIAL Referência: Neuza Frizzo	99906-3000 neuzafrizzo@bol.com.br	Rua Álvaro Chaves, 254 – Centro	Segunda a Sexta-feira 08:30 às 11:30 13:30 às 17:00
CAPS AD III – Opção pela vida	55 3334 - 4900	Rua da República, 96 – Centro/Augusto Pestana	24 Horas
GESTÃO E PROCESSOS Coordenador: Eliezer Antônio Dias Luginski	gستاodeprocessos@ijui.rs.gov.br 3331-8800 R: 212	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
Exames Laboratoriais / Cirurgias Ginecológicas	R: 203	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
Exames CISA (tomografia, ressonância, radiometria panorâmica, ultrassom morfológico, doppler obstétrico, audiometria, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, urodinâmica, sangria, cintilografia, densitometria óssea, ecocardiografia transtorácica, ecocardiografia Transesofágica, ecodoppler arterial e/ou venoso, endoscopia, colonoscopia, espirometria, PAAF, MAPA, ultrassonografias) Atendimentos CISA (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia infantil, psicopedagogia)	R: 261 R: 366 R: 367		
Consultas CISA (neurologia, urologia, endocrinologia, proctologia, pneumologia, hematologia, traumatologia, ortopedia, oncologia – cabeça e pescoço) Gercon - Oftalmologia e Traumatologia (antes da descentralização)	R: 234		

Serviços de Apoio

SERVIÇO	CONTATO	ENDEREÇO	HORÁRIO ATENDIMENTO
HIGIENIZAÇÃO Coordenadora: Luciane Bernardi Nogara	juridico.sms@ijui.rs.gov.br 3331-8800 R: 223	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
IMUNIZAÇÕES / REDE DE FRIO TESTE DO PEZINHO / VACINA BCG Coordenadora: Moiseane Bracht Pinheiro	cms.saude@ijui.rs.gov.br 3331-8800 R: 305 – 326	Rua 19 de Outubro, 685, 1º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
MANUTENÇÃO Coordenador: Luciano Fonseca	manutencao.sms@ijui.rs.gov.br 99185-4525	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
OUVIDORIA Referência: Eliana Fachin	ouvidoria.saude@ijui.rs.gov.br 3331- 8800 R: 209	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 8:30 as 11:30 13:30 as 17:00
PATRIMÔNIO Coordenadora: Léris R. do Amaral Antonini	leris@ijui.rs.gov.br 3331-8800 R: 625	Avenida Getúlio Vargas, 551 – Bairro Assis Brasil	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
RECURSOS HUMANOS (RH) Coordenadora: Lisiane Michael	adm.saude@ijui.rs.gov.br 3331-8800 R: 245	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 08:30 às 11:30 13:30 às 17:00
REDE DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA Referência: Helena de F. Dal Forno	3331-8800 R: 326 rededefanciasms@ijui.rs.gov.br	Rua 19 de Outubro, 685, 2º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00
SERVIÇO DE INFORMÁTICA E SISTEMAS (internet, computador, impressora, telefone, conserto de climatizador) Referência: Erlon Ricardo C. Lanot e Luan Michael. W. de Souza	3331-8800 R: 224	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 08:30 às 11:30 13:30 às 17:00

Serviços de Apoio

SERVIÇO	CONTATO	ENDEREÇO	HORÁRIO ATENDIMENTO
SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS PELA UNIJUÍ	-	-	-
Clínica Escola de Fisioterapia Coordenação: Simone Zeni Strassburger Referência/Secretária: Simone Júlia Scholles Silva	3332 – 0204	Rua do Comércio, 3000, bairro Universitário - Campus da Unijuí.	Segunda a Sexta-feira 08:00 às 17:00 sem fechar ao meio-dia
Consultório Escola de Nutrição Coordenação: Adriane Huth Referência/Secretária: Simone Júlia Scholles Silva	3332 – 0204 (WhatsApp)		Segunda a Sexta-feira 08:00 às 17:00 sem fechar ao meio-dia
Clínica de Psicologia Coordenação: Elisiane Schonarde Referência/Secretária: Maiara Rucele da Silva	3332 – 0227	Rua São Francisco, 501, anexo ao prédio da Fidene – Bairro São Geraldo	Segunda e Quarta 08:00 às 12:00 14:00 às 18:00 Terça e Quinta 09:00 às 12:00 14:00 às 19:00 Sexta-feira 08:00 às 12:00 14:00 às 16:00
SUORTE AO SISTEMA DE INFORMAÇÃO – SINC (novo sistema eletrônico municipal) Referência: Romário L. Alcantara e Roselma M. B. Alcantara	3331-8800 R: 235	Rua 19 de Outubro, 685, 3º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 13:30
TRANSPORTES E LOGÍSTICA Coordenador: Márcio Garcia	sms.transporte@ijui.rs.gov.br 99126-4401 ou 3331- 8800 R: 210	Rua 19 de Outubro, 685, 2º Piso – Centro	Segunda a Sexta-feira 07:30 às 11:30 13:30 às 17:00

UNIDADE DE SAÚDE REFERÊNCIA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

“Unidade de Saúde fechada por motivo de reunião e/ou capacitação”

“Atestados, licenças, férias e/ou ausência de profissionais”

Referências nos Atendimentos dos Profissionais Médicos e Enfermeiros

UNIDADES DE SAÚDE DE REFERÊNCIA	
eSF 17 Boa Vista Contato: 99149-6289 / 3331-889 / Ramal 302	eAP 30horas Colonial Contato: 99157-1816 / 3331-8844 / Ramal 344
eAP 20horas Alvorada Contato: 99149-6480 / 3331-8878 / Ramal 354	eSF 10 Meio Rural Contato: 99151-1103 / 3331-8884 / Ramais 314 e 332
eSF 4 Herval Contato: 99132-7731 / 3331-8863 / Ramal 324	eAP 30horas Luiz Fogliatto Contato: 99148-5978 / 3333-8809 / Ramal 320
eSF 2 Tancredo Neves Contato: 99149-9784 / 3331-8804 / Ramais 317 e 318	eSF 3 Glória Contato: 99153-6493 / 3331-8862 / Ramais 323 e 331
eAP 30horas Modelo Contato: 99152-2657 / 3331-8858 / Ramal 319	eSF 16 Jardim Contato: 99157-1572 / 3331-8853 / Ramal 348
eSF 6 Thomé de Souza Contato: 99145-7629 / 3331-8890 / Ramais 300 e 333	eSF 5 Pindorama Contato: 99111-2403 / 3331-8859 / Ramal 322
eSF 1 Penha Contato: 99157-6134 / 3331-8843 / Ramal 343	eSF 13 Mundstock Contato: 99113-6305 / 3331-8899 / Ramal 309
eSF 12 Assis Brasil Contato: 99144-4139 / 3331-8885 / Ramal 313	eSF 09 Meio Rural Contato: 99161-5749 / 3331-8884 / Ramais 314 e 332
eSF 18 Central Contato: 99161-0391 / 3331-8800 / Ramal 202	eSF 11 Sol Nascente Contato: 99162-1055
eSF 14 Getúlio Vargas Contato: 99161-8788	eSF 7 Centro Social Urbano Contato: 99161-8139 Ramal 311
eSF 15 Getúlio Vargas Contato: 99148-0574	eSF 8 Centro Social Urbano Contato: 99157-5797 Ramal 310

Referências nos Atendimentos das Profissionais Nutricionistas

ATENÇÃO: Os servidores públicos investidos no cargo de nutricionistas prestarão atendimento, sempre que solicitados pela gestão, chefia imediata ou colegas de trabalho, em qualquer Unidade de Saúde ou serviço da Secretaria de Saúde, independente da designação de local de trabalho, por tratar-se de Serviço Especializado.

UNIDADES DE SAÚDE DE REFERÊNCIA



eSF 17 Boa Vista Contato: 99149-6289 / 3331-889 / Ramal 302	eSF 2 Tancredo Neves Contato: 99149-9784 / 3331-8804 / Ramais 317 e 318
eAP 20/horas Alvorada Contato: 99149-6480 / 3331-8878 / Ramal 354	eAP 30/horas Luiz Fogliatto Contato: 99148-5978 / 3333-8809 / Ramal 320
eSF 4 Herval Contato: 99132-7731 / 3331-8863 / Ramal 324	eSF 14 Getúlio Vargas Contato: 99161-8788 eSF 14 Getúlio Vargas Contato: 99148-0574 Contato: 3331-8886 / Ramais 312 e 328
eAP 30/horas XV Novembro Contato: 99157-1816 / 3331-8844 / Ramal 344	eSF 3 Glória Contato: 99153-6493 / 3331-8862 / Ramais 323 e 331
eAP 30/horas Modelo Contato: 99152-2657 / 3331-8858 / Ramal 319	eSF 16 Jardim Contato: 99157-1572 / 3331-8853 / Ramal 348
eSF 6 Thomé de Souza Contato: 99145-7629 / 3331-8890 / Ramais 300 e 333	eSF 1 Penha Contato: 99157-6134 / 3331-8843 / Ramal 343
eSF 09 Meio Rural Contato: 99161-5749	eSF 13 Mundstock Contato: 99113-6305 / 3331-8899 / Ramal 309
eSF 10 Meio Rural Contato: 99151-1103	
eSF 11 Sol Nascente Contato: 99162-1055	
eSF 12 Assis Brasil Contato: 99144-4139 / 3331-8885 / Ramal 313	eSF 09 Meio Rural Contato: 99161-5749
	eSF 10 Meio Rural Contato: 99151-1103
eSF 5 Pindorama Contato: 99111-2403 / 3331-8859 / Ramal 322	eSF 11 Sol Nascente Contato: 99162-1055
	eSF 7 Centro Social Urbano Contato: 99161-8139 Ramal 311
eSF 18 Central Contato: 99161-0391 / 3331-8800 / Ramal 202	eSF 8 Centro Social Urbano Contato: 99157-5797 Ramal 310

SERVIÇOS OFERTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Avaliação dos Resultados de Exames

- ✓ Conforme organização estabelecida na Unidade de Saúde de referência do paciente, podendo ser programado agendamento de consulta.
- ✓ Exames em caráter de Urgência podem ser realizados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), devendo ser avaliado pelo médico plantonista.

Consultas

- ✓ Com profissionais Médicos(as), Enfermeiros(as), Nutricionistas e Dentistas.
- ✓ Não há número ou distribuição de fichas para agendamento.
- ✓ A agenda é aberta, ou seja, o agendamento pode ser realizado de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã ou tarde, a partir da disponibilidade da agenda e aceite do paciente ou do processo de acolhimento organizado pela equipe.
- ✓ Agendamento por telefone é específico para casos especiais (acamados, domiciliados, deficientes, entre outros) definidos e acompanhados pela unidade de saúde de referência após visita do Agente Comunitário de Saúde, confirmando e cadastrando o paciente.

Encaminhamentos para Especialidades

- ✓ As consultas especializadas são de responsabilidade do ESTADO/RS.
- ✓ Todos os encaminhamentos solicitados pelos profissionais nas Unidades de Saúde são cadastrados no sistema Estadual (GERCON) que regula e autoriza a consulta especializada de acordo com o serviço de referência.
- ✓ Cabe ao Prestador do Serviço ofertar data e horário da consulta.
- ✓ O município informa o paciente sobre o agendamento e fornece o transporte se necessário.

Especialidades na Policlínica

- ✓ O município conta com o atendimento especializado nas áreas de Cardiologia, Cirurgia Vascular (Angiologia), Oftalmologia, Cirurgia Geral (Pequenos Procedimentos), Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia.
- ✓ O encaminhamento é fornecido pelo profissional médico, e, dependendo dos critérios, o regulador na Unidade de saúde cadastra como Especialidade Municipal.
- ✓ Os profissionais da Policlínica realizam o agendamento da consulta e comunicam o paciente.

Exame Citopatológico (Preventivo)

- ✓ Procedimento realizado pelo(a) Enfermeiro(a) ou médico(a).
- ✓ Preferencialmente mediante agendamento.
- ✓ Importante a paciente retirar o resultado do exame.

Farmácias Distritais

✓ Horário de Funcionamento:

Farmácia Distrital eSF 1 Penha: 7:30 às 11:30, de segunda a sexta-feira;

Farmácia Distrital eSF 4 Herval: 7:30 às 11:30, de segunda a sexta-feira;

Farmácia Distrital eSF 9 e 10 Meio Rural: 7:30 às 13:30, de segunda a sexta-feira.

✓ As Farmácias Distritais contam com o profissional farmacêutico que realiza orientações, visita domiciliar, consulta farmacêutica, gerencia e dispensa medicamentos que compõem a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) – medicamentos de uso contínuo (doenças crônicas), anticoncepcionais orais e injetáveis, medicamentos de uso não contínuos, antimicrobianos e medicamentos sob controle especial.

Grupo de Saúde

✓ Devem ocorrer em todas as UBS, sendo o formato definido de acordo com a melhor adesão da comunidade (educação em saúde geral ou temática, atividade física, oficinas e outros).

✓ Preferencialmente os encontros devem ser semanais, com alternância de participação dos integrantes da equipe.

Procedimentos

✓ Curativo, retirada de ponto, nebulização, verificação do peso e altura, verificação da temperatura, verificação da pressão arterial, hemoglicoteste (HGT).

✓ Aplicação de medicamentos injetáveis (intramuscular e endovenoso), administração de medicamentos orais, soroterapia, troca de bolsa de ostomia, entre outros.

✓ Estes são procedimentos realizados diariamente e que não necessitam agendamento.

PICS – Práticas Integrativas e Complementares

✓ A indicação e encaminhamento para atendimento das PICS pode ser feito por qualquer profissional de nível superior da Atenção Primária.

✓ A partir do encaminhamento o usuário deve procurar a recepção de sua UBS de referência para fazer o agendamento da avaliação.

✓ Os atendimentos terão duração aproximada de 30 minutos, sendo estimulados no máximo 10 (dez) pontos de auriculoterapia em cada paciente.

✓ Cada paciente receberá até 10 (dez) sessões de atendimento, podendo ser semanal ou quinzenal (de acordo com o critério do profissional).

✓ Ao final das 10 sessões deve ocorrer intervalo de, no mínimo, 3 (três) meses, sendo está a indicação terapêutica.

✓ É necessário que o paciente comunique antecipadamente da impossibilidade de comparecer na data agendada, para que o serviço possa realizar o reagendamento da consulta. O não comparecimento na consulta, sem aviso prévio, resultará no cancelamento do atendimento, requerendo novo encaminhamento por profissional de nível superior.

✓ Importante destacar que os atendimentos de PICS são complementares e não substituem qualquer tratamento em curso, sendo necessário o acompanhamento clínico pela equipe de referência.

Programa Cessação do Tabagismo

- ✓ Ofertado em todas as Unidades de Saúde do Município, bem como no Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS Colmeia, no Serviço de Atendimento Especializado – SAE e no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST.
- ✓ O atendimento pode ser agendado ou por demanda espontânea, conforme a disponibilidade dos profissionais que realizam as consultas.

Renovação de Receitas

- ✓ Dependente da corresponsabilidade entre paciente e equipe de saúde.
- ✓ A renovação da receita deve ser solicitada na Unidade de Saúde de referência e não na Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
- ✓ Não existe renovação de receita em caráter de urgência.
- ✓ É responsabilidade do paciente solicitar em tempo hábil (prazo estipulado pela Unidade de Saúde) a renovação da receita, não deixando perder a validade ou ficar sem medicamento.
- ✓ É de responsabilidade da equipe organizar o agendamento para renovação da receita ou fornecer a receita dentro dos prazos estipulados pela própria Unidade de Saúde.

Sondagens

- ✓ Vesical, nasogástrica e nasoentérica.
 - ✓ Procedimentos específicos do(a) Enfermeiro(a).
 - ✓ Preferencialmente realizar agendamento.
- OBS: Sonda Gástrica a troca é realizada em âmbito hospital ou por enfermeiro(a) especialista.

Solicitação Exames

Exames Laboratoriais

- ✓ Exames constantes nos Protocolos Municipais podem ser solicitados pelo médico(a) e/ou enfermeiro(a).
- ✓ Para os demais casos, a solicitação será somente pelo(a) médico(a).
- ✓ Estes são liberados e o comprovante retirado na Unidade de Saúde de referência do paciente.
- ✓ Cabe ao paciente agendar o exame junto ao prestador constante no comprovante de liberação.
- ✓ Os exames solicitados nas consultas especializadas (ex.: endocrinologia, traumatologia, reumatologia entre outros) devem ser levados pelo paciente/familiar até a Unidade de Saúde de referência para serem incluídos no sistema e avaliados pelo setor de regulação da SMS.
 - Estes, quando liberados devem ser retirados o comprovante na Unidade de Saúde de referência do paciente.
 - Cabe ao paciente agendar o exame junto ao prestador constante no comprovante de liberação.

OBS: Exames solicitados em consultas pagas (particulares ou por “tarifa social”) são de responsabilidade do próprio paciente/familiar.

Radiografia ELETIVA

- ✓ O exame é solicitado pelo médico(a).
- ✓ Estes são regulados no Setor de Radiologia da SMS e o paciente ou familiar retira na Unidade de Saúde de Referência.
- ✓ Cabe ao paciente agendar pessoalmente ou contato telefônico o exame no primeiro piso da Secretaria de Saúde, setor Radiologia e, ao realizar o exame o paciente receberá uma senha e login.
- ✓ A visualização das imagens é imediata e o laudo estará disponível em até (3) três dias úteis, no endereço eletrônico ijui.animatipacs.com.br/login.

Radiografia de URGÊNCIA

- ✓ Realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mediante avaliação e pedido médico plantonista, ou pelo médico(a) da Unidade de Saúde de referência do paciente.
- ✓ O laudo será emitido **somente** com a solicitação do paciente, pessoalmente ou via telefone (99142-4079 ou 3331-8800 Ramal 256), no setor de Radiologia, primeiro piso da Secretaria de Saúde e estará disponível para visualização no endereço eletrônico ijui.animatipacs.com.br/login em até (3) três dias úteis.

Mamografia

- ✓ O exame é solicitado pelo médico(a) ou enfermeiro(a).
- ✓ A liberação é imediata, sendo imprescindível que conste no pedido o número de protocolo do SISCAN.
- ✓ O agendamento deve ser realizado pelo paciente no Hospital de Caridade de Ijuí (HCI) ou na Clínica Dimagem.

Ultrassonografia(US) / Ecografia ELETIVA

- ✓ A ultrassonografia para gestante pode ser solicitada pelo médico(a) ou enfermeiro(a) e a ultrassonografia ginecológica transvaginal de não gestante somente pelo médico(a).
- ✓ Estes são regulados e liberados na Secretaria Municipal de Saúde.
- ✓ Cabe ao paciente retirar o comprovante na Unidade de Saúde de referência agendar o exame pessoalmente ou por contato telefônico (99142-4079 ou 3331-8800 Ramal 256), no primeiro piso da SMS, setor Radiologia.
- ✓ Demais exames de Ultrassonografia somente com solicitação médica.
- ✓ Estes serão regulados e liberados pela Secretaria Municipal de Saúde.
- ✓ Cabe ao paciente retirar o comprovante na Unidade de Saúde de referência e agendar o exame junto ao Prestador.

Ultrassonografia(US) / Ecografia de URGÊNCIA

- ✓ Realizado no Hospital de Caridade de Ijuí (HCI) mediante encaminhamento médico após avaliação do paciente na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) desde que apresentem critérios clínicos que caracterizam a urgência do exame.

Tomografia ELETIVA

- ✓ A solicitação pode ser do médico(a) de referência da Unidade de Saúde do paciente ou do médico especialista conveniado com a Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí.

- ✓ Estes exames serão regulados pelo médico auditor e classificados conforme a descrição clínica, critérios e prazos estabelecidos pelo Estado/RS.
- ✓ O setor de regulação da SMS informará o paciente sobre a data, local e horário do exame.

Tomografia de URGÊNCIA

- ✓ Realizado no Hospital de Caridade de Ijuí (HCI) mediante encaminhamento médico após avaliação do paciente na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) desde que apresentem critérios clínicos que caracterizam a urgência do exame.

Testes Rápidos

- ✓ Diagnóstico de Gravidez;
- ✓ Diagnóstico de HIV, Sífilis, Hepatites B e C;
- ✓ Diagnóstico de Covid 19;
- ✓ Estes são procedimentos realizados diariamente e que não necessitam agendamento prévio.

Vacinas

- ✓ São ofertados 26 tipos de vacinas entre os calendários das Crianças, Adolescentes, Gestantes, Adultos e Idosos.
- ✓ Unidades de Saúde que possuem salas de Vacina: eAP Luíz Fogliatto, eAP Modelo, eSF 1 Penha, eSF 2 Tancredo, eSF 3 Glória, eSF 4 Herval, eSF 5 Pindorama, eSF 6 Thomé de Souza, eSF 7 e 8 Centro Social Urbano, eSF 9 e 10 Meio Rural, eSF 12 Assis Brasil, eSF 14 e 15 Getúlio Vargas, eSF 16 Jardim, eSF 17 Boa Vista e eSF 18 Central.
- ✓ Horário de Atendimento: 08:00 às 11:00 e das 13:40 às 16:30.

Visitas Domiciliares

- ✓ O atendimento e acompanhamento domiciliar deve ser realizado pelos profissionais médicos(as), enfermeiros(as), nutricionistas, técnicos(as) de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde e agentes de combate as endemias conforme:
 - a organização da equipe de saúde; ou,
 - dias de visitas domiciliares pré-definidos e que necessitam agendamento (pelo paciente, familiar ou integrantes da equipe); e/ou,
 - pelo plano terapêutico singular individual elaborado pela equipe de saúde.
- ✓ As Visitas domiciliares são destinadas aos pacientes acamados, cadeirantes, deficientes, aos que possuem dificuldade de locomoção e aos que, por motivos avaliados pela equipe, necessitarem de atendimento domiciliar, podendo ser este temporário ou permanente.
- ✓ Nas situações de assistência de urgência ou emergência no domicílio, o Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) deve ser acionado pelo familiar e/ou responsável solicitando ATENDIMENTO e não transporte.

ROTINAS E FLUXOS DOS SERVIÇOS DE APOIO

Assessoria Jurídica

Requerimento de Cópia/Impressão de Prontuário do Paciente

Local: 3º Piso da SMS* – Sala da Assessoria Jurídica

Contato: 3331 – 8800 R: 201 – 223

Referência/Assessoria Jurídica: Carolina Barriuello

Situações para fornecimento de cópia e/ou impressão de Prontuário do Paciente:

- ✓ Solicitação pelo paciente ou representante legal;
- ✓ Solicitação pelo cônjuge/companheiro(a) com união registrada, em caso de falecimento do paciente, desde que comprovado o vínculo;
- ✓ Solicitação pelo(s) filho(s) em caso de falecimento do paciente, desde que comprovado o vínculo;
- ✓ Decisão Judicial;
- ✓ Solicitação médica, com requerimento formalizado;
- ✓ Solicitação por advogados, desde que possua procuração particular com poderes específicos.

Horários de atendimento:

- ✓ Segunda a Sexta-feira das 8h às 11 horas.

Orientações Gerais:

- ✓ Documentos necessários:
 - RG e CPF; e,
 - Conforme Situação: Certidão de Casamento ou Registro de União Estável; Certidão de Óbito; Requerimento Judicial; Requerimento Médico; Procuração (Representante Legal/Advogado).
- ✓ O prazo para entrega da cópia/impressão de Prontuário do Paciente será em até 15 dias.

Assistência Social

Demanda(s) das Unidades de Saúde para o profissional Assistente Social

Referência: Neuza Frizzo

Contato: 99906-3000

E-mail: neuzafrizzo@bol.com.br

Contribuir com as equipes:

- Na identificação das condições sociais, econômicas, familiares, culturais e sanitárias da população dos territórios de abrangência, subsidiando o planejamento local;
- No processo de identificação das demandas e das interfaces possíveis para construir as respostas na lógica da integralidade;
- No planejamento participativo;
- Na construção de propostas de intervenção em rede no atendimento das demandas cuja complexidade exijam (intersectorialidade);
- Na agilização do sistema de referência e contrarreferência, estabelecendo articulações e protocolos com os demais níveis de atenção.

Como acionar o atendimento do assistente social:

- ✓ Cada situação identificada ou demandada deve ser discutida em equipe, que formaliza um relatório via e-mail e após, entra em contato telefônico com a profissional de referência (Neuza Frizzo).

DISQUE DENÚNCIA

Disque 100 – Denúncia de violência contra criança, adolescente, pessoa com deficiência, idosos ou população LGBTQ+;

Disque 180 – Denúncia de violência contra a mulher.

Disque 181 – Denúncia de fatos criminosos acontecidos ou a acontecer, sobre pessoas envolvidas em delitos/furtos/roubos; pessoas desaparecidas e/ou foragidas; porte ou comércio ilegal de arma de fogo/munições; homicídio; tráfico de drogas; crimes eleitorais; maus-tratos animais; crimes ambientais.

Autorização de Internação Hospitalar - AIH

Local: 3º Piso

Coordenação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Referência: Leila G. Sehn

Contato: Ramal 203

Finalidade da AIH:

- É o documento que identifica o paciente e registra todos os serviços prestados sob o regime de internação hospitalar, financiados pelo SUS.

Orientações Gerais:

- ✓ As unidades hospitalares conveniadas ao SUS emitem o Laudo de AIH e enviam a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para autorização, que poderá ocorrer em duas situações:
 - Pelo paciente/familiar que deverá entregá-la no subsolo da SMS e após 03 dias úteis retornar a este setor para retirar a mesma e levar ao hospital solicitante.
 - Por meios próprios (e-mail; malote), comunicando o paciente/familiar o dia que ocorrerá a internação.

Atenção:

- Abaixo segue imagem de AIH apenas para fins de conhecimento.

SUS Estado De Santa Catarina Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		Identificação do Paciente	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES	5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES	7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHOS TÍPICO	35 - () ACIDENTE TRABALHOS TRAÍTO	36 - () ACIDENTE TRABALHOS ATÍPICO
37 - Nº DO BULHETE		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ DA SEGURADORA			
40 - CNPJ DA EMPRESA			
41 - CNPJ DO EMPREGADOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Declaração de Óbito - DO

Local: Rede de Atenção Primária a Saúde e Rede de Urgência e Emergência

Contato: 3331-8850 R: 620 (Posto de Enfermagem da UPA)

Coordenação: Tiago Rakoski Zientarski

Referência/Secretária: Renata Paim

Orientações Gerais:

- ✓ A Declaração de Óbito deve ser solicitada pelo Ramal 620 e retirada na UPA quando esta for emitida pelos profissionais médicos da Rede de Atenção Primária;
- ✓ Entrar em contato com o setor de Transporte pelo Ramal 210 para solicitar a retirada da DO na UPA, bem como, o deslocamento do profissional médico da Unidade até o local do óbito;
- ✓ Havendo dúvidas quanto as causas e circunstâncias do óbito a Brigada Militar deve ser acionada (Disque 190).
- ✓ Vias da Declaração de Óbito: **1ª via (BRANCA)** Secretaria Municipal de Saúde, na Vigilância Epidemiológica; **2ª via (AMARELA)** representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; **3ª via (ROSA)** Unidade de Saúde, para arquivar no prontuário do falecido.



MUNICÍPIO DE IJUÍ - PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua 19 de outubro, 685, Centro – Ijuí/RS, FONE: (55) 3331-8800



MEMORANDO

Número: 033/2021

Ijuí/RS, 09 de fevereiro de 2021.

Da: Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí/RS

Para: Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e Unidades Básicas de Saúde

Assunto: Declaração de Óbito

O Secretário Municipal de Saúde, no exercício de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO que é vedado ao médico atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal (art. 83 do Código de Ética Médica).

CONSIDERANDO que é vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta (art. 84 do Código de Ética Médica).

CONSIDERANDO o protocolo de Declaração de Óbito do Ministério da Saúde orienta a emissão da Declaração de óbito pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

CONSIDERANDO o protocolo de Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde que dispõe que nas situações em que ocorre o óbito fora do horário de trabalho do médico da APS, o Samu poderá ser acionado pela família para emissão da DO.

Resolve que, a partir desta data, devem ser seguidas as seguintes orientações:

A Declaração de óbito será emitida, preferencialmente, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente, sempre que possível, em todas as situações.

Havendo atendimento pelo SAMU e constatado o óbito, o médico do SAMU que atestar o óbito deve, imediatamente, contatar o médico da Unidade Básica de Saúde, se em



MUNICÍPIO DE IJUÍ - PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua 19 de outubro, 685, Centro – Ijuí/RS, FONE: (55) 3331-8800



horário de atendimento da UBS, que deverá se deslocar ao local do óbito e emitir a Declaração de Óbito (DO).

Até o momento da emissão da DO pelo médico da UBS, o corpo não pode ser removido do local, tendo em vista que o médico não pode preencher Declaração de Óbito (DO) sem, pessoalmente, examinar o corpo e constatar a morte.

Em sendo removido o corpo e havendo atestado de óbito emitido pelo médico do SAMU, caberá ao SAMU a emissão da DO, com base no prontuário do paciente que poderá ser consultado no Sistema SIMUS.

Caberá, também, ao médico do SAMU em atendimento, a emissão da DO quando constatado o óbito fora do horário de atendimento da Unidade Básica de Saúde.

Atenciosamente,

MARCIO JUNIOR STRASSBURGUER
Secretário Municipal de Saúde de Ijuí/RS

Dengue



Município de Ijuí - Poder Executivo
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM PARA DENGUE

POP – FLUXO DE ATENDIMENTO DENGUE

MÊS DE ELABORAÇÃO: ABRIL/2023

Vigilâncias em Saúde

Contato: Vigilância Ambiental (3331 – 8897 / R: 307)

Vigilância Epidemiológica (3331 – 8897 ou 3331 – 8841 / R: 237 – 306 – 338)

Coordenação: Ortiz Iboti Schröer Junior

Referência na Vigilância Ambiental: Rinaldo E. G. Pezzetta

Referência Vigilância Epidemiológica: Andréia Amorin dos Santos

CASO SUSPEITO DE DENGUE: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Aedes Aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Sintomas de Dengue:

- | | | |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|
| ✓ Febre > 38.5°C; | ✓ Mal-estar geral; | ✓ Dor de cabeça; |
| ✓ Dores musculares intensas; | ✓ Falta de apetite; | ✓ Manchas vermelhas no corpo. |
| ✓ Dor ao movimentar os olhos; | | |

Como proceder frente Caso Suspeito:

Primeiro Atendimento/Recepção:

- Quando houver suspeita, passar imediatamente para o acolhimento;
- Atenção em relação a atualização do cadastro no sistema eletrônico IDS SINNC, constando endereço e local de residência e do trabalho, bem como o telefone do paciente (particular e/ou do trabalho).

Atendimentos Subsequentes:

- Acolher, assistir, avaliar e reavaliar (técnico de enfermagem e/ou enfermeiro e/ou médico);
- Realizar prova do laço (técnico de enfermagem ou enfermeiro);
- Interpretação da prova do laço (enfermeiro ou médico);
- Solicitar hemograma completo (enfermeiro ou médico);
- Realizar manejo clínico conforme Fluxograma de Classificação de Risco e Manejo do Paciente com Suspeita de Dengue - (médico) <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como-fazer-abordagem-inicial-na-aps-de-casos-suspeitos-de-arboviroses-dengue-zika-e-chikungunya/>;
- Prescrever em casos de sintomas de dengue (enfermeiro e/ou médico):
 - a) Dipirona 500mg. 20 comprimidos. Tomar 01 ou 02 comprimidos, VO, de 6/6hs, se dor ou febre.
 - b) Paracetamol 500mg. 20 comprimidos. Tomar 01 comprimido, VO, de 6/6hs, se dor ou febre.
 - c) Metoclopramida 10mg. 10 comprimidos. Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8hs, se náusea ou vômito.
 - d) Soro de Reidratação Oral (SRO). 02 Envelopes. Diluir 01 envelope em 01 litro de água filtrada ou fervida e ingerir aos poucos, dentro de 24 horas.
- Preencher Carteira de Acompanhamento de Caso Suspeito (técnico de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, médico ou odontologista);
- Notificar Caso Suspeito de Dengue via sistema eletrônico IDS SINNC (enfermeiro, nutricionista, médico ou odontologista);
- Marcar sorologia no Posto de Coleta (SAE – Ramal 301) e orientar para coleta (recepcionista, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, médico ou odontologista);
- Reforçar cuidados e as medidas de proteção (recepcionista, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem,



Agente Comunitário de Saúde e Agente de Vigilância em Saúde: - Monitorar o paciente quanto a realização dos exames, medidas de proteção, piora dos sintomas clínicos e presença de sangramentos e retornos.	
Prova do Laço: ✓ Desenhar na região do antebraço um quadrado de 2,5x2,5cm; ✓ Verificar a pressão arterial; ✓ Realizar a média entre os valores da pressão sistólica e diastólica. Ou seja, se a pressão é 120x80, fazemos: 120 + 80 = 200. Dividir esse valor por 2, obtendo 100; ✓ O manguito deve ser ajustado para o valor encontrado da média entre as duas pressões. Exemplo, o indicador do esfigmômetro deve parar na medida de 100 e mantido nessa posição por 5 minutos para adultos e por 3 minutos para crianças ou após o aparecimento de petéquias . Após esse tempo, o manguito deve ser desinsuflado; IMPORTANTE: avisar o paciente que poderá haver cianose e formigamento do membro, que retornará ao normal logo após a retirada do manguito. ✓ O resultado é positivo se houver mais de 20 petéquias no quadrado desenhado em adultos, e 10 petéquias no quadrado desenhado, em crianças.	
Coleta de Sorologia para Dengue: → A partir do 7º até 30º dia do início dos sintomas. ATENÇÃO: - Gestante com Exantema: Até o 5º dia do início dos sintomas ou urina* até o 14º dia do início dos sintomas. *Coleta de urina: deverá ser entregue na Vigilância Epidemiológica.	
Sinais de Alarme na Dengue: <ul style="list-style-type: none">✓ Dor abdominal intensa e contínua;✓ Vômitos persistentes;✓ Hipotensão postural e/ou lipotímia;✓ Hipotermia;✓ Letargia e/ou irritabilidade;✓ Hepatomegalia dolorosa;✓ Sangramento de mucosa;✓ Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico);✓ Hemorragia importante (hematêmese e/ou melena);✓ Aumento progressivo do hematócrito;✓ Queda abrupta das plaquetas;✓ Desconforto respiratório.	Sinais de Choque na Dengue: <ul style="list-style-type: none">✓ Hipotensão arterial;✓ Pressão arterial convergente (PA diferencial < 20mmHg);✓ Pulso rápido e fino;✓ Enchimento capilar lento (>2 segundos).
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – 98451-1063 Coordenador: Tiago Rakoski Zientarski Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) – 98451-1063 Coordenadora: Carla Patrícia Mello Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – 99154-2613 ou 3331-8850 R: 604 – 605 Coordenadora: Renata Paim	
Elaboração/Enfermeiras: Elizângela Saggiolatto Lucchese - Coren/RS 102339 e Evelize Rubia Guth - Coren/RS 92372	
Andrei Cossetin Sczmanski Prefeito Municipal	Marcio Junior Strassburger Secretário Municipal de Saúde

Farmácia Municipal

Fórmulas, Suplementos e Complementos Nutricionais

Local: Central de Dispensação de Medicamentos

Contato: 99104-1418 / Ramal 231

Coordenação/Assistência Farmacêutica: Aline Schneider

Requisitos para solicitação de fórmulas, suplementos e complementos nutricionais a SES*/RS:

- ✓ Avaliação da nutricionista e do médico responsável pelo atendimento ao paciente (da Unidade de Saúde de referência, do especialista – SUS/Convênio/Particular);
- ✓ A(s) fórmula(s) deve(m) constar na Relação das Terapias Nutricionais disponibilizadas pela SES/RS e vinculada(s) aos critérios contemplados no Protocolo e Diretrizes de avaliação, acompanhamento e tratamento para usuários de fórmulas nutricionais – RS em Documentos Finais - Anexo I (disponível em <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/18141910-20140520152042cib-216.pdf>);
- ✓ Documentos e exames necessários: acessar a Farmácia Digital RS no endereço <https://farmaciadigital.rs.gov.br/solicitacao/#/> e informar o nome da fórmula (pelo princípio ativo) no campo de busca.

Atenção:

- O LFN* (abaixo) e demais documentos adicionais quando solicitados estão disponíveis em <https://saude.rs.gov.br/medicamentos-disponibilizados>;
- O LFN deve ser preenchido e assinado pela nutricionista e médico assistente;
- Nos casos de alergia a proteínas do leite de vaca, a dispensação de fórmulas será baseada fundamentalmente nos critérios clínicos, os exames complementares auxiliam no diagnóstico, portanto, a ausência destes exames não implica em indeferimento da dispensação.
- Em caso de responsável legal (até 04 pessoas) deve ser preenchido o cadastro – SES/RS e anexado cópias dos documentos pessoais do mesmo (RG e Cartão SUS) e comprovante de residência;
- Cópia do comprovante de endereço (conta de água, luz, telefone, internet) atualizado e no nome do paciente/responsável legal. Não Havendo, o paciente/responsável legal deve preencher e assinar a declaração de residência (Documentos Finais - Anexo II).

Requisitos para renovação da continuidade do uso das fórmulas nutricionais:

- ✓ Avaliação da nutricionista e do médico responsável pelo atendimento ao paciente (da Unidade de Saúde de referência, do especialista – SUS/Convênio/Particular);
- ✓ Documentos e exames necessários: acessar a Farmácia Digital RS no endereço <https://farmaciadigital.rs.gov.br/solicitacao/#/> e informar o nome da fórmula (pelo princípio ativo) no campo de busca.

Quando todos os documentos estiverem prontos:

- ✓ O paciente/responsável legal deverá entregá-los na Central de Dispensação de Medicamentos – setor Farmácia Especializada, que enviará a solicitação a SES para avaliação técnica.

A equipe e o paciente/responsável legal podem acompanhar a situação das solicitações das fórmulas/suplementos/complementos nutricionais via Estado, acessando a Farmácia Digital RS no endereço <https://farmaciadigital.rs.gov.br/consulta/#/> e realizando o login gov.br (CPF e Senha - paciente).

Observação Geral:

- Durante a avaliação e até o deferimento do processo pelo Estado (média de 15 dias), o município por meio da Farmácia Especializada, poderá fornecer quantidade suficiente das 07 apresentações de fórmulas que fazem parte da relação municipal, desde que apresente prescrição emitida pela

nutricionista da Unidade de Saúde de referência;

- Cada LFN tem validade de 90 dias a contar da data da solicitação pelo prescritor e atende média de 06 meses de tratamento, sendo um LFN para cada doença (CID*).

- As legislações (notas técnicas, ofícios, portarias e resoluções) estão disponíveis para consulta em <https://saude.rs.gov.br/medicamentos-disponibilizados>.

***Abreviaturas:**

SES – Secretaria Estadual de Saúde

LFN – Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN

IDENTIFICAÇÃO DO USUARIO

Nome completo:		
Sexo: () M () F	Data de nascimento (D.N): ____/____/____	
CPF:	RG:	CNS:
Nome completo da Mãe:		
Raça/Cor/Etnia informada pelo paciente ou responsável: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena. Informar etnia:		
Responsável:	DN do Responsável:	
CPF:	RG:	CNS:
Endereço: (rua,nº,bairro, município)		
Telefone(s):	UF:	CEP:
E-mail:		
Assinatura do Paciente:	Assinatura do Responsável:	

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doença principal:	CID
Outro (s) Diagnóstico (s):	CID's:
Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional: <input type="checkbox"/> Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo <input type="checkbox"/> Síndrome de má absorção <input type="checkbox"/> Afagia / Disfagia por doença neurológica <input type="checkbox"/> Desnutrição moderada a grave <input type="checkbox"/> Transtorno de mobilidade intestinal <input type="checkbox"/> Outro:	

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso (kg): _____ () atual () estimado Estatura (cm): _____ () atual () estimado IMC: _____
 Laudo nutricional:

VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

() VO () TNE+VO () TNE EXCLUSIVA () TNE+TPP

Via de acesso
Sonda: () Nasogástrica () Nasoentérica () Gastrostomia () Jejunostomia

Descritivo da fórmula solicitada	Volume e fracionamento/dia	Total / Mês

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do estabelecimento:	CNES:
Nome do profissional:	CRM/CRN
CPF:	CNS:
Endereço (rua,nº,bairro, município):	
Telefone(s):	UF: CEP:
E-mail:	

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo (Médico)

Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

(casos de alergia à proteínas do leite de vaca - preencher também o folha 2)

Campos para preenchimento em caso de Alergia às Proteínas do leite de vaca**Quadro clínico****Alergia Alimentar Classificação:**

() IgE Mediada () Não IgE Mediada () Mista () Sem definição

Data do início do quadro: ___/___/___

Manifestações cutâneas:

() urticária () prurido () angioedema () dermatite () outros

Observações:

Manifestações gastrointestinais:

() dor abdominal () diarreia () constipação () vômitos/náuseas () refluxo

() Distensão abdominal () sangue nas fezes () outros

Observações:

Manifestações respiratórias:

() broncoespasmo () tosse () rinite () edema de laringe () outros

Observações:

Exames Complementares (atuais)**IgE específica *in vivo* (PRICK TEST)**

() alfa-lactoalbumina () beta-lactoglobulina () caseína () leite de vaca () soja

Data : ___/___/___

IgE específica *in vitro* (RAST)

() alfa-lactoalbumina () beta-lactoglobulina () caseína () leite de vaca () soja

Data : ___/___/___

Avaliação gastrointestinal:

() sangue oculto () alfa-1-antitripsina fecal () relação albumina/globulina

Data : ___/___/___

Anatomopatológico:

() estômago () esôfago () duodeno () reto

Data : ___/___/___

Prova de provocação oral / Teste de desencadeamento

() Sim , data ___/___/___ () Não

Data: ___/___/___

Assinatura e carimbo (Médico)

Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

(casos de alergia à proteínas do leite de vaca - preencher também o folha 2)

Insumos para Gestantes Portadoras de Diabetes Mellitus

Local: Unidade de Saúde de referência

Coordenação/Assistência Farmacêutica: Aline Schneider

Referência: Enfermeira da UBS

Insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347 de 2006 e da Portaria do MS nº 2.583, de 10 de outubro de 2007:

- ✓ aparelhos medidores (glicosímetros);
- ✓ tiras reagentes de glicemia capilar;
- ✓ lancetador retrátil para punção digital;
- ✓ seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina.

Atenção:

- Os insumos descritos acima serão disponibilizados as gestantes usuárias do SUS, portadores de diabetes mellitus gestacional ou prévia, independentemente de estar ou não em uso de terapia farmacológica.

Requisitos para liberação/aceso aos insumos pela SMS/Ijuí para as gestantes portadores de diabetes mellitus:

- ✓ Avaliação pelo enfermeiro ou médico responsável pelo atendimento ao paciente (da Unidade de Saúde de referência ou do especialista – SUS);
- ✓ Para monitoramento capilar domiciliar: prescrição de enfermagem ou médica de automonitoramento do nível de glicose no sangue por intermédio da medida da glicemia capilar (HGT), contendo a descrição da frequência diária ou semanal e da quantidade mensal necessária de tiras e lancetas (conforme orientações descritas nos fluxogramas do acompanhamento de gestantes com diabetes mellitus gestacional ou diabetes mellitus prévia).

Etapas subsequentes:

- ✓ O enfermeiro da Unidade de Saúde de referência deverá:
 - Solicitar os insumos para a Central de Medicamentos, via Prontuário Eletrônico:
 - Aparelho para verificação de glicose capilar;
 - Lancetador retrátil;
 - Fitas para verificação de glicose (50 unidades);
 - Lancetas para lancetador (10 unidades).
 - Após a Unidade de Saúde receber os insumos para o controle glicêmico, a gestante deverá ser convocada imediatamente para consulta, na qual deverá ser entregue os materiais, bem como, as orientações para proceder o controle glicêmico capilar diário (manuseio do glicosímetro, utilização das fitas reagentes, do lancetador ou das lancetas, e, o descarte correto das fitas e lancetas);
 - Entregar a tabela de controle glicêmico capilar domiciliar (pag. 55) e orientar como preenchê-la corretamente;
 - Promover educação em saúde, tanto para a gestante quanto para a família, realizando orientações para o autocuidado (terapia não farmacológica – dieta e atividade física).

Observação Geral:

- A responsabilidade da gestante sobre o aparelho glicosímetro recebido deverá ser oficializada através do Termo de Responsabilidade e Empréstimo (pag. 57), em duas vias (uma deve ser arquivada na Unidade de Saúde e a outra entregue a gestante).
- Em caso de roubo ou perda do aparelho o usuário deve fazer Boletim de Ocorrência e entregar uma

cópia na Unidade de Saúde onde retirou o aparelho para reposição.

- Quando houver alteração do monitoramento capilar domiciliar, o enfermeiro ou médico deve realizar nova prescrição especificando a frequência diária ou semanal do hemoglicoteste (HGT) e a quantidade mensal necessária de tiras e lancetas.

- A suspensão do fornecimento dos insumos aos usuários portadores de diabetes mellitus ocorrerá em caso de: mudança de residência para outro município, cessação do automonitoramento glicêmico por orientação do enfermeiro ou do médico, após o parto e em caso de óbito. Nestes casos o aparelho medidor (glicosímetro) deve ser devolvido no prazo máximo de 15 dias na Unidade de Saúde de Referência.

- Quando o aparelho glicosímetro for devolvido na Unidade de Saúde deve ser preenchido o Termo de Devolução (pag. 57).

- O uso correto e a guarda dos aparelhos, assim como a reposição de baterias, são de responsabilidade do paciente. O uso do mesmo é individual e intransferível.

- As legislações (notas técnicas, ofícios, portarias e resoluções) estão disponíveis para consulta em <https://saude.rs.gov.br/componente-basico>

Insumos para Usuários Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) e Tipo 2 (DM2)

Local: Central de Dispensação de Medicamentos e Farmácias Distritais

Coordenação/Assistência Farmacêutica: Aline Schneider

Contato/Referência:

Central de Dispensação de Medicamentos – 99104-1418 – Ramal 334

Farmácia Distrital UBS Glória – Ramais 323 ou 331

Farmácia Distrital UBS Herval – Ramal 324

Farmácia Distrital UBS Meio Rural – Ramais 314 ou 332

Farmácia Distrital UBS Penha – Ramal 342

Insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347 de 2006 e da Portaria do MS nº 2.583, de 10 de outubro de 2007:

- ✓ aparelhos medidores (glicosímetros);
- ✓ tiras reagentes de glicemia capilar;
- ✓ Lancetador retrátil para punção digital;
- ✓ seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina.

Atenção:

- Os insumos descritos acima serão disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino dependentes multidoses – tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2).

Requisitos para liberação/acesso aos insumos pela SMS/Ijuí para usuários portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2):

- ✓ Avaliação do médico responsável pelo atendimento ao paciente (da Unidade de Saúde de referência ou do especialista – SUS);
- ✓ Prescrição médica atualizada da insulino terapia;
- ✓ Para monitoramento capilar domiciliar: prescrição médica de automonitoramento do nível de glicose no sangue por intermédio da medida da glicemia capilar (HGT), contendo a descrição da frequência diária ou semanal e da quantidade mensal necessária de tiras e lancetas;
- ✓ Tabela de controle glicêmico capilar domiciliar (pag. 56) com a devidas orientações de como preenchê-lo corretamente.

Observação Geral:

- A validade da prescrição dos insumos é de 6 meses e deve ser acompanhada da prescrição da insulina.

- Em caso de roubo ou perda do aparelho o usuário deve fazer Boletim de Ocorrência e entregar uma cópia na farmácia onde retirou o aparelho para reposição.

- Quando houver alteração do monitoramento capilar domiciliar, o médico deve realizar nova prescrição especificando a frequência diária ou semanal do hemoglicoteste (HGT) e a quantidade mensal necessária de tiras e lancetas.

- A suspensão do fornecimento dos insumos aos usuários portadores de diabetes mellitus ocorrerá em caso de: mudança de residência para outro município, cessação da insulino terapia por orientação médica e em caso de óbito. Nestes casos o aparelho medidor (glicosímetro) deve ser devolvido no prazo máximo de 15 dias na Farmácia mais próxima de sua residência.

- O uso correto e a guarda dos aparelhos, assim como a reposição de baterias, são de responsabilidade do paciente. O uso do mesmo é individual e intransferível.

- As legislações (notas técnicas, ofícios, portarias e resoluções) estão disponíveis para consulta em <https://saude.rs.gov.br/componente-basico>



Termo de Responsabilidade e Empréstimo

Eu, _____
CPF nº _____ e telefone nº () _____

declaro que estou recebendo em caráter de **EMPRESTIMO**:

- () Aparelho glicosímetro da marca _____
() Lancetador da marca _____

Declaro ainda que o(s) item(ns) acima encontra(m)-se em perfeitas condições de uso e bom estado de conservação.

Estou ciente que este(s) insumo(s) é(são) de uso pessoal e intransferível e que sou responsável pelo uso correto e sua manutenção.

Me responsabilizo a fornecer o Boletim de Ocorrência em caso de furto ou perda.

Me comprometo a devolvê-lo(s) em bom estado de conservação no máximo em 15 dias, em caso de cessação da insulinoterapia, mudança de município, defeito ou danos no aparelho, recolhimento do aparelho para substituição e óbito (neste caso, os familiares ficam responsabilizados pela devolução). Também serão devolvidos os insumos não utilizados, como: fitas reagentes e lancetas.

Ijuí/RS, ____/____/____

UBS (eAP/eSF): _____

Assinatura do responsável pelo recebimento: _____

Assinatura do responsável pela entrega: _____



Termo de Devolução

Eu, _____ CPF nº _____
declaro que estou recebendo o aparelho GLICOSÍMETRO da marca _____,
bem como, do LANCETADOR da marca _____
o(s) qual(is) estava(m) emprestado(s) para o(a) paciente _____
CPF nº _____
e telefone nº () _____.

Motivo da devolução: () suspensão da insulinoterapia () mudança de município () defeito ou danos no aparelho () recolhimento do aparelho para substituição () óbito

Ijuí/RS, ____/____/____

UBS (eAP/eSF): _____

Assinatura do responsável pelo recebimento: _____

Assinatura do responsável pela devolução: _____

Medicamentos do Elenco Especializado e Especial

Local: Central de Dispensação de Medicamentos

Contato: 99104-1418 / Ramal 231

Coordenação/Assistência Farmacêutica: Aline Schneider

Requisitos para solicitação de medicamentos especializados e/ou especiais à SES*/RS:

- ✓ Avaliação do médico responsável pelo atendimento ao paciente (da Unidade de Saúde de referência, do especialista – SUS/Convênio/Particular);
- ✓ O(s) medicamento(s) deve(m) constar na RENAME (Relação de Medicamentos disponibilizados pela SES/RS) - Especializado e/ou Especial e vinculado(s) ao CID* contemplado no PCDT* de cada Patologia (disponível em <https://saude.rs.gov.br/medicamentos-disponibilizados>) ou constante na REMUME em Documentos Finais - Anexo III;
- ✓ Documentos e exames necessários: acessar a Farmácia Digital RS no endereço <https://farmaciadigital.rs.gov.br/solicitacao/#/> e informar o nome do medicamento (pelo princípio ativo ou pelo nome genérico) no campo de busca.

Requisitos para renovação da continuidade do tratamento com os medicamentos especializados e/ou especiais:

- ✓ Avaliação do médico responsável pelo atendimento ao paciente (da Unidade de Saúde de referência, do especialista – SUS/Convênio/Particular);
- ✓ Documentos e exames necessários: acessar a Farmácia Digital RS no endereço <https://farmaciadigital.rs.gov.br/solicitacao/#/> e informar o nome do medicamento (pelo princípio ativo ou pelo nome genérico) no campo de busca.

Atenção:

- O LME* (abaixo) e demais documentos adicionais quando solicitados estão disponíveis em <https://saude.rs.gov.br/medicamentos-disponibilizados>;
- A prescrição médica deve ser preenchida pela denominação comum brasileira e emitida a menos de 90 dias (validade de 30 dias para medicamentos sob regime especial de controle);
- O(s) exame(s) laboratorial(is) e/ou de imagem solicitados estão previstos nos critérios dos PCDT's/MS e servem para comprovar/monitorar a doença/CID e justificar o tratamento solicitado.
- Em caso de responsável legal (até 04 pessoas) deve ser preenchido o cadastro – SES/RS e anexado cópias dos documentos pessoais do mesmo (RG e Cartão SUS) e comprovante de residência;
- Cópia do comprovante de endereço (conta de água, luz, telefone, internet) atualizado e no nome do paciente/responsável legal. Não Havendo, o paciente/responsável legal deve preencher e assinar a declaração de residência (Documentos Finais – Anexo II).

Quando todos os documentos estiverem prontos:

- ✓ O paciente/responsável legal deverá entregá-los na Central de Dispensação de Medicamentos – setor Farmácia Especializada, que enviará a solicitação a SES para avaliação técnica.

A equipe e o paciente/responsável legal podem acompanhar a situação das solicitações dos medicamentos especializados e/ou especiais via Estado, acessando a Farmácia Digital RS no endereço <https://farmaciadigital.rs.gov.br/consulta/#/> e realizando o login gov.br (CPF e Senha - paciente).

Observação Geral:

- Cada LME tem validade de 180 dias a contar da data de solicitação pelo prescritor, sendo um LME para cada doença (CID).
- O paciente ou responsável legal tem prazo máximo de 30 dias, a contar da data de solicitação pelo prescritor, para entregar a LME na Central de Dispensação de Medicamentos – setor Farmácia Especializada.

-
- Para retirar o(s) medicamento(s) mensalmente conforme cronograma do AME* o paciente ou responsável legal deve dirigir-se a Central de Dispensação de Medicamentos – setor Farmácia Especializada portando um documento do paciente (primeira dispensação) ou recibo gerado a cada dispensação (impresso após a primeira entrega).
 - Para medicamentos de controle especial (Portaria 344/98) e antimicrobianos deve ser apresentada prescrição médica adequada ao tipo de medicamento a cada dispensação.
 - As legislações (notas técnicas, ofícios, portarias e resoluções) estão disponíveis para consulta em <https://saude.rs.gov.br/medicamentos-disponibilizados>.
-

SES - Secretaria Estadual de Saúde

PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS)

LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos

AME – Sistema de Administração de Medicamentos do Estado

Medicamentos do Elenco Essencial - Básico/Estratégico

Local: Central de Dispensação de Medicamentos e Farmácias Distritais (localizadas junto as Unidade de Saúde Herval, Meio Rural e Penha)

Contato: 99104-1418 / Ramais 231 (Central de Dispensação de Medicamentos); 324 (Herval); 314 ou 332 (Meio Rural); 342 (Penha)

Coordenação/Assistência Farmacêutica: Aline Schneider

Requisitos para liberação/acesso de medicamentos essenciais pela SMS/Ijuí:

- ✓ Avaliação pelo enfermeiro ou médico responsável pelo atendimento ao paciente (da Unidade de Saúde de referência ou do especialista/SUS);
- ✓ O(s) medicamento(s) deve(m) constar na REMUME* (Documentos Finais – Anexo III). Também pode ser solicitado via e-mail (medicamentos.sms@hotmail.com);
- ✓ Prescrição de enfermagem conforme estabelecido nos Protocolos Municipais ou prescrição médica adequada ao tipo de medicamento (nome do fármaco pela Denominação Comum Brasileira).

Atenção

- Para receitas emitidas manualmente, o paciente deve apresentar à Farmácia também o Cartão SUS.

- Sobre a validade das prescrições:

✓ **Receituário comum:**

- Medicamentos de uso contínuo (doenças crônicas) a validade da prescrição é de 6 meses.
- Anticoncepcionais orais e injetáveis a validade da prescrição é de 01 ano.
- Medicamentos de uso não contínuos a validade é de 10 dias.

✓ **Receituário de antimicrobianos** (Resolução RDC* nº 471, de 23 de fevereiro de 2021):

- É válida em todo o território nacional, por 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.
- Em situações de tratamento prolongado a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão.

✓ **Receituários de substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial** (Portaria SVS/MS* nº 344 de 12/05/1998; RDC nº 58 – 08/09/2007; RDC nº 44 – 17/08/2009; RDC nº 11 – 22/03/2011; RDC nº 50 – 25/09/2014; RDC nº 133 – 15/12/2016; RDC nº 191 – 11/12/2017; e RDC nº 473 – 24/02/2021):

- **Listas A1 e A2 (Entorpecentes) e A3 (Psicotrópicos) as receitas (Tipo “A” Cor Amarela)** são válidas em todo o território Nacional e possuem validade de 30 dias a contar da data de sua emissão. É permitido a quantidade máxima de prescrição para 30 dias de tratamento (exceto para injetáveis que a quantidade máxima está limitada a 05 ampolas por medicamento). O Talão de notificação de receitas AMARELA deve ser solicitado pelo próprio prescritor à Vigilância Sanitária Municipal.

- **Lista B1 (Psicotrópicas) as receitas (Tipo “B” Cor Azul)** são válidas somente na Unidade Federativa emitente e possuem validade de 30 dias a contar da data de sua emissão. É permitido a quantidade máxima de prescrição para 60 dias de tratamento (exceto para injetáveis na qual a quantidade máxima está limitada a 05 ampolas por medicamento). O talão de notificação de receitas AZUL é emitido pelo próprio estabelecimento (SMS) e deve ser solicitado ao almoxarifado.

- **Lista C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial)** as receitas (Tipo “Controle Especial em duas vias”) são válidas em todo o território Nacional e possuem validade de 30 dias a contar da data de sua emissão. É permitido a quantidade máxima de prescrição para 60 dias de tratamento (exceto para injetáveis na qual a quantidade está limitada a 05 ampolas por medicamento e para os antiparkinsonianos/anticonvulsivantes na qual a quantidade está limitada até 6 meses de tratamento). Este receituário é emitido no Prontuário Eletrônico.

- Lista C2 (Retinóicas de uso sistêmico) as receitas (Tipo “Controle Especial em duas vias Cor Branca”) são válidas somente na Unidade Federativa emitente e possuem validade de 30 dias a contar da data de sua emissão. É permitido a quantidade máxima de prescrição para 30 dias de tratamento (exceto para injetáveis na qual a quantidade está limitada a 05 ampolas por medicamento). A receita deve estar acompanhada do Termo de Consentimento de Risco e Consentimento Pós-Informação, em três vias (médico/farmácia/paciente). O talão de receituário deve ser solicitado pelo prescritor à Vigilância Sanitária Municipal.

- Lista C2 (Retinóicas de uso externo) as receitas (Tipo “Comum”) são válidas em todo o território Nacional. O talão de receituário deve ser solicitado pelo prescritor à Vigilância Sanitária Municipal.

- Lista C3 (Imunossupressoras/Lenalidomida) as receitas (Tipo “Controle Especial Cor Branca”) são válidas em todo o território Nacional e possuem validade de 20 dias a contar da data de sua emissão (exceto quando destinada a mulheres com potencial de engravidar, cuja validade é de 07 dias, contados a partir da data da realização do teste de gravidez). É permitido a quantidade máxima de prescrição para 30 dias de tratamento. A receita deve estar acompanhada do Termo de Responsabilidade e Esclarecimento, em três vias (médico/farmácia/paciente). O talão de receituário deve ser solicitado pelo prescritor à Vigilância Sanitária Municipal, mediante cadastro.

- Lista C3 (Imunossupressoras/Talidomida) as receitas (Tipo “Controle Especial Talidomida Cor Branca”) são válidas somente na Unidade Federativa emitente e possuem validade de 20 dias a contar da data de sua emissão. É permitido a quantidade máxima de prescrição para 30 dias de tratamento. A receita deve estar acompanhada do Termo de Responsabilidade e Esclarecimento, em três vias (médico/farmácia/paciente). O talão de receituário deve ser solicitado pelo prescritor à Vigilância Sanitária Municipal, mediante cadastro.

- Em relação as substâncias da lista D1 (Precursoras de Entorpecentes e/ou Psicotrópicos) as receitas (Tipo “Comum”) são válidas em todo o território Nacional. Este receituário é emitido no Prontuário Eletrônico.

Observação Geral:

- Para a dispensação do medicamento é obrigatória a apresentação da prescrição, a cada retirada.
- As legislações estão disponíveis para consulta em <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/> e <http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/>

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SVS/MS – Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

Medicamentos do Elenco Estratégico - Toxoplasmose

Local: Central de Dispensação de Medicamentos

Contato: 99104-1418 / Ramal 231

Coordenação/Assistência Farmacêutica: Aline Schneider

Medicamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Portaria do MS* nº 1.897 – 26/07/2017, da Notas Técnicas do MS nº 249/2018 e nº 07/2020 e da Nota Técnica da SES*/RS nº 07/2019:

- ✓ Espiramicina 500mg;
- ✓ Sulfadiazina 500mg;
- ✓ Pirimetamina 25mg.

Atenção:

- O medicamento ácido fólico 15mg, que deve ser usado concomitante com a pirimetamina (para prevenção da mielotoxicidade), faz parte do elenco essencial básico da assistência farmacêutica.

- Os medicamentos descritos acima serão disponibilizados para tratamento da toxoplasmose nas seguintes situações:

Gestantes com infecção aguda (CID* 098.6);

Recém-nascidos com infecção congênita comprovada por toxoplasmose ou recém-nascidos filhos de mulheres com toxoplasmose gestacional comprovada ou provável, principalmente quando ocorrida no final da gestação (CID P37.1);

Pessoas vivendo com HIV que apresentem sinais clínicos compatíveis e exame de imagem sugestivo de neuro toxoplasmose (CID B24);

Indivíduos com oculopatia por toxoplasmose (CID B58.0);

Indivíduos confirmados para toxoplasmose e com indicação de tratamento:

- Com hepatite por toxoplasma (CID B58.1);
- Com meningoencefalite por toxoplasma (CID10 B58.2);
- Com toxoplasma pulmonar (CID B58.3);
- Com toxoplasma com comprometimento em outros órgãos (CID B58.8);
- Com toxoplasma não especificada (CID B58.9).

Requisitos para solicitação à CRS* dos medicamentos para o tratamento da toxoplasmose:

- ✓ Avaliação do médico responsável pelo atendimento ao paciente (da Unidade de Saúde de referência ou do especialista – SUS/Convênio/Particular);
- ✓ Prescrição médica em receituário adequado ao tipo de medicamento (nome do fármaco pela Denominação Comum Brasileira);
- ✓ Cópia da FIN* (abaixo) do SINAN* devidamente preenchida e legível e disponível em <https://www.cevs.rs.gov.br/notifique-aqui>;
- ✓ Número da notificação no SINAN (fornecido pela vigilância epidemiológica após digitação da FIN);
- ✓ Resultado dos exames sorológicos para toxoplasmose (IgM, IgG e Avidéz de IgG);
- ✓ Cópias dos documentos pessoais/Paciente: RG, CPF, Cartão SUS;

-
- ✓ Cópia do comprovante de endereço (conta de água, luz, telefone, internet) atualizado e no nome do paciente/responsável legal. Não Havendo, o paciente/responsável legal deve preencher e assinar a declaração de residência (Documentos Finais – Anexo II).

Atenção:

- De acordo com a Portaria do MS nº 04/2017, são doenças de notificação compulsória a toxoplasmose gestacional (CID O98.6) e a toxoplasmose congênita (CID P37.1). No entanto, tendo em vista a relevância da doença no cenário nacional, o MS orienta que todos os casos de toxoplasmose sejam notificados (no caso de mulheres grávidas deve ser notificado também todo caso suspeito ou provável de toxoplasmose gestacional). A notificação deve ser realizada no SINAN através do preenchimento da Ficha de Notificação Individual e envio imediato à Vigilância Epidemiológica do Município (cópia via e-mail – epidemioijui@hotmail.com ou epidemioepidemio@yahoo.com – e original via malote) que fará a inclusão no sistema, gerando o número da notificação.
- O número da notificação SINAN deverá ser informado pela Vigilância Epidemiológica, o mais breve possível, à Central de Distribuição de Medicamentos.

Quando todos os documentos estiverem prontos:

- ✓ O paciente/responsável legal deverá entregá-los na Central de Dispensação de Medicamentos – setor Farmácia Especializada, que enviará a solicitação a CRS para avaliação técnica, após receber da Vigilância Epidemiológica o número da notificação SINAN.

Observação Geral:

- As condutas terapêuticas deverão seguir as recomendações contidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas da SES/RS e do MS, bem como, no TeleCondutas (TelessaudeRS).
- As legislações (notas técnicas) e os materiais de apoio referente a toxoplasmose estão disponíveis em <https://saude.rs.gov.br/componente-estrategico>.
- As legislações (notas técnicas, ofícios, portarias e resoluções) estão disponíveis para consulta em <https://saude.rs.gov.br/medicamentos-disponibilizados>.

MS – Ministério da Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS)

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

FIM – Ficha de Notificação Individual

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4-Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	Conclusão						
	Conclusão	31 Data da Investigação		32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado		33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
Local Provável da Fonte de Infecção							
34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado				35 UF	36 País		
37 Município		Código (IBGE)		38 Distrito	39 Bairro		
40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado					
42 Data do Óbito		43 Data do Encerramento					
Informações complementares e observações							
Observações adicionais							
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura		
Notificação/conclusão		Sinan NET		SVS 27/09/2005			

Manutenção de Equipamentos da Saúde

Coordenação: Luciano Fonseca

Contato: 99185-4525

E-mail: manutencao.sms@ijui.rs.gov.br

Local: ABS Soluções Técnicas

Contato: 3332-1633

Endereço: Rua Maceió, nº 304, Bairro Burtet

Horário de Atendimento: 08:30 às 12:00 / 13:30 às 18:00

Realiza manutenção dos seguintes equipamentos:

- ✓ Eletrocardiograma;
 - ✓ Cabo do aparelho de Eletrocardiograma;
 - ✓ Esfigmomanômetro;
 - ✓ Balanças;
 - ✓ Autoclaves;
 - ✓ Aspiradores;
 - ✓ Respiradores;
 - ✓ Otoscópios;
 - ✓ Desfibriladores,
 - ✓ Ambulância;
 - ✓ Compressor odontológico;
 - ✓ Equipamentos odontológicos em geral;
 - ✓ Visita técnica para avaliação e manutenção dos equipamentos.
-

Requisitos Necessários:

- Preencher adequadamente o Formulário de Envio de Equipamentos para Conserto (conforme modelo a seguir), incluindo o NÚMERO DO PATRIMÔNIO. Este documento deve estar dentro da embalagem do aparelho/equipamento.
 - Comunicar via e-mail (manutencao.sms@ijui.rs.gov.br) qual a necessidade ou o que está sendo encaminhado para conserto. Se possível, anexar fotos.
 - Os aparelhos e/ou equipamentos devem ser adequadamente EMBALADOS e IDENTIFICADOS (usar modelo de identificação a seguir).
-



ABS

Soluções Técnicas e Representações

FORMULÁRIO PARA ENVIO DE EQUIPAMENTOS PARA CONSERTO

____/____/____

ENVIAR PARA:

A/C: ASSISTÊNCIA TÉCNICA

ABS SOLUÇÕES TÉCNICAS E REPRESENTAÇÕES
ALEXANDRE BASSAN DA SILVEIRA – ME
CNPJ: 17.500.279/0001-75
RUA MACEIÓ, 304 – BURTET – IJUÍ/RS – 98700-000

Cliente:	
Responsável:	Contato:
Nome do equipamento 01:	
Defeito:	
Garantia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Nome do equipamento 02:	
Defeito:	
Garantia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Nome do equipamento 03:	
Defeito:	
Garantia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

Atenção! Caso o reparo seja em garantia, anexar nota fiscal de compra do(s) equipamento(s).



Unidade de Saúde: _____

Profissional: _____

Data de Envio: ____/____/____

Motivo/Equipamento: _____

Destino: ABS Soluções Técnicas - Rua Maceió, nº 304, Bairro Burtet

Coordenador Municipal Luciano Fonseca

do Setor de Manutenção: 55 99185-4525 / manutencao.sms@ijui.rs.gov.br



Unidade de Saúde: _____

Profissional: _____

Data de Envio: ____/____/____

Motivo/Equipamento: _____

Destino: ABS Soluções Técnicas - Rua Maceió, nº 304, Bairro Burtet

Coordenador Municipal Luciano Fonseca

do Setor de Manutenção: 55 99185-4525 / manutencao.sms@ijui.rs.gov.br



Unidade de Saúde: _____

Profissional: _____

Data de Envio: ____/____/____

Motivo/Equipamento: _____

Destino: ABS Soluções Técnicas - Rua Maceió, nº 304, Bairro Burtet

Coordenador Municipal Luciano Fonseca

do Setor de Manutenção: 55 99185-4525 / manutencao.sms@ijui.rs.gov.br

Rede Proteção à Infância e Adolescência

Local: Secretaria Municipal de Saúde – 2º Piso

Coordenação/APS: Salester Ruver

Contato: 3331-8800 R: 215

Referência: Helena de F. Dal Forno

Contato: 3331-8800 ou Ramal 326

Recebe as demandas dos serviços:

- ✓ Unidades Básicas de Saúde (UBS – eAP/eSF);
- ✓ Unidade de Pronto Atendimento (UPA);
- ✓ Serviço de Atendimento Especializado (SAE);
- ✓ CAPS;
- ✓ Saúde da Mulher;
- ✓ Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS);
- ✓ Centro de Referência da Assistência Social (CRAS);
- ✓ Conselho Tutelar;
- ✓ Coordenadoria Regional de Educação (CRE);
- ✓ Judiciário;
- ✓ Usuários, entre outros.

Caso notificado pela Unidade de Saúde:

- ✓ Toda a demanda que chegar até os profissionais da equipe de saúde deve primeiramente ser averiguada, avaliada e atendida pela Unidade de Saúde de referência por meio de visita domiciliar, atendimento multiprofissional, busca ativa, levantamento de fatos com familiares, vizinhos e escola para assim, viabilizar o acompanhamento e/ou a resolução do caso e, se não houver a possibilidade de resolução acionar a Rede de Proteção à Infância e Juventude encaminhando um relatório.
- ✓ A Equipe deverá ACIONAR a Rede de Proteção via prontuário eletrônico do paciente (IDS-SINNC: 502-Rede de Proteção à Infância e Adolescência) e encaminhar RELATÓRIO via e-mail rededefanciasms@ijui.rs.gov.br, contendo as seguintes informações: dados da criança/adolescente, filiação, data de nascimento, endereço e informações relevantes quanto aos atendimentos prestados na Unidade de Saúde, bem como, estratégias de acompanhamento, monitoramento e cuidados relacionados ao caso, avaliando hipóteses de negligência e/ou vulnerabilidade.
- ✓ A Rede Proteção SEMPRE encaminha o caso para o Conselho Tutelar e demais serviços de referência necessários (CREAS, CRAS, CAPS, Habitação, Saúde Mulher, Judiciário, Avaliações Psicológicas, Consultas, Exames Especializados, e outros).

Caso Notificado pelo Conselho Tutelar ou Judiciário:

- ✓ A Rede de Proteção da SMS recebe a notificação desses órgãos e realiza o encaminhamento ao serviço de saúde de referência (eAP, eSF, CAPS, entre outros), solicitando avaliação, assistência e acompanhamento de acordo com demanda relatada;
- ✓ A Equipe que está atendendo o caso, deve realizar visita domiciliar, elaborar o relatório informando o que foi identificado e qual plano terapêutico ofertado (o envio da resposta deve respeitar o prazo determinado pelo órgão que notificou o caso);
- ✓ A Equipe deverá ofertar e realizar a assistência de acordo com as necessidades identificadas;
- ✓ Se indicado assistência especializada, poderá solicitar auxílio para a **Rede de Proteção à Infância e Adolescência**;

-
- ✓ Manter o acompanhamento do caso enquanto permanecer as situações de risco (Ex: desnutrição, violência, negligência, vulnerabilidade etc.).
-

Observação:

- É primordial que todos os documentos relacionados ao caso (relatórios, memorandos, ofícios etc.) sejam arquivados no Prontuário Eletrônico do Paciente.
- Sempre que for solicitado um relatório é pertinente a realização da VISITA DOMICILIAR, considerando que o Prontuário pode conter registros sucintos comprometendo a identificação e compreensão de toda demanda denotada pelo Serviço que solicitou o relatório.
- As demandas da Rede Proteção da SMS são relacionadas para a Assistência em Saúde da Criança ou Adolescente (exemplos: imunização, puericultura, nutrição, drogadição, saúde mental, gravidez na adolescência, gravidez em mulher de maioridade quando há risco ao nascituro e demais agravos na saúde dos pacientes na faixa etária de 0 - zero a 18 - dezoito anos).

Transporte Municipal

Local: 2º Piso da SMS

Contato: Ramal 210

Coordenação/Transporte: Márcio Garcia

Atendimento em Situações de Urgência e Emergência da Unidade de Saúde para o HCl*:

- ✓ Avaliação clínica (enfermeiro/médico);
- ✓ Acionar SAMU* (192).

Observação:

- Os pacientes atendidos pelo SAMU serão transportados até o hospital, se necessário.

Transporte em situações de Urgência da Unidade de Saúde para a UPA*:

- ✓ Avaliação clínica (enfermeiro/médico);
- ✓ Preencher e encaminhar via Prontuário Eletrônico;
- ✓ Entrar em contato direto com o número de celular da UPA 24hs 99154-2613. Este estará com os profissionais plantonistas (médico ou enfermeiro).

Transporte em situações de tratamento/acompanhamento da Unidade de Saúde para HCl/Reabilitação/Clínicas conveniadas:

- ✓ Avaliação clínica (enfermeiro/médico);
- ✓ Acionar Coordenação do Transporte (Márcio Garcia) pelo Ramal 210 ou Celular 98451-1004

Observação:

- Serão priorizados os pacientes acamados, deficientes e gestantes que necessitam de transporte pela SMS, devido a impossibilidade de locomoção e/ou riscos definidos na avaliação.
- Outros casos específicos, o médico/enfermeiro deve discutir com o coordenador do serviço de transporte.

Transporte para consultas especializadas, exames, cirurgias e/ou internações realizadas em outros municípios de referência:

- ✓ Comprovante da consulta (contendo data, horário e local), do exame ou da cirurgia, que deve ser retirado junto ao setor de regulação no 3º piso da SMS;
- ✓ Cópia da carteira de identidade do paciente e do acompanhante (quando necessário).

Atenção:

- Serão priorizados acompanhantes aos pacientes encaminhados para cirurgia/internação, crianças, idosos, gestantes e pacientes com deficiência (desde que tenha atestado médico).
- Casos específicos, o médico/enfermeiro deve discutir com o coordenador do setor de transporte.

Quando todos os documentos estiverem prontos:

- ✓ O paciente/responsável legal deverá levá-los até o setor de transporte (2º Piso da SMS), que incluirá na agenda a solicitação de viagem.

No dia anterior a viagem:

- ✓ O paciente/responsável legal deverá entrar em contato com o setor de transporte pelo telefone 3331-8810, no turno da tarde, para confirmar o horário e o local de saída.

Vale transporte (passagem de ônibus) em casos específicos:

- ✓ O paciente/responsável legal deverá levar até o setor de transporte (2º Piso da SMS) os seguintes documentos:

- Atestado do médico assistente (média/alta complexidade) justificando a necessidade de transporte que possua sanitário;

-
- Comprovante (contendo data, horário e local) da consulta, do exame ou da cirurgia, que deve ser retirado junto ao setor de regulação no 3º piso da SMS;
 - Cópia da carteira de identidade (RG) do paciente e do acompanhante (quando necessário).
 - Cópia do comprovante de endereço (conta de água, luz, telefone, internet) atualizado no nome do paciente/responsável legal ou declaração de residência (ANEXO) assinada pelo paciente ou responsável legal.
-

Transporte em caso de alta hospitalar

- ✓ O contato deve ser estabelecido entre a Instituição Hospitalar e o Setor de Transporte da SMS.
-

Transporte para realização de quimioterapia e hemodiálise

- A Instituição Hospitalar fornecerá documento comprobatório da necessidade de tratamento quimioterápico e / ou hemodiálise.
 - Munido deste documento, o paciente ou responsável legal deverá:
 - Em caso de cadeirante ou acamados entrar em contato com Márcio Garcia, Coordenador do Setor de Transporte da SMS.
 - Nas demais situações entrar em contato com Salester Ruver, Coordenadora da Atenção Básica da SMS.
-

Transporte para realização de eventos

- ✓ O interessado deverá formalizar solicitação ao Secretário Municipal de Saúde. No documento é imprescindível a descrição do local, das datas e horários em que ocorrerá o evento.
-

HCI – Hospital de Caridade de Ijuí

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24hs

ROTINAS E FLUXOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Centro de Especialidades Odontológicas – CEO

Anquiloglossia (Frênulo Encurtado/“Língua Presa”)

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação: Flávia Pasinato

Contato: Ramal 212

Orientações Geral:

- ✓ Encaminhamento médico ou do odontologista solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do paciente (IDS-SINNC: 88-CEO-Cirurgião Dentista Bucomaxilofacial) contendo descrição mínima da situação.

Atenção:

- Não há necessidade de deslocamento do paciente até a Secretaria Municipal da Saúde para a entrega do encaminhamento. Toda a logística é via sistema (Prontuário Eletrônico).
 - O paciente/responsável será comunicado da data do atendimento, via contato telefônico pelo Centro de Especialidades Odontológicas.
-

Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST

CEREST

Local: Rua Irmão Gressler, 144, centro

Contato: 3331 – 4855 ou 99157-6236

Coordenação/CEREST: Patrícia Felden Torma

Requisitos necessários para encaminhar/reencaminhar ao CEREST:

- ✓ Avaliação pelo enfermeiro ou médico assistente da Unidade de Saúde de referência;
- ✓ Encaminhamento via Prontuário Eletrônico (IDS-SINNC: 500-CEREST-Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador), contendo descrição mínima: da patologia ou condição clínica, do CID*, dos sinais e sintomas, do(s) achado(s) no exame físico, do resultado do(s) exame(s) complementar(es), do tratamento já realizado, se já notificado no SINAN*(abaixo).

Etapas subsequentes:

- ✓ O paciente será comunicado, via contato telefônico pelo CEREST, sobre a data e o horário do atendimento;
- ✓ O paciente deverá ser orientado a levar no dia do atendimento cópia da notificação no SINAN e os exames já realizados.

Observação Geral:

- É necessário que o paciente comunique antecipadamente o CEREST da impossibilidade de comparecer na data agendada. O não comparecimento no atendimento sem aviso prévio, resultará no reagendamento conforme disponibilidade da agenda.

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação disponível em:
<https://www.cevs.rs.gov.br/notifique-aqui>

SINAN - ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIALBIOLÓGICO

SINAN - ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

SINAN - DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/CÂNCER

SINAN - DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/DERMATOSES OCUPACIONAIS

SINAN - DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO LER/DORT

SINAN - DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO PAIR (ACUIDADE AUDITIVA)

SINAN - DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/PNEUMOCONIOSES

SINAN - DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/TRANSTORNOS MENTAIS

Policlínica

Cirurgião Vascular Adulto POLICLÍNICA

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Evelize Rúbia Guth

Contato: Ramal 205

Condições clínicas para encaminhar ao Angiologista na Policlínica:

- ✓ Consulta vascular em pacientes acima de 12 anos, sintomáticos ou não, com exame físico alterado para fechamento de diagnóstico e/ou manejo clínico.

Requisitos necessários:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 375-Médico Cirurgião Vascular-Consulta Clínica-Policlínica OU 376-Médico Cirurgião Vascular-Retorno-Policlínica) contendo descrição mínima da patologia ou condição clínica, sinais e sintomas, achado(s) no exame físico, resultado do(s) exame(s) complementar(es), se realizados, com a respectiva data, tratamentos prévios da condição (com dose e posologia) e comorbidades associadas (informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose e posologia).

Etapas Subsequentes:

- A Policlínica regula, agenda e comunica o paciente/familiar sobre a data, o horário e local da consulta, via telefone cadastrado no Prontuário Eletrônico;
- É necessário que o paciente/familiar comunique antecipadamente a Policlínica da impossibilidade de comparecer na data agendada, para que o serviço possa realizar o reagendamento da consulta. O não comparecimento na consulta, sem aviso prévio, resultará no cancelamento do atendimento junto ao sistema, requerendo realizar nova solicitação via Prontuário Eletrônico do Paciente, na Unidade de Saúde de referência, por meio de consulta médica.

Observações Gerais:

- Orientar o paciente a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares recentes (se realizados).
- A solicitação da consulta de retorno para mostrar exames (Ecodoppler) deverá ser realizado pela Unidade de Saúde, incluindo no encaminhamento a imagem do laudo.
- Encaminhamentos realizados por médicos de outros Serviços de Saúde – Especialistas, CISA, Pronto Atendimentos devem ser avaliados pelo médico clínico da Unidade de Saúde e, se necessário, encaminhados para o Angiologista ou Cirurgião Vascular via Prontuário Eletrônico do Paciente, observando as condições clínicas que indiquem o serviço adequado (Policlínica ou GERCON).

Cardiologia Adulto POLICLÍNICA

Local: 2º Piso da SMS

Coordenação/Regulação: Evelize Rubia Guth

Contato: Ramal 205

Condições clínicas de urgência e emergência (acionar SAMU ou encaminhar para a UPA*):

- ✓ Suspeita ou diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda;
- ✓ Paciente com insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar, sem condições de manejo ambulatorial;
- ✓ Arritmias em paciente com sinais de hipoperfusão, síncope, dispneia, suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, alterações de risco em eletrocardiograma;
- ✓ Episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, arritmia de início recente, suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, alterações de risco em eletrocardiograma.

Atendimento cardiológico na Policlínica da SMS:

- ✓ Avaliação cardiológica pré-operatória. Lembrete: o ECG será realizado na Policlínica no dia da consulta;
- ✓ Avaliação cardiológica em crianças a partir de 8 anos para iniciar o uso de Ritalina (referenciadas pelo CAPS Infantil);
- ✓ Consulta cardiológica em pacientes acima de 13 anos, com exame físico e/ou com laudo de ECG* alterado, para fechamento de diagnóstico;
- ✓ Consulta cardiológica para auxílio no manejo medicamentoso em pacientes de difícil controle clínico (fora do alvo terapêutico), após otimização do tratamento na Unidade de Saúde;
- ✓ Reavaliação de paciente que teve atendimento cardiológico de urgência/emergência em serviços de saúde, mediante encaminhamento do médico do Hospital em que paciente esteve internando (Ex: INCOR/HCI) ou do médico da Unidade de Saúde de Referência.

Requisitos necessários:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 372-Médico Cardiologista-Consulta Clínica-Policlínica OU 373-Médico Cardiologista-Pré-Operatório-Policlínica OU 374-Médico Cardiologista-Retorno-Policlínica) contendo descrição mínima da patologia ou condição clínica (com CID*), sinais e sintomas, achado(s) no exame físico, resultado do(s) exame(s) complementar(es), se realizados, com a respectiva data, tratamentos prévios da condição (com dose e posologia); comorbidades associadas (informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose e posologia), se paciente teve atendimento cardiológico de urgência/emergência em serviços de saúde contendo os dados complementares do atendimento.

Etapas Subsequentes:

- ✓ A Policlínica regula, agenda e comunica o paciente/familiar sobre a data, o horário e local da consulta, via telefone cadastrado no Prontuário Eletrônico;
- ✓ É necessário que o paciente/familiar comunique antecipadamente a Policlínica da impossibilidade de comparecer na data agendada, para que o serviço possa realizar o reagendamento da consulta. O não comparecimento na consulta, sem aviso prévio, resultará no cancelamento do atendimento junto ao sistema, requerendo realizar nova solicitação via Prontuário Eletrônico do Paciente, na Unidade de Saúde de referência, por meio de consulta médica.

Observações Gerais:

- Eletrocardiograma laudado e avaliado pelo médico de referência da Unidade de Saúde deve ser entregue ao paciente para que ele apresente no dia da consulta ao cardiologista.
- Orientar o paciente a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares recentes (se realizados).
- A solicitação da consulta de retorno para mostrar exames (ecocardiografias, cintilografias, teste ergométrico, holter 24 horas, MAPA, tomografias, ultrassonografias etc.) deverá ser realizado pela Unidade de Saúde, incluindo no encaminhamento a imagem do laudo.
- Encaminhamentos realizados por médicos de Serviços Hospitalares (Avaliação Cardiológica Pré-operatória) devem ser anexados via Prontuário Eletrônico do Paciente.
- Encaminhamentos realizados por médicos de outros Serviços de Saúde – Especialistas, CISA, Pronto Atendimento devem ser avaliados pelo médico clínico da Unidade de Saúde e, se necessário, encaminhados para o Cardiologista via Prontuário Eletrônico do Paciente, observando as condições clínicas que indiquem o serviço adequado (Policlínica ou GERCON).

UPA – Unidade de Pronto Atendimento **(IDS SINNC: 395-UPA 24H)**

ECG – Eletrocardiograma

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

Eletrocardiograma - ECG

Locais: Unidades de Saúde e Policlínica (2º Piso da SMS)

Coordenação: Evelize Rubia Guth

Contato: 3331 - 8800 / Ramal 205

Referência: Claudia Legunde

Contato: 3331 – 8800 / Ramal 242

Cuidados antes de realizar o ECG:

- Alimentar-se normalmente, sem a ingestão de bebidas alcoólicas;
- Tomar os medicamentos de uso contínuo, conforme prescrição médica;
- Não usar cremes hidratantes na região do tórax;
- Não fumar pelo menos 30 minutos antes do exame; e,
- Evitar qualquer tipo de esforço nos últimos 10 minutos que antecede a execução do ECG.

Orientações Específicas:

✓ **ECG pré-operatórios são realizados somente na Policlínica**

- Solicitações de ECG com Avaliação Cardiológica: não é necessário agendar o exame, pois este será realizado no dia da consulta.

- Solicitações de ECG com laudo cardiológico (que não necessitam avaliação cardiológica): deverão ser agendados na Policlínica pela Unidade de Saúde no Ramal 242 sendo informado a recepção que o exame solicitado é pré-operatório. Após o exame ser laudado pelo médico cardiologista ele será entregue ao paciente ou enviado à Unidade de Saúde (conforme sua preferência).

✓ **Para as consultas cardiológicas de pacientes que não possuem ECG prévio**

- Unidades de Saúde que REALIZAM ECG: realizar o exame na semana da consulta e entregar ao paciente para que leve no dia da consulta. O exame será laudado e devolvido ao paciente no momento da consulta.

- Unidades de Saúde que NÃO REALIZAM ECG: não necessita agendar o exame na Policlínica pois este será realizado no dia da consulta.

Atenção:

- Todo exame de ECG realizado na Unidade de Saúde deve ser enviado para laudo cardiológico.

- É fundamental o preenchimento correto das informações solicitadas na capa do ECG para a identificação da Unidade de Saúde e do paciente;

- É imprescindível anexar ao exame de ECG a solicitação médica. Para as Unidades de Saúde que NÃO REALIZAM ECG é imprescindível entregar a solicitação médica do exame de ECG ao paciente e orientá-lo a trazer no dia da realização do eletrocardiograma na Policlínica;

- Cada malote (envelope) enviado à Policlínica com os exames de ECG deve conter duas vias da Lista de Controle do Envio/Recebimento/Entrega devidamente preenchida;

- Após o ECG COM LAUDO retornar à Unidade de Saúde deve ser visto pelo médico clínico, registrado no Prontuário Eletrônico, e entregue ao paciente.

Orientações Gerais:

✓ Os pacientes NÃO DEVEM ser encaminhados à policlínica.

✓ Os agendamentos DEVEM ser realizados pela Unidade de Saúde via Sistema Eletrônico.

✓ Dúvidas – Ramal 242 (Ariane ou Cláudia).

✓ Orientar o paciente/familiar:

- Caso não puder comparecer no dia/hora do exame avisar a Policlínica com antecedência para reagendar nova data e liberar o atual horário para outro paciente.

- O não comparecimento no dia/hora do exame agendado sem aviso prévio implicará no cancelamento da solicitação do exame, impossibilitando seu reagendamento.
- Chegar 10 minutos antes do horário agendado e confirmar sua presença na recepção.
- Ter junto no dia agendado a solicitação do exame e o Cartão SUS.
- Recomenda-se usar roupas que permitam tirar somente a parte de cima para facilitar a realização do exame.
- Para homens que possuem muitos pelos na região do tórax, poderá ser necessário cortá-los para fixação dos eletrodos.



US: _____

LISTA DE CONTROLE DO ENVIO/ RECEBIMENTO/ENTREGA DOS EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA – ECG

“É obrigatório o envio desta lista junto com os exames de ECG e é da responsabilidade dos técnicos de enfermagem o seu preenchimento, encaminhamento e recebimento”.

Exame Laudado e Resgatado ¹	Nº	Nome do Paciente ²	Nº Cartão SUS	Data da Realização do Exame	Data que o Exame foi Visto pelo Médico Clínico	Data da Entrega do Exame Laudado ao Paciente	Assinatura do Paciente ou Responsável
	01						
	02						
	03						
	04						
	05						
	06						
	07						
	08						
	09						
	10						

Data de Envio do Malote à Policlínica: ____/____/____

Assinatura/Carimbo do Profissional: _____

Data de Recebimento do Malote na Policlínica: ____/____/____

Assinatura do Profissional: _____

Médico Cardiologista/Laudos: _____

Data de Envio do Malote à US: ____/____/____

Assinatura/Carimbo do Profissional: _____

Data de Recebimento do Malote na US: ____/____/____

Assinatura do Profissional: _____

ATENÇÃO: Confira a lista de nomes dos pacientes com os exames contidos no envelope.

¹ Registro e controle da Policlínica.

² O nome do paciente deve corresponder com o Cartão SUS e a Solicitação Médica.

LEMBRETES:

- ✎ É fundamental o preenchimento correto das informações solicitadas na capa para a identificação da Unidade de Saúde e do paciente.
- ✎ Os sinais vitais solicitados são importantes na avaliação do exame de ECG.
- ✎ É imprescindível anexar a solicitação médica do exame de ECG.

LEMBRETES:

- ✎ É fundamental o preenchimento correto das informações solicitadas na capa para a identificação da Unidade de Saúde e do paciente.
- ✎ Os sinais vitais solicitados são importantes na avaliação do exame de ECG.
- ✎ É imprescindível anexar a solicitação médica do exame de ECG.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
IJUÍ – RS



ELETROCARDIOGRAMA – ECG

NOME: _____

CARTÃO SUS ou CPF ou CÓDIGO DO USUÁRIO: _____

DN: ____/____/____ IDADE: ____ anos

PA: ____/____ mmHg FC: ____ bpm SPO₂: ____ %

DT DO EXAME: ____/____/____ REALIZADO POR: _____

UBS DE REFERÊNCIA: _____



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
IJUÍ – RS



ELETROCARDIOGRAMA – ECG

NOME: _____

CARTÃO SUS ou CPF ou CÓDIGO DO USUÁRIO: _____

DN: ____/____/____ IDADE: ____ anos

PA: ____/____ mmHg FC: ____ bpm SPO₂: ____ %

DT DO EXAME: ____/____/____ REALIZADO POR: _____

UBS DE REFERÊNCIA: _____

LAUDO DO ECG

ANEXAR

SOLICITAÇÃO MÉDICA + EXAME DE ECG

DATA/LAUDO: ____/____/____ CARDIOLOGISTA: _____

LAUDO DO ECG

ANEXAR

SOLICITAÇÃO MÉDICA + EXAME DE ECG

DATA/LAUDO: ____/____/____ CARDIOLOGISTA: _____

Insumos - Fraldas Descartáveis

Local: Subsolo da SMS

Contato: Ramal 236

Requisitos para concessão de fraldas:

- ✓ Residir no município;
- ✓ Possuir incapacidade financeira, conferida mediante avaliação social da renda familiar mensal, igual ou inferior a 02 (dois) salários-mínimos regionais, considerando os ganhos totais brutos.
- ✓ Apresentar incontinência urinária e/ou fecal decorrente das seguintes patologias/CID*:

C57.8 - Lesão invasiva dos órgãos genitais femininos.

C63.8 - Lesão invasiva dos órgãos genitais masculinos.

C67.8 - Lesão invasiva da bexiga.

E84.1 - Fibrose cística com manifestações intestinais.

F00 - Demência na doença de Alzheimer.

F00.1 - Demência na doença de Alzheimer de início tardio.

F01.0 - Demência vascular de início agudo.

F01.1 - Demência por infartos múltiplos.

G35 - Esclerose múltipla.

G37.0 - Esclerose difusa.

G37.1 - Desmielinização central do corpo caloso.

G37.2 - Mielinólise central da ponte.

G37.3 - Mielite transversa aguda em doenças desmielinizantes do sistema nervoso central.

G45.1 - Síndrome da artéria carotídea.

G46.1 - Síndrome da artéria cerebral anterior.

G80 - Paralisia cerebral infantil.

G82 - Paraplegia e tetraplegia.

G83.4 - Síndrome da cauda equina.

I60.0 - Hemorragia subaracnóide proveniente do sifão e da bifurcação da carótida.

I60.2 - Hemorragia subaracnóide proveniente da artéria comunicante anterior.

I61.0 - Hemorragia intracerebral hemisférica subcortical.

I61.3 - Hemorragia intracerebral do tronco cerebral.

I61.6 - Hemorragia intracerebral de múltiplas localizações.

I63.0 - Infarto cerebral devido a trombose de artérias pré-cerebrais.

I63.1 - Infarto cerebral devido a embolia de artérias pré-cerebrais.

I63.2 - Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificada de artérias pré-cerebrais.

I63.3 - Infarto cerebral devido a trombose de artérias cerebrais.

I63.4 - Infarto cerebral devido a embolia de artérias cerebrais.

I67.3 - Lencefalopatia vascular progressiva.

I69.1 - Sequela de hemorragia intracerebral.

I69.3 - Sequela de infarto cerebral.

K60 - Fissura e fístula das regiões anal e retal.

M62.3 - Síndrome de imobilidade (paraplégica)

N32.1 - Fístula enterro-vesical, não classificada em outra parte.

N32.2 - Bexiga neuropática flácida, não classificada em outra parte.

N36.0 - Fístula uretral.

N82.1 - Outras fístulas do trato geniturinário feminino

N81.3 - Prolapso uterovaginal completo.

N82.0 - Fístula vesicovaginal.

Q42.3 - Ausência, atresia e estenose congênita do ânus, sem fístula.

R32 - Incontinência urinária e não especificada.

R15 - Incontinência fecal.

R40.2 - Coma não especificado.

S06.2 - Traumatismos cerebral difuso.

S06.7 - Traumatismo intracraniano com coma prolongado.

Z22.6 - Portador de infecção pelo vírus T- linfotrópico tipo I (HTLV-1).

Documentos necessários para solicitação de fraldas:

- ✓ Prescrição de fraldas descartáveis pelo médico assistente, em receituário comum, via Prontuário Eletrônico do Paciente, no mínimo por 03 meses ou no máximo por 12 meses, indicando este período no receituário;
- ✓ Preenchimento do Laudo Médico de Insumos de Saúde/Fraldas Descartáveis, pelo médico assistente (abaixo), contendo a especificação do(s) CID*;

-
- ✓ Retirar na Secretaria de Desenvolvimento Social Folha Resumo do Cadastro Único através da avaliação social (contato: 3331-8294).
OBS: Deve-se manter o cadastro único atualizado.
-

Quando todos os documentos estiverem prontos:

- ✓ O paciente/responsável legal deverá entregá-los no setor de insumos (Subsolo da SMS) que organizará o pedido, a liberação e a distribuição das fraldas.
-

Reavaliação Periódica:

- ✓ A reavaliação deve ser realizada conforme a data de validade da receita que deve ser no mínimo 03 meses e no máximo 12 meses.
-

Suspensão/Cancelamento:

- ✓ O fornecimento das fraldas descartáveis será suspenso/cancelado quando:
 - ◆ Receita fora da validade;
 - ◆ Não comparecimento para retirada das fraldas descartáveis por período igual ou superior a 60 dias, salvo os casos devidamente justificados (Ex: internação hospitalar);
 - ◆ Não há entregas de fraldas cumulativas;
 - ◆ Alta médica ou Óbito (caso não seja mais necessário a utilização do insumo, o responsável deverá comunicar a SMS – Ramal 236, para finalização do processo e exclusão cadastral);
 - ◆ Deixar de atender ao requisito de vulnerabilidade socioeconômica;
 - ◆ Uso indevido das fraldas (comercialização, conservação inadequada, entre outros).
-

Observação Geral:

- O Município dispensará no máximo 120 fraldas/mês para cada usuário, correspondendo ao uso de 04 unidades/dia.
 - O deferimento cadastral e posterior fornecimento das fraldas descartáveis será mediante a conformidade das diretrizes estabelecidas em Normativa Municipal (02/2021-SMS) aprovada pelo COMUS*.
-

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
COMUS – Conselho Municipal de Saúde



LAUDO MÉDICO DE INSUMOS DE SAÚDE/ FRaldas DESCARTÁVEIS

1. DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____	Cartão SUS Nº: _____	
Doc. Identidade Nº: _____	CPF Nº: _____	Data de nascimento: _____
Nome da Mãe: _____	Sexo: _____	
Telefone: _____	Unidade de Saúde: _____	
Endereço: _____	CEP: _____	
Bairro: _____	Município: _____	
Assinatura do Paciente		

2. DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____	CPF: _____	
Doc. Identidade Nº: _____	Telefone: _____	CEP: _____
Endereço: _____	Bairro: _____	Município: _____
Assinatura do Responsável		

3. DIAGNÓSTICO(S)

CID Principal: _____	CID Secundário: _____
----------------------	-----------------------

4. NECESSIDADE DE QUANTITATIVO DE FRaldas DIÁRIA E MENSAL

2/60 unidades 3/90 unidades 4/120 unidades

5. QUANTO AO TAMANHO

Adulto pequeno (P) médio (M) grande (G) extragrande (GG) extra-extragrande (XXG)
Infantil pequeno (P) médio (M) grande (G) extragrande (GG) extra-extragrande (XXG)

6. ESTABELECIMENTO E MÉDICO

Nome do estabelecimento de saúde solicitante: * _____	Nº de CNES: _____	Data da solicitação: _____
Nome do Médico: _____	CRM: _____	
Carimbo e assinatura do médico solicitante		

* O estabelecimento solicitante deve ser vinculado ao município do paciente.

Insumos - Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada

Local: Subsolo da SMS

Contato: Ramal 236

Requisitos para concessão de oxigenioterapia domiciliar:

- ✓ $\text{PaO}_2^* \leq 55$ mmHg ou $\text{SaO}_2^* < 88\%$;
- ✓ PaO_2 entre 56 e 59 mmHg na presença de eritrocitose/policitemia (hematócrito maior que 55 mg%), insuficiência cardíaca congestiva ou sinais sugestivos de cor pulmonale.

Atenção:

- Estes valores de PaO_2 e SaO_2 devem ser obtidos estando o paciente em estado clínico estável e respirando ar ambiente a pelo menos 15 minutos.

Exames necessários para encaminhar a solicitação de oxigênio domiciliar (dos últimos 60 dias):

- ✓ Gasometria arterial em repouso, em ar ambiente;
- ✓ Radiografia e/ou tomografia de tórax (imagens com laudo);
- ✓ Hemograma com plaquetas;
- ✓ Eletrocardiograma e/ou ecocardiograma com laudo.

Documentos necessários para encaminhar a solicitação de oxigênio domiciliar:

- ✓ Laudo, emitido pelo médico que realizou o atendimento ao paciente (da Unidade de Saúde de referência, do especialista – SUS/Convênio/Particular), contendo o diagnóstico com CID*, a descrição da necessidade do oxigênio domiciliar, a prescrição do fluxo (l/min) e a frequência (horas/dia) de oxigênio;
- ✓ Formulário da SES*, preenchido pelo médico;
- ✓ Formulário para solicitação de tarifa social de energia elétrica, preenchida pelo médico;
- ✓ Cópias dos documentos do Paciente: cartão SUS, RG, CPF;
- ✓ Procuração do responsável legal;
- ✓ Cópias dos documentos do Responsável Legal: RG e CPF;
- ✓ Cópia do comprovante de endereço (conta de água, luz, telefone, internet) atualizado e no nome do paciente/responsável legal. Não Havendo, o paciente/responsável legal deve preencher e assinar a declaração de residência (Documentos Finais – Anexo II).

Quando todos os documentos estiverem prontos:

- ✓ O paciente/responsável legal deverá entregá-los no setor de insumos (Subsolo da SMS) que encaminhará a solicitação para avaliação técnica do Estado.

Reavaliação Periódica:

- ✓ O paciente deve ser reavaliado conforme solicitação do Estado, para verificação da real necessidade da manutenção da oxigenioterapia domiciliar prolongada.

Observação Geral:

- Durante a avaliação da documentação completa até o deferimento do processo pelo Estado, o município por meio do setor de insumos, poderá fornecer o concentrador de oxigênio em até 07 dias.
- NÃO será disponibilizado oxigenioterapia domiciliar aos pacientes que não encaminharem os documentos necessários para a solicitação via Estado.

Das Responsabilidades do Paciente:

- ✓ Não fumar;
 - ✓ Zelar pelo bom uso e funcionamento do aparelho, mantendo-o em local livre de poeira e umidade;
 - ✓ Observar e respeitar as orientações e normas referentes a oxigenoterapia domiciliar prolongada;
 - ✓ Respeitar as orientações dadas pela equipe de oxigenoterapia domiciliar, principalmente quanto a não fumar dentro de casa e de não expor os aparelhos fornecedores de O₂ (concentradores ou cilindros) a nenhum tipo de calor ou chama, sob risco de explosão;
 - ✓ Informar à equipe que o acompanha qualquer alteração de endereço domiciliar.
-

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

PaO₂ – Pressão parcial de oxigênio no sangue arterial

SaO₂ – Saturação de hemoglobina no sangue arterial

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde/RS

DEMEI – Departamento Municipal de Energia Elétrica de Ijuí



Nº da Autorização de Instalação _____

Secretaria Estadual da Saúde – SES/RS
Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais – DCHE

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Requisitos para concessão de Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada:

- ✓ $PaO_2^* \leq 55$ mmHg ou $SaO_2^* < 88$ %;
- ✓ PaO_2 entre 56 e 59 mmHg na presença de eritrocitose/policitemia (hematócrito maior que 55 mg%), insuficiência cardíaca congestiva ou sinais sugestivos de cor pulmonale.

Atenção:

- Estes valores de PaO_2 e SaO_2 devem ser obtidos estando o paciente em estado clínico estável e respirando ar ambiente a pelo menos 15 minutos.
- O paciente não pode estar fumando, sob risco de explosão.



MUNICÍPIO DE IJUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



1. Dados do(a) Paciente:

Nome: _____
Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos
RG: _____ CPF: _____ - _____
Cartão SUS: _____
Endereço: () Rua () Avenida _____
Nº _____ Bairro: _____ Ijuí/RS CEP: 98700 - 000
Telefone: (55) _____ Celular: () _____
Nome do Responsável: _____ Grau de parentesco: _____
RG: _____ CPF: _____ - _____
Telefone: (55) _____ Celular: () _____

2. Dados sobre a Doença:

Diagnóstico/CID Principal: _____
Descrição da Patologia: _____

Prescrição da Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada:

Fluxo: _____ l/min Frequência: () Contínuo () Intermitente _____

3. Dados do Médico Assistente:

Nome: _____

Especialidade: Pneumologista CRM: _____ Telefone: () _____

E-mail: _____

4. Exames Complementares Necessários (anexar copias recentes e legíveis):

- ✓ Gasometria arterial (coletada com o paciente em repouso, respirando ar ambiente por pelo menos 15 minutos);
- ✓ Radiografia e/ou tomografia de tórax;
- ✓ Hemograma com plaquetas;
- ✓ Eletrocardiograma e/ou ecocardiograma com laudo.

5. Documentos Obrigatórios:

- ✓ Laudo, emitido pelo médico que realizou o atendimento ao paciente (da Unidade de Saúde de referência, do especialista – SUS/Convênio/Particular), contendo o diagnóstico com CID*, a descrição da necessidade do oxigênio domiciliar, a prescrição do fluxo (l/min) e a frequência (horas/dia) de oxigênio;
- ✓ Formulário da SES*, preenchido pelo médico;
- ✓ Formulário para solicitação de tarifa social de energia elétrica, preenchida pelo médico;
- ✓ Cópias dos documentos do Paciente: cartão SUS, RG, CPF;
- ✓ Procuração do responsável legal;
- ✓ Cópias dos documentos do Responsável Legal: RG e CPF;
- ✓ Cópia do comprovante de endereço (conta de água, luz, telefone ou internet) atualizado no nome do paciente ou declaração de residência assinada pelo paciente ou responsável legal.



PROCURAÇÃO

Eu _____, nacionalidade _____,
estado civil _____, profissão _____,
portador(a) do CPF nº _____, RG nº _____,
residente e domiciliado(a) na _____,
nº _____, Bairro _____, Ijuí/RS.

Pelo presente instrumento nomeio e constituo como meu/minha **PROCURADOR(A)**

_____, nacionalidade _____,
estado civil _____, profissão _____,
portador(a) do CPF nº _____, RG nº _____,
residente e domiciliado(a) na rua/av. _____,
nº _____, Bairro _____, Ijuí/RS.

Com poderes para me representar junto à Secretaria Municipal de Saúde/Ijuí e Secretaria Estadual de Saúde/RS relativamente ao **PROCESSO DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**, podendo praticar qualquer ato, conferindo-lhe inclusive poderes para transigir, firmar acordo ou compromisso, formular requerimentos, petições, ainda, substabelecer está em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e valioso, responsabilizando-se por todos os atos praticados no cumprimento deste instrumento, cessando os efeitos deste a partir do momento em que não houver mais necessidade do uso de oxigênio domiciliar.

Ijuí/RS, ____/____/____

(Assinatura do Paciente)

(Assinatura do Representante)



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA

Dados da Unidade Consumidora (UC) e do Usuário do Equipamento Fornecedor de O₂

Número da UC: _____

Endereço da UC: () Rua () Avenida _____
_____ Nº _____ () Casa () Apto Bairro _____

Nome do titular da UC: _____

Nº de Identificação Social (NIS) do titular: _____

Nome do usuário do equipamento: _____

Nº de Identificação Social (NIS) do usuário: _____

Nº do Benefício de Prestação Continuada (BPC), em caso de recebimento: _____

Vínculo/Parentesco do titular pela UC com o usuário do equipamento: _____

Assinatura do usuário/representante: _____

Data: _____/_____/_____ Ijuí/RS

Dados do Estabelecimento de Saúde e do Médico Assistente

Preenchido pelo médico assistente

Atendimento médico realizado via:	() SUS	() CISA	() Plano de saúde*	() Particular*
Nome do Estabelecimento de Saúde: _____				
CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas): _____				
CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde): _____				
Nome do Médico Assistente: _____				
Telefone: _____				
Informações relevantes que caracterizem que o atendimento médico e/ou fornecimento do equipamento ocorre pelo SUS:				

*Nos casos em que a assistência médica seja realizada mediante plano de saúde ou de forma particular, o Formulário de Uso de Equipamento deverá ser homologado pela Secretaria Municipal de Saúde ou este órgão deverá emitir declaração atestando as informações prestadas pelo médico assistente (Resolução Normativa Aneel Nº 800/2017, Artigo 53-D).

Dados Clínicos do Paciente/Usuário do Equipamento Fornecedor de O₂

Preenchido pelo médico assistente

Diagnóstico/CID Principal: _____

Descrição da Patologia: _____

Há quanto tempo o paciente encontra-se neste quadro clínico: _____

Limitações decorrentes da patologia/quadro clínico: _____

Período diário de utilização do equipamento: _____ horas/dia Das ____ h ____ min às ____ h ____ min

Período semanal de utilização do equipamento: _____ dias/sem.: () Seg () Ter () Qua () Qui () Sex

Prazo previsto para utilização do equipamento: _____

Em caso de falta de energia elétrica, qual o tempo máximo que o paciente pode permanecer sem o uso do equipamento, durante os períodos indicados: () _____ minutos () _____ horas () _____ dias

Outras informações pertinentes: _____

Dados do Equipamento

Preenchido pelo médico assistente

Tipo de equipamento utilizado:

- () Respirador ou ventilador pulmonar
- () Aspirador de secreção
- () Equipamento de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD)
- () Equipamento de diálise peritoneal noturna (NIPD)
- () Equipamento de diálise peritoneal contínua por cicladora (CCPD)
- () Aparelho de quimioterapia
- () Concentrador de oxigênio
- () Bomba de infusão
- () Oxímetro
- () Dispositivo de pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP)
- () Dispositivo de pressão positiva programada das vias aéreas (BIPAP)
- () Outros – especificar: _____

Voltagem: () 110 V () 220 V () Bivolt

Consumo/hora: _____ KWh Marca/outras especificações: _____

Fonte alternativa: () Bateria com autonomia de _____ horas () Sem bateria

Declaro, para os devidos fins de direito, e sob as penas da lei (art. 299 do Código Penal Brasileiro), que as informações corroboradas neste formulário são verdadeiras e autênticas.

Nome Legível do médico responsável: _____

CPF: _____

Carimbo/Assinatura – Médico(a)

Oftalmologia POLICLÍNICA

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Evelize Rúbia Guth

Contato: Ramal 205

Condições clínicas para encaminhar à Oftalmologia na Policlínica:

- ✓ Baixa acuidade visual (BAV) na faixa etária de 14 a 59 anos, 11 meses e 29 dias; ou
- ✓ Revisão para adequação do grau do óculos na faixa etária de 14 a 59 anos, 11 meses e 29 dias.

Requisitos necessários:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 377-Médico Oftalmologista-Consulta Clínica-Policlínica OU 378-Médico Oftalmologista-Retorno-Policlínica) contendo descrição mínima da patologia ou condição clínica (CID*), sinais e sintomas, achado(s) no exame físico, resultado do(s) exame(s) complementar(es), se realizados, com a respectiva data, tratamentos prévios da condição (com dose e posologia) e comorbidades associadas (informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose e posologia).

Etapas Subsequentes:

- A Policlínica regula, agenda e comunica o paciente/familiar sobre a data, o horário e local da consulta, via telefone cadastrado no Prontuário Eletrônico;
- É necessário que o paciente/familiar comunique antecipadamente a Policlínica da impossibilidade de comparecer na data agendada, para que o serviço possa realizar o reagendamento da consulta. O não comparecimento na consulta, sem aviso prévio, resultará no cancelamento do atendimento junto ao sistema, requerendo realizar nova solicitação via Prontuário Eletrônico do Paciente, na Unidade de Saúde de referência, por meio de consulta médica.

Observações Gerais:

- Orientar o paciente a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares recentes (se realizados).
- A solicitação da consulta de retorno para revisão/adequação do grau do óculos deverá ser realizado pela Unidade de Saúde.
- Encaminhamentos realizados por médicos de outros Serviços de Saúde – Especialistas, CISA, Pronto Atendimento devem ser avaliados pelo médico clínico da Unidade de Saúde e, se necessário, encaminhados para o oftalmologista via Prontuário Eletrônico do Paciente, observando as condições clínicas que indiquem o serviço adequado (Policlínica ou GERCON).

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

Ostomias POLICLÍNICA

Local: 2º Piso da SMS

Contato: Ramal 375

Coordenação: Evelize Rubia Guth

Requisitos para solicitação do KIT de bolsas de ostomias e materiais de higiene (temporário ou permanente):

- ✓ Laudo médico (igual da farmácia) contendo a descrição da patologia ou condição clínica, o CID* e a necessidade do uso do KIT temporário ou permanente.

Etapas subsequentes:

- ✓ O paciente/responsável legal deverá dirigir-se a Policlínica – Setor de Ostomias para a entrega do Laudo médico;
- ✓ O paciente será avaliado e após haverá a indicação do modelo de bolsa de ostomia e dos materiais de higiene necessários;
- ✓ A solicitação do material juntamente com o Laudo médico será encaminhada ao Estado via Sistema GUD* pelo profissional responsável do Serviço.

Observação Geral:

- O processo de avaliação e deferimento pelo Estado leva em torno de 45 dias e durante este período o município, por meio do setor de ostomias, poderá fornecer um KIT temporário;
- O processo de educação em saúde terá início no Setor de Ostomias, tanto para o paciente quanto para a família, com orientações para o autocuidado (como fazer a higiene local e proteger a pele ao redor do ostoma, como trocar a bolsa de ostomia, adequação alimentar para evitar a formação de gases etc.);
- Após período de adaptação, o paciente é encaminhado para a Unidade de Saúde de referência para assistência multiprofissional;
- O Setor de Ostomias manterá vínculo com o paciente realizando acompanhamento periódico e a entrega do KIT mensalmente;
- Pacientes com intercorrências relacionadas ao Ostoma devem ser avaliados na Unidade de Saúde de referência e, se necessário atendimento na Policlínica, a equipe deverá contatar a mesma.

CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

GUD - Gerenciamento de Usuários com Deficiência

Pequenas Cirurgias POLICLÍNICA

Local: 2º Piso da SMS

Contato: Ramal 254

Coordenação: Evelize Rubia Guth

Referência: Rúbia D. R. Tábile

Situações/Condições Clínicas para encaminhar ao Ambulatório de Pequenas Cirurgias na Policlínica

(procedimentos de pequeno porte, realizados com anestésico local em quantidade segura para dose tóxica):

- ✓ Biópsia de lesões cutâneas e subcutâneas suspeitas para malignidade (melanoma, carcinoma basocelular);
- ✓ Lesões dolorosas;
- ✓ Desbridamentos;
- ✓ Cantoplastias;
- ✓ Manejo de lesões cutâneas pré-malignas;
- ✓ Eletrocauterização de lesões cutâneas;
- ✓ Exérese de lipomas e cistos epidérmicos;
- ✓ Manejo clínico/cirúrgico de feridas de média complexidade;
- ✓ Manejo cirúrgico de abscesso mamário (após avaliação previa por mastologista);
- ✓ Manejo cirúrgico de corpo estranho residual em subcutâneo (exploração cirúrgica e tentativa de retirada);
- ✓ Manejo cirúrgico de onicocriptose;
- ✓ Manejo cirúrgico de hematomas retidos em subcutâneo sintomáticos, e que não necessitem de atendimento terciário ou de urgência;
- ✓ Manejo cirúrgico de abscessos de subcutâneo que não necessitem de atendimento terciário ou de urgência.

Observação:

Cada encaminhamento será analisado pelo médico auditor do Setor de Regulação. A classificação da prioridade será feita conforme a descrição contida no encaminhamento, ao que segue:

P0 – até 30 dias

P1 – até 90 dias

P2 – até 180 dias

P3 – mais de 180 dias

Situações/condições clínicas sem elucidação diagnóstica prévia que NÃO se enquadram para atendimento no Ambulatório de Pequenas Cirurgias:

- Cisto sinovial, bursite (articulação);
- Cisto pilonidal;
- Bartolinite;
- Infecções sexualmente transmissíveis;
- Molusco contagioso em pediatria;
- Alterações Articulares Reumáticas;
- Biopsia em pele/mucosa do canal auditivo e mucosa nasal;
- Desbridamentos extensos e/ou múltiplos de feridas, com moderada exposição de tecido subcutâneo;
- Manejos de complicações pós-operatórias não realizados neste serviço;
- Manejos de complicações relacionadas a internação hospitalar prévia;
- Pacientes pediátricos com necessidade de manejo cirúrgico.

Situações/condições clínicas com necessidade de tratamento em setor hospitalar (Médico Assistente

– UPA* – Hospital HCI*):

- Lesão/úlceras por pressão com classificação NPUAP 3 e NPUAP 4 - ex.: sacro/coccígea, calcâneo, grande trocanter (extensas e/ou múltiplas; infectadas; pacientes diabéticos e/ou imunocomprometidos):

- Lesão por pressão GRAU III: Perda da pele em sua espessura total, envolvendo o tecido celular subcutâneo incluindo gordura, mas não atinge estruturas mais profundas como tendão, músculo e osso.
- Lesão por pressão GRAU IV: Perda da pele em sua espessura total, expondo cartilagem, osso, articulação, músculo ou tendão, ligamento, com ou sem infecção, geralmente com tunelização ao toque.

- Lipomas de médias a grandes proporções: maiores que 5 a 6 cm no maior diâmetro;

- Miolipomas (lipomas compostos também por músculo) com distância da pele maior do que 3 cm.

Requisitos necessários para encaminhamento às pequenas cirurgias:

- ✓ Avaliação pelo médico assistente da Unidade de Saúde de Referência;

Encaminhamento via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 369-Médico Cirurgião Geral-Pequenas Cirurgias-Policlínica), com descrição da lesão, localização, extensão, características, tempo de evolução etc.

Observação:

- Situações/condições clínicas que gerem dúvidas no encaminhamento podem ser discutidas via contato telefônico pelo Ramal 254.

Etapas subsequentes:

- ✓ O paciente será comunicado, via contato telefônico, pelo setor de Pequenas Cirurgias, sobre o local, a data e o horário da sua avaliação médica. Serão realizadas três tentativas de contato telefônico para o número cadastrado no prontuário eletrônico do paciente. Em caso de negativa nas três tentativas de contato, o encaminhamento será invalidado no sistema, requerendo realizar nova solicitação via Prontuário Eletrônico do Paciente, se necessário, na Unidade de Saúde de Referência;
- ✓ O procedimento cirúrgico será agendado somente após a avaliação médica. Em casos específicos, poderão ser solicitados exames complementares;
- ✓ É necessário que o paciente comunique antecipadamente a Policlínica da impossibilidade de comparecer na data agendada. O não comparecimento na avaliação médica ou no procedimento cirúrgico, resultará no cancelamento do atendimento junto ao sistema, requerendo realizar nova solicitação via Prontuário Eletrônico do paciente na Unidade de Saúde de referência.
- ✓ A retirada de pontos é realizada na Unidade de Saúde de referência e, excepcionalmente, na Policlínica, quando houver pedido do médico cirurgião.
- ✓ Pacientes com intercorrências, pós procedimento, devem ser avaliados na Unidade de Saúde de referência e, se necessário atendimento na Policlínica, a equipe deverá contatar a mesma.
- ✓ Nos casos de biópsia, o material é enviado ao Instituto de Anatomia Patológica e Citopatologia Dkj e o resultado leva em torno de 60 dias para retornar ao setor;
- ✓ Os resultados serão anexados no prontuário eletrônico do paciente;
- ✓ O setor de pequenas cirurgias entrará em contato somente com os pacientes que têm resultado alterado no exame;
- ✓ Pacientes com resultados normais serão orientados a agendar consulta médica na Unidade de Saúde de referência.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento (IDS SINNC: 395-UPA 24H)

HCI – Pronto Atendimento (IDS SINNC: 453- HCI – Pronto Atendimento)

Saúde da Criança – Pediatria POLICLÍNICA

Local: 1º Piso da SMS

Contato: Ramal 228

Coordenação: Evelize Rubia Guth

Referência: Tainara Jungton Bonmann

ENCAMINHAMENTO RESPONSÁVEL

UPA – Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhar à Unidade de Pronto Atendimento, após avaliação e manejo (quando possível) na Unidade de Saúde de Referência:

- ✓ Febre (Temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$);
- ✓ Hipotermia (Temperatura axilar $< 36,3^{\circ}\text{C}$);
- ✓ Hipoatividade;
- ✓ Palidez cutânea e de mucosa;
- ✓ *Cútis marmorata*;
- ✓ Episódios de cianose;
- ✓ Desidratação (Avaliar: fontanela anterior deprimida, pele com turgor, elasticidade reduzida e redução da diurese);
- ✓ Gemência;
- ✓ Esforço respiratório, com frequência respiratória ≥ 60 rpm;
- ✓ Redução de diurese;
- ✓ Hipoglicemia, com glicemia capilar $\leq 40\text{mg/dl}$;
- ✓ Lesões de pele (lesões pustulosas e bolhosas);
- ✓ Alterações do coto umbilical (sinais flogísticos e secreção purulenta com odor fétido);
- ✓ Presença de secreção ocular por mais de uma semana;
- ✓ Quadros de distensão abdominal com presença de fezes sanguinolentas;
- ✓ Ausência de evacuações por mais de uma semana.

SETOR SAÚDE DA CRIANÇA – Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhar via AGENDAMENTO consulta eletiva Pediátrica:

- ✓ Obesidade e Desnutrição;
- ✓ Doenças Crônicas:
 - I. Asma dentro dos critérios de risco e/ou alterações clínicas e sociais que necessitem de intervenções e ou encaminhamentos;
 - II. Outras pneumopatias;
 - III. Cardiopatias;
 - IV. Nefropatias;
 - V. Diabetes;
 - VI. Problemas neurológicos.
- ✓ Crescimento e Desenvolvimento inadequado;
- ✓ Egresso de Internações Hospitalares;
- ✓ Seguimento de casos de Infecção do Trato Urinário recorrente;
- ✓ Reações adversas de vacina;
- ✓ Intercorrências repetidas com repercussão clínica.

Atenção:

- O profissional de saúde que realizar a consulta deve Estratificar o Risco:

Risco Habitual: seguir calendário de consultas de puericultura até 2 (dois) anos, conforme o Protocolo Saúde da Criança/2022.

Médio Risco: consultas com pediatra para avaliar e decidir o seguimento da criança, mantendo o vínculo de consultas intercaladas com a Unidade de Saúde de referência.

Recém-nascidos classificados como Médio Risco:

- ✓ História de morte de criança menor de 5 anos na família;
- ✓ Recém-Nascidos (RN) pré-termo (35 a 36 semanas);
- ✓ RN com baixo peso ao nascer (2.000g a 2.500g);
- ✓ Mãe dependente de álcool e/ou outras drogas;
- ✓ Mãe com história psiquiátrica pregressa;
- ✓ Curva de relação Peso x Estatura estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais.

Alto Risco: consultas conforme calendário de alto risco (Protocolo Saúde da Criança/2022). Seguimento com pediatra mantendo o vínculo de consultas intercaladas com a Unidade de Saúde de referência.

Recém-nascidos classificados como Alto Risco:

- ✓ Recém-Nascidos (RN) com asfixia grave ao nascer (Apgar <7 no primeiro minuto);
- ✓ RN pré-termo com peso ao nascer <2.000g;
- ✓ RN <35 semanas de idade gestacional;
- ✓ RN com outras doenças graves (malformações congênitas, cromossomopatias, doenças metabólicas;
- ✓ RN com permanência prolongada em UTI;
- ✓ Doenças de transmissão vertical;
- ✓ Hiperbilirrubinemia com exsanguíneo-transfusão.

Requisitos necessários para AGENDAR consulta Pediátrica:

- ✓ Avaliação pelo enfermeiro, médico ou nutricionista da Unidade de Saúde de Referência;
- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 379-Médico Pediatra-Consulta Clínica-Policlínica OU 380-Médico Pediatra-Retorno-Policlínica) contendo descrição mínima: da patologia, condição clínica, CID*, sinais e sintomas, achado(s) no exame físico, resultado do(s) exame(s) complementar(es), se realizados, com a respectiva data, tratamentos prévios da condição (com dose e posologia); comorbidades associadas (informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose e posologia).

Etapas subsequentes:

- ✓ O familiar/responsável será comunicado, via contato telefônico (para o número cadastrado no prontuário eletrônico) pela Policlínica, sobre o local, a data e o horário da consulta pediátrica agendada.
- ✓ Na impossibilidade de contatar o familiar/responsável pelo(s) número(s) de telefone cadastrado(s) no Prontuário Eletrônico, o agendamento será informado à Unidade de Saúde de referência para que localize o familiar/responsável e comunique o mesmo sobre a consulta pediátrica agendada (data/horário/local).
- ✓ Havendo a necessidade de **AGENDAMENTO COM BREVIDADE**, após avaliação e manejo (**MÉDICO na Unidade de Saúde ou na UPA**) não obtendo melhora ou resposta ao tratamento, entrar em contato telefônico (médico / enfermeiro / nutricionista / técnico de enfermagem) com o Setor Saúde da Criança/Policlínica pelo Ramal 228.

Atenção:

- Após esgotadas as tentativas de localizar o familiar/responsável (Policlínica e UBS) o encaminhamento será invalidado no sistema.
- É necessário que o familiar/responsável comunique antecipadamente o Setor Saúde da Criança da impossibilidade de comparecer na consulta agendada para que o serviço possa efetuar o reagendamento.
- O não comparecimento na consulta médica sem aviso prévio, resultará no encerramento do atendimento junto ao sistema.

“Situações em que se mantém a necessidade de consulta com pediatra, o enfermeiro ou médico assistente da Unidade de Saúde de referência deverá realizar novo encaminhamento via Prontuário Eletrônico do Paciente”.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento **(IDS SINNC: 395-UPA 24H)**

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

Saúde da Mulher – Ginecologia POLICLÍNICA

Local: 2º Piso da SMS

Contato: Ramal 217 ou 240

Referência: Maria Celina de Freitas e Dario Gervasio Ronchi

Coordenação/Saúde da Mulher: Karine Santos Lima

Requisitos necessários para encaminhar à consulta com ginecologista da SMS:

- ✓ Avaliação pelo enfermeiro ou médico assistente da Unidade de Saúde de referência;
- ✓ Encaminhamento via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 381-Médico Ginecologista-Consulta Clínica-Policlínica) contendo descrição mínima: da patologia ou condição clínica, CID*, sinais e sintomas, achado(s) no exame ginecológico (especular e toque vaginal, conforme necessidade), resultado do(s) exame(s) complementar(es) e do tratamento se já realizado.

Etapas subsequentes:

- ✓ O familiar/responsável será comunicado, via contato telefônico (para o número cadastrado no prontuário eletrônico) pelo Setor Saúde da Mulher, sobre o local, a data e o horário da consulta agendada.
- ✓ Na impossibilidade de contatar o familiar/responsável pelo(s) número(s) de telefone cadastrado(s) no Prontuário Eletrônico, o agendamento será informado à Unidade de Saúde de referência para que localize o familiar/responsável e comunique o mesmo sobre a consulta agendada (data/horário/local).
- ✓ Havendo a necessidade de **AGENDAMENTO COM BREVIDADE**, após avaliação e manejo na Unidade de Saúde não obtendo melhora ou resposta ao tratamento, entrar em contato telefônico (médico / enfermeiro) com o Setor Saúde da Mulher/Policlínica pelo Ramais 217 ou 240.
- ✓ É necessário que a paciente comunique antecipadamente o Setor Saúde da Mulher da impossibilidade de comparecer na data agendada. O não comparecimento na consulta médica sem aviso prévio, resultará no reagendamento conforme disponibilidade da agenda, devendo ser realizado via contato telefônico pela recepção da Unidade de Saúde de referência.

Observações Gerais:

- Os exames de acompanhamento periódico (ultrassonografia pélvica etc.) das pacientes vinculadas ao Setor Saúde da Mulher serão solicitados pelo ginecologista até a alta e a contrarreferência à Unidade Básica de Saúde.

- Para maiores esclarecimentos, ver Protocolo de Regulação Ambulatorial: ginecologia – RegulaSUS em <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

Saúde da Mulher – Mastologia POLICLÍNICA

Local: 2º Piso da SMS

Contato: Ramal 217 ou 240

Referência: Maria Celina de Freitas e Gilberto Henrique Schwerz Michel

Coordenação/Saúde da Mulher: Karine Santos Lima

Requisitos necessários para encaminhar à consulta com mastologista da SMS:

- ✓ Avaliação pelo enfermeiro ou médico assistente da Unidade de Saúde de referência;
- ✓ Encaminhamento via Prontuário Eletrônico do paciente (IDS-SINNC: 384-Médico Mastologista-Consulta Clínica-Policlínica) contendo descrição mínima: da patologia ou condição clínica, CID*, sinais e sintomas, achado(s) no exame físico das mamas, resultado do(s) exame(s) complementar(es) e do tratamento se já realizado.

Etapas subsequentes:

- ✓ O familiar/responsável será comunicado, via contato telefônico (para o número cadastrado no prontuário eletrônico) pelo Setor Saúde da Mulher, sobre o local, a data e o horário da consulta agendada.
- ✓ Na impossibilidade de contatar o familiar/responsável pelo(s) número(s) de telefone cadastrado(s) no Prontuário Eletrônico, o agendamento será informado à Unidade de Saúde de referência para que localize o familiar/responsável e comunique o mesmo sobre a consulta agendada (data/horário/local).
- ✓ Havendo a necessidade de **AGENDAMENTO COM BREVIDADE**, após avaliação e manejo na Unidade de Saúde, entrar em contato telefônico (médico / enfermeiro) com o Setor Saúde da Mulher/Policlínica pelo Ramais 217 ou 240.
- ✓ É necessário que a paciente comunique antecipadamente o Setor Saúde da Mulher da impossibilidade de comparecer na data agendada. O não comparecimento na consulta médica sem aviso prévio, resultará no reagendamento conforme disponibilidade da agenda, devendo ser realizado via contato telefônico pela recepção da Unidade de Saúde de referência.

Observações Gerais:

- Os exames de acompanhamento periódico (mamografia e/ou ultrassonografia mamária etc.) das pacientes vinculadas ao Setor Saúde da Mulher serão solicitados pelo mastologista até a alta e a contrarreferência à Unidade Básica de Saúde.

- Pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasia mamária devem ser encaminhados para o serviço de ONCOLOGIA/CACON (via GERCON*) e, concomitantemente ao mastologista na Saúde da Mulher.

- Situações clínicas recorrentes de mama, difícil diagnóstico e/ou tratamento, devem ser encaminhadas para o serviço de GINECOLOGIA/MAMA (via GERCON).

- O regulador deve realizar o acompanhamento do cadastro no GERCON e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

- Para maiores esclarecimentos, ver Protocolo de Encaminhamento para Mastologia – RegulaSUS em <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

GERCON – Gerenciamento de Consultas

Saúde da Mulher – Obstetrícia POLICLÍNICA

Local: 2º Piso da SMS

Contato: Ramal 217 ou 240

Coordenação/Saúde da Mulher: Karine Santos Lima

Requisitos necessários para encaminhar à consulta com obstetra da SMS:

- ✓ Avaliação pelo enfermeiro ou médico assistente da Unidade de Saúde de referência;
- ✓ Encaminhamento via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 382-Médico Obstetra-Consulta Clínica-Policlínica) contendo descrição mínima: da patologia ou condição clínica, CID*, sinais e sintomas, achado(s) no exame gineco-obstétrico, resultado do(s) exame(s) complementar(es) e do tratamento se já realizado.

Etapas subsequentes:

- ✓ O familiar/responsável será comunicado, via contato telefônico (para o número cadastrado no prontuário eletrônico) pelo Setor Saúde da Mulher, sobre o local, a data e o horário da consulta agendada.
- ✓ Na impossibilidade de contatar o familiar/responsável pelo(s) número(s) de telefone cadastrado(s) no Prontuário Eletrônico, o agendamento será informado à Unidade de Saúde de referência para que localize o familiar/responsável e comunique o mesmo sobre a consulta agendada (data/horário/local).
- ✓ Havendo a necessidade de **AGENDAMENTO COM BREVIDADE**, após avaliação e manejo na Unidade de Saúde, entrar em contato telefônico (médico / enfermeiro) com o Setor Saúde da Mulher/Policlínica pelo Ramais 217 ou 240.
- ✓ É necessário que a paciente comunique antecipadamente o Setor Saúde da Mulher da impossibilidade de comparecer na data agendada. O não comparecimento na consulta médica sem aviso prévio, resultará no reagendamento conforme disponibilidade da agenda, devendo ser realizado via contato telefônico pela recepção da Unidade de Saúde de referência.

Observações Gerais:

- Os exames de acompanhamento periódico (ultrassonografia pélvica etc.) das pacientes vinculadas ao Setor Saúde da Mulher serão solicitados pelo ginecologista até a alta e a contrarreferência à Unidade Básica de Saúde.

- Para maiores esclarecimentos, ver Protocolo de Regulação Ambulatorial: ginecologia – RegulaSUS em <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

Radiologia – Ecografias Transvaginal Gestante e Obstétrica / Radiografias

Local: 1º Piso da SMS

Coordenação/Regulação: Evelize Rubia Guth

Contato: 99142- 4079 / 3331 – 8800 / Ramal 256

Requisitos necessários para agendamento:

- ✓ Solicitação médica via Prontuário Eletrônico do Paciente contendo descrição mínima da patologia ou condição clínica, sinais e sintomas e achado(s) no exame físico.

Etapas Subsequentes:

- ✓ Exames solicitados e liberados automaticamente pelo sistema: pode ser agendado por integrantes da equipe da Unidade de Saúde de referência ou pelo próprio paciente, pessoalmente, por contato telefônico ou whatsapp;
- ✓ Exames solicitados e não liberados automaticamente pelo sistema: serão regulados e o paciente deverá ser orientado a retirar a autorização na Unidade de Saúde, conforme segue:
 - Exames Prioritários liberados em 01 dia útil;
 - Exames Não Prioritários liberados em 30 dias.
- ✓ É importante o paciente ter em mãos, no dia do exame, a solicitação médica impressa.
- ✓ É necessário que o paciente/familiar comunique antecipadamente a Radiologia da impossibilidade de comparecer na data agendada, para que o serviço possa realizar o reagendamento da consulta. O não comparecimento, sem aviso prévio, resultará no cancelamento do exame junto ao sistema, requerendo realizar nova solicitação via Prontuário Eletrônico do Paciente, na Unidade de Saúde de referência, por meio de consulta médica.

Observações Gerais:

- O paciente/familiar terá acesso às imagens e ao resultado do exame (laudo) acessando o link <https://ijui.animatipacs.com.br/login>, digitando login e senha;
- O login e a senha serão fornecidos ao paciente/familiar no Setor de Radiologia;
- O laudo estará disponível em até três dias úteis.

Atenção:

“Não será fornecido imagem e/ou laudo impresso do exame”.

DEMAIS ECOGRAFIAS

Requisitos necessários:

- ✓ Solicitação médica via Prontuário Eletrônico do Paciente contendo descrição mínima da patologia ou condição clínica, sinais e sintomas e achado(s) no exame físico;
- ✓ O exame será regulado pelo Setor de Regulação da SMS e os autorizados terão a indicação do Prestador.
- ✓ O paciente deverá ser orientado a retirar a autorização na Unidade de Saúde solicitante, conforme segue:
 - Exames Prioritários liberados em 01 dia útil;
 - Exames Não Prioritários liberados em 30 dias.
- ✓ Cabe ao paciente realizar o agendamento conforme Prestador indicado;

ECOGRAFIA DE URGÊNCIA

Atenção: *“Ecografias de Urgência serão realizadas no Hospital de Referência Regional (HCl)”.*

Como Acessar:

- Paciente domiciliado, atendido e transportado pelo SAMU;
- Paciente atendido na UPA e encaminhado ao Pronto Socorro do Hospital; ou,
- Paciente avaliado na Unidade de Saúde de referência e encaminhado à UPA.

Observação:

- Se necessário acionar a ambulância municipal junto a UPA para transporte do paciente.

RADIOGRAFIA DE URGÊNCIA

Atenção: *“Radiografias de Urgência serão realizadas na UPA”.*

Como Acessar:

- Paciente domiciliado, atendido e transportado pelo SAMU;
- Paciente atendido na UPA por demanda espontânea; ou,
- Paciente avaliado na Unidade de Saúde de referência e encaminhado à UPA.

Observação:

- Se necessário acionar a ambulância municipal junto a UPA para transporte do paciente.
- O paciente/familiar terá acesso às imagens e ao resultado do exame (laudo) acessando o link <https://ijui.animatipacs.com.br/login>, digitando login e senha;
- O login e a senha serão fornecidos ao paciente/familiar na UPA;
- Não será fornecido imagem e/ou laudo impresso do exame;
- O exame será laudado mediante solicitação pelo paciente/familiar no Setor de Radiologia da Policlínica, pessoalmente, por contato telefônico ou whatsapp;
- O laudo estará disponível em até três dias úteis.

Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/RAPS: Márcia Baiocchi Amaral

Contato: 3331- 8800 R: 282

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa o lugar de ordenadora das diferentes Redes de Atenção, no caso da organização da atenção às pessoas com TEA. Destaca-se a importância da vigilância do desenvolvimento infantil cabendo aos profissionais da Atenção Primária à Saúde a tarefa de identificar os sinais iniciais de atraso no desenvolvimento durante as consultas de puericultura, buscando identificar precocemente atraso de linguagem verbal ou não-verbal, contato social e o deficitário interesse no outro, bem como, interesses repetitivos proeminentes e estereotípias.

A Caderneta da Criança (Menino ou Menina) é um instrumento de vigilância que facilita o acompanhamento integral da saúde infantil, incluindo a aplicação da escala M-CHAT (para crianças de 16 a 30 meses) ou da escala ATA (para crianças maiores de 30 meses) e da escuta ampliada e atenta da família acerca do desenvolvimento da criança.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Intelectual*:

- ✓ Suspeita ou diagnóstico de TEA.

Obs.: Utilizar Escala M-CHAT (Lista de verificação modificada para autismo em bebês) em crianças de 16 a 30 meses e Escala ATA (Avaliação de traços autísticos) para maiores de 30 meses (anexo abaixo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para CAPS Infantil e Reabilitação Intelectual*:

- ✓ Suspeita ou diagnóstico de TEA associado a auto/heteroagressividade ou agitação psicomotora ou sintomas psicóticos (alucinações ou delírios).

*Crianças com idade até 3 anos que apresentam Transtornos do Espectro Autista devem ser também encaminhadas para Estimulação Precoce nos serviços de referência em Reabilitação Intelectual. Para crianças com idade superior a 3 anos, tratamentos de Reabilitação Intelectual também estão disponíveis nestes locais.

Ver Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS) disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Municipal do Autismo (convênio com APAE):

- ✓ Diagnóstico confirmado de TEA OU vários elementos de convicção confirmados através de instrumentos de rastreio (M-CHAT ou ATA).

Obs.: Utilizar Escala M-CHAT (Lista de verificação modificada para autismo em bebês) em crianças de 16 a 30 meses e Escala ATA (Avaliação de traços autísticos) para maiores de 30 meses (anexo abaixo).

Requisitos necessários para encaminhar:

- ✓ **REABILITAÇÃO INTELECTUAL:** Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 435-Reabilitação Intelectual GERCON) contendo descrição mínima, conforme Protocolo do RegulaSUS disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>.

- O regulador da Unidade de Saúde de referência do paciente deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON*, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

✓ **CAPS INFANTIL:** Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 394-Centro de Atenção Psicossocial-CAPS Infantil), contendo descrição mínima, conforme Fluxo Municipal Centros de Atenção Psicossociais – CAPS.

✓ **CENTRO MUNICIPAL DO AUTISMO:** Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 501-Centro Municipal do Autismo), contendo diagnóstico (CID*) OU o instrumento aplicado (M-CHAT ou ATA).

- Os encaminhamentos para CAPS Infantil e/ou Centro Municipal do Autismo serão regulados pelos reguladores destes serviços.

- Estes serviços entram em contato via telefone e comunicam a família quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Observação Geral:

- A equipe e o paciente podem acompanhar o andamento do processo à Reabilitação Intelectual (status e tempo de espera) acessando o link <https://prefeitura.poa.br/saudecidadeao> e incluindo o número do Cartão SUS e do código de acesso.

- Oriente o paciente/responsável a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso, a Carteira da Criança e os exames complementares recentes.

CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
GERCON – Sistema Estadual de Regulação de Consultas Especializadas do SUS

M-CHAT – ESCALA MODIFICADA PARA AVALIAÇÃO DE AUTISMO EM CRIANÇAS

Para crianças entre 16 e 30 meses de idade

Nome da criança: _____

Idade: _____

Data da aplicação: ____/____/____

É importante salientar que a Escala M-CHAT é um instrumento de triagem que indica a possibilidade de autismo, mas não confirma o diagnóstico.

Por ser extremamente simples, a M-CHAT não precisa ser aplicada somente por médicos.

A resposta aos itens da escala leva em conta as observações dos pais com relação ao comportamento da criança.

PONTUAÇÃO/CLASSIFICAÇÃO:

- ✓ São 23 questões, com respostas SIM ou NÃO e que devem ser respondidas pelos pais ou responsáveis durante o atendimento.
- ✓ As respostas SIM/NÃO são convertidas em PASSA/FALHA.
- ✓ A tabela que se segue, regista as repostas consideradas Falha para cada um dos itens do M-CHAT. As questões em “Negrito” representam os itens CRÍTICOS.

1. Não	3. Não	5. Não	7. Não	9. Não	11. Sim	13. Não	15. Não	17. Não	19. Não	21. Não	23. Não
2. Não	4. Não	6. Não	8. Não	10. Não	12. Não	14. Não	16. Não	18. Sim	20. Sim	22. Sim	

- ✓ Se a criança obtiver 3 FALHAS oriundas de quaisquer dos itens ou 2 FALHAS derivadas dos itens CRÍTICOS, ela é considerada em **risco para autismo**.
- ✓ A escala M-CHAT classifica as crianças em 3 níveis de risco:

Baixo Risco (pontuação de **0 a 1**): Poucas chances de a criança desenvolver o Transtorno do Espectro Autista e, assim, não são necessárias medidas de intervenção. Caso a criança tenha menos de 2 anos (24 meses), é necessário que o teste seja repetido.

Moderado Risco (pontuação de **2 a 7**): Nesse caso, é importante dar seguimento na investigação para reunir mais informações sobre os sinais de autismo (o início dos sintomas; histórico da criança e da família). Encaminhar a criança para avaliação e acompanhamento multidisciplinar, a fim de confirmar ou descartar o diagnóstico.

Alto Risco (pontuação de **8 a 20**): Com essa pontuação, é necessário encaminhar imediatamente a criança para avaliação e acompanhamento multidisciplinar, a fim de confirmar ou descartar o diagnóstico.

ÁREAS AVALIADAS:

Relações pessoais	Repertório	Imitação	Uso de objetos	Nível de atividade
Resposta auditiva	Atenção	Uso corporal	Interação	Comunicação Verbal
Imaginação	Sensibilidade	Comportamento	Compreensão	Comunicação Não Verbal

QUESTIONÁRIO:

Atenção: Caso o comportamento em questão seja raro responda NÃO (Ex. observou-se apenas uma a três vezes).

		SIM	NÃO
1.	Seu filho gosta de balançar, pular no seu joelho etc.?		
2.	Seu filho tem e demonstra interesse por outras causas?		
3.	Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?		
4.	Seu filho gosta de brincar de esconder o rosto ou de pique-esconde		
5.	Seu filho já brincou de faz de conta (ex.: fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca) ou qualquer outra brincadeira parecida?		
6.	Seu filho já usou o dedo indicador para apontar e pedir alguma coisa?		
7.	Seu filho já usou o dedo indicador para apontar e indicar interesse em algo?		
8.	Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex.: carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixá-lo cair?		
9.	O seu filho alguma vez trouxe objetos para você para lhe mostrar este objeto?		
10.	O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?		
11.	O seu filho já apareceu muito sensível ao barulho? (ex.: tapou os ouvidos)		
12.	O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?		
13.	O seu filho imita você? (ex.: você faz expressões/caretas e seu filho imita)		
14.	O seu filho responde quando você o chama pelo nome?		
15.	Se você aponta brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?		
16.	Seu filho já sabe andar?		
17.	O seu filho olha para coisas que você está olhando?		
18.	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?		
19.	O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?		
20.	Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?		
21.	O seu filho entende o que as pessoas dizem?		
22.	O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?		
23.	O seu filho olha para seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?		
TOTAL			

Referência:

Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton, 1999.

Tradução para o português Milena Pereira Ponde e Mirella Fiuza Losapio, 2008.

PONTUAÇÃO: _____ **CLASSIFICAÇÃO:** () Baixo Risco () Moderado Risco () Alto Risco

Nome/Carimbo

ATA – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TRAÇOS AUTÍSTICOS

Para crianças a partir dos 30 meses de idade

Nome da criança: _____

Idade: _____

Data da aplicação: ____/____/____

É importante salientar que a Escala ATA é um instrumento de triagem que indica a possibilidade de autismo, mas não confirma o diagnóstico.

Por ser extremamente simples, a M-CHAT não precisa ser aplicada somente por médicos.

A resposta aos itens da escala leva em conta as observações dos pais com relação ao comportamento da criança.

PONTUAÇÃO:

- ✓ São 23 subescalas, que devem ser respondidas pelos pais ou responsáveis durante o atendimento, marcando um X sobre os comportamentos observados na criança.
- ✓ As pontuações variam de 0 a 2 em cada subescala, sendo:
 - ↘ “0” quando não há presença de qualquer dos comportamentos citados;
 - ↘ “1” quando a criança apresenta apenas um dos vários subitens citados; ou,
 - ↘ “2” quando apresentar dois ou mais subitens.
- ✓ **O atingimento de 15 pontos sugere a presença de transtorno autista**, sendo mais severo quanto maior for a pontuação. Nesse caso, é importante dar seguimento na investigação para reunir mais informações sobre os sinais de autismo (o início dos sintomas; histórico da criança e da família). Encaminhar a criança para avaliação e acompanhamento multidisciplinar, a fim de confirmar ou descartar o diagnóstico.

I. INTERAÇÃO SOCIAL

1. Não sorri
2. Ausência de aproximações espontâneas
3. Não busca companhia
4. Busca constantemente seu cantinho (esconderijo)
5. Evita pessoas
6. É incapaz de manter um intercâmbio social (conversa com trocas, pergunta e resposta)
7. Isolamento intenso

II. AMBIENTE

1. Não responde às solicitações
2. Mudança repentina de humor
3. Mantém-se indiferente, sem expressão
4. Risos compulsivos
5. Birra e raiva frequentes
6. Excitação motora ou verbal (ir de um lugar a outro, falar sem parar)

III. PESSOAS AO SEU REDOR

1. Utiliza-se do adulto como um objeto (ex.: levando a mão do adulto até o interruptor, para acender a luz)
2. O adulto lhe serve como apoio para conseguir o que deseja (ex.: faz a perna do adulto de ponte para o carrinho passar)
3. O adulto é essencialmente um meio para suprir uma necessidade (ex.: a aproximação tem o objetivo principal de pedir coisas)
4. Se o adulto não responde às suas demandas, atua interferindo na conduta desse adulto (por exemplo, desliga a TV que o adulto esteja assistindo, ameaça quebrar algo, joga coisas no adulto, toma coisas da mão do adulto como pirraça)

IV. RESISTÊNCIA A MUDANÇAS

1. Insistente em manter a rotina (por exemplo, prefere fazer sempre o mesmo passeio ou comer sempre a mesma coisa)
2. Grande relutância em aceitar fatos que alteram sua rotina, tais como mudanças de atividade, horário ou mobília
3. Apresenta resistência a mudanças, persistindo na mesma resposta ou atividade (por exemplo, brincar sempre do mesmo jeito)

V. BUSCA DE UMA ORDEM RÍGIDA

1. Ordenação dos objetos de acordo com critérios próprios e pré-estabelecidos
2. Prende-se a uma ordenação espacial (cada coisa tem um lugar próprio rígido para ficar)
3. Prende-se a uma sequência temporal (ex.: só pode por a meia depois da blusa)
4. Prende-se a uma correspondência pessoa-lugar (ex.: a mesma pessoa precisa sentar-se sempre no mesmo lugar)

VI. CONTATO VISUAL

1. Desvia o olhar, não olhando nos olhos ou olhando sempre rapidamente
2. Olha para outra direção quando é chamado
3. Expressão do olhar vazio e sem vida (sem expressão de emoções, indiferente)
4. Quando segue os estímulos com os olhos, somente o faz de maneira intermitente (não contínua ou com pausas)
5. Fixa os objetos com um olhar periférico, não central (olhar de lado, com a cabeça um pouco virada e não de frente)
6. Dá a sensação de que não olha

VII. MÍMICA INEXPRESSIVA

1. Se fala, não utiliza a expressão facial, gestual ou vocal com a frequência esperada
2. Não mostra uma reação antecipatória (como um 'suspense' pelo que vai acontecer)
3. Não expressa através da mímica ou olhar aquilo que quer ou o que sente
4. Imobilidade facial

VIII. DISTÚRBIOS DE SONO

1. Não quer ir dormir (relutância frequente, choro, birra, resistência intensa e prolongada)
2. Levanta-se muito cedo
3. Sono irregular (em intervalos)
4. Troca o dia pela noite
5. Dorme poucas horas

IX. ALTERAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO

1. Seletividade alimentar rígida (ex.: come o mesmo tipo de alimento sempre)
2. Come outras coisas além de alimentos (papel, insetos)
3. Quando pequeno, não mastigava
4. Apresenta uma atividade ruminante (fica longo tempo com a comida na boca, de um lado para o outro, antes de engolir)
5. Vômitos
6. Come grosseiramente, esparrama a comida ou a atira
7. Rituais (por exemplo, esfarelar alimentos antes da ingestão)
8. Ausência de paladar (falta de sensibilidade gustativa)

X. CONTROLE DOS ESFÍNCTERES

1. Medo de sentar-se no vaso sanitário
2. Utiliza os esfíncteres para manipular o adulto (por exemplo, ameaça fazer xixi no local errado de propósito)
3. Utiliza os esfíncteres como estimulação corporal, para obtenção de prazer
4. Tem controle diurno, porém o noturno é tardio ou ausente

XI. EXPLORAÇÃO DOS OBJETOS (APALPAR, CHUPAR)

1. Morde e engole objetos não alimentares
2. Chupa e coloca as coisas na boca
3. Cheira tudo
4. Apalpa tudo, examina as superfícies com os dedos de forma minuciosa

XII. USO INAPROPRIADO DOS OBJETOS

1. Ignora os objetos ou mostra um interesse momentâneo
2. Pega, golpeia ou simplesmente os atira no chão
3. Conduta atípica com os objetos (segura indiferentemente nas mãos ou gira)
4. Carrega insistentemente consigo determinado objeto
5. Se interessa somente por uma parte do objeto ou do brinquedo
6. Coleciona objetos estranhos
7. Utiliza os objetos de forma particular (pouco usual) e inadequada

XIII. ATENÇÃO

1. Quando realiza uma atividade, fixa a atenção por curto espaço de tempo ou é incapaz de fixá-la
2. Age como se fosse surdo
3. Tempo de latência de resposta aumentado, entende as instruções com dificuldade.
4. Resposta retardada
5. Muitas vezes dá a sensação de ausência

XIV. AUSÊNCIA DE INTERESSE PELA APRENDIZAGEM

1. Não quer aprender
2. Cansa-se muito depressa, ainda que de atividade que goste
3. Esquece rapidamente
4. Insiste em ser ajudado, ainda que saiba fazer
5. Insiste constantemente em mudar de atividade

XV. FALTA DE INICIATIVA

1. É incapaz de ter iniciativa própria
2. Busca a comodidade
3. Passividade, falta de interesse
4. Lentidão
5. Prefere que outro faça o trabalho para ele

XVI. ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO

1. Mutismo
2. Estereotipias vocais (fazer sempre os mesmos sons)
3. Entonação incorreta
4. Ecolalia imediata e/ou retardada (repete palavras/falas que acabou de ouvir, imediatamente ou algum tempo depois)
5. Repetição de palavras ou frases que podem (ou não) ter valor comunicativo
6. Emite sons estereotipados quando está agitado e em outras ocasiões, sem nenhuma razão aparente
7. Não se comunica por gestos
8. As interações com o adulto nunca são um diálogo

XVII. NÃO MANIFESTA HABILIDADES E CONHECIMENTOS

1. Ainda que saiba fazer uma coisa, não a realiza porque não quer, mesmo que solicitado
2. Não demonstra o que sabe, até ter uma necessidade primária ou um interesse específico
3. Aprende coisas, porém somente as demonstra em determinados lugares e com determinadas pessoas
4. Às vezes, surpreende por suas habilidades inesperadas

XVIII. REAÇÕES INAPROPRIADAS ANTE A FRUSTRAÇÃO

1. Reações de desagrado intenso caso seja esquecida alguma coisa
2. Reações de desagrado intenso caso seja interrompida alguma atividade que goste
3. Desgostoso quando os desejos e as expectativas não se cumprem
4. Reações de birra

XIX. RESPONSABILIDADES

1. Não assume nenhuma responsabilidade, por menor que seja
2. Para chegar a fazer alguma coisa, há que se repetir muitas vezes ou elevar o tom de voz

XX. HIPERATIVIDADE/ HIPOATIVIDADE

A criança pode apresentar desde agitação, excitação desordenada e incontrolada, até grande passividade, com ausência total de resposta. Estes comportamentos não têm nenhuma finalidade.

1. A criança está constantemente em movimento
2. Mesmo estimulada, não se move
3. Barulhento, a maioria das coisas que faz geram ruído/barulho
4. Vai de um lugar a outro, sem parar
5. Fica pulando (saltando) no mesmo lugar
6. Não se move nunca do lugar onde está sentado

XXI. MOVIMENTOS ESTEREOTIPADOS E REPETITIVOS

Ocorrem em situações de repouso ou atividade, com início repentino.

1. Balança-se
2. Olha e brinca com as mãos e os dedos
3. Tapa os olhos e as orelhas
4. Dá pontapés
5. Faz caretas e movimentos estranhos com a face
6. Fica rodopiando ou rodando objetos
7. Caminha na ponta dos pés ou saltando, arrasta os pés, anda fazendo movimentos estranhos
8. Torce o corpo, mantém uma postura desequilibrada, posições estranhas, pernas dobradas, cabeça recolhida aos pés, extensões violentas do corpo

XXII. IGNORA O PERIGO

1. Não se dá conta do perigo
2. Sobe em todos os lugares
3. Parece insensível à dor

XXIII. APARECIMENTO DOS SINTOMAS ANTES DOS 36 MESES (DSM-IV)

Este item da escala refere-se à visão geral dos sintomas assinalados no decorrer da escala.

() Se os sintomas assinalados nos itens anteriores já estavam presentes antes dos 3 anos (36 meses) de idade, marque 2 pontos

() Se apareceram depois dessa idade, não pontue

PONTUAÇÃO: _____

Nome/Carimbo

Carteira de Identificação do Autista - CIA

Local: Unidade de Saúde de Referência

Referência/Rede de Proteção à Infância: Helena Dal Forno

Contato: 3331 - 8800 R: 326

Solicitação da Carteira de Identificação do Autismo (CIA):

- ✓ Paciente/Responsável deve procurar a Unidade de Saúde referência, portando os seguintes documentos:
 - Cartão SUS;
 - Comprovante de Residência;
 - Laudo Médico (Neurologista, Psiquiatra ou Pediatra) constando um dos CID* 10: F 84.1, F 84.4, ou F 84.5, conforme previsto no Decreto Municipal Nº 6.849, 31/10/2019.
- ✓ A solicitação da Carteira pode ser realizada por qualquer profissional de nível superior da Unidade de Referência, conferindo a documentação acima relacionada.
- ✓ Após anexar o Laudo Médico no Prontuário Eletrônico do Paciente na pasta "DIGITALIZAÇÃO DE DOCUMENTOS";
- ✓ No sistema IDS SINNC, ir em "Usuários", clicar em "Pesquisa", no "Filtro" pesquisar o nome do paciente. Selecionar com dois cliques em cima do nome, clicar na aba "eSUS AB" e após na aba "Condições de Saúde". Em informações de deficiência, marcar Transtorno do Espectro Autista e clicar em gravar.
- ✓ Para inserir a foto do paciente no cadastro do usuário, clicar no local sugerido para a foto (+) e clicar em procurar, localizar o arquivo da foto já salva no computador (por meio de celular ou uma foto 3x4 digitalizada) ou diretamente pela Webcam.
Importante: Somente encaminhar solicitação da carteira do autista com foto do paciente.
- ✓ Para imprimir a Carteira retornar na página inicial do cadastro do usuário, ir na aba "Imprimir", gerar uma cópia e fornecer ao usuário a **Carteira Provisória**.
- ✓ Enviar por e-mail para a Rede de Proteção (redeinfanciasms@ijui.rs.gov.br) uma cópia da Carteira Provisória salva em PDF, a qual tomará providências para a contratação do serviço de impressão da CIA definitiva em material PVC colorido, tendo como prazo máximo de até 45 dias para a confecção da carteira definitiva.
- ✓ A Rede de Proteção enviará a CIA definitiva por malote (via SMS) para a Unidade de Saúde de Referência; ficando sobre a responsabilidade da equipe realizar o contato com o paciente/responsável a entrega da Carteira.

Atenção:

- Estas etapas são necessárias, pois garantem o fornecimento da CIA ao paciente com Transtorno do Espectro Autista (TEA), bem como, oportuniza a SMS quantificar o número de pessoas com AUTISMO residentes do Município de Ijuí para o planejamento de Políticas Públicas futuras.

CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS)



REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA (CIA)

Nome Completo: _____

Sexo: () Fem. () Masc. Dt/Nasc: ____/____/____ Estado Civil: _____

RG: _____ CPF: _____ Escolaridade: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____

Fone: () _____ () _____

Nome/Responsável: _____ CPF: _____

Frequenta Serviço de Reabilitação: () Sim. Qual? _____ () Não

Frequenta Estabelecimento de Ensino: () Sim. Qual? _____ () Não

Beneficiário em Programas Sociais: () Sim. Qual? _____ () Não

Vossa Senhoria:

Venho por meio deste requerer a concessão da **CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTISTA (CIA)** nos termos do Decreto Municipal Nº 6.849, 31/10/2019, no âmbito do Município de Ijuí.

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações acima relatadas são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

Nestes termos, peço deferimento.

Ijuí/RS, ____/____/____

Nome do Solicitante: _____

Data do Recebimento: ____/____/____ Unidade de Saúde: _____

Carimbo e Ass./Profissional:

Centros de Atenção Psicossociais - CAPS

Coordenação/RAPS: Márcia Baiocchi Amaral

Contato: 3331- 8800 R: 282

Local/Contato/Coordenação Local:

CAPS i/INFANTIL /3333 – 5854 / Deise Scherbaum

CAPS II COLMEIA/ADULTO / R: 336 e 3331 – 8893 / Ângela Maria T. Signor

CAPS AD II – Vida com Dignidade / 3333 - 1618 / Letícia Costa

CAPS AD III 24horas – Opção pela Vida (Augusto Pestana) / 55 3334 - 4900

Serviços ambulatoriais especializados em saúde mental que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) nas suas diferentes modalidades ofertam atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental crônico, grave e persistente, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Atualmente a Rede de Atenção Psicossocial de Ijuí dispõe das seguintes modalidades de CAPS:

CAPS i/INFANTIL: Atende crianças e adolescentes até 18 anos, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

CAPS II COLMÉIA/ADULTO: Atende pessoas a partir de 18 anos, que apresentam intenso sofrimento psíquico, decorrente de transtornos mentais graves e persistentes (sem uso de substâncias psicoativas).

CAPS AD II – Vida com Dignidade: Atende pessoas a partir de 18 anos, que apresentam intenso sofrimento psíquico, decorrente de transtornos mentais relacionados ao abuso e dependência de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).

CAPS AD III 24 horas – Opção pela vida: Atende pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, decorrente de transtornos mentais relacionados ao abuso e dependência de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Proporciona atenção integral e contínua, com funcionamento nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana, inclusive nos feriados, dispondo de vagas para acolhimento noturno. Constitui-se como referência regional, sendo regulado pelo CAPS II Colméia/Adulto.

Fluxo terapêutico de pacientes SEM critérios (conforme Protocolo RegulaSUS) para acompanhamento nos CAPS:

- ✓ Pacientes devem iniciar tratamento na APS:
 - Havendo necessidade de discussão de caso(s) com as equipes dos CAPS (conforme a modalidade de atendimento) para manejo ou ajustes medicamentosos, deve-se entrar em contato via telefone ou e-mail com o articulador de rede de referência para agendamento (os casos podem ser discutidos via telefone ou pessoalmente).
 - Pacientes estabilizados, após terapêutica instituída, devem continuar com o tratamento e com o acompanhamento na APS.
- ✓ Pacientes com ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas farmacológicas eficazes conforme descrito no Quadro 2 (abaixo) do Protocolo de Psiquiatria Adulto, disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/> por pelo menos oito semanas cada, devem ser encaminhados via Prontuário Eletrônico para acolhimento no CAPS de referência (conforme a modalidade de atendimento – IDS-SINNC: 392-Centro de Atenção Psicossocial-CAPS AD OU 393-Centro de Atenção Psicossocial-CAPS II OU 394-Centro de Atenção Psicossocial-CAPS Infantil), contendo descrição mínima do quadro psiquiátrico atual; presença de

sintomas psicóticos atuais ou no passado; presença de ideação suicida ou tentativas de suicídio atuais ou no passado; se gestante, referir idade gestacional; tratamento em uso ou já realizado para a condição (psicoterápico - tipo e duração; farmacológico - dose e posologia) e hipótese diagnóstica (CID*), se encaminhamento médico.

Situações que devem ser acompanhadas na APS (eAP/eSF) com MATRICIAMENTO das equipes do CAPS (se necessário):

- ✓ Transtorno depressivo moderado ou leve.
- ✓ Transtorno / episódio de ansiedade leve / moderado.
- ✓ Sintomas psicossomáticos leves e moderados.
- ✓ Insônia.
- ✓ Luto.
- ✓ Episódios de uso nocivo/abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas.
- ✓ Condições psiquiátricas crônicas estabilizadas (manutenção do acompanhamento ambulatorial - esquizofrenia e outras psicoses sem riscos a si ou aos outros).
- ✓ Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade - TDAH. OBS: O Talão de notificação de receitas AMARELA deve ser solicitado pelo próprio prescritor à Vigilância Sanitária.
- ✓ Demandas administrativas (renovação de receitas de medicamentos contínuos, laudos médicos).
- ✓ Orientações e apoio familiar.

Situações que devem ser encaminhadas para acompanhamento nos CAPS:

- ✓ Quadro depressivo moderado a grave com ou sem sintomas psicóticos, com ou sem ideação suicida, porém com apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar.
- ✓ Quadro psicótico agudo, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade auto e heterodirigida, porém com apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar.
- ✓ Autonegligência (perda do autocuidado) grave.
- ✓ Alcoolismo ou dependência química a outras drogas com sinais de abstinência que conseguem participar das atividades propostas no serviço especializado.

Atenção:

- Pacientes diagnosticados com TEA (Transtorno do Espectro Autista) devem ser encaminhados ao Centro Municipal do Autismo e/ou para Reabilitação Intelectual via GERCON.

- Em anexo encontra-se o FLUXOGRAMA DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE MENTAL.

- Antes ser realizado encaminhamento ao CAPS é importante avaliar o quadro clínico do paciente, bem como, observar as indicações acima referidas, considerando que nestes serviços não está prevista a realização de avaliação clínica ambulatorial (curativos, verificação dos níveis pressóricos, hemoglicoteste, entre outros).

Fluxo de encaminhamento de pacientes COM critérios para acompanhamento nos CAPS:

- ✓ O encaminhamento deve ser realizado via Prontuário Eletrônico (conforme a modalidade de atendimento – IDS-SINNC: 392-Centro de Atenção Psicossocial-CAPS AD OU 393-Centro de Atenção Psicossocial-CAPS II OU 394-Centro de Atenção Psicossocial-CAPS Infantil), contendo descrição mínima: do quadro psiquiátrico atual; presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado; presença de ideação suicida ou tentativas de suicídio atuais ou no passado; se gestante, referir idade gestacional; tratamento em uso ou já realizado para a condição (psicoterápico - tipo e duração; farmacológico - dose e posologia) e hipótese diagnóstica (CID), se encaminhamento médico.
- ✓ O encaminhamento será regulado pela Equipe Técnica de Avaliação, conforme Protocolos do

RegulaSUS (Psiquiatria Adulto e Psiquiatria Pediátrica) no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>.

- ✓ Os encaminhamentos que sugerem necessidade de acompanhamento em CAPS serão agendados para acolhimento inicial.
- ✓ Os encaminhamentos com informações insuficientes para análise serão devolvidos via Prontuário Eletrônico, solicitando complementação.
- ✓ Os encaminhamentos que não possuem critérios para acompanhamento nos CAPS serão devolvidos via Prontuário Eletrônico, com as devidas orientações.
- ✓ O paciente será comunicado, via contato telefônico, pelo CAPS de referência, sobre a data e o horário do seu acolhimento inicial. Serão realizadas três tentativas de contato para o número cadastrado no prontuário eletrônico do paciente e em caso de negativa, a Unidade de Saúde de referência será comunicada para localização e nova tentativa de contato com o paciente. Na impossibilidade de comunicação o encaminhamento será invalidado no sistema, requerendo realizar nova solicitação via Prontuário Eletrônico, se necessário, na Unidade de Saúde de referência.
- ✓ O CAPS AD realiza acolhimento no sistema “Portas Abertas”, ou seja, os usuários podem acessar diretamente o serviço sem necessidade de encaminhamento da APS.
- ✓ É necessário que o paciente comunique antecipadamente o CAPS da impossibilidade de comparecer na data agendada. O não comparecimento no acolhimento inicial resultará no cancelamento do atendimento junto ao sistema, requerendo realizar nova solicitação via Prontuário Eletrônico, na Unidade de Saúde de referência.

Atenção:

- Para situações de maior gravidade, que necessitem acolhimento com brevidade, deve-se entrar em contato telefônico com o serviço do CAPS de referência e discutir o caso.
- É necessário que a equipe de referência esteja atenta às devoluções dos encaminhamentos que não apresentam critérios para acompanhamento no serviço ou que necessitam de informações complementares.
- Paciente que teve alta hospitalar, com Nota de Alta, pode agendar acolhimento diretamente na recepção dos CAPS.

Situações que devem ser encaminhadas para o serviço de urgência/emergência em saúde mental (Pronto Socorro do HCI* ou UPA*):

- ✓ Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deterioração do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros.
- ✓ Tentativa de suicídio.
- ✓ Risco de suicídio (ideação suicida com plano estruturado e sem rede de suporte sociofamiliar conter o risco).
- ✓ Risco de auto ou heteroagressão (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco).
- ✓ Risco de exposição moral (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco);
- ✓ Sintomas psicóticos agudos e graves.
- ✓ Intoxicação aguda por substâncias psicoativas.

Fluxo de encaminhamento de pacientes para atendimento de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA em saúde mental (Pronto Socorro do HCI ou UPA):

- ✓ O encaminhamento deve ser realizado via Prontuário Eletrônico, impresso e entregue ao paciente, contendo descrição mínima: do quadro e sintomas psiquiátricos atual; presença de ideação suicida e/ou tentativas de suicídio atuais; se gestante, referir idade gestacional;

tratamento em uso para a condição (farmacológico - dose e posologia) e hipótese diagnóstica (CID).

- ✓ Preferencialmente realizar contato prévio com médico plantonista.

Atenção:

- Em situações de **URGÊNCIA** que estejam fora dos serviços de saúde (ex. domicílio; via pública etc.) que necessitem internação hospitalar, o **SAMU (192)** deve ser acionado.

Fluxo de encaminhamento de pacientes para INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVA:

- ✓ As internações eletivas de SAÚDE MENTAL (psiquiátricas e dependência química) estão sendo reguladas através do GERINT (Sistema estadual de regulação de internações hospitalares do SUS) e os CAPS (CAPS INFANTIL; CAPS II; CAPS AD) são responsáveis por estes encaminhamentos.

Atenção:

- A situação ELETIVA que for avaliada pelo médico clínico da Unidade de Saúde e considerada como necessária a internação hospitalar (ex. desintoxicação), deve ser encaminhada para avaliação e/ou matriciamento no CAPS DE REFERÊNCIA, através do contato via telefone de médico para médico.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento (**IDS SINNC: 395-UPA 24H**)

HCI – Pronto Atendimento (**IDS SINNC: 453- HCI – Pronto Atendimento**)

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

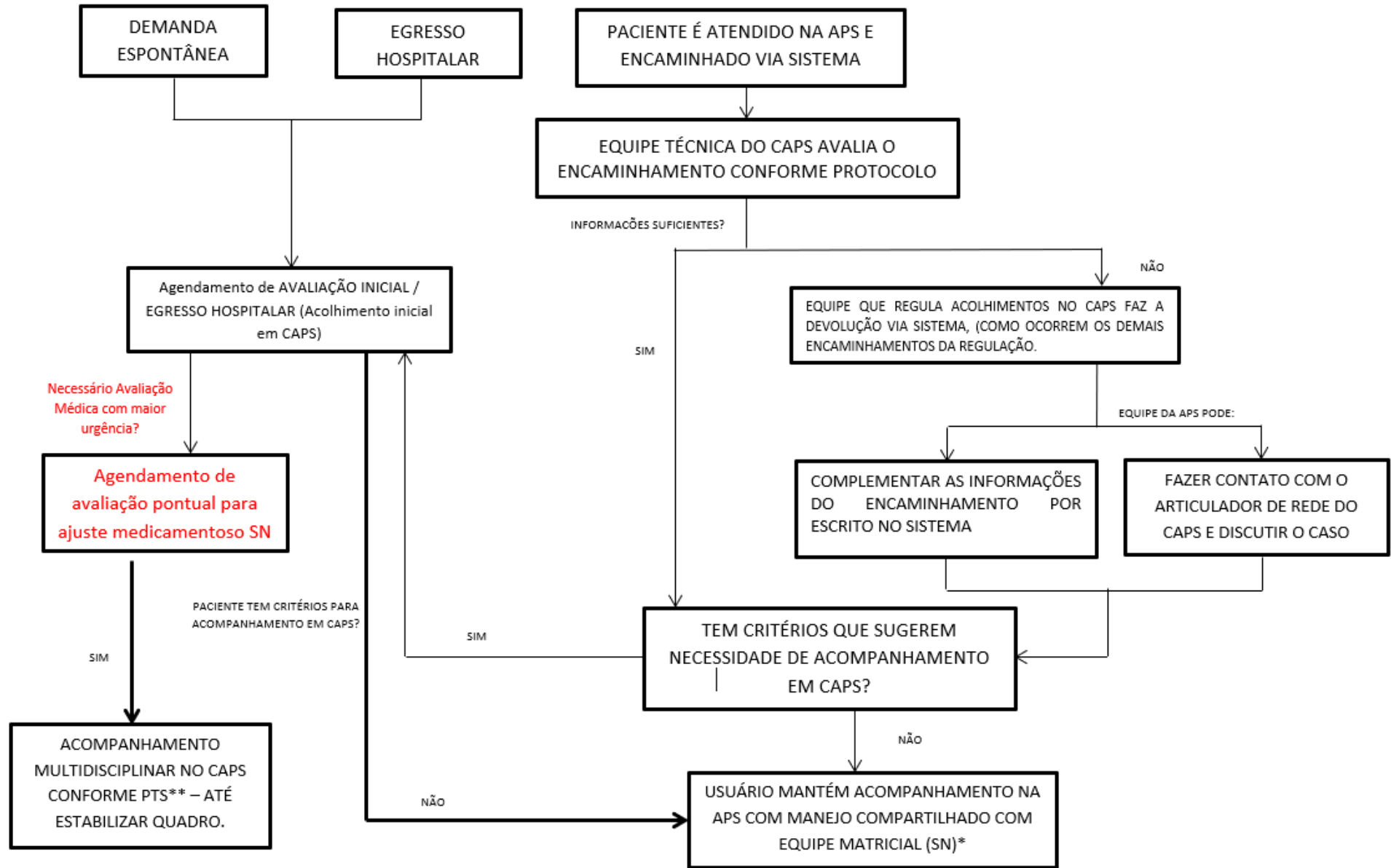
Quadro 2 – Estratégias terapêuticas efetivas para episódios depressivos.

Estratégias não farmacológicas (individuais ou em grupo)			
Estão indicadas nas depressões leves a moderadas ou em associação com fármacos nos quadros moderados a graves e podem ser aplicáveis se disponíveis na APS: aconselhamento psicológico, terapia cognitivo comportamental, terapia interpessoal, ativação comportamental, psicoterapia breve.			
Estratégias Farmacológicas¹			
Fármaco (classe)	Dose inicial (mg)	Dose mínima efetiva (mg)	Doses usuais (mg)
Amitriptilina (ADT)	25	75	100 - 300
Bupropiona (ANDE)	75	150	150 - 300
Citalopram ² (ISRS)	20	20	20 - 40
Escitalopram (ISRS)	10	10	10 - 20
Fluoxetina ² (ISRS)	20	20	20 - 80
Paroxetina ² (ISRS)	10 - 12,5	20	20 - 40
Sertralina ² (ISRS)	25 - 50	50	50 - 200
Trazodona (ADA)	50	150	150 - 300
Venlafaxina (IRSN)	37,5	75	75 - 375
¹ Principais fármacos recomendados a partir de dados de efetividade, tolerabilidade, custo e disponibilidade na APS;			
² Inibidores seletivos da recaptção da serotonina são a primeira linha de tratamento devido à eficácia e boa tolerabilidade.			
Estratégias terapêuticas efetivas:			
1 ^a) monoterapia em dose efetiva média (no mínimo) por 8 semanas.			
2 ^a) <u>Se resposta parcial</u> : associação do primeiro fármaco com outro fármaco (preferentemente de outra classe); ex: fluoxetina 80 mg + amitriptilina 100 mg; ou			
<u>Se não resposta com o primeiro fármaco</u> : trocar por outro fármaco até a dose máxima por 8 semanas.			

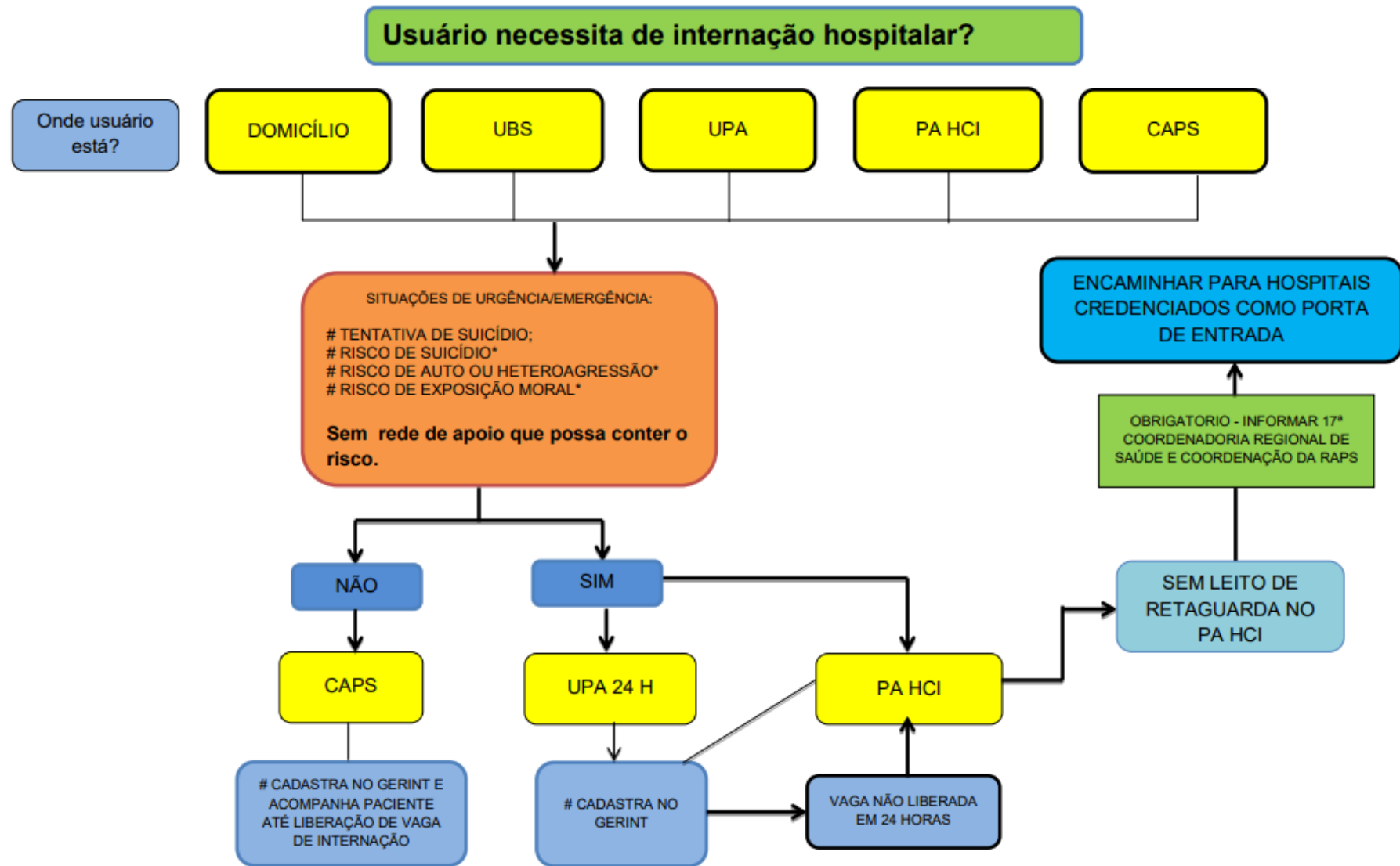
ADT: antidepressivo tricíclico; ANDE: antidepressivo noradrenérgico e dopaminérgico específico; ISRS: inibidores seletivos da recaptção da serotonina; ADA: antidepressivo atípico; IRSN: inibidor da recaptção da noradrenalina e serotonina.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Cordioli, Gallois e Isolan (2015), Ramanuj, Ferenchick e Pincus (2019), Gaynes (2021) e Rush (2020).

FLUXO DE TRATAMENTO EM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SAÚDE MENTAL



FLUXOGRAMA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM SAÚDE MENTAL



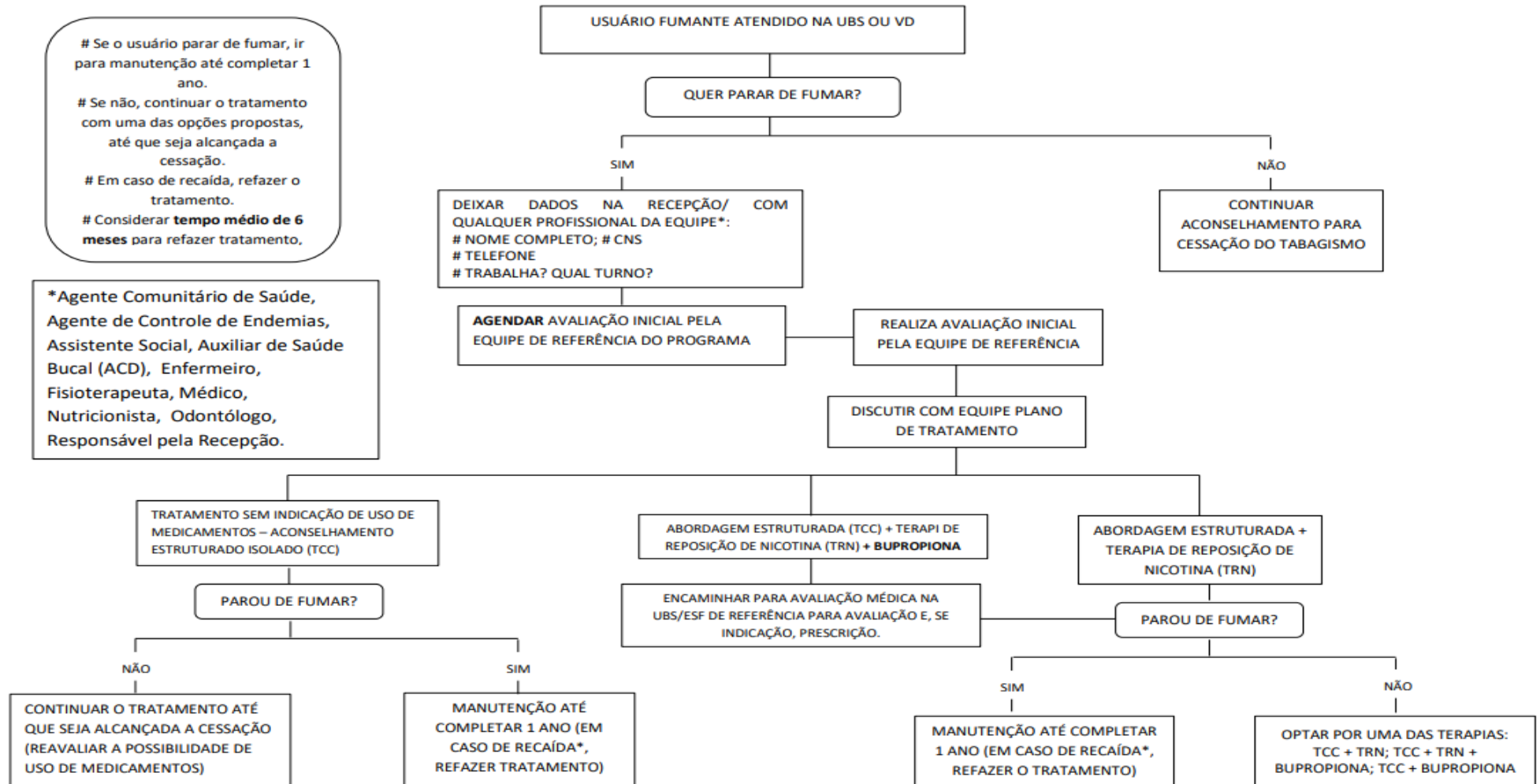
Programa Nacional de Controle do Tabagismo

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação: Eliana Gheno

Contato: 99158-2455 / 3331-8893 / R: 336

E-mail: coord.pctt@gmail.com



Serviço de Atendimento Especializado - SAE

Coleta de Sorologias das Doenças de Notificação Compulsória

Local: Prédio das Vigilâncias em Saúde

Contato: Ramais 301 – 316 – 330

Coordenação/SAE: Elisandra Baldo Dalla Rosa

Referências: Elisandra Baldo Dalla Rosa; Jacqueline Rodrigues de Souza

Orientações para a coleta de sorologias:

- ✓ Casos suspeitos de doenças de notificação compulsória, notificar no SINAN* e contatar a vigilância epidemiológica, que orientará a data da coleta de sorologia;
 - ✓ Após entrar em contato com o SAE para agendar a coleta de sorologia (dengue, malária, chagas, chikungunya, entre outras).
-

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - <https://www.cevs.rs.gov.br/notifique-aqui>

Hanseníase

Local: Prédio das Vigilâncias em Saúde

Contato: Ramais 301 – 316 – 330

Coordenação/SAE: Elisandra Baldo Dalla Rosa

Referências: Elisandra B. D. Rosa; Maclóvia Ammar; Jacqueline R. de Souza; Vanessa Battisti

Orientações Gerais:

- ✓ A Unidade de Saúde de referência deverá:
 - encaminhar ao SAE casos suspeitos ou confirmados de hanseníase, via Prontuário Eletrônico do paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 503-SAE-Serviço de Atendimento Especializado), contendo descrição mínima da patologia, CID*, sinais e sintomas (há quanto tempo), exame físico (avaliação dermatológica e neurológica), exame(s) realizados (com data), história pessoal e/ou familiar de hanseníase (parentesco, sexo e idade do diagnóstico).
 - notificar o caso na ficha SINAN*/Hanseníase (abaixo) disponível no endereço eletrônico http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hanseníase/Hanseníase_v5.pdf;
 - agendar consulta médica no SAE pelo Ramal 301;
 - orientar a sobre a clínica da doença ao paciente.

Atenção:

- As consultas de acompanhamento e a retirada de medicamentos para o tratamento serão realizadas no SAE.

- Para maiores esclarecimentos consultar:

Os profissionais do SAE;

Guia Prático sobre a Hanseníase do Ministério da Saúde/2017, disponível no site https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseníase.pdf;

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase do Ministério da Saúde/2021, disponível no site http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20211223_PCDT_Hanseníase.pdf.

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - <https://www.cevs.rs.gov.br/notifique-aqui>

SINAN - FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE

Hepatites Virais

Local: Prédio das Vigilâncias em Saúde

Contato: Ramais 301 – 316 – 330

Coordenação/SAE: Elisandra Baldo Dalla Rosa

Referências: Elisandra Baldo Dalla Rosa; Jacqueline Rodrigues de Souza; Maclóvia Ammar; Vanessa Battisti

Orientações Gerais:

- ✓ Pacientes com teste rápido reagente para hepatite B e Hepatite C deverão ser referenciados ao SAE para acompanhamento e tratamento;
- ✓ Após resultado de teste rápido reagente para hepatites entrar em contato com o SAE via telefone para compartilhamento do caso;
- ✓ Encaminhar ao SAE via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 503-SAE-Serviço de Atendimento Especializado), contendo descrição mínima: da patologia ou condição clínica, do CID*, dos sinais e sintomas, do(s) achado(s) no exame físico, do resultado do(s) exame(s) complementar(es), do tratamento prescrito;
- ✓ O SAE realiza a notificação no SINAN* (abaixo);
- ✓ A coleta de Carga Viral e genotipagem das hepatites virais são realizadas no SAE, conforme datas pré-agendadas e seguindo os Protocolos Clínicos;
- ✓ A prescrição e a dispensação dos medicamentos das hepatites virais são realizadas no SAE e na Unidade de Dispensação de Medicamento (UDM) para tratamento de 30 dias ou 60 dias, conforme o esquema terapêutico, a disponibilidade de estoque e a validade do formulário de solicitação de medicamentos;
- ✓ As intercorrências clínicas decorrentes de hepatopatias crônicas durante e após a alta do paciente deverão ser avaliadas e acompanhadas na Unidade de Saúde de referência com apoio do Serviço Especializado, caso seja necessário.
- ✓ Havendo necessidade de encaminhamento para a alta complexidade seguir orientações do Protocolo de Infectologia do RegulaSUS, disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>

Atenção:

- É necessário que o paciente comunique antecipadamente da impossibilidade de comparecer na data agendada. O não comparecimento no atendimento sem aviso prévio resultará na busca ativa pelo serviço em que o paciente estava agendado (Unidade de Saúde ou SAE).

- Para maiores esclarecimentos consultar:

- ✓ <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfecoes>
- ✓ <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfecoes>

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - <https://www.cevs.rs.gov.br/notifique-aqui>

SINAN - FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS

Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV

Local: Prédio das Vigilâncias em Saúde

Contato: Ramais 301 – 316 – 330

Coordenação/SAE: Elisandra Baldo Dalla Rosa

Referências: Elisandra Baldo Dalla Rosa; Jacqueline Rodrigues de Souza; Maclóvia Ammar; Vanessa Battisti

Requisitos necessários para encaminhar/reencaminhar o paciente com diagnóstico de HIV ao atendimento no SAE:

- ✓ Paciente com teste 1 e teste 2 confirmatório reagentes para HIV deverão ser referenciados ao SAE para acompanhamento;
- ✓ Após resultado de teste rápido reagente entrar em contato com o SAE via telefone para compartilhamento do caso;
- ✓ Encaminhar ao SAE via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 503-SAE-Serviço de Atendimento Especializado), contendo descrição mínima: da patologia ou condição clínica, do CID*, dos sinais e sintomas, do(s) achado(s) no exame físico, do resultado do(s) exame(s) complementar (es), do tratamento prescrito;
- ✓ Exames obrigatórios: teste rápido 01 e teste rápido confirmatório reagentes ou teste laboratorial anti-HIV reagente;
- ✓ O SAE realiza a notificação no SINAN*(abaixo);
- ✓ Os exames de Carga Viral (CV) e Contagem de Linfócitos (CD4) são agendadas e coletados no SAE e as amostras são encaminhadas para o Hospital Universitário de Santa Maria;
- ✓ Os resultados serão avaliados e disponibilizados ao paciente pela equipe do SAE.

Etapas subsequentes:

- ✓ A Unidade de Saúde de referência deverá:
 - Após o diagnóstico, a pessoa vivendo com HIV (PVHIV) deve continuar sendo acompanhada pela equipe de saúde de referência e demandas não relacionadas ao HIV devem ser atendidas na própria Unidade de Saúde. O HIV é uma condição crônica e as PVHIV devem ser acompanhadas de forma contínua. Desta forma, o cuidado é compartilhado entre a Atenção Primária e o SAE;
 - Conforme Protocolo Clínico toda PVHIV deve estar em uso de terapia antirretroviral (TARV). A dispensação da TARV é realizada na Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) do SAE para tratamento de 30 dias, 60 dias ou 90 dias, conforme o esquema terapêutico, a disponibilidade de estoque e a validade do formulário de solicitação de medicamentos.

Atenção:

- É necessário que o paciente comunique antecipadamente da impossibilidade de comparecer na data agendada. O não comparecimento no atendimento sem aviso prévio resultará na busca ativa pelo serviço em que o paciente estava agendado (Unidade de Saúde ou SAE).
- Para maiores esclarecimentos consultar:
 - ✓ <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
 - ✓ <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

-
- ✓ <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>
-

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação - <https://www.cevs.rs.gov.br/notifique-aqui>

SINAN - FICHA DE INVESTIGAÇÃO/CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

SINAN - FICHA DE INVESTIGAÇÃO/AIDS (pacientes menores que 13 anos)

SINAN - FICHA DE INVESTIGAÇÃO/GESTANTE HIV+

SINAN - FICHA DE INVESTIGAÇÃO/AIDS

Infectologia

Local: Prédio das Vigilâncias em Saúde

Contato: Ramais 301 – 316 – 330

Coordenação/SAE: Elisandra Baldo Dalla Rosa

Referências: Elisandra Baldo Dalla Rosa; Jacqueline Rodrigues de Souza; Maclóvia Ammar; Vanessa Battisti

Requisitos necessários para encaminhar/reencaminhar ao Serviço Especializado/SAE:

- ✓ Avaliação pelo enfermeiro ou médico assistente da Unidade de Saúde de referência;
- ✓ Após, contato telefônico com o SAE e definição de que o caso necessita de acompanhamento no Serviço Especializado, realizar encaminhamento via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 503-SAE-Serviço de Atendimento Especializado), contendo descrição mínima: da patologia ou condição clínica, do CID*, dos sinais e sintomas, do(s) achado(s) no exame físico, do resultado do(s) exame(s) complementar(es) e do tratamento já realizado.

Etapas subsequentes:

- ✓ A recepção da Unidade de Saúde de referência deverá entrar em contato telefônico com o SAE para agendar a data e o horário do atendimento ou o paciente poderá se dirigir ao SAE para agendamento.

Observação Geral:

- É necessário que o paciente comunique antecipadamente o SAE da impossibilidade de comparecer na data agendada. O não comparecimento no atendimento sem aviso prévio resultará no reagendamento conforme disponibilidade da agenda, devendo ser realizado via contato telefônico pela recepção da Unidade de Saúde de referência.

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

Tuberculose

Local: Prédio das Vigilâncias em Saúde

Contato: Ramais 301 – 316 – 330

Coordenação/SAE*: Elisandra Baldo Dalla Rosa

Referências: Elisandra Baldo Dalla Rosa; Maclóvia Ammar; Jacqueline Rodrigues de Souza; Vanessa Battisti

Orientações Gerais:

- ✓ A Unidade de Saúde de referência deverá realizar o diagnóstico e o acompanhamento do paciente com tuberculose conforme fluxo já estabelecido;
- ✓ Após diagnóstico, entrar em contato com a Vigilância Epidemiológica para que seja fornecido o número do prontuário do paciente;
- ✓ Somente após registro do número do prontuário fornecido pela vigilância epidemiológica, o paciente deverá ser encaminhado para a Unidade de Dispensação de Medicamentos do SAE para retirar os medicamentos, portando a prescrição médica com o número do prontuário;
- ✓ No SAE será entregue ao paciente a caderneta individual de controle de tratamento e o cartão de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Atendimentos que devem ser compartilhados com o SAE:

- Pacientes com coinfeção de TB e HIV;
- Pacientes com TB com evolução clínica desfavorável;
- Casos de efeitos adversos maiores advindos do tratamento;
- Casos de TB extrapulmonar;
- TB em menores de 10 anos;
- Casos de TB com esquema alternativo;
- Casos suspeitos de falência da terapêutica.

Atenção:

- O SAE é referência e realiza o matriciamento das equipes de Atenção Primária a Saúde. O matriciamento será realizado conforme solicitação das equipes.
- O TDO é de responsabilidade da equipe da Unidade de Saúde de referência e consiste na ingestão supervisionada da medicação pelo menos 3x/semana, na fase intensiva (primeiros 2 meses) e 2x/semana, na fase de manutenção do tratamento (durante os últimos 4 meses).
- Será dispensada ao paciente a fração de medicamentos que será autoadministrada pelo período de 2 meses. A fração de medicamentos que será realizado o TDO será enviada para a farmácia distrital da Unidade de Saúde correspondente ou para a própria Unidade de Saúde com a periodicidade bimestral.
- O acompanhamento dos pacientes com tuberculose e com Infecção Latente da Tuberculose (ILT) é mensal e realizado na Unidade de Saúde de referência com apoio do Serviço Especializado (IDS-SINNC: 503-SAE-Serviço de Atendimento Especializado), caso seja necessário.
- O encerramento do tratamento e a alta do paciente são de responsabilidade da equipe da Unidade de Saúde de referência com o apoio do SAE. O Ministério da Saúde (MS) recomenda que para o encerramento oportuno, os casos de tuberculose em tratamento com o esquema básico (de duração de 06 meses) sejam encerrados em até 09 meses, e que os casos de tuberculose meningoencefálica (de duração de 12 meses) sejam encerrados no sistema em até 15 meses.
- Para maiores esclarecimentos consultar o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil/2019, disponível no site:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualrecomendacoescontroletuberculosebrasil2ed.pdf>

Etapas obrigatórias pré e pós diagnóstico a serem realizados na Unidade de Saúde:

- O preenchimento do livro de registro de sintomático respiratório no serviço de saúde (disponível para ser retirado junto ao SAE ou para impressão no site <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/registrosintomaticorespiratoriotuberculose.pdf>);
- O preenchimento e envio imediato à Vigilância Epidemiológica do município da ficha de notificação / investigação de tuberculose no SINAN (abaixo) - (disponível para impressão no site <http://portalsinan.saude.gov.br/tuberculose>);
- O preenchimento do livro de registro de pacientes e acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose (disponível para impressão no site <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/registropacientesacompanhamentocasostuberculose.pdf>);
- O preenchimento da ficha de acompanhamento do tratamento supervisionado do paciente (anexo), por qualquer membro da equipe da Unidade de Saúde de referência que supervisionou a tomada diária dos medicamentos (preferencialmente pelo ACS* da área);
- O preenchimento e envio mensal à Vigilância Epidemiológica do município da ficha tela de acompanhamento do paciente com tuberculose no SINAN (disponível para impressão no site <http://portalsinan.saude.gov.br/tuberculose>);
- O preenchimento da ficha para identificação e exame de contatos;
- O preenchimento da carteira de acompanhamento do TDO do paciente;
- Manter atualizado no Prontuário Eletrônico todos os atendimentos realizados.

Solicitação de POTES, orientações e manejo de COLETA DE ESCARRO para baciloscopia e encaminhamento para análise das amostras:

- ✓ A solicitação dos potes para a coleta de amostras de escarro para a baciloscopia deve ser feita pela equipe da Unidade de Saúde ao SAE via contato telefônico. Os potes serão encaminhados à Unidade via malote, às sextas-feiras.
- ✓ O manejo e técnica de coleta das amostras de escarro para a baciloscopia estão descritos em material específico (abaixo).
- ✓ O SAE recebe as amostras de escarros de segunda a quarta-feira, nos turnos manhã e tarde e na quinta-feira, no turno da manhã. Exceções serão previamente comunicadas.

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

MS – Ministério da Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/notifique-aqui>

SINAN - FICHA DE INVESTIGAÇÃO/TUBERCULOSE

ILTB – Infecção Latente da Tuberculose

ACS – Agente Comunitário de Saúde

TDO – Tratamento Diretamente Observado



Orientações para coleta de Baciloscopia (BAAR) para Unidade de Saúde

- Identificar no corpo do pote com esparadrapo e não na tampa: nome da pessoa, data da coleta e 1ª ou 2ª amostra (refrigerado de 2º a 8º C);
- Primeira coleta, de preferência, no momento da consulta e a segunda coleta em jejum;
- Encaminhar a amostra ao SAE juntamente com a solicitação do exame (dados da pessoa, amostra e do requisitante);
- **Deve ser realizada uma solicitação para cada amostra via SINNC e aguardar liberação para ser entregue ao paciente;**
- Entregar ou orientar o paciente que a amostra deve ser entregue de segunda-feira a quarta-feira (manhã/tarde) e quinta-feira (manhã) no SAE para ser encaminhada ao laboratório de referência;
- Os resultados dos exames de BK estarão disponíveis no SINNC para avaliação;
- Anotar no livro verde de registro de sintomáticos respiratórios e no livro de acompanhamento de tratamento, se confirmado diagnóstico. Entrar em contato com a Vigilância Epidemiológica para solicitar o número controle/prontuário;
- Cada unidade terá que ter em estoque 6 potes para BK (estes são solicitados ao SAE).

Orientações para coleta de Baciloscopia (BAAR) ao Paciente

- Higienizar as mãos antes de realizar a coleta do escarro.
- Orientar a lavar a boca apenas com água, não é necessário utilizar creme dental ou enxaguante para a higiene oral (retirar dentadura, para não contaminar a amostra);
- Uma boa amostra provém da árvore brônquica, obtida após esforço de tosse;
- Não pode conter saliva, a espuma não deve ser valorizada como volume de escaro expectorado;
- Ingerir o maior volume de água durante a noite anterior ao dia da coleta, não pode conter resíduos alimentares na amostra;
- Coleta deve ser realizada em local aberto e ventilado ou em ambiente com boa circulação de ar e iluminação natural;
- Deve-se inspirar profundamente, reter o ar por alguns segundos e soltar o ar. Após repetir esses procedimentos 3 vezes e tossir;
- Expectorar a secreção dentro do pote sem contaminá-lo repetir este procedimento até atingir a quantidade ideal da amostra (1 a 5 ml);
- Manter a amostra em geladeira (de 2º a 8º C) até ser entregue no SAE.

Ficha de Acompanhamento do Tratamento Supervisionado do Paciente

NOME															IDADE		FORMA CLÍNICA: () Extrapulmonar () Pulmonar + Extrapulmonar																
SEXO		PESO		DATA DE NASCIMENTO. ____/____/____					INÍCIO DO TRATAMENTO ____/____/____					NÚMERO DO PRONTUÁRIO																			
ENDEREÇO																																	
UNIDADE DE SAÚDE																																	
FONE RESIDENCIAL							FONE COMERCIAL							DATA DA ALTA ____/____/____					MOTIVO DA ALTA														
FORMA CLÍNICA DA TUBERCULOSE PULMONAR - baciloscopia de diagnóstico () +++ () ++ () + EXTRAPULMONAR ()							TIPO DE ENTRADA () caso novo () recidiva () reingresso após o abandono () não sabe () transferência () falência							ESQUEMA UTILIZADO () Rifampicina () Isoniazida () Pirazinamida () Estreptomicina () Etambutol () Etionamida					BACILOSCOPIA DE ACOMPANHAMENTO () 1º mês () 2º mês () 3º mês () 4º mês () 5º mês () 6º mês														
MÊS		DIAS																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Fase de ataque																																	
Fase de manutenção																																	
LEGENDA DO COMPARECIMENTO: DOSE SUPERVISIONADA = S AUTO-ADMINISTRADO = A FALTOU A TOMADA = F																																	
OBSERVAÇÕES: _____																																	
Assinatura do Responsável: _____																																	

Testagem Neuropsicológica

Local: Secretaria Municipal de Saúde – 2º Piso

Coordenação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: 3331-8800 Ramal 212

Referência: Helena de F. Dal Forno

Contato: 3331-8800 ou Ramal 326

Testagem Neuropsicológica: É um exame que tem como objetivo mensurar e descrever o perfil de desempenho cognitivo, avaliando suspeitas de alterações cognitivas que podem ser decorrentes de distúrbios neurológicos e/ou outros transtornos. A Testagem Neuropsicológica é um exame de saúde complementar (não obrigatório no SUS) e com alto custo, assim, buscamos acessar primeiramente os demais serviços que temos disponíveis na Rede de Saúde.

Atenção:

✓ A Testagem Neuropsicológica disponibilizada pela SMS (Secretaria Municipal de Saúde) é para crianças e adolescentes na faixa etária de 6 a 17 anos (não há profissional disponível para aplicar a testagem em crianças abaixo da referida faixa etária).

Orientações Gerais:

✓ Testagem Neuropsicológica com solicitação da Escola Municipal:

- Com o parecer/laudo emitido pela Escola Municipal para a realização da Testagem Neuropsicológica, a orientação é de que, a própria escola acione e encaminhe o parecer/laudo diretamente a SMEd (Secretaria Municipal de Educação) que possui profissional capacitado (psicólogo) para a realização da Testagem. Neste caso específico, não há a necessidade de pedido médico.

OU

✓ Testagem Neuropsicológica com solicitação da Escola Estadual:

- Com o parecer/laudo emitido pela Escola Estadual para a realização da Testagem Neuropsicológica, a orientação é de que, o paciente/responsável agende consulta médica na Unidade de Saúde de referência, e este, se necessário, realizará a solicitação da Testagem via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 57-TESTAGEM NEUROPSICOLÓGICA).

OU

✓ Testagem Neuropsicológica com solicitação Médica:

- Solicitada pelo médico assistente da Unidade de Saúde de referência, pediatra (SUS), neurologista (SUS/CISA) ou psiquiatra (SUS/CISA), via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 57-TESTAGEM NEUROPSICOLÓGICA).

OU

✓ Testagem Neuropsicológica com solicitação por outros profissionais de saúde (não médicos):

- Com o parecer/laudo emitido pelo profissional de saúde (não médico) para a realização da Testagem Neuropsicológica, a orientação é de que, o paciente/responsável agende consulta médica na Unidade de Saúde de referência, e este, se necessário, realizará a solicitação da Testagem via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 57-TESTAGEM NEUROPSICOLÓGICA).

-
- Em ambos os casos, para o paciente ter acesso a Testagem Neuropsicológica via Secretaria Municipal de Saúde, há necessidade do preenchimento de três instrumentos. O instrumento SNAP (Versão Escola – deve ser preenchido pelo professor(a) regente da turma), o instrumento SNAP (Versão Família – deve ser preenchido pelo familiar/responsável) e o Questionário de Encaminhamento para Avaliação Neuropsicológica (deve ser preenchido pelo professor(a) regente da turma em conjunto com o familiar/responsável).
 - De posse destes instrumentos, o familiar/responsável deve se dirigir a Unidade de Saúde de referência para que esta encaminhe tais documentos para o e-mail da Rede de Proteção à Infância e Adolescência (redeinfanciasms@gmail.com).
 - O Setor da Rede de Proteção à Infância e Adolescência encaminhará a solicitação da testagem, o questionário e os instrumentos SNAP para avaliação com profissional da área para deferimento ou indeferimento.
 - A responsável pela Rede de Proteção à Infância e Adolescência irá comunicar via contato telefônico o familiar/responsável sobre o deferimento ou indeferimento da Testagem Neuropsicológica.
 - Em casos de solicitação de Testagem Neuropsicológica para crianças e adolescente que já a realizaram anteriormente, será analisado individualmente a pertinência de uma nova solicitação, com justificativa da motivação e quais as terapias indicadas e adotadas pela família.
-

Em casos de suspeita de Autismo:

NÃO ENCAMINAR PARA TESTAGEM NEUROPSICOLÓGICA

- ✓ Siga o passo a passo a seguir:
 - ✓ Aplicar a escala M-CHAT ou ATA como instrumento de rastreio na identificação dos sinais e sintomas do transtorno.
 - ✓ Encaminhar, preferencialmente, ao Centro de Autismo e/ou à Reabilitação Intelectual (conforme Protocolo Neurologia Pediátrica RegulaSUS - <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>), descrevendo os resultados da escala M-CHAT ou ATA.
 - ✓ Se a criança ou adolescente está em atendimento em um dos serviços acima citados, provavelmente já fez a Testagem lá ou o fará.
-

ESCALA SNAP (VERSÃO ESCOLA)

Nome da Escola: _____

Nome da Criança/Adolescente: _____

Data do Preenchimento: ____/____/____

Marque um X na coluna que melhor descreve o comportamento da criança ou do adolescente	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
Não consegue prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
Perde coisas necessárias para as atividades (brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
Distrai-se com estímulos externos				
É esquecido em atividades do dia a dia				
Mexe com as mãos ou com os pés ou se remexe na cadeira				
Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
Não para ou frequentemente está a “mil por hora”				
Fala em excesso				
Responde perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas				
Tem dificuldade em esperar sua vez				
Interrompe os outros ou se intromete (nas conversas, jogos etc.)				

Versão em português: MATOS, P et al. Revista de Psiquiatria RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006³.

REFERÊNCIAS:

1. Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, Arnold LE, Conners CK, Abikoff HB, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(2):168-79.
3. Matos, P; Serra-Pinheiro, MA; Rohde, LA; Pinto, D. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. Revista de Psiquiatria, RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006.

Nome do Responsável pelo Preenchimento
Carimbo da Escola

ESCALA SNAP (VERSÃO FAMÍLIA)

Nome da Escola: _____

Nome da Criança/Adolescente: _____

Data do Preenchimento: ____/____/____

Marque um X na coluna que melhor descreve o comportamento da criança ou do adolescente	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
Perde coisas necessárias para as atividades (brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
Distrai-se com estímulos externos				
É esquecido em atividades do dia a dia				
Mexe com as mãos ou com os pés ou se remexe na cadeira				
Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
Não para ou frequentemente está a “mil por hora”				
Fala em excesso				
Responde perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas				
Tem dificuldade em esperar sua vez				
Interrompe os outros ou se intromete (nas conversas, jogos etc.)				

Versão em português: (MATOS, P et al. Revista de Psiquiatria RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006³)

REFERÊNCIAS:

1. Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, Arnold LE, Conners CK, Abikoff HB, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(2):168-79.
3. Matos, P; Serra-Pinheiro, MA; Rohde, LA; Pinto, D. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. Revista de Psiquiatria, RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006.

Nome do(s) Responsável(eis) pelo Preenchimento



QUESTIONÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA (ESCOLA)

Este formulário não se destina para encaminhamentos de crianças/adolescentes com suspeita de TEA.

Nome: _____

Filiação - mãe: _____

- pai: _____

Responsável: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Telefone: () _____

Série: _____

Escola: _____

Data do Preenchimento: ____ / ____ / ____

1. Por que a Escola sugere Testagem Neuropsicológica?
2. Descrever as dificuldades apresentadas pelo(a) aluno(a):
3. O(a) aluno(a) nasceu prematuro e/ou baixo peso? (Verificar com a família).
4. O(a) aluno(a) apresentou/apresenta indícios de algum atraso de desenvolvimento (observáveis ou relatados pela família), como por exemplo, demora para falar, caminhar, coordenação motora, psicomotricidade, dificuldade na aquisição da leitura etc.
5. O(a) aluno(a) já teve convulsões? (questionar a família).
6. O(a) aluno(a) apresenta algum problema de saúde que é de conhecimento da escola? (questionar a família).

7. O(a) aluno(a) está em atendimento com algum profissional/serviço. Qual?
8. Como é o relacionamento do(a) aluno(a) com os outros colegas e professores?
9. O(a) aluno(a) já repetiu de ano? Se sim, quando?
10. O(a) aluno(a) já teve trocas de escola? Explicitar.
11. Que estratégias já foram feitas na escola para buscar superar as dificuldades apresentadas?
12. Que estratégias foram feitas na família para buscar superar as dificuldades apresentadas? Como é a participação/histórico familiar?
13. O(a) aluno(a) apresenta:
- () Problemas de atenção/concentração
 - () Problemas de comportamento/impulsividade
 - () Agitação psicomotora
 - () Dificuldade de aprendizagem
 - () Todas as anteriores

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Nome do Responsável pelo Preenchimento
Carimbo da Escola

Gerenciamento Estadual de Consultas - GERCON

Cardiologia Adulto ou Pediátrica GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições clínicas de urgência e emergência (encaminhar para a UPA*):

- ✓ Suspeita ou diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda;
- ✓ Paciente com insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar, sem condições de manejo ambulatorial;
- ✓ Arritmias em paciente com sinais de hipoperfusão, síncope, dispneia, suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, alterações de risco em eletrocardiograma;
- ✓ Episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, arritmia de início recente, suspeita de Síndrome Coronariana Aguda, alterações de risco em eletrocardiograma.

- Demais condições clínicas com diagnóstico estabelecido e que necessitem acompanhamento periódico, procedimentos e cirurgias devem ser encaminhadas a Cardiologia via GERCON.

Ver Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS) disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>

Atenção:

- Pacientes que foram atendidos na UPA e/ou HCl*, com ou sem necessidade de procedimentos/cirurgias, devem passar por avaliação clínica na Unidade de Saúde de referência e se necessário, o médico encaminhará ao cardiologista.

- Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade de Cardiologia Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Requisitos necessários:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 415-Cardiologia Adulto GERCON OU 416-Cardiologia Arritmia GERCON OU 417-Cardiologia Avaliação Pré-Transplante GERCON OU 418-Cardiologia Cardiopatia Isquêmica GERCON OU 419-Cardiologia Insuficiência Cardíaca GERCON OU 420-Cirurgia Cardíaca Adulto GERCON OU 454-Cardiologia Pediátrica GERCON OU 507-Cardiologia Avaliação para Transplante Pediátrico GERCON) contendo descrição mínima da patologia ou condição clínica (com CID*), conforme Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS) disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>

Encaminhamento realizado por médicos de outros Serviços de Saúde – Especialistas / CISA*, Pronto Atendimento:

- ✓ Devem ser avaliados pelo médico clínico da Unidade de Saúde de referência e se de acordo com os critérios clínicos estabelecidos acima, este encaminha à CARDIOLOGIA (GERCON) via Prontuário Eletrônico do paciente;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

UPA – Unidade de Pronto Atendimento (IDS SINNC: 395-UPA 24H) HCl – Hospital de Caridade de Ijuí CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CISA – Consórcio Intermunicipal do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Cirurgia Vascul ar Adulto GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições Clínicas para Cirurgia Vascul ar:

- ✓ Tromboembolismo Venoso (TEV);
Não há indicação de encaminhar para cirurgia vascul ar pacientes com trombose venosa para controle de anticoagulação. Esse manejo deve ser realizado na Atenção Primária à Saúde.
- ✓ Insuficiência Venosa Crônica;
- ✓ Doença Arterial Periférica;
- ✓ Aneurisma da Aorta;
- ✓ Doenças dos Vasos Extracranianos (Carótidas).

Ver Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS) disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>

Atenção:

- Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Cirurgia Vascul ar. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Requisitos necessários:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 179-Cirurgia Vascul ar Adulto GERCON OU 275-Cirurgia Vascul ar Arterial GERCON OU 449- Cirurgia Vascul ar Varizes GERCON) contendo descrição mínima da patologia ou condição clínica (com CID*), conforme Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS) disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>

Encaminhamento realizado por médicos de outros Serviços de Saúde – Especialistas / CISA*, Pronto Atendimentos:

- ✓ Devem ser avaliados pelo médico clínico da Unidade de Saúde de referência e se de acordo com os critérios clínicos estabelecidos acima, este encaminha à CIRURGIA VASCULAR (GERCON) via Prontuário Eletrônico do paciente;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CISA – Consórcio Intermunicipal do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Endocrinologia Adulto ou Pediátrica e Cirurgia Bariátrica GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Endocrinologia:

- ✓ paciente com suspeita de obesidade secundária (provocada por problemas endocrinológicos, como síndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, entre outros).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Bariátrica:

- ✓ paciente com IMC* maior ou igual a 50 kg/m²;
- ✓ paciente com IMC entre 40 kg/m² e 49,99 kg/m², com ou sem comorbidades¹, que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 2 anos realizado na atenção primária²;
- ✓ paciente com IMC entre 35 kg/m² e 39,99 kg/m² com alguma comorbidade¹ que não obteve sucesso com tratamento clínico longitudinal por 2 anos realizado na atenção primária.

Atenção:

- Não é necessário encaminhar à Endocrinologia pacientes com obesidade secundária a medicamentos como glicocorticoides, antipsicóticos (tioridazina, risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina), estabilizadores do humor (lítio, carbamazepina), entre outros.

Requisitos necessários para encaminhar ao endocrinologista ou para cirurgia bariátrica:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 239-Endocrinologia Adulto GERCON OU 61-Endocrinologia Pediátrica GERCON OU 37-Endocrinologia Tireoide GERCON OU 472-Endocrinologia Diabete Infanto Juvenil GERCON OU 508-Cirurgia Bariátrica GERCON) contendo descrição mínima:

- sinais e sintomas;
- peso, altura e IMC;
- comorbidades¹ associadas (sim ou não). Se sim, informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose;
- para pacientes encaminhados à cirurgia bariátrica, acrescentar:
 - circunferência abdominal e de quadril com relação cintura quadril atualizada;
 - descrição do tipo e tempo de tratamentos prévios realizados para perder peso²;
 - estratificação de risco cardiovascular (RCV);
- número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS.

¹ Comorbidades: risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos, doença cardiovascular, hipertensão arterial de difícil controle, Diabetes Mellitus de difícil controle, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (apneia do sono), doença articular degenerativa.

² Conforme a Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, o conceito de tratamento clínico longitudinal inclui: "orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; [...]" (BRASIL, 2013a, online).

Encaminhamento realizado por médicos de outros Serviços de Saúde – Especialistas / CISA*, Pronto Atendimentos:

- ✓ Devem ser avaliados pelo médico clínico da Unidade de Saúde de referência e se de acordo com os critérios clínicos estabelecidos acima, este encaminha à ENDROCRINOLOGIA ou CIRURGIA BARIÁTRICA (GERCON) via Prontuário Eletrônico do paciente;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Ginecologia/Infertilidade GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Referência: Karine Santos Lima

Contato: Ramal 212

Serviços de ginecologia/infertilidade disponíveis em Porto Alegre (POA) e seus respectivos motivos de encaminhamento:

IDADE DA MULHER	AMBULATÓRIO DE COMPLEXIDADE I (Potencial indicação de indução de ovulação)	AMBULATÓRIO DE COMPLEXIDADE II (Potencial indicação de fertilização in vitro – FIV)
< 34 anos	Abortamento recorrente documentado Fator anatômico feminino cirúrgico ¹ Distúrbio ovulatório (SOP) Causa indefinida ² Reversão de laqueadura tubária	Fator anatômico feminino ³ Parceiro com oligospermia (sem varicocele) ou azoospermia (sem vasectomia prévia) ⁴
34 a 37 anos	Reversão de laqueadura tubária	Fator anatômico feminino ¹ Abortamento recorrente documentado Distúrbio ovulatório (SOP) Causa indefinida (independentemente do tempo de acompanhamento na APS) Parceiro com oligospermia (independente se associada a varicocele) ou azoospermia (sem vasectomia prévia) ⁴
≥ 38 anos	Causa indefinida ² Reversão de laqueadura tubária	-----

¹ útero bicorno, miomatose grave, endometriose e obstrução tubária.

² ausência de gestação após 12 meses de acompanhamento inicial na APS para mulheres com menos de 35 anos, ou após 6 meses, para mulheres com 35 anos ou mais.

³ fator tubário (salpingectomia bilateral ou obstrução tubária bilateral) e endometriose III/IV.

⁴ encaminhar o parceiro para o serviço de andrologia nas seguintes condições clínicas: varicocele associada a oligospermia, azoospermia ou outras alterações em espermograma e, reversão de vasectomia.

Atenção:

- Não há disponibilidade de atendimento nos serviços de infertilidade/POA nas seguintes condições:
 - ✎ Insuficiência ovariana prematura; ooforectomia bilateral; mulher sem parceiro ou casal homoafetivo, devido ausência de banco de gametas;
 - ✎ Pessoa soropositiva (HIV, HBsAg, HCV ou HTLV I/II) com objetivo de FIV, devido ausência de laboratório habilitado para manejo desses gametas;
 - ✎ Mulher com três ou mais cesarianas prévias com objetivo de FIV, devido ao risco cirúrgico e prioridade para casais sem filhos vivos.
 - ✎ Laqueadura tubária ou vasectomia sem possibilidade de reversão, devido prioridade para casais sem filhos vivos.

Documentos necessários para encaminhar ao serviço de ginecologia/infertilidade:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 111-Ginecologia Infertilidade GERCON) pelo médico assistente da Unidade de Saúde de referência e especialistas vinculados ao SUS, observando o descritivo mínimo requerido no Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS): Ginecologia/Infertilidade.
- ✓ Cópia do(s) exame(s) laboratoriais atualizado(s):

-
- DO CASAL:
 - Anti-HIV, anti-HCV, HBsAg, HTLV I/II, teste rápido para sífilis e VDRL.
 - DA MULHER:
 - Em caso de suspeita de hiperandrogenismo ou SOP*: testosterona total, 17-hidroxiprogesterona, SDHEA*.
 - Em caso de irregularidade menstrual ou amenorreia: TSH, prolactina, FSH, LH e estradiol.
 - Em caso de ciclos regulares e dúvida sobre presença de ovulação: progesterona sérica de segunda fase, entre o 21º a 23º dia do ciclo menstrual.
 - DO HOMEM:
 - Espermograma (coletado entre 2 e 7 dias de abstinência sexual).
Em caso de azoospermia ou oligospermia (abaixo de 5 milhões de espermatozoides/ml), um segundo exame em 15 dias.
Nos demais achados anormais, um segundo exame em 90 dias.
 - Se Espermograma alterado: testosterona total, FSH e LH.
- ✓ Cópia do(s) exame(s) de imagem atualizado(s):
- DA MULHER (conforme suspeita clínica):
 - Útero e anexos: ecografia transvaginal.
 - Fator tubário: histerossalpingografia.
 - DO HOMEM (se dúvida no exame físico):
 - Ecografia de bolsa escrotal com doppler.
-

Observação Geral:

- O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON*;
 - O casal pode acompanhar o andamento (status e tempo de espera) acessando o link <https://prefeitura.poa.br/saudecidadao> e incluindo o número do Cartão SUS e do código de acesso;
 - O casal será comunicado pela UBS, via contato telefônico, sobre a data e o horário da consulta no ambulatório de infertilidade em POA;
 - Para maiores esclarecimentos, ver Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS): Ginecologia/Infertilidade – disponível em <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>.
-

SOP – Síndrome do Ovário Policístico

SDHEA – Sulfato de Dehidroepiandrosterona

Ginecologia Ligadura Tubária ou Urologia Vasectomia GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Referência: Karine Santos Lima

Contato: Ramal 212

Condições clínicas para encaminhamento com vistas à Ligadura Tubária, de acordo com a Lei Nº 14.443, de 02 de Setembro de 2022:

- ✓ Mulheres com idade superior a **21 anos**; ou,
- ✓ Mulheres com dois filhos vivos.

Condições clínicas para encaminhamento com vistas à Vasectomia, de acordo com a Lei Nº 14.443, de 02 de Setembro de 2022:

- ✓ Homens com idade superior a **21 anos**; ou,
- ✓ Homens com dois filhos vivos.

Documentos necessários para encaminhar o processo com vistas à esterilização cirúrgica:

- ✓ Encaminhamento médico, via Prontuário Eletrônico do Paciente (IDS-SINNC: 58-Ginecologia Ligadura Tubária GERCON OU 44-Urologia Vasectomia GERCON);
- ✓ Formulário de Encaminhamento para Serviço Especializado em Planejamento Familiar – Ligadura Tubária e Vasectomia (ANEXO), com preenchimento de todas as informações solicitadas;
- ✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Vasectomia ou para Ligadura Tubária (ANEXO), em 02 vias originais.

Atenção:

- O Termo de Consentimento não necessita ser cedido pelo cônjuge quando houver sociedade conjugal.

Encaminhar os seguintes documentos pelo Prontuário Eletrônico do paciente (anexar fotocópias nos ARQUIVOS):

- Do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Vasectomia ou para Ligadura Tubária no prontuário eletrônico do paciente; e,
- Formulário de Encaminhamento para Serviço Especializado em Planejamento Familiar – Ligadura Tubária e Vasectomia.

O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON*;

A equipe e o casal podem acompanhar o andamento (status e tempo de espera) acessando o link <https://prefeitura.poa.br/saudecidadeo> e incluindo o número do Cartão SUS e do código de acesso.



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO ESPECIALIZADO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

LIGADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA

UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA: _____

Nome do/a Paciente: _____

DN: ____/____/____ **Idade:** ____ anos **Telefone:** (55) _____

Endereço Residencial: () Rua () Avenida _____

_____, nº _____, bloco _____, apto _____, bairro _____, Ijuí/RS.

POSSUI PARCEIRA/O FIXO? () Não () Sim

Nome da/o Parceira/o: _____

DN: ____/____/____ **Idade:** ____ anos **Telefone:** (55) _____

QUAL PROCEDIMENTO SOLICITADO? () Vasectomia () Laqueadura Tubária

PACIENTE TEM FILHOS? () Não () Sim. **Quantos?** _____

HÁ COMORBIDADES DE RISCO A FUTURAS GESTAÇÕES OU À SAÚDE DA MULHER? () Não () Sim

Descrição das comorbidades de risco: _____

_____ **CID 10:** _____

DATA DO CONSENTIMENTO ASSINADO POR PACIENTE E PARCEIRO FIXO (quando houver): ____/____/____

O CASO FOI DISCUTIDO COM O TELESSAUDE/RS? () Não () Sim

Nº da teleconsultoria: _____

Data do Atendimento: ____/____/____ **Carimbo e Assinatura do Médico**

Lembretes:

- As informações solicitadas acima são de presença obrigatória, pois têm como objetivo definir a prioridade no encaminhamento.
- Todas as informações consideradas relevantes devem ser relatadas.
- Anexar a este formulário duas vias originais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realizar Ligadura Tubária/Vasectomia devidamente preenchido e assinado e entregar ao paciente.
- Orientar paciente/cônjuge para que leve estes documentos, na primeira consulta ao serviço especializado que realizará o procedimento cirúrgico.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

Eu, _____,
CPF nº _____, CNS nº _____ procurei o serviço de saúde
_____ por desejar esterilização cirúrgica permanente - VASECTOMIA.

Estou ciente dos esclarecimentos prestados pela equipe multidisciplinar e pelo médico assistente a respeito dos riscos do procedimento cirúrgico, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e outras opções de contracepção reversíveis existentes.

Venho por meio de o presente Termo expressar o desejo, por minha livre e espontânea vontade, de ser submetido à vasectomia. Sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e a realização do procedimento cirúrgico posso revogar, a qualquer momento, o consentimento que agora presto. Estou ciente também de que, na vigência de sociedade conjugal, o consentimento deve ser fornecido por mim e por minha parceira.

Antes da operação, foi-me informado que:

- A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado. Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso necessário. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos.
- Podem ocorrer complicações como hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas, deve-se procurar atendimento médico.
- A vasectomia não interfere na função sexual, não causa impotência sexual (ou disfunção sexual) e não previne a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).
- Existe cirurgia para reversão da vasectomia, ou seja, a recanalização dos ductos deferentes, mas a chance de recuperar a fertilidade é baixa.
- Existem outras formas para evitar gestações que poderiam ser utilizadas sem causar interrupção permanente da fertilidade, como a camisinha, o DIU e os anticoncepcionais.
- Existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer à passagem dos espermatozoides e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.
- **O retorno da atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção deve acontecer quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado (azoospermia).**
- O espermograma será realizado após 03 meses do procedimento ou após o paciente ter ejaculado 20 vezes, número mínimo para "esvaziar" o trato genital.

Nome do paciente: _____ Assinatura do paciente: _____

Ijuí/RS, ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico assistente

Este termo dever ser preenchido em duas vias originais e entregues ao paciente, sendo que uma via é do(a) paciente e a outra via ele(a) deverá levar e entregar ao serviço especializado que realizará o procedimento cirúrgico.

Lembrar que uma fotocópia deste termo deve ser anexada no Prontuário Eletrônico do paciente (ARQUIVOS).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE LIGADURA TUBÁRIA

Eu, _____,
CPF nº _____, CNS nº _____ procurei o serviço de saúde
_____ por desejar esterilização cirúrgica permanente - LIGADURA
TUBÁRIA.

Estou ciente dos esclarecimentos prestados pela equipe multidisciplinar e pelo médico assistente a respeito dos riscos do procedimento cirúrgico, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e outras opções de contracepção reversíveis existentes.

Venho por meio de o presente Termo expressar o desejo, por minha livre e espontânea vontade, de ser submetido à vasectomia. Sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e a realização do procedimento cirúrgico posso revogar, a qualquer momento, o consentimento que agora presto. Estou ciente também de que, na vigência de sociedade conjugal, o consentimento deve ser fornecido por mim e por meu parceiro.

Antes da operação, foi-me informado que:

- Existem outras formas para evitar gestações que poderiam ser utilizadas sem causar interrupção permanente da fertilidade, como a camisinha, o DIU e os anticoncepcionais.
- Meu parceiro poderia realizar a vasectomia como método contraceptivo permanente.
- A Ligadura tubária é um método permanente e definitivo de esterilização feminina. Geralmente é realizada por meio de mini laparotomia, isto é, pequena incisão cirúrgica abdominal transversa, que é feita acima da linha dos pelos pubianos. Cada trompa é ligada e seccionada, ou bloqueada com um grampo ou anel. Outras técnicas podem ser utilizadas e serão explicadas, porém, é vedada esterilização cirúrgica por histerectomia ou ooforectomia. O procedimento costuma ser realizado sob anestesia raquidiana ou geral, porém outras formas de anestesia podem ser utilizadas se a condição clínica da paciente ou técnica cirúrgica demandar.
- A cirurgia tem riscos operatórios e pós-operatórios. As complicações (raras) que podem ocorrer são: infecção e sangramento no local da incisão ou intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais, reação alérgica ao anestésico e embolia pulmonar.
- Os métodos contraceptivos podem falhar (risco de 0,5 a 1,0%) e, mesmo após a laqueadura, a mulher pode apresentar gravidez ectópica, devendo procurar atendimento se houver qualquer suspeita de gravidez.
- A Ligadura não previne a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).
- É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.
- A ligadura tubária é considerada um método permanente de interrupção da fertilidade e cerca de 10% a 20% das mulheres se arrependem de não poder gestar após o procedimento. A cirurgia para reversão de ligadura é um procedimento caro e que apresenta baixa chance de retornar à fertilidade.

Nome do paciente: _____ Assinatura do paciente: _____

Ijuí/RS, ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico assistente

Este termo dever ser preenchido em duas vias originais e entregues ao paciente, sendo que uma via é do(a) paciente e a outra via ele(a) deverá levar e entregar ao serviço especializado que realizará o procedimento cirúrgico.
Lembrar que uma fotocópia deste termo deve ser anexada no Prontuário Eletrônico do paciente (ARQUIVOS).

Neurologia Adulto GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- ✓ Pacientes com cefaleia e sinais de alerta (ver quadro 1);
- ✓ Crise convulsiva secundária a suspeita de infecção do sistema nervoso central, distúrbio hidroeletrólítico, abstinência de álcool ou suspeita de acidente vascular cerebral (AVC); ou
- ✓ Crise convulsiva que dura mais que 5 minutos ou crises que recorrem sem a completa recuperação da consciência;
- ✓ Episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma (ver quadro 4), história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos, entre outras;
- ✓ Suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) ou acidente isquêmico transitório (AIT) agudo;
- ✓ Episódio agudo de ataxia ou coreia em adultos (principais causas: acidente vascular cerebral, infecção, medicamentos, entre outras);
- ✓ Suspeita de polineuropatia aguda (como síndrome de Guillain-Barré);
- ✓ Vertigem com suspeita de origem central (ver quadro 11) e sinais de gravidade: sintomas ou sinais neurológicos focais (como cefaleia, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria, ataxia); ou novo padrão de cefaleia (especialmente occipital); ou surdez aguda unilateral; ou nistagmo vertical.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- ✓ Cefaleia;
- ✓ Demência;
- ✓ Convulsão/Epilepsia;
- ✓ Síncope ou Perda Transitória da Consciência;
Obs.: Paciente com síncope vasovagal usualmente não necessita avaliação em serviço especializado.
- ✓ Tremores e Síndromes Parkinsonianas;
- ✓ Acidente Vascular Cerebral;
Obs.: Não se recomenda ecografia de carótidas de rotina como método de rastreamento para doença cardiovascular.
- ✓ Distúrbios do Movimento (ataxias, coreias e distonias) ou espasmo hemifacial;
- ✓ Vertigem.
- ✓ Polineuropatia;
Obs.: Pacientes com sintomas de polineuropatia com características típicas e etiologia definida (como diabetes mellitus, abuso de álcool, quimioterapia, entre outros) devem inicialmente ser manejados na APS.
Encaminhar ao neurologista pacientes que apresentam sintomas atípicos, refratários ou sem etiologia definida.

Ver Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS) disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>

Atenção:

- Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurologia Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Requisitos necessários para encaminhar a Neurologia:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 451-Neurologia Adulto GERCON OU 11-Neurologia Demência GERCON OU 12-Neurologia Distonia-Toxina Botulínica GERCON OU 50-Neurologia Doenças Neuromusculares GERCON OU 42-Neurologia Parkinson GERCON OU 45-Neurologia Esclerose Múltipla GERCON OU 247-Neurologia Epilepsia Grave-Cirurgia GERCON OU 450-Neurologia Acidente Vascular Cerebral GERCON OU 19-Neuroradiologia Endovascular GERCON OU 256-Neurocirurgia Adulto GERCON OU 52-Neurocirurgia Coluna Adulto GERCON OU 14-Neurocirurgia Sind. do Túnel do Carpo GERCON) observando o descritivo mínimo requerido no Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS): Neurologia Adulto, disponível no endereço <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Observação Geral:

- A equipe e o paciente podem acompanhar o andamento do processo (status e tempo de espera) acessando o link <https://prefeitura.poa.br/saudecidadeo> e incluindo o número do Cartão SUS e do código de acesso.
- Oriente o paciente/responsável a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

GERCON – Sistema Estadual de Regulação de Consultas Especializadas do SUS

UPA – Unidade de Pronto Atendimento (IDS SINNC: 395-UPA 24H)

HCI – Pronto Atendimento (IDS SINNC: 453- HCI – Pronto Atendimento)

Quadro 1 – Sinais de alerta em pacientes com cefaleia que sugerem manejo em serviço de emergência/urgência (presença de pelo menos um)

início súbito ou recente com dor de forte intensidade (“pior cefaleia da vida”);
evolução insidiosa e progressiva, com ápice há poucos dias;
cefaleia iniciada após trauma de crânio recente;
sinais de doença sistêmica: febre, mialgias, petéquias, confusão mental, rigidez de nuca;
pessoa vivendo com HIV com padrão novo de cefaleia ou alteração em exame de imagem;
padrão novo de cefaleia em paciente com história recente/atual de neoplasia, uso de anticoagulantes ou com discrasias sanguíneas;
padrão novo de cefaleia iniciada em paciente com mais de 50 anos, com dor à palpação e edema da artéria temporal superficial, mialgias e/ou VSG elevado;
edema de papila;
sinais neurológicos focais
crise hipertensiva e confusão mental;
suspeita de glaucoma (pupila fixa com midríase média / olho vermelho).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Toward Optimized Practice (2016).

Quadro 4 – Alterações eletrocardiográficas compatíveis com episódio de síncope que sugerem avaliação em serviço de emergência

taquicardia ventricular;
taquicardia supraventricular paroxística rápida;
taquicardia ventricular polimórfica não-sustentada/intervalos de QT curto e longo;
disfunção de marca-passo ou cardio-desfibrilador implantável;
bradicardia sinusal persistente com frequência cardíaca inferior a 40 bpm;
síndrome de Brugada;
BAV 2o grau Mobitz II ou BAV 3o grau;
bloqueio sinoatrial repetitivo ou pausas maiores que 3 segundos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de NICE (2014).

Quadro 11 – Suspeita de vertigem central e periférica

<p>Vertigem central:</p> <ul style="list-style-type: none">• nistagmo vertical (altamente sugestivo) ou outras apresentações (horizontal, rotatório ou multidirecional). Nistagmo de origem central não costuma ter latência (e, se presente, dura até 5 segundos), não é fatigável (pode durar semanas a meses) e não é inibido com a fixação do olhar;• grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé;• presença de outros sinais e/ ou sintomas neurológicos focais (cefaleia, diplopia, disartria, parestesia, fraqueza muscular, dismetria);• surdez súbita unilateral;• vertigem e nistagmo menos intensos, raramente associados a zumbido ou hipoacusia.
<p>Vertigem periférica:</p> <ul style="list-style-type: none">• nistagmo horizontal ou horizonto-rotatório. Geralmente desencadeado após teste provocativo (como manobra de Dix-Hallpike – figura 1), com tempo de latência em torno de 20 segundos após manobra. O nistagmo é inibido após fixação do olhar e é fatigável;• desequilíbrio leve a moderado (geralmente para o lado do labirinto comprometido), porém consegue caminhar;• comumente associada a sintomas auditivos (zumbido, hipoacusia, plenitude aurial);• vertigem e nistagmo pronunciados, associado a náusea e vômito.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Labuguen (2006).

Neurologia Pediátrica GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- ✓ Pacientes com cefaleia e sinais de alerta; e
- ✓ Episódio agudo de ataxia em crianças (principais causas: infecção, tumor, intoxicação exógena).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Neurologia:

- ✓ Cefaleia;
- ✓ Epilepsia;
- ✓ Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) e Deficiência intelectual;
Obs.: Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) é um termo reservado a crianças menores que 5 anos de idade. Utilizado quando o indivíduo fracassa em alcançar os marcos do desenvolvimento em várias áreas da função intelectual, aplicada a crianças muito pequenas que não são capazes de passar por avaliações formais.
- ✓ Transtornos do espectro autista (TEA);
- ✓ Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH);
- ✓ Transtorno Específico da Aprendizagem;
Obs.: Este protocolo não é destinado para pacientes com Dificuldades Escolares (DE) relacionadas a problemas de origem e de ordem pedagógica, como dificuldade no aprender relacionado a professores e escola, envolvendo processos socioculturais mal estruturados, desde inadequação pedagógica até a falta de recursos materiais e humanos). Ver quadro 9, no anexo, para diagnóstico de Transtorno Específico de Aprendizagem.
- ✓ Distúrbios do movimento (ataxias e coreias);
Obs.: Crianças com suspeita de ataxias ou coreias serão avaliados inicialmente pela neurologia, que indicará consulta com genética médica, se necessário.
- ✓ Microcefalia;
Obs.: Casos suspeitos de microcefalia congênita ou pós-natal, relacionada ou não ao vírus Zika, devem ser notificados à Vigilância Epidemiológica Municipal.

Ver Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS) disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>

Atenção:

- Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurologia Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Requisitos necessários para encaminhar a Neurologia:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 38-Neurologia Pediátrica GERCON OU 54-Neurologia Epilepsia Grave-Cirurgia Pediátrica GERCON) observando o descritivo mínimo requerido no Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS): Neurologia Adulto, disponível no endereço <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Observação Geral:

- A equipe e o paciente podem acompanhar o andamento do processo (status e tempo de espera) acessando o link <https://prefeitura.poa.br/saudecidadao> e incluindo o número do Cartão SUS e do código de acesso.
 - Oriente o paciente/responsável a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.
-

GERCON – Sistema Estadual de Regulação de Consultas Especializadas do SUS

UPA – Unidade de Pronto Atendimento **(IDS SINNC: 395-UPA 24H)**

HCI – Pronto Atendimento **(IDS SINNC: 453- HCI – Pronto Atendimento)**

Oftalmologia Adulto GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Sugere-se que as seguintes condições sejam avaliadas em caráter emergencial ou de pronto atendimento oftalmológico, não devendo, portanto, esperar por consulta ambulatorial para adequado manejo:

- ✓ Diminuição de acuidade visual aguda ou associada a sintomas de gravidade (como dor ocular, olho vermelho, percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão);
- ✓ Suspeita de descolamento de retina (percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão);
- ✓ Queixa de fotsias (percepção de flashes de luz que aparecem subitamente no campo de visão) ou moscas volantes de início recente (percepção de pontos, linhas ou teias de aranha no campo de visão móveis ou fixas);
- ✓ Queixa de metamorfopsia (percepção de tortuosidade na visão, notado sobretudo ao observar objetos com linhas retas);
- ✓ Conjuntivite catarral/mucopurulenta aguda sem melhora com antibiótico tópico;
- ✓ Corpo estranho ocular ou úlcera de córnea;
- ✓ Trauma ocular (trauma contuso, penetrante, perfurante; queimadura ocular; laceração palpebral, etc.);
- ✓ Uveítes agudas (como suspeita de toxoplasmose ocular aguda, entre outras);
- ✓ Indicação de transplante de córnea de urgência (úlceras corneanas sem resposta a tratamento clínico, falência primária até 90 dias de pós-operatório de transplante, perfuração corneana, iminência de perfuração ou descemetocel);
- ✓ Infecção aguda de vias lacrimais (dacriocistite, canaliculite).

Urgência/Emergência OFTALMOLÓGICA

Pactuação do Estado CIB nº 50

Hospital São Vicente de Paula - Três de Maio

Contato telefônico do médico assistente da UBS/UPA com médico de referência do Hospital
(55) 3535-9710 ou (55) 3535-9707

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oftalmologia:

- ✓ Distúrbios de refração ou acomodação;
- ✓ Catarata;
Obs.: O encaminhamento de pessoas com catarata para o oftalmologista se justifica quando há diminuição da acuidade visual (em vistas a procedimento cirúrgico ou revisão de grau após procedimento). O acompanhamento da acuidade visual pode ser realizado na APS por meio da tabela de acuidade visual.
- ✓ Retinopatia ou outras doenças de retina;
Obs.: Todo paciente diabético ou pacientes em uso crônico de hidroxicloroquina/cloroquina necessitam rastreamento para retinopatia, independente de diminuição na acuidade visual.
- ✓ Estrabismo;
Obs.: O estrabismo pode ser constante, intermitente (aparece ocasionalmente) ou latente (aparece quando desoclui momentaneamente um dos olhos). Os critérios de encaminhamento se aplicam a todas essas variações. Consultar o teste de Hirshberg (ver figura 2) para auxílio no diagnóstico.
- ✓ Oculoplástica (pálpebras), vias lacrimais e órbita;
Obs.: Pálpebras - suspeita de neoplasia, ptose, ectrópio, entrópio, lagoftalmo, dermatocálase, hordéolo ou calázio sem resposta ao tratamento clínico (compressa morna, massagem e pomada oftálmica de antibiótico por 14 dias) ou simbléfaro.

-
- ✓ Glaucoma;
 - ✓ Doenças da córnea e da superfície ocular;
 - ✓ Toxoplasmose.

Ver Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS) disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>

Atenção:

- Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurologia Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Requisitos necessários para encaminhar a Oftalmologia:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 462-Oftalmologia Neurooftalmologia GERCON OU 510-Oftalmologia Avaliação Pré Transplante de Córnea GERCON OU 196-Oftalmologia Catarata GERCON OU 25-Oftalmologia Córnea GERCON OU 30-Oftalmologia Deslocamento de Retina GERCON OU 248-Oftalmologia Estrabismo GERCON OU 20-Oftalmologia Geral Adulto GERCON OU 460-Oftalmologia Glaucoma GERCON OU 465-Oftalmologia Plástica Ocular GERCON OU 467-Oftalmologia Retinopatias GERCON OU 468-Oftalmologia Triagem Visual GERCON OU 469-Oftalmologia Uveíte GERCON) observando o descritivo mínimo requerido no Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS): Oftalmologia Adulto, disponível no endereço <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

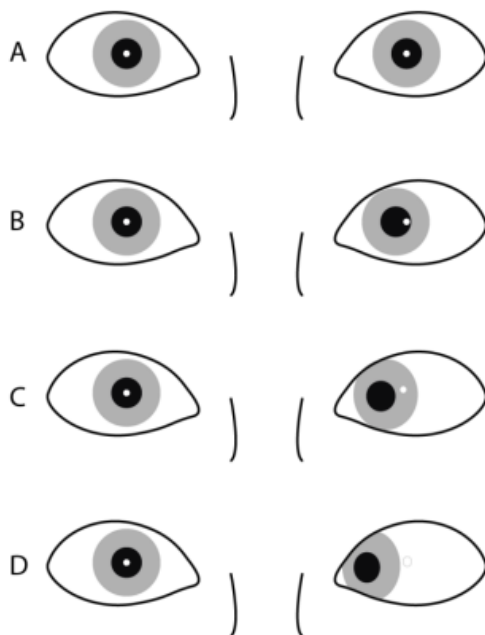
Observação Geral:

- A equipe e o paciente podem acompanhar o andamento do processo (status e tempo de espera) acessando o link <https://prefeitura.poa.br/saudecidadao> e incluindo o número do Cartão SUS e do código de acesso.
- Oriente o paciente/responsável a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

GERCON – Sistema Estadual de Regulação de Consultas Especializadas do SUS

Figura 2 – Teste de Hirschberg

O teste de Hirschberg é útil para definir a presença e a direção do desvio em pacientes com estrabismo constante. Coloca-se um foco de luz, como uma lanterna de bolso, a 30 cm do rosto do paciente e observa-se onde a luz reflete em ambas as córneas. O ponto de luz sobre as córneas deve estar posicionado simetricamente em ambos os olhos, aproximadamente no centro da pupila. Havendo estrabismo, o reflexo aparecerá deslocado medialmente no olho com exodesvio (estrabismo divergente), lateralmente no olho com esodesvio (estrabismo convergente), e inferior ou superiormente no olho com desvio vertical.



A – ausência de desvio (ortotropia).

B, C, D – Estrabismo convergente (esotropia) no olho esquerdo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Oftalmologia Pediátrica GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Sugere-se que as seguintes condições sejam avaliadas em caráter emergencial ou de pronto atendimento oftalmológico, não devendo, portanto, esperar por consulta ambulatorial para adequado manejo:

- ✓ Diminuição de acuidade visual aguda ou associada a sintomas de gravidade (como dor ocular, olho vermelho, fotofobia);
- ✓ Corpo estranho ocular ou úlcera de córnea;
- ✓ Trauma ocular (trauma contuso, penetrante, perfurante; queimadura ocular; laceração palpebral, entre outros);
- ✓ Uveítes agudas (como suspeita de toxoplasmose ocular aguda, entre outras);
- ✓ Indicação de transplante de córnea de urgência (úlceras corneanas sem resposta a tratamento clínico, falência primária até 90 dias de pós-operatório de transplante, perfuração corneana, iminência de perfuração ou descemetocelose, opacidade corneana bilateral em menor de 7 anos de idade);
- ✓ Infecção aguda de vias lacrimais (dacriocistite, canaliculite).

Urgência/Emergência OFTALMOLÓGICA

Pactuação do Estado CIB nº 50

Hospital São Vicente de Paula - Três de Maio

Contato telefônico do médico assistente da UBS/UPA com médico de referência do Hospital
(55) 3535-9710 ou (55) 3535-9707

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oftalmologia:

- ✓ Erro de refração;
- ✓ Estrabismo;
Obs.: O estrabismo pode ser constante, intermitente (aparece ocasionalmente) ou latente (aparece quando desoclui momentaneamente um dos olhos). Os critérios de encaminhamento se aplicam a todas essas variações. Consultar o teste de Hirshberg (ver figura 2 pag. 142) para auxílio no diagnóstico e diferenciação com pseudostrabismo.
- ✓ Teste do Olhinho Alterado ou Leucocoria
Obs.: O reflexo vermelho normal, visto através da pupila, pode ser parcial ou totalmente obstruído por: catarata, retinoblastoma, retinopatia da prematuridade em estágio avançado, persistência da vasculatura fetal, doença de Coats, toxocaríase, coloboma das estruturas oculares, entre outras. A avaliação oftalmológica é necessária para o diagnóstico diferencial.
- ✓ Catarata Congênita;
- ✓ Glaucoma congênito ou infantil;
- ✓ Oculoplástica (pálpebras) e vias lacrimais;
Obs.: lesão palpebral, ptose, epibléfaro, blefarofimose, hordéolo recorrente ou calázio sem resposta ao tratamento clínico (compressa morna, massagem e pomada oftálmica de antibiótico por 14 dias), epífora crônica que persiste após 6 meses de idade.
- ✓ Toxoplasmose.

Ver Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS) disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>

Atenção:

- Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Neurologia Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Requisitos necessários para encaminhar a Oftalmologia:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 56-Oftalmologia Catarata Congênita GERCON OU 464-Oftalmologia Pediátrica GERCON OU 466-Oftalmologia Retinopatias da Prematuridade GERCON) observando o descritivo mínimo requerido no Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS): Oftalmologia Adulto, disponível no endereço <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Observação Geral:

- A equipe e o paciente podem acompanhar o andamento do processo (status e tempo de espera) acessando o link <https://prefeitura.poa.br/saudecidadao> e incluindo o número do Cartão SUS e do código de acesso.
- Oriente o paciente/responsável a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

GERCON – Sistema Estadual de Regulação de Consultas Especializadas do SUS

Oncologia Adulto ou Pediátrica GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Requisitos necessários para encaminhar a oncologia:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 396-Oncologia Braquiterapia GERCON OU 397- Oncologia Cirurgia da Mama GERCON OU 398-Oncologia Cirurgia de Cabeça e Pescoço GERCON OU 399-Oncologia Cirurgia Gastrointestinal GERCON OU 400-Oncologia Cirurgia Geral GERCON OU 401-Oncologia Cirurgia Torácica GERCON OU 402-Oncologia Clínica e Quimioterapia GERCON OU 403-Oncologia Endócrino GERCON OU 404-Oncologia Gineco GERCON OU 405-Oncologia Hematologia Adulto GERCON OU 406-Oncologia Hematologia Pediátrica GERCON OU 407-Oncologia Iodoterapia GERCON OU 408-Oncologia Neurocirurgia GERCON OU 409-Oncologia Oftalmologia Tumores Oculares GERCON OU 410-Oncologia Proctologia GERCON OU 411-Oncologia Radioterapia GERCON OU 412- Oncologia Tumores de Pele GERCON OU 413-Oncologia Tumores Ósseos GERCON OU 414-Oncologia Urologia GERCON OU 402-Oncologia Gineco Tumores Trofoblasticos GERCON)contendo descrição mínima: especialidade oncológica, neoplasia ou de lesões suspeitas, CID*, sinais e sintomas, resultado dos exames realizados (com data), história pessoal e/ou familiar de neoplasia e o número da teleconsultoria, se caso discutido com o TelessaudeRS.
- ✓ Anexar cópia do(s) exame(s) atual(ais) no Prontuário Eletrônico do Paciente (ARQUIVOS) que comprova(m) a neoplasia ou a lesão suspeita descrita no encaminhamento (exame de imagem e/ou histopatológico e/ou citopatológico).

Observação Geral:

- O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON;
- A equipe e o paciente podem acompanhar o andamento do processo (status e tempo de espera) acessando o link <https://prefeitura.poa.br/saudecidadeao> e incluindo o número do Cartão SUS e do código de acesso.
- O paciente será comunicado pela UBS, via contato telefônico, sobre a data e o horário da consulta.

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

GERCON – Sistema Estadual de Regulação de Consultas Especializadas do SUS

Otorrinolaringologia Adulto ou Pediátrica GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência/emergência do Hospital de Caridade de Ijuí (HCI):

- ✓ Perda auditiva aguda na suspeita de condição subjacente grave (quadro 1);
- ✓ Perda auditiva de início agudo sem condição subjacente identificável pela história ou exame físico.

Observação: Ressaltamos que existem muitas outras condições de saúde que não foram contempladas neste documento. É de responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Otorrinolaringologia:

- ✓ Perda auditiva condutiva ou mista com otoscopia normal, identificada por audiometria;
- ✓ Perda auditiva associada à otite média crônica (perfuração timpânica, otosclerose, colesteatoma, otite média com efusão).

Requisitos necessários para encaminhar a Otorrinolaringologia:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (IDS-SINNC: 259-Otorrinolaringologia Adulto GERCON OU 473-Otorrinolaringologia Pediátrica GERCON OU 59-Otorrinolaringologia Laringe GERCON) contendo descrição mínima, conforme Protocolo do RegulaSUS disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/> ;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Observações Gerais:

- Orientar o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Quadro 1 – Perda auditiva aguda em adultos por condições graves

Causas de perda auditiva aguda:

- infecção aguda grave (meningite, mastoidite, neurosífilis);
- trauma (traumatismo craniocéfálico, trauma de ouvido médio, perfuração por corpo estranho); doença neurológica aguda (acidente vascular encefálico);
- tumores;
- doença autoimune aguda (associada a doenças sistêmicas descompensadas como granulomatose com poliangite, síndrome de Cogan, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, poliarterite nodosa ou policondrite recidivante);
- otite externa necrotizante.

Sinais e sintomas de gravidade na avaliação da perda auditiva aguda:

- sintomas ou sinais neurológicos (como cefaleia nuclear, sinais meníngeos, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, paresia, dismetria, ataxia); ou
- vertigem de origem central (nistagmo vertical ou em outras direções - horizontal, rotatório ou multidirecional, sem latência, não fatigável e não inibido com a fixação do olhar); ou
- grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé; ou
- história de trauma - sinais de hemotímpano ou otalgia sanguinolenta.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, adaptado de Weber (2020) e Dynamed (2018)

HCI – Pronto Atendimento (IDS SINNC: 453- HCI – Pronto Atendimento)

Reabilitação Auditiva Adulto GERCON

Hipoacusia / Perda Auditiva / Protetização Auditiva

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência/emergência do Hospital de Caridade de Ijuí (HCI):

- ✓ Perda auditiva aguda na suspeita de condição subjacente grave (ver quadro 1);
- ✓ Perda auditiva de início agudo sem condição subjacente identificável pela história ou exame físico.

Observação: Ressaltamos que existem muitas outras condições de saúde que não foram contempladas neste documento. É de responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Auditiva Adulto:

- ✓ Perda auditiva neurosensorial identificada por audiometria com paciente motivado a usar Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI);
- ✓ Perda auditiva neurosensorial de grau severo e/ou profundo bilateral (ver quadro 2), identificada por audiometria, sem resposta ao uso de AASI, após avaliação em serviço de referência regional de reabilitação - avaliação para implante coclear (ver quadro 3);
- ✓ Queixa de perda auditiva em situações que necessitem realização de Potencial Evocado Auditivo (PEATE ou, em inglês, BERA – Braistern Evoked Response Audiometry):
 - mensuração objetiva da audição em adultos para fins diagnósticos e legais (simulação, dissimulação); ou
 - condições de difícil avaliação por meio dos procedimentos audiológicos de rotina (como pacientes com transtornos psiquiátricos, neurológicos ou cognitivos); ou
 - audiometria com limiares normais; ou
 - suspeita de lesões neurológicas do nível do VIII nervo até o mesencéfalo.

Requisitos necessários para encaminhar à Reabilitação Auditiva Adulto:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do Paciente pelo médico assistente (432-Reabilitação Auditiva Adulto GERCON) contendo descrição mínima, conforme Protocolo do RegulaSUS disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/> ;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

OBRIGATÓRIO:

Anexar no Prontuário Eletrônico do Paciente o laudo da audiometria tonal liminar na Reabilitação Auditiva.

Observações Gerais:

- Pacientes com indicação de avaliação para implante coclear ou com outras deficiências associadas devem ter preferência no encaminhamento à Reabilitação Auditiva, quando comparados com outras condições clínicas.
- Orientar o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Quadro 1 – Perda auditiva aguda em adultos por condições graves

<p>Causas de perda auditiva aguda:</p> <ul style="list-style-type: none">● infecção aguda grave (meningite, mastoidite, neurosífilis);● trauma (traumatismo cranioencefálico, trauma de ouvido médio, perfuração por corpo estranho); doença neurológica aguda (acidente vascular encefálico);● tumores;● doença autoimune aguda (associada a doenças sistêmicas descompensadas como granulomatose com poliangéite, síndrome de Cogan, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, poliarterite nodosa ou policondrite recidivante);● otite externa necrotizante.
<p>Sinais e sintomas de gravidade na avaliação da perda auditiva aguda:</p> <ul style="list-style-type: none">● sintomas ou sinais neurológicos (como cefaleia nual, sinais meníngeos, borramento visual, diplopia, disartria, parestesia, paresia, dismetria, ataxia); ou● vertigem de origem central (nistagmo vertical ou em outras direções - horizontal, rotatório ou multidirecional, sem latência, não fatigável e não inibido com a fixação do olhar); ou● grave desequilíbrio e dificuldade para caminhar ou mesmo ficar em pé; ou● história de trauma - sinais de hemotímpano ou otalgia sanguinolenta.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, adaptado de Weber (2020) e Dynamed (2018).

Quadro 2 – Classificação do grau da perda auditiva segundo a Organização Mundial de Saúde (2014)

Graus de perda auditiva	Média entre as frequências de 0,5, 1, 2, 4 kHz	Desempenho esperado
Audição normal	0 – 25 dB	Nenhuma ou pequena dificuldade; capaz de ouvir cochichos
Leve	26 – 40 dB	Capaz de ouvir e repetir palavras em volume normal a um metro de distância
Moderado	41 – 60 dB	Capaz de ouvir e repetir palavras em volume elevado a um metro de distância
Severo	61 – 80 dB	Capaz de ouvir palavras em voz gritada próximo à melhor orelha
Profundo	>81 dB	Incapaz de ouvir e entender mesmo em voz gritada na melhor orelha

Fonte: World Health Organization (2006).

Quadro 3 – Indicações e contraindicações ao implante coclear em adultos

A elegibilidade será decidida por equipe do serviço de reabilitação auditiva de referência regional.

<p>Critérios gerais para indicação de implante coclear:</p> <ul style="list-style-type: none">● Perda auditiva severa e profunda em ambas as orelhas com desempenho com próteses acústicas convencionais (AASI) em campo aberto¹ iguais ou piores que 50 dB nas frequências de 500 a 4000 Hz e todos os seguintes critérios:<ul style="list-style-type: none">- anatomia favorável e condições clínicas para submeter-se ao procedimento;- condições adequadas de reabilitação na cidade de origem ou na instituição de referência regional (a fonoterapia deverá ser realizada no município de referência quando houver profissional fonoaudiólogo ou no Serviço de Reabilitação Auditiva ou Centro Especializado em Reabilitação de referência regional);- paciente e/ou família motivados, com condições sociais e expectativas adequadas, assim como comprometidas a zelar pelo equipamento.● Contraindicações ao implante coclear:<ul style="list-style-type: none">- surdez pré-lingual² em adolescentes e adultos não reabilitados por método oral;- pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear bilateral;- contraindicações clínicas.
<p>Critérios específicos para implante coclear em adultos:</p> <ul style="list-style-type: none">● Ter linguagem oral estabelecida;● Sem limite de idade;● Discriminação em campo aberto sem leitura pior que 50% em uso de AASI.

¹ Audiometria em campo aberto é realizada para medir ganho funcional com uso dos aparelhos auditivos;

² Surdez pré-lingual é a que se instala antes que a criança tenha tido contato suficiente com a linguagem oral para desenvolver a comunicação verbal.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2020), adaptado de Ministério da Saúde (2014).

HCI – Pronto Atendimento (IDS SINNC: 453- HCI – Pronto Atendimento)

Reabilitação Auditiva Pediátrica GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Auditiva Pediátrica:

- ✓ Triagem Auditiva Neonatal Alterada (Teste da Orelhinha);
- ✓ Hipoacusia / Perda Auditiva e Protetização Auditiva.

Ver Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS) disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>.

Atenção:

- Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Reabilitação Auditiva Pediátrica. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Requisitos necessários para encaminhar a Reabilitação Auditiva Pediátrica:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do paciente (IDS-SINNC: 509-Reabilitação Auditiva Pediátrica GERCON) pelo médico assistente contendo descrição mínima, conforme Protocolo do RegulaSUS disponível no endereço <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Observação Geral:

- Oriente o responsável a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Reabilitação Física Adulto ou Pediátrica GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Física:

- ✓ **Comprometimento do Aparelho Locomotor por Amputação:** ausência parcial ou total, uni ou bilateral de membros superiores e/ou inferiores de origem congênita ou adquirida.
- ✓ **Comprometimento do Aparelho Locomotor por Alterações Neurológicas:** alteração de funcionalidade, temporária ou permanente, parcial ou total, por sequelas neuromotoras, por patologias ou traumas.

Atenção:

- Pacientes que necessitem pelo menos duas especialidades de reabilitação e/ou tenham indicação de uso de tecnologias assistivas e não cirúrgicas, como Órteses, Próteses ou Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), devem ter preferência no encaminhamento à Reabilitação Física quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Requisitos necessários para encaminhar a Reabilitação Auditiva Adulto:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do paciente (IDS-SINNC: 433-Reabilitação Física GERCON) pelo médico assistente contendo descrição mínima, conforme Protocolo do RegulaSUS disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/> ;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Observação Geral:

- Oriente o paciente a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Prótese Mamária e/ou Sutiã Adaptado

Reabilitação Física Adulto GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Física:

- ✓ ausência parcial ou total, uni ou bilateral mamária.

Requisitos necessários para encaminhar a Reabilitação Auditiva Adulto:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do paciente (IDS-SINNC: 433-Reabilitação Física GERCON) pelo médico assistente contendo descrição mínima da condição clínica e qual necessidade da paciente - prótese mamária e/ou sutiã adaptado.
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Observação Geral:

- Local de Atendimento: Centro Especializado de Reabilitação - CER III;
 - Endereço: Rua do Comércio, 3000, bairro Universitário - Campus da Unijuí;
 - Contato: 3332-0204 / unir@unijui.edu.br;
 - Oriente o paciente a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.
-

Reabilitação Intelectual Adulto ou Pediátrico GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Intelectual, segundo o Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS):

- ✓ **Atraso Global Desenvolvimento (AGD):** provável atraso do desenvolvimento (ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior) ou possível AGD (ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária).
- ✓ **Deficiência Intelectual:** funcionamento intelectual significativamente inferior à média; limitações significativas no funcionamento adaptativo em, pelo menos, duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidado, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades de aprendizagem, trabalho, lazer e segurança.
- ✓ **Transtorno do Espectro do Autismo (TEA):** suspeita ou diagnóstico.

Ver Protocolo de Regulação Ambulatorial (RegulaSUS) disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>.

Atenção:

- Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Reabilitação Intelectual. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Requisitos necessários para encaminhar a Reabilitação Intelectual:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do paciente (IDS-SINNC: 435- Reabilitação Intelectual GERCON) pelo profissional de saúde de nível superior contendo descrição mínima, conforme Protocolo do RegulaSUS disponível no endereço <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Observação Geral:

- Oriente o paciente/responsável a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Reabilitação Visual Adulto ou Pediátrica GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Visual:

- Baixa Visão ou Visão Subnormal;
- Cegueira;
- Estimulação Precoce Visual (0 a 3 anos);
- Baixa visão e/ou cegueira que necessitam de Treinamento de Orientação e Mobilidade (TOM); e
- Distúrbios da Refração ou Acomodação.

Requisitos necessários para encaminhar a Reabilitação Visual:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do paciente (IDS-SINNC: 434- Reabilitação Visual GERCON) pelo médico assistente contendo descrição mínima, conforme Protocolo do RegulaSUS disponível no endereço <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Observação Geral:

- Oriente o paciente a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Demais Encaminhamentos GERCON

Local: UBS de Referência do Paciente

Coordenação/Regulação: Eliezer Antônio Dias Luginski

Contato: Ramal 212

Requisitos necessários para encaminhar as especialidades GERCON:

- ✓ Encaminhamento solicitado e impresso via Prontuário Eletrônico do paciente pelo médico assistente contendo descrição mínima, conforme Protocolo do RegulaSUS disponível no endereço eletrônico <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/> ;
- ✓ O regulador deve cadastrar o encaminhamento no Sistema GERCON, realizar o acompanhamento e comunicar o paciente quando a consulta estiver agendada (data/horário/local).

Cirurgias:

- 455 - Cirurgia Buco Adulto Gercon
- 456 - Cirurgia Buco Hospitalar Gercon
- 457 - Cirurgia Buco Pediátrica Gercon
- 420 - Cirurgia Cardíaca Adulto Gercon
- 458 - Cirurgia Craniomaxilofacial Gercon
- 444 - Cirurgia de Cabeça e Pescoço Gercon
- 249 - Cirurgia do Aparelho Digestivo Adulto Gercon
- 447 - Cirurgia Geral Adulto Gercon
- 371 - Cirurgia Geral Pediátrica Gercon
- 370 - Cirurgia Pequeno Porte Gercon
- 024 - Cirurgia Plástica – Microcirurgia Hanseníase Gercon
- 252 - Cirurgia Plástica Adulto Gercon
- 276 - Cirurgia Plástica da Mão Gercon
- 386 - Cirurgia Plástica de Fenda Palatina Gercon
- 385 - Cirurgia Plástica de Reconstrução de Mama Gercon
- 461 - Cirurgia Plástica Pediátrica Gercon
- 253 - Cirurgia Torácica Adulto Gercon
- 463 - Cirurgia Torácica Pediátrica Gercon

Dermatologia:

- 29 - Dermatologia Adulto Gercon
- 13 - Dermatologia Geral Gercon
- 470 - Dermatologia Pediátrica Gercon

Gastroenterologia:

- 241 - Gastroenterologia Adulto Gercon
- 040 - Gastroenterologia Doença Inflamatória Intestinal Gercon
- 023 - Gastroenterologia Hepatites Virais Pediátrica Gercon
- 479 - Gastroenterologia Pediátrica Gercon
- 006 - Gastroenterologia Avaliação Pré-transplante Hepático Gercon
- 480 - Gastroenterologia Avaliação Pré-transplante Hepático Pediátrico Gercon
- 002 - Gastroenterologia Avaliação Pré-transplante Hepático Doador Gercon

Genética:

- 243 - Genética Médica Geral Gercon
- 481 - Genética Médica Pediátrica Gercon

Ginecologia:

- 383 - Ginecologia Cirurgia Gercon
- 001 - Ginecologia Estática Pélvica – Incontinência Urinária Gercon
- 003 - Ginecologia Histeroscopia Gercon
- 485 - Ginecologia Infanto Puberal Gercon
- 452 - Ginecologia Laparoscopia Gercon
- 004 - Ginecologia Mama Gercon

Hematologia:

- 493-Hematologia Adulto Gercon
- 494-Hematologia Hemoglobinopatias Gercon
- 495-Hematologia Pediátrica Gercon
- 496-Hematologia Avaliação Pré-transplante Gercon
- 497-Hematologia Avaliação Pré-transplante Pediátrico Gercon
- 498-Hematologia Avaliação Pré-transplante Alogênico Gercon
- 499-Hematologia Avaliação Pré-transplante Doador Gercon

Infectologia:

- 048 - Infectologia Adulto Gercon
- 486 - Infectologia Pediátrica Gercon

Nefrologia:

- 227 - Nefrologia Adulto Gercon
- 487 - Nefrologia Pediátrica Gercon
- 051 - Nefrologia Avaliação Pré-transplante Adulto Gercon
- 488 - Nefrologia Avaliação Pré-transplante Pediátrico Gercon
- 101 - Nefrologia Avaliação Pré-transplante Doador Gercon

Ortopedia:

- 421 - Ortopedia Adulto Gercon
- 422 - Ortopedia Coluna Adulto Gercon
- 471 - Ortopedia Coluna Pediátrica Gercon
- 423 - Ortopedia Joelho Gercon
- 424 - Ortopedia Mão Adulto Gercon
- 425 - Ortopedia Ombro Gercon
- 426 - Ortopedia Pé Gercon
- 427 - Ortopedia Pediátrica Gercon
- 428 - Ortopedia Quadril Gercon

Pneumologia:

- 234 - Pneumologia Adulto Gercon
- 063 - Pneumologia Apnéia do Sono – Polissonografia Gercon
- 474 - Pneumologia Fibrose Cística Gercon
- 475 - Pneumologia Fibrose Cística Pediátrica Gercon
- 476 - Pneumologia Pediátrica Gercon
- 477 - Pneumologia Avaliação Pré-transplante Gercon
- 478 - Pneumologia Avaliação Pré-transplante Pediátrica Gercon

Proctologia:

- 260 - Proctologia Adulto clínico Gercon
- 064 - Proctologia Adulto Cirúrgico Gercon
- 482 - Proctologia Pediátrica Gercon

Reumatologia:

- 237 - Reumatologia Adulto Gercon

067 - Reumatologia Pediátrica Gercon

483 - Reumatologia Artrite Inicial Gercon

Saúde Mental:

443 - Saúde Mental Transexualidade Gercon

Urologia:

261 - Urologia Adulto Gercon

484 - Urologia Biópsia de Próstata Gercon

431 - Urologia Litotripsia Gercon

044 - Urologia Pediátrica Gercon

Demais Especialidades:

489 - Acupuntura Geral Gercon

069 - Andrologia Adulto Gercon

490 - Doenças do Trabalho Geral Gercon

491 - Estomatologia Geral Gercon

240 - Fisiatria Geral Gercon

043 - Geriatria Geral Gercon

218 - Homeopatia Geral Gercon

228 - Imunologia Geral e/ou Alergia Gercon

492 - Medicina Interna – Clínica Geral Gercon

022 - Pré-Natal Medicina Fetal Gercon

065 - Sexologia Geral Gercon

442 - Tratamento da Dor Gercon

Observação Geral:

- Oriente o paciente a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

ROTINAS E FLUXOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS PELA - UNIJUÍ -

Clínica Escola de Fisioterapia

Local: Rua do Comércio, 3000, bairro Universitário - Campus da Unijuí.

Contato: 3332 – 0204

Coordenação: Simone Zeni Strassburger

Referência/Secretária: Simone Júlia Scholles Silva

Situações atendidas pela Clínica:

✓ FISIOTERAPIA PÉLVICA

- Gestante: preparo para o parto e/ou desconfortos;
- Pós-parto;
- Incontinência urinária;
- Dispareunia (dor na relação sexual);
- Dores pélvicas;
- Constipação intestinal.

✓ FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL

- Acidente vascular cerebral;
- Tumor cerebral;
- Trauma crânio encefálico;
- Esclerose múltipla;
- Polineuropatia;
- Esclerose lateral amiotrófica;
- Paralisia facial;
- Doença de parkinson;
- Lesão medular;
- Paralisia cerebral;
- Poliomielite;
- Miastenia;
- Mielomeningocele;
- Hidrocefalia;
- Síndromes cromossômica;
- Atrofia muscular espinhal;
- Distrofia muscular de Duchenne;
- Síndrome de Guillain-Barré.

✓ FISIOTERAPIA EM TRAUMATO-ORTOPEDIA

- Pós-operatório de manguito rotador e descompressão subacromial;
- Pós-operatório de lesões tendíneas;
- Artroplastia de quadril;
- Osteotomias;
- Pós-operatório do ligamento cruzado anterior, menisco e ligamentos colaterais;
- Pós-operatório de tendão de aquiles;
- Pós-operatório de hérnia de disco;
- Artroscopia de ombro;
- Lesão do manguito rotador;
- Lesão de menisco e ligamento de joelho;
- Hérnia de disco;
- Fraturas.

✓ REABILITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
- Bronquiectasias;
- Fibrose cística;
- Asma;
- Doença intersticial pulmonar;
- Hipertensão pulmonar;
- Câncer de pulmão;
- Cirurgia de redução de volume pulmonar;
- Transplante pulmonar;
- Insuficiência renal crônica;
- Pós-covid;
- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC);
- Angioplastia;
- Revascularização do miocárdio;
- Transplante cardíaco;
- Implante de marcapasso ou cardioversor desfibrilador implantável (CDI);
- Cirurgias de válvulas.

Horários de funcionamento:

- ✓ Segunda a Sexta-feira das 8h às 17hs, sem fechar ao meio-dia.

Orientações Gerais:

- ✓ Documentos necessários para agendamento: RG e CPF;
 - ✓ Realiza atendimentos com encaminhamento via prontuário eletrônico do paciente (IDS-SINC: 505-Clínica Escola de Fisioterapia UNIJUI) da Unidade de Saúde (médico/enfermeiro) regulados pela SMS*, sem taxa de contribuição por parte do paciente;
 - ✓ O encaminhamento deverá ser impresso e entregue ao paciente para que este realize o agendamento;
 - ✓ Realiza atendimentos com acesso direto do paciente, com taxa única de contribuição semestral.
-

Clínica de Psicologia

Local: Rua São Francisco, 501, bairro São Geraldo (anexo ao prédio da Sede Acadêmica da FIDENE).

Contato: 3332 – 0227

Coordenação: Elisiane Schonarde

Referência/Secretária: Maiara Rucele da Silva

Horários de funcionamento:

Segunda-feira: 08h às 12h - 14h às 18h

Terça-feira: 09h às 12h - 14h às 19h

Quarta-feira: 08h às 12h, 14h às 18h

Quinta-feira: 09h às 12h, 14h às 19h

Sexta-feira: 08h às 12h, 14h às 16h

Orientações Gerais:

- ✓ Documentos necessários para agendamento: RG e CPF;
 - ✓ Realiza atendimentos com ou sem encaminhamento clínico.
 - ✓ Se houver encaminhamento pela rede de saúde de Ijuí, o profissional (médico/enfermeiro) deverá fazê-lo via prontuário eletrônico do paciente (IDS-SINC: 504-Clínica de Psicologia UNIJUI);
 - ✓ O encaminhamento deverá ser impresso e entregue ao paciente para que este realize o agendamento;
 - ✓ A contribuição será definida no momento da primeira consulta entre o profissional/clínica e o paciente, de acordo com suas condições financeiras.
-

Consultório Escola de Nutrição

Local: Rua do Comércio, 3000, bairro Universitário - Campus da Unijuí.

Contato: 3332 – 0204 (WhatsApp)

Coordenação: Adriane Huth

Referência/Secretária: Simone Júlia Scholles Silva

Situações atendidas pela Clínica:

- ✓ Atendimento nutricional para todos os ciclos da vida.
-

Horários de funcionamento:

- ✓ Segunda a Sexta-feira das 8h às 17hs, sem fechar ao meio-dia.
-

Orientações Gerais:

- ✓ Documentos necessários para agendamento: RG e CPF;
 - ✓ Realiza atendimentos com ou sem encaminhamento clínico.
 - ✓ Se houver encaminhamento pela rede de saúde de Ijuí, o profissional (médico/enfermeiro/nutricionista) deverá fazê-lo via prontuário eletrônico do paciente (IDS-SINC: 506-Consultório Escola de Nutrição UNIJUI).
 - ✓ O encaminhamento deverá ser impresso e entregue ao paciente para que este realize o agendamento, para justificar a isenção de pagamento.
 - ✓ O agendamento pode ser realizado pela Unidade de Saúde ou pelo usuário (via telefone, WhatsApp ou presencialmente).
 - ✓ As consultas subsequentes serão combinadas diretamente com o usuário.
 - ✓ Na impossibilidade de comparecer à consulta agendada, deve-se cancelar via contato telefônico, com antecedência mínima de duas (02) horas.
-

DOCUMENTOS FINAIS

Anexo I - RESOLUÇÃO Nº 216/14 - CIB/RS: Protocolo e Diretrizes de avaliação, acompanhamento e tratamento para usuários de fórmulas nutricionais – RS
Anexo II - Declaração de Residência
Anexo III - REMUME: Relação Municipal de Medicamentos
Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
Insumos Fornecidos pela Assistência Farmacêutica
Material de Curativo Disponibilizado para uso nas Unidades de Saúde
Fórmulas e Dietas fornecidas pela Assistência Nutricional da Atenção Primária
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Programa de Medicamentos Especiais Disponibilizados pela SES/RS
Terapias Nutricionais do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Programa de Medicamentos Especiais Disponibilizados pela SES/RS
Lista de Medicamentos Disponibilizados pelo “Aqui tem Farmácia Popular”
Anexo IV - Medicamentos de Interesse para a Saúde Mental - Ijuí
Anexo V - Tabela dos Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica (CEAF) na SES/RS, com detalhamento das medicações indicadas conforme critérios clínicos e diagnóstico (CID-10)

Anexo I



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 216/14 - CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a necessidade de racionalizar a oferta de fórmulas nutricionais especiais pelo Estado, em razão do grande número fórmulas nutricionais colocadas à disposição dos prescritores pela indústria farmacêutica;

a necessidade de padronizar, dentro de princípios éticos, a variabilidade da prescrição, especialmente quanto ao uso racional de fórmulas nutricionais especiais;

a necessidade de oferecer aos usuários de forma regular e contínua, um elenco de fórmulas nutricionais especiais definido de acordo com rigorosos critérios técnicos e científicos, estudos de medicina baseada em evidências clínicas, para o atendimento das necessidade nutricionais mais prevalentes ou de maior demanda;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 04/04/2014.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Protocolo e Diretrizes de avaliação, acompanhamento e tratamento para usuários de fórmulas nutricionais – RS conforme Anexos desta Resolução.

Art. 2º - Aprovar o elenco de fórmulas nutricionais presente no Protocolo e Diretrizes a ser dispensado administrativamente pela SES/RS.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 25 de abril de 2014.

SANDRA FAGUNDES
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS

Anexo II

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____, CPF nº _____
RG nº _____, telefone (____) _____, na falta de documentos para
comprovação de residência, em conformidade com o disposto na Lei 7.115/83, DECLARO para os devidos fins,
sob penas da Lei, ser residente e domiciliado no seguinte endereço: _____
_____, nº _____, bairro _____ Ijuí/RS.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que produza os efeitos legais, ciente de que a falsidade de
seu conteúdo pode implicar na imputação de sanções civis, administrativas, bem como na sanção penal prevista
no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele
inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar
direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1
(um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o
documento é particular.

Ijuí/RS _____/_____/_____.

Assinatura do Declarante

MUNICÍPIO DE IJUÍ – PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REMUME 2021

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Município de Ijuí - Poder Executivo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS DE IJUÍ

Para acessar a REMUME e verificar a disponibilidade dos itens aponte a câmera do seu celular para o QR Code:



Você pode também entrar em contato pelo celular ou WhatsApp.



(55) 9 91041418

Você pode retirar os medicamentos em qualquer uma de nossas farmácias:

FARMÁCIA	HORÁRIO	ENDEREÇO	TELEFONE
CENTRAL DE DISPENSAÇÃO	07:30 – 17:30	Rua 19 de outubro, 742, Bairro Centro (Próximo Secretaria de Saúde)	3331-8827
FARMÁCIA MEIO RURAL	07:30 – 13:30	Avenida Getulio Vargas, 254, Bairro Sol Nascente (Próximo a Praça dos Imigrantes)	3331 – 8884
FARMÁCIA HERVAL	07:30 – 11:30	Avenida São Luiz, s/nº, esquina, Bairro Herval (Próximo a sede do bairro Herval)	3331 - 8863
FARMÁCIA GLÓRIA	07:30 – 11:30	Rua Sepé Tiarajú 1526, Bairro Glória	3331-8862
FARMÁCIA PENHA	07:30 – 11:30	Rua FranciscoBerenhauser, s/nº, esquina, Bairro Penha (Próximo ao Quartel)	3331 - 8843



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

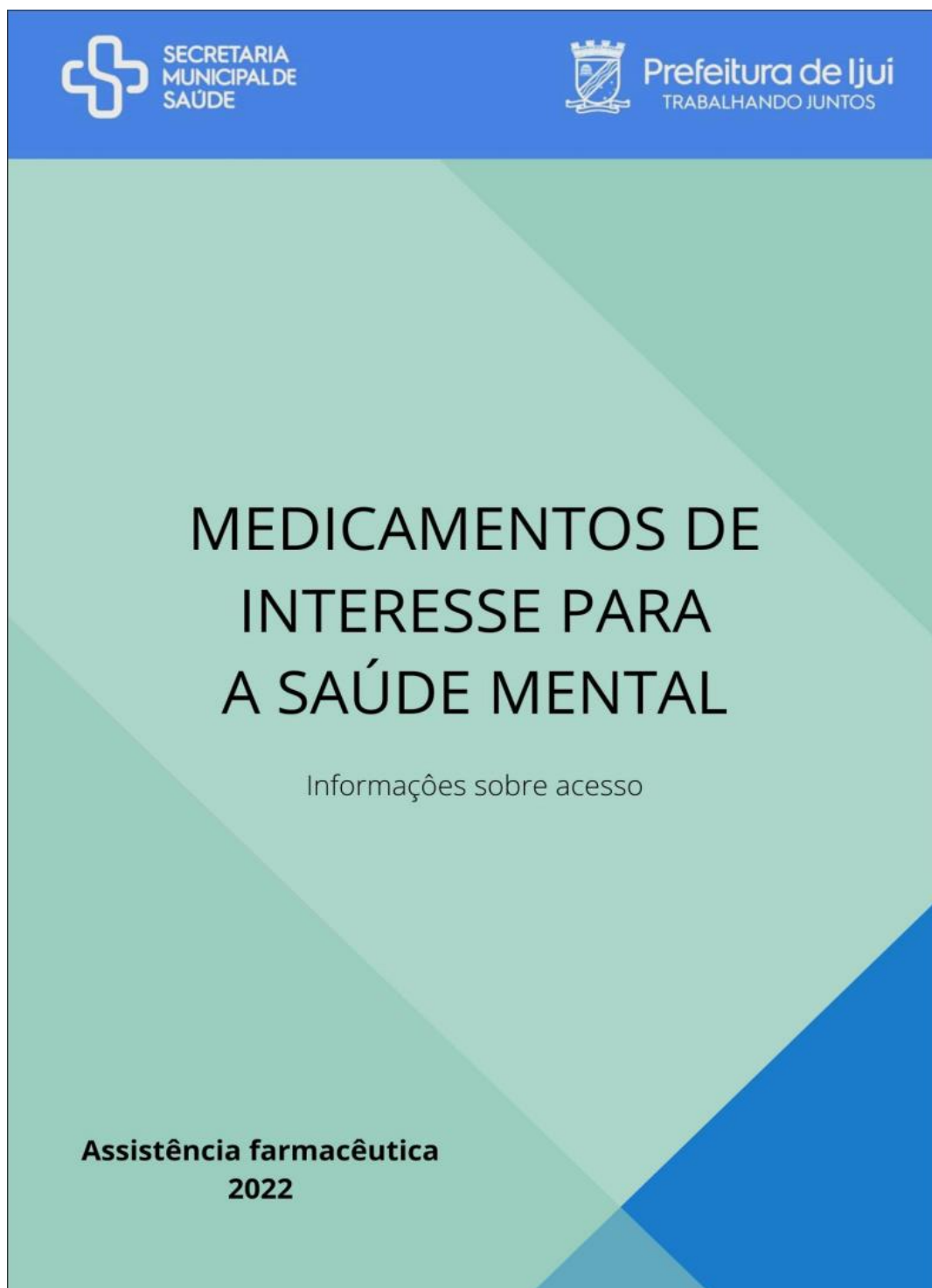


Prefeitura de Ijuí
TRABALHANDO JUNTOS

Link de Acesso:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1f2tOKjCAuxvbSn0JUV5Vvw7XwkVZDNEYlv6JfHhXPmE/edit?usp=sharing>

Anexo IV



Link de Acesso:

<https://drive.google.com/file/d/1TWUD8wGE69yAmG8aFJIRoD4fszmvAOuB/view?usp=sharing>



Anexo V

Tabela dos Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica (CEAF) na SES/RS, com detalhamento das medicações indicadas conforme critérios clínicos e diagnóstico (CID-10)

Link de Acesso:

<https://farmaciadigital.rs.gov.br/>

