



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Protocolo de Regulação para Acesso às Cirurgias, Consultas e Exames de Média e Alta Complexidade



2025

2025 Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. O seu conteúdo pode ser acessado no site da Prefeitura de São Gonçalo.

2ª. Edição – 2025

Nelson Ruas dos Santos
Prefeito Municipal

Gabriel Sampaio de Melo
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

Amanda Medeiros Correia
Subsecretária de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Dra. Adriana Neves de Souza
Diretora Médica da SSRCAA

Colaboração
Adriana Neves de Souza
Bruna Lorrana Gomes Ventura
Raphael Correia Caetano
Tatiana Machado do Couto

Organização
Tatiana Machado do Couto

Apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de São Gonçalo em 11/12/2025,
conforme Ata publicada no Diário Oficial de São Gonçalo, em 19/03/2026, página 9.

AA – Aneurisma de Artéria
AAA – Aneurisma de Aorta Abdominal
AAIC - Aneurisma da Aorta Iílica Comum
AAS – Ácido Acetil Salicílico
AAT – Aneurisma da Aorta Torácica
AC – Acromioclavicular
ACTH – Hormônio Adrenocorticotrófico
AGD – Angiografia Digital
Agus – Células Glandulares de Significado Indeterminado
Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIT – Acidente Isquêmico Transitório
Anca – Anticorpo Anticitoplasma de Neutrófilos
AngioTC – Angiotomografia Computadorizada
AP – Ântero-posterior
APR – Atividade Plasmática de Renina
ARNM – Angiografia por Ressonância Nuclear Magnética
ASC-US – Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado
Aslo – Anticorpo Antiestreptolisina O
ATM – Articulação Têmporo-mandibular
ATQ – Artroplastia Total de Quadril
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVE – Acidente Vascular Encefálico
Baar – Bacilo Álcool-ácido Resistente
BAV – Bloqueio Átrio Ventricular
BCG – Bacilo de Calmette e Guérin
βHCG – Beta Gonadotrofina Coriônica Humana
BK – Bacilo de Koch
BRE – Bloqueio de Ramo Esquerdo
BRD – Bloqueio de Ramo Direito
BTF – Bilirrubina Total e Frações
Ca – Câncer
CA – Antígeno Carboidrato
CAE – Conduto Auditivo Externo
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCP – Peptídeo Citrulinado Cíclico
CEA – Antígeno Carcinoembrionário
CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CK – Creatinoquinase
CMV – Citomegalovírus
CPK – Creatinofosfoquinase
CPL – Canto Pósterio-lateral
CR – Central de Regulação
CTI – Centro de Tratamento Intensivo
DG – Diabetes Gestacional
DHEA – Deidroepiandrosterona
DM – Diabetes Mellitus
DNA – Ácido Desoxirribonucleico
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC – Doença Renal Crônica
DRGE – Doenças do Refluxo Gastroesofágico
EAS – Elementos Anormais Sedimentares

EBV – Vírus Epstein-Barr
ECG – Eletrocardiograma
ECO – Ecocardiograma (Não confundir com Doppler Vascular) EDA – Endoscopia Digestiva Alta
EEG – Eletroencefalograma
ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica
EPF – Exame Parasitológico de Fezes
FAN – Fator Antinuclear
FAV – Fístula Artério-venosa
FSH – Hormônio Folículo Estimulante
FR – Fator Reumatoide
FTA-ABS – Imunofluorescência Indireta para Determinação de Anticorpos contra o Treponema Pallidum
GAD – Descarboxilase do Ácido Glutâmico
GGT – Gama Glutamil Transferase
GH – Hormônio do Crescimento
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HCV – Vírus da Hepatite C
HDA – História da Doença Atual
HDL – Lipoproteínas de Alta Densidade
HIC – Hipertensão Intracraniana
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HLA – Antígeno Leucocitário Humano
HPV – Papilomavírus Humano
HTLV – Vírus T-linfotrófico Humano
IC – Insuficiência Cardíaca
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
Ig – Imunoglobulina
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IMC – Índice de Massa Corporal
IRA – Insuficiência Renal Aguda
IRC – Insuficiência Renal Crônica
IRPA – Infecção Respiratória Aguda
IRT – Tripsina Imunorreativa
ITU – Infecção do Trato Urinário
LCA – Ligamento Cruzado Anterior
LCP – Ligamento Cruzado Posterior
LDH – Lactato Desidrogenase
LDL – Lipoproteínas de Baixa Densidade
LH – Hormônio Luteinizante
LKM – Fração Mitocondrial de Fígado e Rim
LPF – Ligamento Patelo-femural
Mapa – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MAV – Malformação Arteriovenosa
MEEM – Mini Exame do Estado Mental
MIF – Merthiolate-iodo-formol
MMII – Membros Inferiores (MID – Membro Inferior Direito / MIE – Membro Inferior Esquerdo)
MMSS – Membros Superiores (MSD – Membro Superior Direito / MSE – Membro Superior Esquerdo)
MS – Ministério da Saúde
NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical
PA – Pressão Arterial
Paaf – Punção Aspirativa por Agulha Fina
PAC – Pneumonia Adquirida na Comunidade
PAI – Prova de Atividade Inflamatória
PAV – Pneumonia adquirida na ventilação mecânica
PCR – Proteína C Reativa

PCR – Reação da Polimerase em Cadeia
PPD – Derivado de Proteína Purificada
PSA – Antígeno Prostático Específico
PSF – Programa da Saúde da Família
PTH – Paratormônio
PTT – Tempo de Tromboplastina Parcial
RAS - Redes de Atenção a Saúde
Rast – Rádio Alergo Sorbente Teste
RN – Recém-nascido
RNM – Ressonância Nuclear Magnética
RX – Raios-X
Sahos – Síndrome de Apneia-hipopneia Obstrutiva do Sono
SDHEA – Sulfato de Deidroepiandrosterona
Sida – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Sisreg – Sistema Nacional de Regulação
SNC – Sistema Nervoso Central
SUS – Sistema Único de Saúde
T3 – Triiodotironina
T4 – Tiroxina
TAP – Tempo de Protrombina Ativada
TDR – Teste do Desenho do Relógio
TIBC – Capacidade de Ligação de Ferro à Transferrina
TA-GT – Medida que analisa a relação entre a tuberosidade anterior da tíbia e a porção mais profunda da tróclea femoral
TC – Tomografia Computadorizada
TCE – Traumatismo Cranioencefálico
TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TG – Tireoglobulina
TGO – Transaminase Glutâmica Oxalacética
TGP – Transaminase Glutâmica Pirúvica
TPO – Tireoperoxidase
TRM – Traumatismo Raquimedular
TSA – Teste de Sensibilidade aos Antibióticos
TSH – Hormônio Estimulante da Tireoide
UBS – Unidade Básica de Saúde
UE – Unidade Executora
US – Unidade de Saúde
USG – Ultrassonografia
VAS – Vias Aéreas Superiores
VCM – Volume Corpuscular Médio
VDRL – Teste Antigênico não Treponêmico
VHS – Velocidade de Hemossedimentação

1.	APRESENTAÇÃO	9
2.	OBJETIVOS	9
3.	PADRONIZAÇÃO DA ESPERA CONTROLADA	10
4.	FLUXO DE REGULAÇÃO DO ACESSO A ASSISTÊNCIA	10
5.	ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	
5.1	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	11
5.2	Cirurgia Bariátrica	13
5.3	Cirurgia Pediátrica	14
5.4	Cirurgia Geral	16
5.5	Cirurgia Plástica Reparadora	20
5.6	Cirurgia Torácia	23
5.7	Cirurgia Vasculuar	24
5.8	Coloproctologia	26
5.9	Ginecologia / Mastologia	28
5.10	Microcirurgia Reconstructiva	31
5.11	Neurocirurgia	38
5.12	Neurocirurgia Pediátrica	39
5.13	Odontologia / Buco maxilo	40
5.14	Oftalmologia	42
5.15	Ortopedia e Traumatologia	44
5.16	Otorrinolaringologia	48
5.17	Urologia	52
6.	CONSULTAS ESPECIALIZADAS	
6.1	Alergologia e Imunologia Pediátrica	57
6.2	Cardiologia	59
6.3	Cardiologia Pediátrica	62
6.4	Dermatologia	64
6.5	Dermatologia Pediátrica	67
6.6	Endocrinologia	68
6.7	Endocrinologia Pediátrica	71
6.8	Gastroenterologia	73
6.9	Gastroenterologia Pediátrica	76
6.10	Genética	77
6.11	Geriatría	78
6.12	Hematologia	80
6.13	Hematologia Pediátrica	82
6.14	Infectologia	84
6.15	Infectologia Pediátrica	85
6.16	Nefrologia	87
6.17	Nefrologia Pediátrica	88
6.18	Neurologia	88
6.19	Neurologia Pediátrica	91
6.20	Ortopedia Pediátrica	92
6.21	Pneumologia	93
6.22	Pneumologia Pediátrica	94
6.23	Reumatologia	95
6.24	Reumatologia Pediátrica	98
6.25	Urologia Pediátrica	99

7. EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE	
7.1 Tomografias Computadorizadas	101
7.1.1 Tomografia de Crânio e Sela Túrcica	102
7.1.2 Tomografia de Coluna Cervical / Lombo Sacra (Lombar) / Torácica	102
7.1.3 Tomografia de Face / Seios da Face / Articulações Temporo Mandibular	102
7.1.4 Tomografia de Tórax	102
7.1.5 Tomografia de Hemitórax, Pulmão e do Mediastino	103
7.1.6 Tomografia de Abdomen Superior	103
7.1.7 Tomografia de Pelve / Bacia / Abdomen Inferior	103
7.1.8 Tomografia de Articulações: Membros Superiores e Inferiores	104
7.2 Angiotomografia	104
7.3 Ressonância Magnética Nuclear	104
7.3.1 Ressonância de Bacia / Pelve / Abdomen Inferior	104
7.3.2 Ressonância de Abdomen Superior	105
7.3.3 Ressonância de Crânio e Encéfalo	105
7.3.4 Ressonância de Coluna Cervical / Lombo-Sacra (Lombar) / Torácica	105
7.3.5 Ressonância de Articulações	106
7.3.6 Ressonância de Tórax	106
7.3.7 Ressonância Multiparamétrica da Próstata	106
7.4 Angioressonância	107
7.5 Cintilografia	107
7.5.1 Cintilografia do Sistema Cardiovascular	107
7.5.2 Cintilografia do Sistema Neurológico	108
7.5.3 Cintilografia do Sistema Endócrino	108
7.5.4 Cintilografia do Sistema Digestivo	109
7.5.5 Cintilografia do Sistema Hematológico	110
7.5.6 Cintilografia da Glândula Lacrimal	110
7.5.7 Cintilografia de Mama (Bilateral)	110
7.5.8 Cintilografia do Sistema Respiratório	110
7.5.9 Cintilografia do Aparelho Genito Urinário	111
7.5.10 Cintilografia das Articulações e/ou Extremidades e/ou Osso	111
7.5.11 Cintilografia do Corpo Inteiro	112
7.5.12 Cintilografia com Gálio 67	112
7.5.13 Imunocintilografia	112
7.6 Tratamento com Iodo	112
7.6.1 Tratamento Hipertiroidismo (Plummer – até 30MCI)	112
7.7 Densitometria Óssea	113
7.8 Litotripsia Extra Corpórea	113
7.9 Cateterismo Cardíaco	114
8. EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE	
8.1 RX Contrastados	115
8.1.1 Clister Opaco	115
8.1.2 Uretrocistografia Miccional	115
8.2 Ultrassonografias	115
8.2.1 USG do Globo Ocular / Órbita (Monocular)	115
8.2.2 USG Mamária Bilateral	115
8.2.3 USG Abdominal Total	116
8.2.4 USG de Próstata	116
8.2.5 USG de Aparelho Urinário	116
8.2.6 USG de Articulação	116
8.2.7 USG Transfontanela	117
8.2.8 USG do Tórax (Extra Cardíaca)	117

8.2.9	USG de Bolsa Escrotal	117
8.2.10	USG de Tireóide	117
8.2.11	USG Pélvica Ginecológica e Transvaginal	118
8.2.12	USG Obstétrica	118
8.2.13	USG Morfológica	119
8.2.14	USG de Partes Moles	119
8.3	Mamografia	119
8.4	Biópsia de Próstata	120
8.5	Estudo Urodinâmico	120
8.6	Urografia Venosa	120
8.7	Videolaringoscopia	121
8.8	Broncoscopia (Broncofibroscopia)	121
8.9	Espirometria ou Prova de Função Pulmonar	121
8.10	Polissonografia	122
8.11	Eletrocardiograma (ECG)	122
8.12	Teste de Esforço ou Ergométrico	122
8.13	Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (M.A.P.A.)	123
8.14	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 horas	123
8.15	Ecocardiografia Fetal	123
8.16	Ecocardiografia Transtorácica (USG com Doppler e em repouso)	124
8.17	USG Doppler Colorido de Vasos (Até 3 vasos) / Ecodoppler	124
8.17.1	Ecodoppler de Carótidas e Vértebras	124
8.17.2	Ecodoppler de Veias Cervicais	124
8.17.3	Ecodoppler de Artérias de Membros Superiores	125
8.17.4	Ecodoppler de Veias dos Membros Superiores	125
8.17.5	Ecodoppler da Artéria Aorta Abdominal	125
8.17.6	Ecodoppler de Artérias de Membros Inferiores	125
8.17.7	Ecodoppler de Veias dos Membros Inferiores	125
8.17.8	Ecodoppler de Artérias Renais	125
8.18	Ecocardiografia Transesofágica	126
8.19	Endoscopia Digestiva Alta (Esofagogastroduodenoscopia)	126
8.20	Retossigmoidoscopia	126
8.21	Colonoscopia	127
8.22	Eletroencefalograma	127
8.23	Eletroneuromiografia (ENMG)	128
9.	REABILITAÇÃO	129
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
11.	ANEXOS	133

1. APRESENTAÇÃO

As diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde – RAS estabelecem a Atenção Básica como ordenadora e estruturante do sistema de saúde, coordenadora do cuidado e centro de comunicação da RAS. A Atenção Básica deve constituir a porta de entrada preferencial dos usuários com o sistema, sendo o primeiro elemento de um processo contínuo e integral de atenção.

A partir da nova política definida pelo Pacto pela Saúde, em seu eixo – Pacto de Gestão, cada Município deverá estabelecer regras claras de como atuar nas diferentes modalidades de gestão e como deve ser essa atuação, em especial quanto à regionalização, descentralização e garantia do acesso do usuário do SUS. E com o acelerado processo de municipalização da saúde incentivado pelo Ministério da Saúde, corroborado pela necessidade de expandir a atenção básica, enfatizando-se o crescimento de recursos para o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu a necessidade de organizar o fluxo assistencial para a atenção secundária (especialidades).

A Política Nacional de Regulação foi estabelecida pela Portaria GM/MS no. 1.559/2008, que trata da regulação em três dimensões, Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção a Saúde e Regulação da Assistência a Saúde.

A regulação assistencial ou regulação do acesso consiste na “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, sendo um mecanismo de organização e gestão da rede de atenção à saúde.

O processo regulatório deve favorecer a resolução dos casos que exigem a ação coordenada de vários pontos da rede de atenção, permitindo o conhecimento mais aprofundado e dinâmico da rede assistencial, identificando áreas críticas e necessidades de saúde, contribuindo para melhor controle dos gastos em saúde, otimização dos recursos e qualificação da prestação de serviços de saúde.

O processo de regulação deve ocorrer em todos os níveis de produção do cuidado (rede de atenção básica e especializada) e através da Central de Regulação. A Central Municipal de Regulação de Serviços Especializados é a estrutura responsável pelo recebimento, avaliação e agendamento de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, conforme oferta disponível em Unidades Prestadoras de Serviços Municipais, contratadas ou referenciadas.

A implantação do **PROTOCOLO DE REGULAÇÃO PARA ACESSO ÀS CIRURGIAS, CONSULTAS E EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE** constitui uma qualificação na estrutura reguladora do município de São Gonçalo, na medida em que esse instrumento fortalece a Rede de Atenção à Saúde, permite a avaliação da classificação de risco e promove a equidade do acesso.

Esse documento baseou-se em protocolos de acesso, clínicos, diagnósticos e terapêuticos, extraídos de dados do Ministério da Saúde, de municípios que já implantaram e de especialistas que trabalham na rede pública de São Gonçalo.

Sendo assim, esse Protocolo não é estático e deverá ser revisado periodicamente, levando-se em consideração as práticas diárias, a capacidade de oferta do sistema municipal, as mudanças de legislação (normas, portarias e outras), a avaliação sistemática dos dados do sistema de informação, além de outros meios de atualização técnico-científica.

2. OBJETIVOS

- ✓ Garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade previstos pelo SUS;
- ✓ Valorizar e estimular o atendimento RESOLUTIVO na Atenção Básica.
- ✓ Aprimorar os critérios técnicos de indicação de exames de apoio diagnóstico.
- ✓ Qualificar a avaliação da classificação de risco e definir prioridade de agendamento.
- ✓ Monitorar os pontos de estrangulamento na oferta e na demanda.

3. PADRONIZAÇÃO DA ESPERA CONTROLADA

O acesso aos procedimentos no município será orientado através de fila de espera, padronizado nas unidades de saúde, por meio do Sistema Municipal de Regulação e dos outros sistemas auxiliares de apoio à gestão do acesso. Sendo os médicos reguladores responsáveis pela avaliação técnica dos laudos, classificação de risco do paciente (vermelho, amarelo e azul) e de prioridades, baseados em critérios clínicos e nos protocolos de regulação.

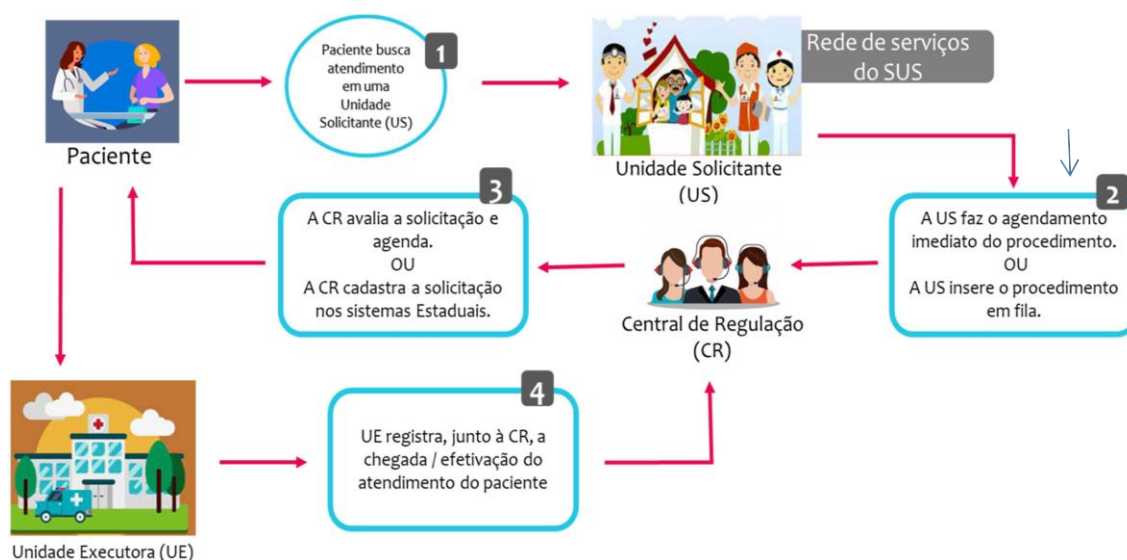
VERMELHO: são situações clínicas graves que não podem, em hipótese alguma, aguardar a espera através de lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao paciente e necessitam de um agendamento eletivo prioritário. PRIORIDADE 1. Os encaminhamentos deverão ser registrados exclusivamente pelo médico assistente do paciente, onde deverá estar descrita a JUSTIFICATIVA CLÍNICA E HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.

AMARELO: são situações clínicas que podem influir na condução de um caso, cuja demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida, ou cuja demora implique em quebra do acesso a outros procedimentos como a realização de cirurgias e necessita de um agendamento eletivo prioritário. PRIORIDADE 2. A prioridade no atendimento com sua justificativa, poderá ser registrada pelo médico assistente do paciente, ou indicada pelo Coordenador da Unidade, sendo obrigatório o preenchimento de sua justificativa.

AZUL: são situações clínicas classificadas como rotina e que não possuem nenhuma referência quanto à gravidade e/ou prioridade de marcação e não necessitam de um agendamento prioritário. PRIORIDADE 3. Deverão seguir a ordem cronológica de entrada na lista de espera nas Unidades Solicitantes.

Observação importante: Solicitações com a anotação de “URGENTE” (muitas vezes escrito ou solicitado que se escrevesse pelo próprio paciente), tem valor quase nulo, pois o preenchimento da hipótese diagnóstica e os detalhes da situação clínica do paciente é que permitem ao regulador estabelecer prioridades maiores ou menores.

4. FLUXO DE REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA



ATENÇÃO:

A solicitação dos exames deverá ser realizada em formulário próprio, embasada em documentos de referência e contrarreferência, constando letra legível, identificação do paciente (nome completo, data de nascimento, cartão sus, CPF, endereço, telefones de contato e o nome da mãe), história clínica, detalhamento de exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares já realizados e seus laudos ou resultados, CID10 (classificação internacional de doenças), data, carimbo e assinatura do médico.

O preenchimento adequado é fundamental para que o exame/procedimento seja solicitado no sistema e autorizado pelo médico regulador. Assim como a inserção dos documentos no cadastro do paciente: identidade, CPF, CNS e comprovante de residência atualizado (últimos 3 meses). O preenchimento não adequado determinará o pendenciamento da solicitação e a sua devolução para a unidade solicitante e/ou insersora refazer o encaminhamento.

As solicitações dos exames com pouca oferta serão avaliadas, autorizadas e agendadas de acordo com o grau de urgência, bem como, a classificação de risco e prioridade do paciente.

Segundo o código de ética médica, qualquer médico pode solicitar qualquer tipo de exame, porém os pedidos indiscriminados, sem critérios, não obedecendo ao que já está estabelecido e comprovado nos estudos científicos, comprometem a segurança do paciente e prejuízos ao erário público. Assim como, letras ilegíveis, siglas, abreviações, atendimento médico especializado sem exame específico antes de exame complementar e condutas que sugerem descaso no preenchimento de prontuários, laudos cirúrgicos e pedidos de exames, são também causas de processos éticos e legais.

As solicitações de procedimentos sem observar os protocolos clínicos e de regulação do acesso, causam exposição desnecessária dos usuários, mais tempo na resolatividade dos casos e aumento da demanda ocasionando riscos para aqueles que a prioridade é exigida. Além disso, O MÉDICO REGULADOR não vê o paciente, isso é função do médico assistente. Ele vê apenas o que está escrito, e essa imparcialidade e isenção é fundamental para a sua função técnica. Tal isenção fundamental consta no artigo 98 do Código de Ética Médica.

**SEM REGRAS, PROTOCOLOS, MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS, E MUITO BOM SENSO,
O SUS NÃO CONSEGUE FUNCIONAR.**

5. ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

5.1 Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Alterações de parótida e submandibular	Nas sialolitíases, a queixa é de episódios de dor e aumento da glândula desencadeado por alimentação durante alguns dias e de resolução espontânea. Às vezes, é referido gosto salgado ou sensação de areia na saliva. Nas neoplasias, há o crescimento de nódulos.	USG cervical (glândulas salivares)	Aumento da glândula e dor à palpação nas sialoadenites	Indicações cirúrgicas devido às neoplasias benignas e malignas, sialoadenite de repetição (mais de 3 episódios de dor ao ano).
	Hiperparatireoidismo	Hiperparatireoidismo primário ou secundário associado à IRC, casos cirúrgicos (paratireoidec-tomia)	Dosagem de cálcio total e ionizado; se aumentados, paratormônio (PTH). Se todos forem aumentados, USG de tireoide, cintilografia sestamibi.	Irritabilidade, obstipação intestinal. Litíase urinária, tumor marrom e calcificações distróficas são sintomas tardios. A glândula palpável cervical pode ser sugestiva de neoplasia maligna	Casos cirúrgicos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cirurgia de Cabeça e Pescoço			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ONCOLOGIA	Tumor de Glândulas Salivares	Necessidade de realização de exérese de glândula com esvaziamento cervical.	USG ou TC com contraste de glândulas salivares, principalmente nas lesões volumosas.	Na sialolitíases, a queixa é de episódios de dor e aumento da glândula desencadeados por alimentação durante alguns dias e de resolução espontânea. As vezes, é referido gosto salgado ou sensação de areia na saliva. Nas neoplasias, há o crescimento de nódulos.	Neoplasias malignas, sialoadenite de repetição (mais de 3 episódios de dor ao ano).
	Tumor de seio paranasal ou de fossa nasal	Suspeita de doença maligna ou de tumores benignos que necessitem de resolução cirúrgica.	TC da cavidade oral e dos seios paranasais, rinoscopia.	Obstrução nasal.	Suspeita de doença maligna.
	Nódulos e massas cervicais não tireoidianas	Suspeita clínica (ou pela Paaf) de neoplasias benignas ou malignas, suspeita de doença granulomatosa (tuberculose, sarcoidose etc.).	TC de pescoço e tórax com contraste venoso em caso de adenomegalias, massas múltiplas e/ou volumosas. Sorologia para rubéola, toxoplasmose, HIV, sífilis e CMV, PPD. Na suspeita de doença do refluxo gastroesofágico, EDA.	Deve-se avaliar a presença de faringite alérgica ou por refluxo gastroesofágico (sensação de pigarro ou globus faríngeo). No caso de etiologia infecciosa, haverá o relato de gripe forte precedente ou de doenças associadas ao HIV. No caso de metástases, pode haver sintomas de disfonia, disfagia, odinofagia, dor irradiada para orelha, emagrecimento e paralisia de nervos cranianos. Existe a possibilidade de sangramento, obstrução nasal e trismo.	Neoplasias malignas e Suspeita de doenças granulomatosas
	Tumores e estenoses da laringe e traqueia cervical	Pacientes cirúrgicos e oncológicos.	TC de laringe com contraste, laringoscopia e/ou biópsia, se possível.	Disfonia persistente por mais de 3 semanas, dispneia progressiva, dificuldade ou dor à deglutição, presença de metástases cervicais em cânceres mais avançados. As estenoses irão causar dispneia progressiva.	Suspeita de tumor ou estenose. Descartada dispneia ou disfonia por outros motivos.
	Tumores de cavidade oral e faringe	Suspeita de doença maligna ou de tumores benignos que necessitem de resolução cirúrgica.	TC de cavidade oral, faringe e pescoço com contraste venoso e biópsia, se possível.	Deve-se observar lesão, com ou sem dor local. A odinofagia é importante nos cânceres de base de língua, palato mole e hipofaringe. Em tumores grandes, pode haver alteração da fala ou disartria.	Suspeita de doença maligna.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cirurgia de Cabeça e Pescoço			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ONCOLOGIA	Tumores vasculares ou nervosos cervicais (paragangliomas/ linfangiomas/ hemangiomas)	Suspeita de doença maligna ou de tumores benignos que necessitem de resolução cirúrgica oriundos dos vasos ou dos nervos cervicais.	TC ou RNM de pescoço com contraste venoso.	Tumoração cervical profunda, geralmente fusiforme e indolor. Perda de função do nervo acometido (principalmente nas lesões volumosas ou malignas). Pulso arterial nos casos de glômus carotídeos, sensação ou relato de zumbido pulsátil associado ou não à perda auditiva nos casos de glômus jugulo-timpânicos. Nos casos de hemangiomas/linfangiomas, pode haver alteração do tamanho, da coloração e da consistência da tumoração de acordo com a manobra de Valsalva e esforço físico.	Suspeita de doença maligna.
	Tumores de nasofaringe	Suspeita de doença maligna ou de tumores benignos que necessitem de resolução cirúrgica.	TC ou RNM de nasofaringe com contraste venoso, biópsia e cavuscopia, se possível.	Voz anasalada, presença de sangramento nasal, perda auditiva ou otites médias de repetição, dor auricular. Tumores avançados podem causar dispnéia.	Suspeita de doença maligna.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Cabeça e Pescoço	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Endocrinologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	<p>Critérios para inserção no Sistema Estadual – SER:</p> <p>1) Identificação do sítio primário da lesão.</p> <p>2) Exames que comprovem a malignidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CA de Laringe / Faringe / Boca / Língua – Anexar Biópsia; - CA de Tireóide – Anexar Biópsia (PAAF).

5.2 Cirurgia Bariátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
OBESIDADE	Cirurgia bariátrica.	IMC maior que 35 com comorbidades (HAS, DM, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados). Não encaminhar pacientes com obesidade sem alterações hormonais.	Não há. Deverá ser avaliado em conjunto com equipe multidisciplinar	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados).	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados).

Cirurgia Bariátrica		
Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Cirurgião - Bariátrica	Laudo 1 – Preenchido pelo ENDOCRINOLOGISTA com indicação clínica / história sumária + IMC + Peso e Altura do paciente; Deverá informar se já realizou dietas e usou medicamentos para perda de peso, mas que não houve sucesso.	Exames de sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem sanguínea, Colesterol, Hormonal; USG Abdominal; USG de Tireoide; RX do Tórax.

5.3 Cirurgia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
CIRURGIA PEDIÁTRICA	Hemangioma.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Massas císticas azuladas ou avermelhadas. Podem ser encontradas em qualquer parte.	Localização sujeita a trauma, sangramento e grande volume.
	Restos branquiais.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Massa cística ou orifício com drenagem de secreção na região anterior à orelha, ao longo da borda anterior da musculatura do pescoço (esternocleido-mastoide).	História de saída de secreção local.
	Higroma.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Massa cística na região cervical posterior ao esternocleidomastoid eo, podendo aparecer em outras partes do corpo. Pode ser uni ou multilobulada (composta de vários cistos). Tem uma cor levemente azulada.	Grande volume.
	Cisto de supercílio.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Massa cística na região do supercílio.	-
	Cisto Tireoglossos	Todos os casos	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Massa cística na região cervical anterior média, móvel com a deglutição.	História de saída de secreção local.
	Nódulos de tireoide.	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT, USG.	Lesão nodular na tireoide, palpável ou identificada em USG.	-
	Anquiloglossia.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Não é possível a colocação da língua para fora da boca.	-

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cirurgia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
CIRURGIA PEDIÁTRICA	Rânula.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Massa cística na região sublingual.	Crianças até 1 ano de idade.
	Colelitíase.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, colesterol total e frações, triglicérides, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina, bilirrubina total e frações, USG de abdome.	Cálculo na vesícula biliar.	Paciente sintomático: dor, náusea e vômito.
	Alterações de vias biliares, excluindo colelitíase.	Todos os casos.	USG de abdome.	Icterícia no período neonatal, cisto de colédoco, atresia de vias biliares.	-
	Megacólon.	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT, proteína, albumina, RX simples, clister opaco.	Dilatação do cólon, constipação desde o nascimento com histórico de impactação de fezes e/ou enterocolite.	-
	Hérnia epigástrica.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Abaulamento arredondado, na linha média, irreduzível e doloroso. Pode ser único ou múltiplo.	Dor local.
	Hérnia umbilical.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Abaulamento na região umbilical aos esforços.	Encarceramento prévio.
	Hérnia inguinal.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Abaulamentos inguinais ou inguinoescrotais, aos esforços.	Crianças até 1 ano de idade.
	Fimose.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Impossibilidade de exteriorização da glândula.	Postite de repetição ou estenose importante.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cirurgia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
CIRURGIA PEDIÁTRICA	Hidrocele.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Coleção líquida ao redor do testículo. Aumento do volume do escroto com coloração azulada.	Meninos a partir de 1 ano de idade.
	Criptorquidia.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS.	Meninos com ausência de um testículo ou dos testículos na bolsa escrotal.	Meninos a partir do 6º mês de vida.
	Anomalias anorretais.	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT, proteína, albumina, USG.	Imperfuração anal, fístulas perineais, ânus ectópico, fístulas vaginais/perineais.	Todos

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Pediátrico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente;	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Endocrinologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.

5.4 Cirurgia Geral

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Alterações do baço e gânglios linfáticos.	Dor abdominal, plenitude pós-prandial, aparecimento de gânglios, diagnóstico de púrpura trombocitopênica.	Hemograma completo, contagem de plaquetas, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), USG de abdome, TC de abdome com contraste.	Esplenomegalia, linfadenomegalia, febre, emagrecimento, massa abdominal e anemia.	Todos.
ENDOCRINOLOGIA	Hiperparatireoidismo	Irritabilidade, obstipação intestinal. Litíase urinária, tumor marrom e calcificações distróficas são sintomas tardios. Hiperparatireoidismo primário ou casos cirúrgicos (paratireoidectomia), secundário associado à IRC.	Dosagem de cálcio total e ionizado. Se aumentados, paratormônio (PTH). Se todos forem aumentados, USG cervical e cintilografia com sestamibi-99mTc.	A glândula palpável cervical pode ser sugestiva de neoplasia maligna.	Casos cirúrgicos.
	Alterações de parótida e submandibular.	Nas sialolitíases, a queixa é de episódios de dor e aumento da glândula, desencadeados por alimentação durante alguns dias e de resolução espontânea; às vezes referindo gosto salgado ou sensação de areia na saliva. Nas neoplasias, há o crescimento de nódulos.	USG cervical (glândulas salivares).	Aumento da glândula e dor à palpação nas sialoadenites.	Indicações cirúrgicas devido às neoplasias benignas e malignas, sialoadenite de repetição (mais de 3 episódios de dor ao ano).

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cirurgia Geral			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
PAREDE ABDOMINAL	Hérnia de parede abdominal.	Abaulamentos / protuberâncias em parede abdominal, todos os casos têm indicação cirúrgica.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), USG abdome, risco cirúrgico para pacientes com mais de 45 anos.	Presença de abaulamento que se acentua com esforço físico.	Pacientes com hérnias grandes, com encarceramento.
ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO	Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), úlceras, acalásia, divertículos.	Pacientes cirúrgicos sem complicações: pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico, inclusive aqueles com manifestações atípicas cujo refluxo foi devidamente comprovado. Pacientes cirúrgicos com complicações: esôfago de Barret, estenose, úlcera e sangramento esofágico.	EDA, exame radiológico contrastado do esôfago, pHmetria e manometria esofágica de 24 horas.	Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de 2x por semana, a cerca de 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE. Existe marcada correlação entre o período de duração dos sintomas e aumento do risco para o desenvolvimento do esôfago de Barrett e adenocarcinoma de esôfago. O exame físico é inexpressivo.	Casos tratados e descompensados.
VIAS BILIARES	Alterações da vesícula biliar.	Dor abdominal, dispepsia e vômito.	Hemograma completo, glicose, ureia, creatinina, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubina totais e frações, USG de abdome.	Geralmente assintomático, com condições para cirurgia, icterícia.	Pacientes sintomáticos, recorrentes, ictéricos.
FÍGADO	Nódulos hepáticos.	Dor abdominal, dispepsia e vômito.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), USG de abdome.	Geralmente assintomático, com condições para cirurgia, icterícia.	Pacientes sintomáticos, recorrentes, ictéricos.
PÂNCREAS	Nódulos pancreáticos, pancreatite crônica.	Dor abdominal, dispepsia e vômito.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), USG de abdome.	Geralmente assintomático, com condições para cirurgia, icterícia.	Pacientes sintomáticos, recorrentes, ictéricos.
ONCOLOGIA	Tumores de glândulas adrenais.	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa, doenças associadas, exame físico. Relatar achados importantes.	Urina de 24 horas com dosagem de metanefrinas e cortisol, testosterona, FSH, LH, potássio urinário, 17-OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol plasmático, aldosterona sérica, potássio, sódio, relação aldo/APR, TC e/ou RNM de abdome com estudo dinâmico para adrenal.	Cushing: estrias, hirsutismo, obesidade. Feocromocitoma: hipertensão arterial de difícil controle. Hiperaldosteronismo: câimbras e dores musculares.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cirurgia Geral			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ONCOLOGIA	Nódulos e tumores da tireoide.	Suspeita de neoplasia maligna, sintomas de hipertireoidismo de difícil controle clínico.	TSH, T4 livre, USG de tireoide com doppler, biópsia, citologia por Paaf, anticorpos anti-tireoidianos.	<p>Geralmente são assintomáticos; a sensação de compressão ou corpo estranho na garganta costuma decorrer de faringite alérgica ou por refluxo gastroesofágico. As neoplasias malignas podem causar disфонia de nervo laríngeo recorrente. Presença de nódulos com ou sem linfonodos cervicais. Em vigência de alteração da função tireoidiana, os sintomas irão corresponder ao hipertireoidismo (taquicardia, insônia, agitação psicomotora, pele quente e úmida, tremor fino distal de extremidades, exoftalmia) ou hipotireoidismo (apatia, aumento de peso, pele e cabelos ressecados, macroglossia).</p>	Indicação de cirurgia (tireoidectomia parcial ou total e, se necessário, esvaziamento cervical), suspeita de carcinoma anaplásico de tireoide (massa cervical com crescimento rápido).
	Tumores de esôfago.	História de neoplasia esofágica, disfagia progressiva, pirose, vômitos e emagrecimento.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina), EDA com biópsia, TC de tórax, abdome e pelve, prova de função pulmonar.	Distensão abdominal e emagrecimento.	Todos.
	Tumores de estômago e duodeno.	História de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2x/semana por 4 semanas.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina), endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia, pesquisa de H. pylori (anticorpos séricos, teste de urease), RX de tórax, TC de tórax, abdome e pelve com contraste.	Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal, emagrecimento.	Todos.
	Tumores do fígado, vias biliares e pâncreas.	Icterícia, dor abdominal, dispepsia e vômito.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, amilase, lipase, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), lipidograma, RX simples de abdome e tórax, USG abdome, dosagem de CEA, CA 19.9, alfafetoproteína e TC de tórax, abdome e pelve com contraste.	Massa palpável, emagrecimento, com condições para cirurgia, icterícia.	Todos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cirurgia-Geral			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ONCOLOGIA	Tumores retroperitoneais e pélvicos.	Massa abdominal.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina), hepatograma, colonoscopia com biópsia, dosagem de CEA, CA 19.9, RX de tórax, TC de abdome e pelve com contraste.	Massa palpável e distensão abdominal, emagrecimento.	Todos.
	Tumores de cólon intestinal.	História de neoplasia intestinal. Hematoquezia e/ou mudança de hábito intestinal, principalmente acima de 50 anos de idade e história familiar de neoplasia intestinal.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina), hepatograma, colonoscopia com biópsia, dosagem de CEA, CA 19.9, RX de tórax, TC de abdome e pelve com contraste, RNM de pelve.	Massa palpável e distensão abdominal, emagrecimento.	Todos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Cirurgião-Geral	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Endocrinologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião - Hérnia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Gastroenterologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião - Vesícula	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	<p>Critérios para inserção no Sistema Estadual – SER:</p> <p>1) Identificação do sítio primário da lesão.</p> <p>2) Exames que comprovem a malignidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CA de Reto/Cólon – Biopsia (Colonoscopia); - CA de Tireoide – Biopsia (PAAF); - CA de Estômago – Biopsia (Endoscopia); - CA de Laringe / Faringe / Boca / Língua – Anexar Biópsia. - CA de Fígado / Vesícula / Pâncreas – RNM ou TC; - ONCO Hemato – Exames laboratoriais; - Linfoma – Biopsia

5.5 Cirurgia Plástica Reparadora

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Alterações palpebrais.	Blefarocalásio (excesso de pele palpebral superior que dificulta a visão), ectrópio (pálpebra virada para fora), entrópio (pálpebra virada para dentro), ptose palpebral (pálpebra caída) congênita ou adquirida. Deformidades palpebrais pós-trauma ou sequela de queimadura. Lagofthalmo (incapacidade de fechar a pálpebra).	Hemograma, coagulograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, ureia, creatinina, RX de tórax, ECG (para pacientes acima de 40 anos), risco cirúrgico. Avaliação do campo visual para blefarocalásio e ptose.	Alterações das pálpebras superior e inferior que causem alteração funcional.	Pacientes com alteração do campo visual ou com sintomas oculares (lacrimejamento, hiperemia conjuntival, sensação de corpo estranho). HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.
	Deformidades em orelhas.	Orelhas em abano, orelhas proeminentes, amputação parcial pós-traumática, tumor de pavilhão auricular, ausência total ou parcial de cavidade auricular.	Hemograma, coagulograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, ureia, creatinina, ECG e RX de tórax em maiores de 40 anos, risco cirúrgico.	Orelhas fora do padrão da normalidade (quando estão exageradamente afastadas da cabeça), deformidade adquirida pós-traumática.	Pacientes acima de 5 anos, preferencialmente pré-escolares (para diminuir o estigma dos pacientes) e com ausência de comorbidades e exames laboratoriais dentro da normalidade. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.
	Rinoplastia.	Defeitos nasais, nariz em sela e outros defeitos que causem alteração da função respiratória, rinomegalia, laterorrinia, desvio de septo, fratura nasal, deformidade nasal, deficiência de válvula nasal.	Hemograma, TAP, PTT, TC de seios da face. Acima de 40 anos, deve haver avaliação clínica completa, com ECG, RX de tórax e exames relacionados às comorbidades.	Rinomegalia, laterorrinia, desvio de septo, fratura nasal, deformidade nasal, deficiência de válvula nasal etc.	Pacientes com dificuldade respiratória por obstrução nasal.
	Fissura labial.	Encaminhar todos os casos.	Hemograma. Para pacientes acima de 40 anos, deve haver avaliação clínica completa, com ECG, RX de tórax e exames relacionados às comorbidades.	Descontinuidade do lábio superior, que pode ser uni ou bilateral e associada ou não à fenda palatina.	Crianças por volta dos 3 meses de idade.
	Fenda palatina.	Encaminhar todos os pacientes com fissura labial.	Hemograma, TAP, PTT. Para pacientes acima de 40 anos, deve haver avaliação clínica completa, com ECG, RX de tórax e exames relacionados às comorbidades.	Dificuldade de sucção e alterações morfológicas no teto da cavidade oral presentes desde o nascimento.	Todos os casos.
	Flacidez ou assimetria facial.	Encaminhar os casos cirúrgicos.	Hemograma. Para pacientes acima de 40 anos, deve haver avaliação clínica completa, com ECG, RX de tórax e exames relacionados às comorbidades.	Pacientes com idades cronológicas incompatíveis com a aparência ou a assimetria facial.	Pacientes acima de 40 anos com idades cronológicas incompatíveis com a aparência ou a assimetria facial.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cirurgia Plástica Reparadora			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Cicatrizes patológicas.	Encaminhar todos os pacientes com cicatrizes sintomáticas decorrentes de cirurgias ou ferimentos.	Hemograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, ureia e creatinina. Para pacientes acima de 40 anos, acrescentar RX de tórax e ECG.	Cicatrizes elevadas, avermelhadas e endurecidas.	Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.
	Hipertrofia mamária, hipomastia grave, assimetrias ou flacidez.	Pacientes que apresentam grande aumento do volume mamário ou assimetria com alterações funcionais, como dorsoalgia crônica, dor ou lesão cutânea nos ombros, distúrbios posturais, dermatites, alterações na coluna vertebral.	Hemograma, glicemia, sódio, potássio, ureia, creatinina, coagulograma, TGP, EAS, mamografia e/ou USG de mamas, RX de tórax (incidências em frente e perfil), ECG, risco cirúrgico.	Aumento excessivo das mamas, dorsoalgia, desconforto da alteração postural, alterações de volume e forma das mamas.	IMC entre 22 e 25, queixa de dor nos ombros ou dorsoalgia devido ao excesso de peso nas mamas.
	Ginecomastia.	Aumento do volume mamário nos homens.	Hemograma, coagulograma, PSA, LH, FSH, ACTH, prolactina, estrogênio, progesterona, TSH, T4 livre e total, βHCG (com justificativa), testosterona, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina, USG de mamas ou mamografia.	Aumento do tecido mamário em homens.	Maiores de 16 anos que persistem com a ginecomastia por 12 a 24 meses; dor local; ginecomastia antiga acarretando fibrose; pacientes com risco de carcinoma e ginecomastia, após descartadas todas as doenças e os distúrbios hormonais persistentes.
	Abdome em avental, diástase importante da musculatura abdominal ou cicatrizes inestéticas.	Encaminhar os casos cirúrgicos.	Hemograma, glicemia de jejum, sódio, potássio, ureia, creatinina. Para pacientes acima de 40 anos, RX de tórax e ECG, USG de abdome e de parede abdominal, risco cirúrgico.	Excesso de pele que se projeta sobre a região pubiana, estrias, áreas de dermatite.	Somente casos de deformidade abdominal pós-emagrecimento ou gestações com evidente avental de pele, sem comorbidades descompensadas, sem uso de anticoagulantes, não fumantes, com IMC entre 20 e 25.
	Grandes perdas de pele e músculo, exceto os grandes queimados.	Pacientes compensados clinicamente e com lesões limpas que necessitam de enxertos cutâneos ou retalhos, exceto microcirúrgicos.	Hemograma, coagulograma, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicose, ECG, RX de tórax, risco cirúrgico.	Localização.	Todos os pacientes com perda cutânea, exceto os casos que necessitam de retalho microcirúrgico. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.
PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	Paciente submetido à cirurgia para emagrecimento que resulta em grande quantidade de pele frouxa nos braços, na mama, na barriga e nas coxas.	Paciente maior de 16 anos com estabilidade de peso de 6 meses. Não tabagista.	Hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicose, coagulograma, ECG, RX de tórax, risco cirúrgico. Mamografia para cirurgia em mamas, USG de abdome para cirurgia de abdome.	Todos os casos de pacientes maiores de 16 anos.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cirurgia Plástica Reparadora			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
TUMOR DE PELE	Tumores de pele e dos tecidos subcutâneos.	Tumores benignos e malignos (malignos maiores que 0,5 cm) de pele e subcutâneos com hipótese diagnóstica e relato do quadro clínico.	Hemograma, coagulograma, glicemia, sódio, potássio, ureia, creatinina, TGP, EAS, RX de tórax (incidências em frente e perfil), ECG. Na suspeita de lesões malignas, sugere-se TC de tórax e de abdome.	Localização, textura, tempo de aparecimento, presença de ulceração ou sangramento devem ser analisados.	Todos os pacientes com lesão na pele cuja suspeita seja de neoplasia benigna ou maligna. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.
QUEIMADOS	Queimados.	Cicatrizes por sequela de queimadura que causem grande deformidade facial, alteração funcional das pálpebras, do nariz e dos lábios, deformidade e restrição dos movimentos do pescoço e restrição dos movimentos articulares em qualquer área.	Hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicose, coagulograma, ECG, RX de tórax, risco cirúrgico.	Descrição do tipo de localização, dimensões, tempo de evolução e limitações causadas pela cicatriz.	Não encaminhar queimados agudos com queimaduras não cicatrizadas.
MAMA	Amastia adquirida por patologia oncológica.	Paciente submetida à mastectomia com necessidade de reconstrução mamária.	Hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicemia, coagulograma, mamografia contralateral, ECG, RX de tórax, liberação para reconstrução do mastologista, risco cirúrgico.	Lateralidade e tipo de mastectomia realizada.	Amastias por patologias malignas.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Plástico Ocular	Laudo 1 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares, se possuir.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Plástico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + IMC, Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares, se possuir. Para reparadora Abdominal: USG de abdomen e de parede abdominal. Para reparadora de Mama: USG de Mama. Observações: • Paciente que já realizou BARIÁTRICA – informar o nome da Unidade, data da realização e quanto foi a perda de peso. • Cirurgia Plástica reparadora de Mama (oncologia), só poderá ser solicitada após a alta do tratamento de oncologia.
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Critérios para inserção no Sistema Estadual – SER: 1) Identificação do sítio primário da lesão. 2) Exames que comprovem a malignidade: - CA de Pele – Biopsia.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Dermatológico - Biópsia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Pediátrico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.

5.6 Cirurgia Torácica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Deformidades da parede torácica.	Encaminhar o paciente que manifestar desejo por correção cirúrgica com alterações de parede torácica, como pectus excavatum e carinatum.	RX de tórax AP e de perfil e TC de tórax.	Alterações da parede torácica.	Não há.
	Hiperidrose.	Encaminhar sempre que for diagnosticada a doença para avaliação de simpatectomia.	RX de tórax AP e de perfil e exames gerais.	Desconforto pela constância, involuntariedade da sudorese, constrangimento e dificuldade para o trabalho e as atividades manuais.	Todos os casos.
	Empiema pleural.	Encaminhar sempre que for diagnosticada a doença para avaliação e tratamento.	RX de tórax e TC de tórax.	Sintomas relacionados à doença de base. Podem incluir tosse, febre, dor pleurítica e queda do estado geral.	Todos os casos.
	Derrame pleural.	Encaminhar sempre que for diagnosticada a doença para avaliação e tratamento, com avaliação anterior pela pneumologia.	RX de tórax AP e de perfil e TC de tórax.	Achados relacionados à doença de base.	Não há.
	Estenose de traqueia.	Encaminhar sempre que for diagnosticada a doença para avaliação e tratamento.	RX de coluna aérea. Se possível, TC de pescoço e de traqueia torácica, além de TC de tórax.	Dispneia aos esforços ou mesmo em repouso, sempre acompanhada de ruído respiratório alto (estridor). Algumas vezes, este é confundido com sintoma de asma devido ao ruído ventilatório, embora na estenose seja sempre alto.	Todos os casos.
	Pneumotórax .	Encaminhar sempre que for diagnosticada a doença para avaliação e tratamento.	RX de tórax AP e de perfil e TC de tórax.	torácica e dispneia súbita.	Todos os casos.
	Bronquiectasias.	Encaminhar pacientes que tenham condições para o tratamento cirúrgico.	RX de tórax AP e de perfil e TC de tórax.	Tosse crônica com expectoração matinal, halitose, hemoptises, por vezes muito graves, inclusive com risco imediato de morte.	Todos os casos.
	Sequelas pulmonares de tuberculose.	Encaminhar pacientes que tenham condições para o tratamento cirúrgico.	RX de tórax AP e de perfil e TC de tórax.	Tosse crônica com expectoração matinal, halitose, hemoptises, por vezes muito graves, inclusive com risco imediato à vida, resistência bacteriana.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cirurgia Torácica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ONCOLOGIA	Tumor de pulmão e pleura.	Encaminhar pacientes com nódulo pulmonar com dúvida diagnóstica e/ou com exames sugestivos de tumor pulmonar ou de pleura.	RX de tórax AP e de perfil, além de TC de tórax com contraste, espirometria.	As ocorrências podem se apresentar assintomáticas, apenas com um achado de exame de imagem ou com diversos sinais inespecíficos, como hemoptise (sangramento, geralmente de pequena monta), rouquidão, dor torácica, dispneia, febre por infecção do parênquima pulmonar acometido, síndrome de Claude-Bernard-Horner, adenomegalia cervical, emagrecimento etc.	Encaminhar todos os casos.
	Tumor de mediastino.	Encaminhar sempre que houver dúvida diagnóstica de cistos, timoma, tumores sugestivos de células germinativas, neurais e neuroendócrinos.	RX de tórax AP e de perfil, além de TC de tórax com contraste.	Os sinais e sintomas são inespecíficos e incluem os encontrados em síndromes neoplásicas.	Todos os casos.
	Tumor da parede torácica.	Encaminhar sempre que houver dúvida diagnóstica.	RX de tórax AP e de perfil, além de TC de tórax com contraste.	Tumoração palpável da parede torácica.	Todos os casos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Torácico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Proctologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	<p>Crítérios para inserção no Sistema Estadual – SER:</p> <p>1) Identificação do sítio primário da lesão. 2) Exames que comprovem a malignidade: - CA de Pulmão – RNM ou TC ou Broncoscopia (Biopsia).</p>

5.7 Cirurgia Vascular

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Síndrome do desfiladeiro cervico-torácico.	Compressão extrínseca arterial, venosa ou nervosa na região cervico-torácica.	RX, eletroneuromiografia, AngioTC.	Presença de disestesias, isquemia ou trombose venosa de membro superior associada a sinais compressivos cervico-torácicos, como presença de costela cervical, mega-apófise de C7, entre outros.	Quando houver comprometimento arterial.
	Edema de membros inferiores de origem vascular.	Encaminhar os que necessitam de avaliação mais complexa.	Doppler venoso.	Edema indolor crônico nos membros inferiores.	Casos tratados e descompensados.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cirurgia Vascular			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Malformação arteriovenosa (MAV).	Tumoração vascular de crescimento lento com efeito de massa, podendo estar presente desde a infância.	RNM, ecocolor Doppler.	Massa vascularizada, podendo ser esponjosa, depressível, dolorosa, com frêmito ou pulso, entre outros.	MAV volumosas com complicações hemorrágicas ou ulceradas.
	Arteriopatias funcionais (doença de Raynaud).	Casos não responsivos ao tratamento clínico.	Doppler arterial.	Dor e edema nas extremidades por exposição ao frio, cianose e depois eritema.	Casos tratados e descompensados.
DOENÇA ARTERIAL	Dor nos membros inferiores aos esforços (claudicação intermitente).	Claudicação intermitente caracterizada por dor ou fadiga nos músculos dos membros inferiores, causada pela deambulação e aliviada pelo repouso.	Ecocolor Doppler.	Ausência de pulsos arteriais periféricos associada à lentificação do enchimento capilar, palidez e frialdade cutânea.	Casos refratários ao tratamento clínico.
	Dor de repouso de membros inferiores.	Dor ou fadiga nos músculos dos membros inferiores mesmo quando em repouso.	Nenhum.	Ausência de pulsos arteriais periféricos associada à lentificação do enchimento capilar, palidez e frialdade cutânea.	Todos.
	Lesão trófica.	Gangrena seca ou úmida, associada ou não à dor.	Nenhum.	Ausência de pulsos arteriais periféricos associada à lesão trófica maior ou menor, infectada ou não.	Todos.
DOENÇA VENOSA	Úlceras de membros inferiores.	Pacientes com úlceras de membros inferiores não responsivas ao tratamento conservador e com indicação cirúrgica.	Doppler venoso e cultura de secreção.	Presença de ulceração em membros inferiores.	Casos tratados e descompensados.
DOENÇA CEREBRO-VASCULAR	Pacientes com estenose de carótidas ou vertebrais.	Assintomáticos/sintomáticos (AIT ou AVC prévio).	Ecocolor Doppler.	Hemiparesia, paraparesia, hemiplegia, disartria, desvio de comissura labial e amaurose associados à doença obstrutiva de carótidas ou de artérias vertebrais.	Estenose maior que 70%, sintomáticos.
ANEURISMA	Aneurisma de aorta tóraco-abdominal.	Assintomático/sintomático (dor).	Ecocolor Doppler/AngioTC.	Massa pulsátil, rouquidão, disfagia, dor torácica ou abdominal com irradiação para o dorso.	AAT maior que 6,0 cm ou sintomáticos.
	Aneurisma de aorta torácica descendente.	Assintomático/sintomático (dor).	Ecocolor Doppler/AngioTC.	Massa pulsátil, rouquidão, disfagia, dor torácica com irradiação para o dorso.	AAT maior que 6,0 cm ou sintomáticos.
	Aneurisma de aorta abdominal e/ou de artérias ilíacas.	Assintomático/sintomático (dor).	Ecocolor Doppler/AngioTC.	Massa pulsátil abdominal e dor com irradiação para o dorso.	AAA maior que 5,0 cm AAIC maior que 3,0 cm ou sintomáticos.
	Aneurismas periféricos.	Assintomático/sintomático (isquemia de membro).	Ecocolor Doppler/AngioTC.	Massa pulsátil em oco poplíteo e isquemia de membros inferiores.	AA poplíteo maior que 2,0 cm ou na presença de trombo mural ou isquemia de membro.
	Aneurismas viscerais.	Assintomático/sintomático (dor).	Ecocolor Doppler/AngioTC.	Massa pulsátil e dor abdominal.	Aneurismas maiores que 2,0 cm ou sintomáticos.

Cirurgia Vascular		
Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Vasculár (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Vasculár – Aneurisma / Dissecção de Aorta Abdominal	Laudo 2 – Preenchido pelo especialista com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Laudo do Raio X de Tórax; Laudo do Cateterismo (Validade: 1 ano); Laudo da Tomografia ou Ultrassonografia com medidas de diâmetro da Aorta; Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma; O paciente deve informar as medicações em uso atual.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Vasculár – Vasculopatia Arterial Periférica	Laudo 2 – Preenchido pelo especialista com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Laudo do Raio X de Tórax; Laudo de Arteriografia; Laudo do Ultrassom com Doppler Arterial; Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma; O paciente deve informar as medicações em uso atual.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Vasculár – Vasculopatia Carotídea	Laudo 2 – Preenchido pelo especialista com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Laudo do Raio X de Tórax; Laudo de Angiotomografia; Laudo do Ultrassom com Doppler Arterial; Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma; O paciente deve informar as medicações em uso atual.

5.8 Coloproctologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Coloproctologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Hemorroidas.	Todos os casos.	Anuscopia, retossigmoidoscopia.	Sangramento, prolapso, dor anal, toque retal.	Todos os casos.
	Abscesso perianal.	Todos os casos.	Anuscopia, retossigmoidoscopia, hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS.	Tumoração quente, dolorosa, descarga purulenta, tenesmo, toxemia, febre, toque retal.	Todos os casos.
	Fissura anal.	Todos os casos.	Anuscopia, retossigmoidoscopia, hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS.	Dor anal, sangramento, plicoma, constipação, secreção purulenta, toque retal.	Todos os casos.
	Fístula anal.	Todos os casos.	Hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS, anuscopia, retossigmoidoscopia, USG transretal e RNM da pelve.	Dor anal, secreção perianal, história de abscesso no passado, toque retal.	Todos os casos.
	Fístulas anorretais.	Todos os casos.	Hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS, anuscopia, retossigmoidoscopia, USG transretal e RNM da pelve.	Orifício fistuloso externo perianal com drenagem de secreção purulenta, desconforto anorretal, toque retal.	Todos os casos.
	Doença pilonidal.	Todos os casos.	Anuscopia, retossigmoidoscopia.	Aguda: nódulo doloroso na região sacrococcígea, abscesso local, febre, dificuldade para sentar-se. Crônica: drenagem purulenta espontânea, trajeto fistuloso, secreção fétida.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Coloproctologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Incontinência anal.	Todos os casos.	Hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS, anoscopia, retossigmoidoscopia, USG transretal e RNM da pelve.	Alteração da consistência das fezes, diminuição da capacidade e/ou complacência retal, sensibilidade retal diminuída, lesão anatômica muscular, denervação do assoalho pélvico, toque retal.	Todos os casos.
	Doença diverticular.	Todos os casos.	Anuscopia, retossigmoidoscopia, enema opaco ou colonoscopia.	Herniações saculares da mucosa pelas camadas musculares do cólon.	Todos os casos.
	Doença inflamatória intestinal.	Casos com indicação cirúrgica.	Retossigmoidoscopia.	Intratabilidade clínica, fístulas.	Casos com indicação cirúrgica.
	Doenças sexualmente transmissíveis.	Pacientes com lesões sugestivas e não resolúveis aos tratamentos anteriores.	Anuscopia, retossigmoidoscopia, anatomopatologia para HPV.	Verrugas com superfície irregular, frequentemente múltiplas, da cor da pele, avermelhadas ou escuras. “As grandes têm a forma de couve-flor”.	Todos os casos.
	Pólipos.	Todos os casos.	Pesquisa de sangue oculto nas fezes, exame proctológico com retossigmoidoscopia, colonoscopia, enterorressonância.	Geralmente não causam sintomas e só são descobertos quando é realizada a colonoscopia.	Todos os casos.
ONCOLOGIA	Neoplasias colorretais, canal e margem anal.	Todos os casos.	Hemograma, coagulograma, bioquímica, EAS, risco cirúrgico, RX de tórax, USG abdominal, TC de tórax, RNM de abdome e pelve, dosagem de CEA, alfafetoproteína e CA 19.9, exame proctológico com retossigmoidoscopia a seguido de colonoscopia.	Sangramento retal, constipação, diarreia, dor abdominal e anal, secreção, anemia, sangue oculto nas fezes, emagrecimento.	Todos os casos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Proctologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	<p>Critérios para inserção no Sistema Estadual – SER:</p> <p>1) Identificação do sítio primário da lesão.</p> <p>2) Exames que comprovem a malignidade:</p> <p>- CA de Reto/Cólon – Biopsia (Colonoscopia).</p>

5.9 Ginecologia / Mastologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
CIRURGIA	Sangramento uterino anormal.	Metrorragia, hipermenorreia, anemia aguda.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano e USG transvaginal.	Citar achados significativos.	Anemia acentuada.
	Mioma uterino.	Metrorragia e fenômenos compressivos.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica.	Citar achados significativos.	Mioma submucoso de qualquer tamanho associado a sangramento uterino anormal; mioma intramural maior que 3cm com sangramento anormal, mioma uterino maior que 5cm, miomas de crescimento rápido.
	Cólica menstrual incapacitante e refratária ao tratamento habitual.	Dismenorreia progressiva.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125.	Citar achados significativos.	Não se aplica.
	Tumorações pélvicas para esclarecimento.	Aumento do volume abdominal, dor pélvica.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125, CEA, CA 153, CA 19.9, alfa fetoproteína.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Lesões vaginais e vulvares para esclarecimento.	Lesões visíveis de aparecimento recente.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Prolapso uterino ou de cúpula vaginal com queixas diretamente relacionadas.	Dispareunia, alteração da qualidade de vida, obstrução vesical, queixas intestinais.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Cistocele e/ou retocele com queixas diretamente relacionadas, dor pélvica crônica (superior a 6 meses) refratária ao tratamento prévio.	Dispareunia, alteração da qualidade de vida, obstrução vesical, queixas intestinais.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Endometriose de parede abdominal, ovariana ou infiltrativa.	Dor abdominal, dispareunia, alteração da qualidade de vida, sangramento vesical e intestinal.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Laqueadura tubária.	Esterilização.	Planejamento familiar, manifestação da vontade, colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal.	Citar achados significativos.	Não se aplica.
	Incontinência urinária de esforço.	Perda urinária uretral.	Colpocitologia oncótica com menos de um ano, USG transvaginal ou pélvica, com sugestão de urodinâmica.	Citar achados significativos.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Ginecologia / Mastologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ENDÓCRINO	Estados intersexuais.	Presença de dois sexos.	Cariótipo, urografia excretora, RNM de pelve.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	alactorreia, hiperprolactinemia.	Descarga papilar, aumento da prolactina.	Dosagem de prolactina, colpocitologia oncótica com menos de 1 ano, USG transvaginal ou pélvica.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Estados hiperandrogênicos.	Androgenização do complexo pilo-sebáceo, hirsutismo, alopecia, acne, seborreia, virilização, hipertrofia do clitóris, aumento de massa muscular, redução da tonalidade da voz.	Testosterona livre, TSH, T3, T4, FSH, avaliação pela endocrinologia.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Queixas climatéricas em pacientes menores de 37 anos.	FSH aumentado.	FSH.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Disfunções da tireoide com repercussão sobre o ciclo reprodutivo.	Obesidade, exoftalmia.	Avaliação pela endocrinologia.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Malformações genitais femininas.	Agenesia de vagina, hipertrofia do clitóris, genitália dúbia.	Avaliação pela endocrinologia.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
PATOLOGIA CERVICAL	Lesões precursoras do trato genital inferior, inclusive ânus.	Estadiamento a partir de NIC II (inclusive), estadiamento Agus, persistência de no mínimo 2 citologias NIC I ou ASC-US após 1 ano de comprovação de tratamento, resultado de exames complementares já realizados.	USG transvaginal ou pélvica com validade de 6 meses e colpocitologia oncótica com menos de 1 ano (necessário).	Citar achados significativos.	Todos os casos.
HISTEROSCOPIA	Vídeo-histeroscopia.	Qualquer idade, com necessidade de exame de vídeo-histeroscopia diagnóstica ou cirúrgica.	USG transvaginal ou pélvica com validade de 6 meses e colpocitologia oncótica com menos de 1 ano (necessário).	Citar achados significativos.	Todos os casos.
UROGINECOLOGIA	Incontinência urinária de esforço ou mista com indicação de tratamento cirúrgico e clínico.	Incontinência urinária de esforço uretral.	Estudo urodinâmico (necessário).	Citar achados significativos.	Todos os casos.
ONCOLOGIA	Colo uterino.	Casos suspeitos de tumores de colo uterino.	Colpocitologia oncótica com menos de 1 ano.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Vulva e vagina.	Casos suspeitos de tumores de vulva e vagina.	Colpocitologia oncótica com menos de 1 ano.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Corpo uterino.	Casos suspeitos de tumores de colo uterino, resultados de biópsia com hiperplasias atípicas ou neoplasias malignas de endométrio, tumores uterinos de crescimento rápido, suspeitando-se de sarcoma.	Colpocitologia oncótica com menos de 1 ano.	Citar achados significativos.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Ginecologia / Mastologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ONCOLOGIA	Ovários e anexos.	Casos suspeitos de tumores de ovários e anexos, tumores sólidos ou sólidos/císticos, massa pélvica.	Colpocitologia oncológica com menos de 1 ano, USG transvaginal ou pélvica, CA 125.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Casos suspeitos ou com diagnóstico confirmado de câncer de mama.	Casos suspeitos.	Mamografia recente e USG de mama.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
GERAL	Neoplasias benignas com indicação cirúrgica, dor mamária, casos em que o médico discorde do laudo das imagens da mamografia e/ou casos em que ele ache necessário (encaminhar com justificativa).	Dor mamária intensa que afeta a qualidade de vida ou naquelas refratárias à orientação verbal.	Mamografia recente e, se necessário, USG de mama.	Dor que interfere nas atividades diárias e na qualidade de vida, com necessidade de uso frequente de medicamentos.	Todas as pacientes com dor mamária intensa que afeta a sua qualidade de vida ou aquelas refratárias à orientação verbal.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Ginecologista Cirúrgico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Patologista Vulva	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Patologista Cervical	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião – Laqueadura Tubária	Laudo 1 – Preenchido pelo especialista + Ficha Ficha de Referência para Laqueadura Tubária	Planejamento reprodutivo; Certificado de participação; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Laqueadura Tubária Obs. Paciente entre 18 a 21 anos: comprovação de 2 filhos vivos (Retirar no DNV).
Módulo Consulta / Médico Endocrinologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Exame / Histeroscopia Diagnóstica	Laudo 3 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Preventivo; Ultrassonografia Transvaginal.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Ginecologista – Histeroscopia Cirúrgica	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Preventivo; Histeroscopia Diagnóstica.
Módulo Exame / Avaliação Urodinâmica Completa	Laudo 3 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Mastologista Cirúrgico	Laudo 1 - Preenchido pelo MASTOLOGISTA, com indicação clínica / história sumária + PESO e ALTURA;	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Crítérios para inserção no Sistema Estadual – SER: 1) Identificação do sítio primário da lesão. 2) Exames que comprovem a malignidade: - CA de colo do útero / Endométrio / Vulva / Vagina – Biopsia; - CA de Ovário – RNM ou TC e marcadores oncológicos CA 125 – CEA; - CA de Mama – Biopsia; - Mamotomia (Lesão Palpável) – Mamografia e USG de mama.

5.10 Microcirurgia Reconstructiva

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
MICRO-CIRURGIA RECONSTRUTIVA	Síndrome do túnel do carpo.	Encaminhar casos cirúrgicos: ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor nas mãos (território do nervo mediano), podendo haver irradiação para punho e antebraço. Sintomas exacerbados por movimentos repetidos das mãos (preensão) e/ou do punho (flexão/ extensão). Piora noturna. Queixa de fraqueza na preensão, provocando queda de objetos das mãos.	Casos tratados e descompensados.
	Síndrome do túnel cubital.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor nas mãos (território do nervo ulnar), podendo haver irradiação para antebraço e região axilar. Queixa de fraqueza nos movimentos intrínsecos da mão.	Casos tratados e descompensados.
	Síndrome do túnel do tarso.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor na planta do pé (território do nervo tibial), podendo haver irradiação para panturrilha. Queixa de fraqueza nos movimentos intrínsecos do pé.	Casos tratados e descompensados.
MICRO-CIRURGIA RECONSTRUTIVA	Síndromes compressoras do sistema nervoso periférico.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal. Pacientes com hanseníase podem apresentar síndromes compressivas de outros nervos, razão pela qual devem ser encaminhados para avaliação.	Casos tratados e descompensados.
	Trauma do sistema nervoso periférico (nervos/plexo).	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Déficit neurológico focal, dor local, parestesias.	Casos tratados e descompensados.
	Tumores do sistema nervoso periférico.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal. Pacientes com hanseníase podem apresentar síndromes compressivas de outros nervos, razão pela qual devem ser encaminhados para avaliação.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Microcirurgia Reconstructiva			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
MICRO-CIRURGIA RECONSTRUTIVA	Tratamento de paralisia facial.	Paralisia facial, recente ou tardia.	TC e RNM da área afetada.	Sinais clínicos de paralisia facial central ou periférica.	Todos os casos.
	Reconstrução com retalhos musculares ou microcirúrgicos.	Perdas de tecido e sequelas cicatríciais, como as decorrentes de queimaduras, pós-trauma, tumores.	RX e TC da região comprometida.	Deformidades congênitas por sequelas pós-queimaduras, traumas ou ressecções tumorais.	Todos os casos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Ortopedista e Traumatologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares. Observações: Menisco: inserir RNM Gonartrose: RX com laudo e imagem Acima de 60 anos, RX com carga
Módulo Consulta / Médico Neurologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.

5.11 Neurocirurgia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Cranioplastia.	Encaminhar pacientes com falhas ósseas decorrentes de cirurgia intracraniana prévia.	TC e RNM de crânio.	Falha óssea na calota craniana secundária a trauma, craniotomia descompressiva ou tumor. Deformidade craniana. Os pacientes não apresentam sintomatologia típica, embora epilepsia e cefaleia sejam queixas frequentes que surgem como sequela do procedimento cirúrgico primário.	Grande falha óssea, síndrome paradoxal.
	Infecção do SNC.	Ferida cirúrgica ou traumática infectada de crânio ou coluna.	Hemograma, VHS, PCR, TC, RNM, líquido.	Febre, dor, rubor, calor, presença de secreção purulenta, rigidez de nuca.	Todos os casos.
	Fístula liquórica.	Perda de líquido pelo crânio ou pela coluna.	RNM, RX de crânio ou coluna (dependendo da quantidade de líquido).	Cefaleia, vômitos, febre, perda de líquido.	Perda de líquido.
	Hidrocefalia no adulto.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica.	TC e RNM de crânio, estudo de fluxo liquórico.	Síndrome de hipertensão intracraniana pós-traumática, síndrome de Hakim-Adams, hidrocefalia de pressão normal.	Casos novos, tratados ou descompensados.
	Espasmo hemifacial.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico.	TC e RNM de crânio, AGD ou ARNM.	Espasmo hemifacial dos músculos da órbita e faciais.	Espasmos faciais intensos.
	Síndrome pós-laminectomia.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico.	TC e RNM da área afetada.	Dor crônica intratável ou síndrome dolorosa de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal.	Dor intratável.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Neurocirurgia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Nevralgia do trigêmeo.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico.	TC e RNM de crânio, AGD ou ARNM.	Síndrome da dor facial paroxística, intensa, súbita, superficial ou como uma facada, precipitada por fatores-gatilho ou áreas-gatilho, prosopalgia dolorosa. Pacientes de meia idade/idosos com dor na face (território do nervo trigêmeo), com sensação de choque elétrico, fulminante, que cede espontaneamente e se exacerba com o toque na pele, como escovar os dentes e pentear o cabelo. Frequentemente, os pacientes são submetidos a múltiplas extrações dentárias.	Dor facial paroxística intensa.
	Epilepsia.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico.	TC e RNM de crânio, AGD ou ARNM, EEG ou vídeo EEG.	Crises convulsivas parciais simples ou complexas de difícil controle farmacológico, síndrome de Lenox-Gastaut.	Crises convulsivas intratáveis.
	Doença de Parkinson.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico.	TC e RNM funcional do crânio.	Tremores parkinsonianos refratários ao tratamento conservador.	Casos novos, tratados ou descompensados.
CEREBRO-VASCULAR	Aneurismas.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica.	TC de crânio, RNM, ARNM, AGD, AngioTC.	Aneurismas rotos: cefaleia súbita, referida como a maior da vida, comumente após esforço físico, seguida de vômito, sonolência ou crise convulsiva. Geralmente, os sintomas são intensos e os pacientes procuram a emergência. Eventualmente, o paciente permanece em ambiente domiciliar e os sintomas são frustrados, sendo chamados de sangramentos de "aviso". Aneurismas não rotos: achados em exames de imagem solicitados para investigação de cefaleia. Hemorragia subaracnoidea, déficit neurológico focal, cefaleia holocraniana.	História de hemorragia intracraniana prévia, déficit neurológico.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Neurocirurgia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
CEREBRO-VASCULAR	AVC hemorrágico.	Encaminhar pacientes com diagnóstico de AVC hemorrágico que não tiveram investigação diagnóstica para avaliação.	TC de crânio, RNM, arteriografia cerebral, AngioTC.	As manifestações clínicas são bastante variáveis, mas geralmente os pacientes apresentam crise hipertensiva, hemiparesia/plegia e desvio de comissura labial. Cefaleia, náuseas, vômitos, crise convulsiva e rebaixamento do nível de consciência são observados. Os pacientes são geralmente atendidos em unidades de emergência e internados. Comumente, recebem alta sem minuciosas investigações diagnósticas.	-
	Malformações arteriovenosas do crânio.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica.	TC de crânio, RNM, ARNM, AGD, AngioTC.	Crise convulsiva, déficit neurológico focal, paralisia de pares cranianos, hemorragia subaracnoidea. A ruptura da MAV é semelhante à sintomatologia dos aneurismas rotos. MAV pode se apresentar com epilepsia de longa data e difícil controle sem alterações dos marcos de desenvolvimento intelectual.	História de hemorragia intracraniana prévia, déficit neurológico.
	Malformações arteriovenosas medulares.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica.	TC e RNM da coluna, ARNM, AGD, AngioTC.	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal.	História de hemorragia intracraniana prévia, déficit neurológico.
	Fístulas arteriovenosas.	Encaminhar os casos com suspeita diagnóstica.	RNM, ARNM, AGD, AngioTC.	Cefaleia, vômitos, sonolência ou crise convulsiva. História de hemorragia intracraniana prévia, déficit neurológico.	Todos os casos.
COLUNA	Tuberculose da coluna vertebral.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da área afetada.	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal.	Pacientes com diagnóstico por imagem, déficit neurológico focal.
	Síndrome de Chiari.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM do crânio e da coluna cervical.	Malformação de Arnold-Chiari, Chiari tipo I, tetraparestesias, dor cervical, tetraparesia.	Hipertensão intracraniana, hidrocefalia, déficit neurológico, cervicalgia.
	Doenças da junção craniocervical.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM do crânio e da coluna cervical.	Artrite reumatoide com pannus, fratura de odontoide, fratura de C1, fratura C2, compressão da medular cervical.	Instabilidade craniocervical, déficit neurológico.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Neurocirurgia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
COLUNA	Cordotomias.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RMN do crânio e da coluna cervical.	Síndrome dolorosa crônica, dor intratável.	Dor neurológica crônica, intratável, pacientes com câncer terminal.
	Traumatismo raquimedular.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da área afetada.	Déficit neurológico ou sensitivo de acordo com o nível afetado.	Pacientes com diagnóstico por imagem; déficit neurológico focal.
	Hérnia do disco cervical.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna cervical.	Cervicalgia, braquialgia, radiculargia no território de C3 a T1, síndromes compressivas cervicais, parestesias em MMSS.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.
	Hérnia do disco torácico.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna torácica.	Dorsalgia, lombalgia, radiculargia no território de T6 a L1, síndromes compressivas torácicas, déficit motor parcial ou completo, nível sensitivo, claudicação neurológica.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.
	Hérnia do disco lombar.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna lombar.	Lombalgia, ciatalgia, radiculargia no território de L1 a S1, síndromes compressivas lombares, claudicação neurológica.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.
COLUNA	Instabilidade da coluna.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC da área afetada, RNM.	Pacientes com dor lombar/cervical classificada como mecânica, ou seja, exacerbada com o movimento do tronco/cabeça, principalmente por flexão do tronco/cabeça. A radiografia simples identifica "escorregamento" (espondilolistese) vertebral.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.
	Mielopatias.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna.	Cervicalgia, braquialgia, radiculargia, lombalgia, osteoartrose, síndromes compressivas, parestesias, mono ou paraparesia, tetraparesia, dorsalgia.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.
	Doença degenerativa da coluna cervical.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna cervical.	Cervicalgia, braquialgia, radiculargia no território de C3 a T1, osteoartrose, síndromes compressivas cervicais, parestesias em MMSS.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Neurocirurgia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
COLUNA	Doença degenerativa da coluna lombar.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	TC e RNM da coluna lombar.	Lombalgia, cialgia, radiculargia no território de L1 a S1, osteoartrose, síndromes compressivas lombares, claudicação neurológica.	Pacientes com diagnóstico por imagem; alteração de reflexo ou de força muscular.
ONCOLOGIA	Tumores cerebrais.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	Síndrome de hipertensão intracraniana, cefaleia crônica, matinal, náuseas/vômitos, crise convulsiva, alterações visuais (amaurose), déficit neurológico focal (hemiparesia/plegia)	Casos novos, tratados ou descompensados.
	Tumores das meninges.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	Casos novos, tratados ou descompensados.
	Tumores da base do crânio.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	Casos novos, tratados ou descompensados.
	Neurinomas do acústico.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	Casos novos, tratados ou descompensados.
	Tumores da hipófise.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio, TC de seios da face.	Síndrome hipofisária, amenorreia, galactorreia, déficit de acuidade visual, apoplexia hipofisária, cefaleia.	Casos novos, tratados ou descompensados.
	Tumores da pineal.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	Casos novos, tratados ou descompensados.
	Tumores medulares.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM da área afetada.	Déficit neurológico ou sensitivo de acordo com o nível afetado.	Casos novos, tratados ou descompensados.
	Tumores da coluna vertebral.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM da área afetada.	Déficit neurológico ou sensitivo de acordo com o nível afetado, alterações esfíncterianas.	Casos novos, tratados ou descompensados.
	Linfomas, mielomas	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM da área afetada	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	Casos novos, tratados ou descompensados.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Neurocirurgia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ONCOLOGIA	Cistos intracranianos.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	Síndrome de hipertensão intracraniana, cefaleia crônica, matinal, náuseas, vômitos, crise convulsiva, alterações visuais (amaurose), déficit motor (hemiparesia/plegia).	Casos novos, tratados ou descompensados.
	Metástases cerebrais.	Suspeita diagnóstica provável por imagem ou biópsia prévia.	TC e RNM de crânio.	Cefaleia, síndrome de hipertensão intracraniana, déficit neurológico focal.	Casos novos, tratados ou descompensados.
NERVOS PERIFÉRICOS	Síndrome do túnel do carpo.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor nas mãos (território do nervo mediano), podendo haver irradiação para punho e antebraço. Sintomas exacerbados por movimentos repetidos das mãos (preensão) e/ou do punho (flexão/extensão). Piora noturna. Queixa de fraqueza na preensão, provocando queda de objetos das mãos.	Casos tratados e descompensados.
	Síndrome do túnel cubital.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor nas mãos (território do nervo ulnar), podendo haver irradiação para antebraço e região axilar. Queixa de fraqueza nos movimentos intrínsecos da mão.	Casos tratados e descompensados.
	Síndrome do túnel do tarso.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Queixa de dormência, formigamento e/ou dor na planta do pé (território do nervo tibial), podendo haver irradiação para panturrilha. Queixa de fraqueza nos movimentos intrínsecos do pé.	Casos tratados e descompensados.
	Lesões do plexo braquial.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Lesões traumáticas ou tumorais das raízes que compõem o plexo braquial.	Casos tratados e descompensados.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Neurocirurgia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
NERVOS PERIFÉRICOS	Síndromes compressivas do sistema nervoso periférico.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias. Déficit neurológico focal. Pacientes com hanseníase podem apresentar síndromes compressivas de outros nervos, devendo ser encaminhados para avaliação.	Casos tratados e descompensados
	Síndrome do desfiladeiro.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada, doppler MMSS e de carótidas.	Cervicalgia e braquiálgia, monoparestesias em MMSS, alterações do fluxo arterial comprovado por doppler.	Casos tratados e descompensados.
	Tumores do sistema nervoso periférico.	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Síndrome compressiva de acordo com a região, dor local, parestesias, déficit neurológico focal.	Todos os casos.
	Trauma do sistema nervoso periférico (nervos/plexo).	Suspeita diagnóstica, ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.	Eletroneuromiografia, TC e RNM da área afetada.	Dor local, parestesias, déficit neurológico focal.	Casos tratados e descompensados.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Neurologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Neurocirurgião – Triagem de Coluna	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares. Observação: Coluna – RNM (validade de até 6 meses)
Módulo Consulta / Médico Neurocirurgião (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares. Observação: Coluna – RNM (validade de até 6 meses)
Módulo Consulta / Médico Ortopedista e Traumatologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares. Observações: Menisco: inserir RNM Gonartrose: RX com laudo e imagem Acima de 60 anos, RX com carga
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Critérios para inserção no Sistema Estadual – SER: 1) Identificação do sítio primário da lesão. 2) Exames que comprovem a malignidade: - CA Encéfalo – RNM ou TC ou Biopsia; - Linfoma – Biopsia; - CA de Membros (ossos) – RNM ou TC.

5.12 Neurocirurgia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
NEURO-CIRURGIA: PEDIATRIA	Cranioestenoses.	Casos com suspeita diagnóstica.	TC ou RNM da área afetada.	Microcefalia e deformidades cranianas, fechamento precoce das suturas cranianas.	Casos novos, tratados ou descompensados
	Malformações cranianas.	Casos com suspeita diagnóstica.	TC ou RNM da área afetada.	Citar achados significativos.	Casos novos, tratados ou descompensados
	Malformações espinhais.	Casos com suspeita diagnóstica.	TC ou RNM da área afetada.	Recém-nascidos com meningomielocoele ou meningocele aberta ou fechada, encefalocelos, lipomas lombosacros, defeitos de fusão do tubo neural, dores em membros inferiores, infecções urinárias de repetição, bexiga neurogênica.	Casos novos, tratados ou descompensados
	Tumor cerebral.	Suspeita de tumor sólido do Sistema Nervoso Central (SNC).	TC do crânio e/ou RNM do encéfalo, USG transfontanela.	Hipertensão intracraniana, cefaleia, náuseas, vômitos, sonolência e, ocasionalmente, alterações motoras, sensitivas, perda de equilíbrio e ataxia de marcha. Alguns pacientes podem se apresentar inicialmente com hidrocefalia e crises convulsivas.	Hidrocefalia e sinais de hipertensão intracraniana.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Neurocirurgia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
NEURO-CIRURGIA: PEDIATRIA	Hidrocefalia na infância.	Casos com suspeita diagnóstica.	TC e RMN de crânio sem contraste, estudo de fluxo liquorico.	Lactentes e recém-nascidos = aumento progressivo do perímetro cefálico, fontanela tensa, irritabilidade, náuseas, vômitos e desvio do olhar para baixo (“olhar de sol-poente”) nos casos mais avançados; crianças maiores (com fontanela fechada) = hipertensão intracraniana com cefaleia, náuseas e vômitos (comumente em jato), irritabilidade, letargia, distúrbios do equilíbrio e da marcha, sinal de MacEwen (à percussão do crânio, tem-se a sensação de que este é semelhante a um “pote rachado”), estrabismo e edema de papila nos casos de longa evolução.	Casos novos, tratados ou descompensados.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Neurocirurgião	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Neurologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.

5.13 Odontologia / Bucomaxilo

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
CIRURGIA ORAL MENOR	Dentes inclusos e/ou impactados.	Todos os pacientes com dentes inclusos e/ ou impactados.	Radiografia panorâmica.	Descrever sinais e sintomas presentes e demais dados relevantes.	Paciente com sintomatologia dolorosa associada (pericoronarite) e com achados radiográficos que sugiram patologias ósseas ou dentárias (reabsorção de raízes, cistos e tumores) associadas à presença do dente incluído e/ ou impactado.
	Patologias orais com resolução cirúrgica em ambulatorio.	Pacientes com lesões hiperplásicas, ulcerativas ou pigmentadas de tratamento cirúrgico ou que necessitem de biópsia, assim como pacientes com diagnóstico radiográfico sugestivo de patologia intraóssea passível de resolução cirúrgica ambulatorial.	No caso de patologias com comprometimento ósseo, apresentar exames de imagem.	Descrever sinais e sintomas presentes e demais dados relevantes.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Odontologia / Bucomaxilo			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
DISFUNÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR E DOR OROFACIAL	Disfunções da articulação temporomandibular e dor orofacial.	Dor orofacial prolongada após episódios hiperfuncionais, tais como: dor crônica orofacial, limitação da movimentação mandibular, luxações recorrentes da ATM e neuropatias orofaciais. É importante que o paciente tenha suas necessidades básicas odontológicas previamente resolvidas.	Radiografias radiodênticas e panorâmica.	Descrever sinais e sintomas presentes e demais dados relevantes, como hábitos viciosos, qualidade de sono e episódios de estresse agudo.	Paciente com sintomatologia dolorosa e incapacidade funcional mandibular.
PACIENTE COM NECESSIDADE ESPECIAL	Pacientes com necessidades especiais.	Pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo que já tenham passado por algum serviço de odontologia no qual, após avaliação, tenha-se constatado necessidade de atendimento odontológico sob anestesia geral.	Risco cirúrgico, TAP, PTT, HIV, hemograma completo, glicose, ureia, creatinina, plaquetas, RX de tórax (PA e perfil), ECG.	Fornecer o maior número de informações possíveis relacionadas às necessidades de tratamento odontológico destes pacientes.	Todos os casos.
CIRURGIA BUCO-MAXILO	Deformidades dentofaciais.	Alterações oclusais de origem esquelética de resolução cirúrgica.	RX cefalométrica em PA e perfil, panorâmica e análises de modelos de estudos.	Má oclusão maxilomandibular, alterações do perfil maxilomandibular.	Todos os casos.
	Fraturas do complexo maxilofacial.	Fratura do complexo maxilofacial, com exceção das fraturas exclusivamente dentárias.	Exames de imagem que confirmem a fratura.	Descrever os sinais e sintomas presentes e demais dados relevantes.	Todos os casos.
CIRURGIA BUCO-MAXILO	Infecções odontogênicas.	Aumento de volume difuso em região mandibular e/ou facial de evolução súbita após o quadro de odontalgia e com comprometimento sistêmico.	Não há.	Edema submandibular, submentoniano e sublingual com evolução rápida, trismo mandibular, fâcias toxêmica, dispneia, disfagia, febre.	Pacientes com sinais/sintomas de quadro infeccioso agudo.
	Cistos ou tumores odontogênicos.	Aumento volumétrico e/ou achados radiográficos em estruturas da face com evolução lenta, normalmente sem sintomatologia dolorosa e casos cirúrgicos.	Exames de imagem que sugiram a alteração.	Descrever sinais, sintomas presentes e demais dados relevantes.	Todos os casos.
	Tumores do complexo maxilomandibular.	Aumento volumétrico e/ou lesões em pele ou mucosas no complexo maxilomandibular com crescimento rápido e sintomatologia dolorosa.	Exames de imagem que sugiram a alteração.	Descrever sinais, sintomas presentes e demais dados relevantes.	Todos os casos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Bucomaxilo	DEMANDA LIVRE: Ir com o formulário preenchido (Laud 1) pelo ODONTOLOGISTA, com indicação clínica / história sumária, nos CEOs.	-
Módulo Consulta / Médico Odontologia	Laud 1 preenchido pelo especialista, com indicação clínica / história sumária. Especificar a deficiência mental e/ou a necessidade especial, alta complexidade.	Exames Complementares.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Baixa acuidade visual.	Dificuldade visual.	Teste de acuidade visual.	Não há.	Não há.
RETINA	Retina clínica.	Degeneração macular relacionada à idade, oclusões vasculares da retina, retinopatia diabética, distrofias e outras.	Laudo oftalmológico com indicação clínica para mapeamento de retina, acuidade visual, refração, tonometria.	Não há.	Paciente diabético juvenil e outros com doença acima de 3 anos de duração (degeneração macular associada à idade, diabetes e oclusão venosa).
	Retina cirúrgica (descolamento de retina/vitrectomia).	Flashes de luzes, manchas escuras se movendo e perda parcial de visão. As manchas escuras são conhecidas como moscas volantes.	Laudo.	Não há.	Aumento desenfreado do descolamento de retina seguido do surgimento de pequenas manchas, em tom roxo, nas regiões periféricas da visão.
ESTRABISMO		Desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição de cabeça (diagnóstico diferencial do torcicolo congênito).	Laudo, acuidade visual, refração.	Citar os achados significativos.	Menores de 7 anos.
UVEÍTE		Olho vermelho, dor, fotofobia (aumento da sensibilidade à luz) e/ou baixa de visão.	Acuidade visual, refração, tonometria, laudo.	Inflamação, olho vermelho.	Panuveíte, suspeita de doença infecciosa.
CÓRNEA	Pterígio.	Tecido visível, olho vermelho.	Laudo.	Ectoscopia.	Perturbação da visão.
	Ceratocone.	Visão borrada, imagens-fantasma, sensibilidade à luz e presença de halos noturnos são os principais sintomas relatados pelos pacientes. HFI: somente casos cirúrgicos.	Acuidade visual, refração, laudo oftalmológico.	Não há.	Todos os casos.
	Transplante de córnea.	Nebulosidades, distorções, opacidade ocular visível, perda da visão.	Laudo, acuidade visual, refração, tonometria.	Citar os achados significativos, se há presença ou não de cicatrizes.	Paciente com córnea esbranquiçada, acidentes perfurocortantes.
CATARATA		Pacientes com mais de 50 anos com queixa de baixa progressiva da visão, vista enevoada, embaçada, com piora da acuidade para longe e melhora para perto. Cataratas traumáticas e de origem metabólica e leucocoria (pupila esbranquiçada) independentemente da idade.	Acuidade visual, refração, tonometria.	Citar os achados significativos e relatar a presença ou não de leucocoria.	Paciente de olho único com insucesso no uso de lentes corretivas.
GLAUCOMA		Pacientes com história familiar de glaucoma. HFI: somente casos cirúrgicos.	Acuidade visual, refração, tonometria, campo visual, retinografia.	Citar os achados significativos.	Pacientes com história familiar, mesmo que assintomático, acima de 35 anos.

Consulta	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Oftalmologia			
	HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
PÁLPEBRA	Blefarite, hordéolo, calázio, xantelasma, triquíase, entrópio, ectrópio, ptose palpebral, tumor palpebral, dermatocálase.	Laudo.	BLEFARITE: queimação e lacrimejamento, vermelhidão nas bordas palpebrais e escamas nas margens das pálpebras. HORDÉOLO: lesão dolorosa com edema e hiperemia local. CALÁZIO: dor, edema e hiperemia localizada. XANTELASMA: placas mareladas macias de tamanho variado que podem aparecer na pálpebra superior e/ou inferior. TRIQUÍASE: sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejamento e secreção seromucosa. ECTRÓPIO: conjuntivite crônica, ceratite, lacrimejamento e dor. PTOSE PALPEBRAL: dependendo do grau de ptose palpebral, o paciente pode apresentar comprometimento do campo visual. TUMOR PALPEBRAL: lesões elevadas, firmes, com telangiectasias na superfície. Durante o crescimento, o centro pode se tornar ulcerado e com crostas na superfície. DERMATOCÁLASE: peso nas pálpebras, redução do campo visual superior.	Todos os casos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Oftalmologista	Laudo 1 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária do paciente.	-
Módulo Consulta / Médico Oftalmologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária do paciente.	-
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Plástico Ocular	Laudo 1 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária do paciente.	-
Módulo Exame / Tratamento de Catarata 1 Olho	Laudo 3 ou 9 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária do paciente.	-
Módulo Exame / Tratamento de Córnea	Laudo 3 ou 9 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária do paciente.	-
Módulo Exame / Tratamento de Estrabismo	Laudo 3 ou 9 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária do paciente.	-
Módulo Exame / Tratamento de Glaucoma	Laudo 3 ou 9 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária do paciente.	-

Oftalmologia		
Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Exame / Tratamento de Retina	Laudo 3 ou 9 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária do paciente.	-
Módulo Exame / Exereses de Pterígio	Laudo 3 ou 9 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária do paciente.	-
Módulo Exame / Laser Retina	Laudo 3 ou 9 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária do paciente, identificando: <ul style="list-style-type: none"> • PAM-FOTOCOAGULAÇÃO A LASER: para casos de ruptura de retina, retinopatia diabética, neovascularização, entre outras; • FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. 	-
Módulo Exame / Yag Laser	Laudo 3 ou 9 – Preenchido pelo OFTALMOLOGISTA com indicação clínica / história sumária do paciente, identificando: <ul style="list-style-type: none"> • CAPSULOTOMIA: procedimento pós-operatório de catarata, limpeza de lente (opacificação de cápsula posterior); • IRIDOTOMIA: procedimento para casos de glaucoma de ângulo estreito. 	-
Módulo Consulta / Médico Oncologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	<p>Critérios para inserção no Sistema Estadual – SER:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identificação do sítio primário da lesão. 2) Exames que comprovem a malignidade: <ul style="list-style-type: none"> - CA de Olhos (Geralmente não tem exames, somente o encaminhamento).

5.15 Ortopedia e Traumatologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Dores nas costas: cervicalgia, lombalgia.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.	RX da área afetada em duas incidências.	Citar os achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
	Deformidades (MMII, cifose e escoliose).	Os casos de deformidades em crianças devem ser encaminhados ao especialista a partir de 6 meses de vida. A deformidade em progressão deve ser acompanhada pelo ortopedista. Os casos de "pé torto" ou "pé plano rígido" deverão ser encaminhados para diagnóstico.	RX da área afetada.	Descrever os achados importantes.	Prioridade para recém-nato.
	Dor localizada para esclarecimento (articular, tendinites).	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.	Descrever a localização, a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Ortopedia e Traumatologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Sequela de fratura.	Descrever queixas, localização, duração, evolução, dor e limitação à movimentação. Relatar frequência e intensidade das crises. Informar o motivo do encaminhamento.	RX da área afetada em AP e perfil. Encaminhar com RX da articulação acometida em duas incidências.	Dor articular, algias ósseas, calcaneodínias, artrose de joelhos: descrever a localização, a presença de restrição ou dor à movimentação e a presença de sinais flogísticos.	Pacientes com sequelas mais recentes.
QUADRIL	Dor localizada e/ou deformidade em quadril.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em panorâmica, TC.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Artrose do quadril.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Epifisiólise. HFI: somente pacientes acima de 16 anos.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil, TC.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Cirurgias de revisão de ATQ realizadas na unidade que não necessitem de enxerto ósseo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da bacia, do quadril, AP e perfil.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
JOELHO	Dor localizada e/ou deformidade em joelho.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Gonartrose.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, AP e perfil com carga. Todos em filme 30/40.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Soltura de prótese.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, AP e perfil com carga. Todos em filme 30/41.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Ortopedia e Traumatologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
JOELHO	Lesão meniscal.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial, RNM.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Lesão meniscal (pacientes acima de 50 anos)	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil, axial e incidência Rosemberg, RNM.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Lesão ligamentar (LCA) (ligamento cruzado anterior).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, RNM.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Lesão ligamentar (LCP) (ligamento cruzado posterior).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, RNM.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Lesão ligamentar (CPL) (canto póstero-lateral).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial sem carga, RNM.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Lesão ligamentar (LPF medial) (ligamento patelo-femural-medial).	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e axial, RNM, TC de patela (TA-GT).	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Osteonecrose.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil, axial, RNM.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Genovalgo e genovaro.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP, perfil e panorâmico com carga de membros inferiores.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Rotura de tendão quadríceptal e tendão patelar.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, com presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX: AP e perfil, USG e RNM.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Ortopedia e Traumatologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
PÉ / TORNOZELO	Dor localizada e/ou deformidade em pé/ tornozelo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
OMBRO	Dor localizada e/ou deformidade em ombro.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada em AP e perfil.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Lesão do manguito rotador e síndrome do impacto.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil escapular, perfil axilar, USG do ombro.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Fraturas e luxações da cintura escapular.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil escapular, perfil axilar ou Velpeau axilar, Zanca para patologias na articulação AC. Apical oblíqua para instabilidades.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Fraturas e luxações do cotovelo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Processos degenerativos do cotovelo.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Ortopedia e Traumatologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
OMBRO	Processos degenerativos do ombro.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil axilar.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
MÃO	Todas as patologias, sem exigência de pré-requisitos.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX da área afetada.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Neurocirurgião	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Ortopedista e Traumatologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares. Observações: Menisco: inserir RNM Gonartrose: RX com laudo e imagem Acima de 60 anos, RX com carga
Módulo Consulta / Médico Clínico da Dor	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.

5.16 Otorrinolaringologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Amigdalite crônica hipertrofica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Não há.	Distúrbios mecânicos com maior ou menor frequência de surtos de anginas febris.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Hipertrofia das adenoides.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	RX de perfil da nasofaringe (boca aberta e fechada).	A criança dorme de boca aberta, baba no travesseiro, ronca e por vezes tem crises de apneia noturna.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Frênulo lingual.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Lesões orais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Abscessos amigdalianos.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Blastoma de faringe.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de faringe.	Dor oral, lesão ulcerada em faringe, sangramento oral, obstrução de via aérea superior.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Estenose subglótica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Lesões de pregas vocais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Otorrinolaringologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Disfonia.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Papiloma de laringe.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Traumas de laringe.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Paralisia de cordas vocais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	-	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Blastoma de laringe e estenose subglótica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Videolaringoscopia, TC de laringe.	Disfonia progressiva, obstrução de vias aéreas superiores.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Lesões diversas da laringe (pólipos, nódulos).	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Videolaringoscopia.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Laringite crônica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Videolaringoscopia.	Rouquidão permanente em maior ou menor intensidade.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Atresia de coanas.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Desvio do septo nasal.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Hipertrofia de cornetos.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Granulomas nasais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais (cortes axiais e coronais).	Obstrução nasal, episódios de sangramento nasal, rinorreia purulenta, cefaleia frontal e/ ou em projeção de outras cavidades paranasais, diplopia e exoftalmia.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Papiloma nasal.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Popilose nasal.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Perfurações do septo.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Fístula liquórica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais, endoscopia nasal, citologia de secreção nasal.	Hidrorrinorreia que piora ao se abaixar a cabeça e história de cirurgia nasal prévia ou trauma fronto-etmoidal.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Rinites atróficas (ozena).	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Rinossinusites fúngicas.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Rinossinusites complicadas.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Traumas nasais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Epistaxe, desvio de dorso nasal (laterorrinia), desvio de septo com ou sem obstrução nasal, hematoma de septo nasal.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Otorrinolaringologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Tumores nasais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Abscessos nasais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Epistaxe.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Estética nasal.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Nasoangiofibroma.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Blastomas nasais e paranasais.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC dos seios paranasais (cortes axiais e coronais).	Obstrução nasal, episódios de sangramento nasal, rinorreia purulenta, cefaleia frontal e/ou em projeção de outras cavidades paranasais, diplopia e exoftalmia.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Sinusites crônicas.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	RX simples dos seios paranasais (incidências: mento-naso ou de Waters, fronto-naso ou de Caledwell; submentovértex ou posição axial de Hirtz e perfil), TC dos seios paranasais (cortes axiais e coronais).	Dor no nível das cavidades afetadas e eliminação pelo vestibulo nasal ou pela rinofaringe de exsudato oriundo do interior dos seios afetados.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Obstrução nasal crônica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de seios paranasais, endoscopia nasal.	Obstrução nasal sem resposta ao tratamento clínico com ou sem rinorreia, rinosinusite de repetição, cefaleia, desvio septal, hipertrofia de cornos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Zumbido.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Malformações congênicas do ouvido.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Glomus timpânico.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de mastoides, avaliação tonal e vocal, timpanometria, angiografia e angiorressonância de crânio.	Perda auditiva condutiva progressiva, zumbidos pulsáteis.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
Hipoacusia (surdez).	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Otorrinolaringologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Mastoidite aguda.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Aumento de volume retroauricular, dor e sinais flogísticos em vigência de otite média aguda.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Otite crônica.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Labirintite/vertigem.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Coloboma auris.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Drenagem de secreção purulenta ou não, de odor fétido ou não, infecções locais de repetição.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Exostose de CAE.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Orelha de abano.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Otite média secretora.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Otosclerose.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Perda auditiva mista progressiva, zumbidos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Paralisia facial.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de mastoides, audiometria tonal e vocal, timpanometria, RNM de crânio, eletroneuromiografia facial.	Paralisia ou paresia muscular de hemiface precedida ou não de trauma temporal com fratura de mastoide.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Perfurações do tímpano.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Traumas de ouvido/osso temporal.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Tumores de ouvido.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Otalgia.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Considerar audiometria e impedanciometria, TC de mastoide ou RNM.	Citar achados significativos.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Otorrinolaringologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Corpos estranhos de nariz e ouvido.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Exame clínico.	Presença de corpos estranhos ao exame clínico.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Corpo estranho de faringe e laringe.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	Exame clínico e videolaringoscopia.	Presença de corpos estranhos ao exame clínico e videolaringoscopia.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.
	Roncos e Sahos.	Encaminhar todos os casos cirúrgicos.	TC de face com cefalometria, videolaringos-copia, polissonografia neurológica e respiratória.	Roncos, apneia noturna, hipersonolência diurna.	Casos tratados clinicamente e não resolvidos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Otorrinolaringologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Plástico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Pediátrico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	<p>Crítérios para inserção no Sistema Estadual – SER:</p> <p>1) Identificação do sítio primário da lesão.</p> <p>2) Exames que comprovem a malignidade: - CA de Laringe / Boca / Língua – Biópsia.</p>

5.17 Urologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Hematúria.	Hematúria macroscópica ou microscópica de repetição, sem disúria (ardência para urinar)	USG de vias urinárias, EAS, citologia urinária, urinocultura e antibiograma, hemograma, coagulograma, TC de abdome e pelve.	Presença de sangue na urina.	Casos tratados e descompensados.
	Hidrocele.	Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	USG, hemograma, coagulograma.	Citar achados significativos.	Casos tratados e descompensados.
	Varicocele.	Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	Não há.	Citar achados significativos.	Casos tratados e descompensados.
	Fimose.	Todos os casos. HFI: somente pacientes maiores de 16 anos.	Hemograma, coagulograma.	Citar achados significativos.	Não há.
	Vasectomia.	Encaminhamento do serviço do planejamento familiar da unidade e do termo de consentimento informado da companheira.	Exames pré-operatórios.	Não há.	Não há.
	Estenose uretral traumática e/ou pós- operatória.	Trauma uretral e balanite xerótica obliterante.	USG, EAS, ureia, creatinina, uretrografia, hemograma, coagulograma.	Não há.	Prioridade da regulação.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Urologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
LITÍASE	Litíase vesical.	Cálculo de bexiga maior que 0,5 cm.	EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.	Associa-se com infecções urinárias de repetição, disúria, dificuldade miccional, hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS.	Casos tratados e descompensados.
	Litíase ureteral.	Cálculo renal maior que 0,5 cm. Os cálculos renais menores que 0,5 cm devem ser encaminhados se apresentarem hidronefrose associada e/ou malformações renais e/ou estenose de junção pieloureteral.	EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.	Cólica nefrética (com irradiação para flanco e fossa ilíaca e área genital), às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS. Avaliação prévia para diagnóstico diferencial de apendicite, diverticulite, colecistite e pancreatite.	Hidronefrose associada ao exame de imagem; cálculo sem mudança de posição ureteral por 15 dias, de acordo com exame de imagem; cálculo maior ou igual a 0,5 cm, no seu maior eixo, de acordo com exame de imagem.
	Litíase renal.	Cálculo renal maior que 1cm. Os cálculos renais menores que 1 cm devem ser encaminhados se apresentarem hidronefrose associada e/ou malformações renais e/ou estenose de junção pieloureteral.	EAS, urinocultura, ureia, creatinina, cálcio, fósforo, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias, TC de abdome e pelve sem contraste.	Quando do tipo coraliforme na pelve renal, associa-se com infecções urinárias de repetição, cólica nefrética (com irradiação para flanco e fossa ilíaca e área genital), às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS. Teste de giordano positivo.	Casos tratados e descompensados.
DISFUNÇÃO SEXUAL	Disfunção erétil.	Todos os casos com comorbidades tratadas previamente.	Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma.	Dificuldade de ereção.	Pacientes portadores de problemas de ereção que já tenham sido tratados com drogas orais inibidoras de fosfodiesterase tipo 5, sem sucesso, e que sejam portadores de fatores de risco, tais como: HAS, DM, dislipidemia, cardiopatias, endocrinopatias e neuropatias; disfunção erétil desenvolvida após cirurgia para tratamento do câncer de próstata, cistectomia radical e outras cirurgias pélvicas; disfunção erétil em pacientes submetidos à radioterapia da região pélvica.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Urologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
DISFUNÇÃO SEXUAL	Distúrbios do orgasmo.	Distúrbios do orgasmo masculino, tais como ejaculação precoce, anorgasmia e dificuldade de orgasmo, desde que já tenham sido submetidos ao tratamento farmacológico SEM SUCESSO.	Glicose, dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma.	Dificuldade de ereção.	Todos os casos.
	Doença de Peyronie.	Curvaturas penianas anormais comprovadas por exame físico.	Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, hepatograma, hemograma e lipidograma.	Achados significativos, com ou sem dor peniana à ereção, com presença de nodulação fibrosa do corpo cavernoso.	Impossibilidade de penetração e/ou desconforto importante durante o ato sexual e pacientes que tenham recebido tratamento farmacológico por, pelo menos, 6 meses.
	Distúrbio andrológico de envelhecimento masculino (Daem).	Portadores de testosterona total sérica inferior a 300 ng/dl, maiores de 50 anos de idade, sem evidências de câncer de próstata.	Dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre, PSA total, hepatograma, hemograma e lipidograma.	Curvaturas penianas anormais	Impossibilidade de penetração e/ou desconforto importante durante o ato sexual e pacientes que tenham recebido tratamento farmacológico por, pelo menos, 6 meses.
	Infertilidade masculina.	Paciente masculino que esteja tentando constituir prole, sem método contraceptivo, por, pelo menos, 1 ano, com frequência sexual regular e parceira em investigação ginecológica em paralelo.	Pacientes portadores de alterações referentes a número, velocidade e/ou vitalidade persistentes em 3 espermogramas colhidos com intervalo mínimo de 15 dias, dosagem sérica de testosterona total, FSH, LH, prolactina, TSH, T3, T4 e T4 livre.	Achados significativos. Exame geralmente normal, podendo apresentar varicocele, azoospermia.	Não há.
DISFUNÇÃO MICCIONAL	Incontinência urinária em mulheres.	Perda urinária involuntária de urina aos esforços físicos e/ou aumento da pressão intra-abdominal e/ou perda involuntária de urina precedida de intenso desejo de micção, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura.	USG de vias urinárias, EAS, urinocultura e antibiograma.	Achados significativos. Exame frequentemente normal.	Não há.
	Incontinência urinária após cirurgia prostática e/ou radioterapia pélvica.	Qualquer tipo de perda involuntária de urina observada após cirurgia prostática e/ou radioterapia pélvica.	USG de vias urinárias, EAS, urinocultura e antibiograma.	Achados significativos.	Não há.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Urologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
DISFUNÇÃO MICCIONAL	Queixas miccionais masculinas.	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria associadas ou não à disúria, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura.	USG da próstata e bexiga (via abdominal), USG das vias urinárias, dosagem do PSA total sérico, EAS, urinocultura, ureia, creatinina.	Achados significativos, toque retal.	ITU de repetição, insuficiência renal, pós-renal, uronefrose, hematúria, retenção urinária, escórias nitrogenadas elevadas e que tenham recebido tratamento farmacológico sem resposta clínica favorável.
	Queixas miccionais femininas.	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria associadas ou não à disúria, sem evidência de infecção ao EAS e urinocultura.	USG de vias urinárias, dosagem do EAS, urinocultura.	Achados significativos. Exame frequentemente normal.	Não há.
	Queixas urinárias em pacientes com neuropatia.	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria (associadas ou não) decorrentes de doença de Parkinson, AVE, mielopatias em geral (TRM, lesão por HTLV, neurosífilis etc.), neuropatia diabética, paraplegia, tetraplegia, esclerose múltipla e demais neuropatias periféricas, pós-operatório neurocirúrgico, pós-operatório de cirurgias pélvicas e pós-radioterapia pélvica.	USG das vias urinárias, EAS, urinocultura e antibiograma.	Alterações neurológicas.	Não há.
	Prolapso genital.	Prolapso genital grau III ou IV.	Hemograma e bioquímica.	Órgão genital ultrapassa óstio vaginal em repouso.	Pacientes com complicações decorrentes do prolapso.
ONCOLOGIA	Tumor e hiperplasia de próstata.	Todos os casos.	Toque retal em todos os casos, USG, PSA total e livre, EAS, ureia, creatinina. Se a dosagem sérica de PSA total for maior que 20 ng/ml, são sugeridos exames de TC de abdome e pelve e cintigrafia óssea.	Gotejamento pós-miccional, dificuldade para urinar, mictúria, incontinência urinária, hematúria, toque retal.	Casos tratados e descompensados.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Urologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ONCOLOGIA	Tumor de bexiga.	Todos os casos.	EAS, USG de rins e vias urinárias, RX de tórax, TC de abdome e pelve.	Hematuria, massa suprapúbica.	Todos os casos.
	Tumor de ureter.	Todos os casos.	RX de tórax, TC de abdome e pelve.	Obstrução devido à compressão do lúmen, uronefrose e hematuria.	Todos os casos.
	Tumor renal (massa renal e cisto renal complexo).	Tumores sólidos. Pacientes portadores de cisto renal somente devem ser encaminhados caso a TC evidencie cisto renal complexo, com septações e/ou calcificações, múltiplos cistos (rim policístico); cisto renal de grande volume, ou seja, maior que 7 cm ao exame de TC e sinais tomográficos sugestivos de hemorragia intracística.	USG renal, TC de pelve e bexiga, EAS, RX de tórax e cintigrafia óssea para pacientes portadores de massa renal sólida ou cisto complexo à TC; RNM para tumores que apresentarem invasão de veia renal e/ou veia cava inferior.	Hematuria, dor no flanco, emagrecimento, massa palpável no flanco (esta tríade só ocorre em 10% dos casos).	Casos tratados e descompensados.
	Tumor de pênis ou lesões cutâneas suspeitas.	Todos os casos.	RX de tórax, TC de abdome e pelve.	Citar os achados significativos.	Todos os casos.
	Tumor de testículo.	Todos os casos.	RX de tórax, USGbolsa escrotal, TC de abdome e pelve.	Massa testicular crescente indolor.	Todos os casos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Urologista (AFD)	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares. Somente para Fimose acima de 14 anos
Módulo Consulta / Médico Cirurgião - Vasectomia	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente + Ficha de referência para vasectomia.	Exames Complementares; Planejamento reprodutivo; Certificado de participação; Expresso voluntário.
Módulo Consulta / Médico Uroginecologista	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Ginecologista Cirúrgico	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	<p>Critérios para inserção no Sistema Estadual – SER:</p> <p>1) Identificação do sítio primário da lesão.</p> <p>2) Exames que comprovem a malignidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - CA Prostata – Biopsia, PSA (se tiver); - CA Bexiga / Rim – TC ou RNM.

6 CONSULTAS ESPECIALIZADAS

6.1 Alergologia e Imunologia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA: PEDIATRIA	Anafilaxia.	Paciente com história de anafilaxia anterior com diagnóstico por meio de atendimento médico será encaminhado para investigação da causa. A anafilaxia caracteriza-se por reação alérgica grave com instalação súbita em período inferior a 24 horas, acometendo um ou mais sistemas.	-	Um ou mais sintomas de urticária, prurido, angioedema, estridor, sibilância, dispneia, vômitos, diarreia, perda da consciência ou choque.	Todos os casos.
	Urticária e angioedema agudos ou crônicos.	Quadros graves com resposta pobre ou ausência de resposta ao tratamento com anti-histamínicos, quadros leves a partir do segundo episódio, urticária crônica – quando os sintomas persistem por mais de 6 semanas e episódios recorrentes de angioedema não associados à urticária.	Hemograma, urocultura, VHS, IgE, dosagem de fatores do complemento e inibidor de C1 esterase, Rast para alimentos.	-	Pacientes com crises graves e com fator etiológico desconhecido.
	Rinite alérgica.	Sinusites e otites frequentes, falta às aulas e prejuízo do sono, pouca resposta ao tratamento e sintomas persistentes por mais de três meses de espirros em salva, prurido nasal, faringeo, ocular e coriza e obstrução nasal.	Hemograma, testes cutâneos de leitura imediata, Rast para aeroalérgenos, RX de seios da face, IgG, IgA, IgM, IgE, RX de cavum.	-	Rinite alérgica moderada a grave persistente de crianças entre 2 e 18 anos.
	Lactente sibilante.	Bebês com quadro de sibilância contínua há pelo menos 1 mês ou, no mínimo, 3 episódios de sibilos num período de 2 meses, com infecções de repetição, atraso no desenvolvimento ponderoestatural ou dúvidas de diagnóstico.	Hemograma, RX de tórax, IgE sérica específica.	-	Bebês chiadores até 2 anos de idade.
	Reações graves a medicamentos (farmacodermia).	Pacientes com comprometimento sistêmico, como anafilaxia, nefrite intersticial, síndrome de Stevens Johnson, dress (sintomas sistêmicos associados à eosinofilia e erupção cutânea), doença do sono sílimi ou necrólise epidérmica tóxica.	-	Citar achados significativos de comprometimento dermatológico e/ou associados a comprometimento orgânico (fígado e rins).	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Alergologia e Imunologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA: PEDIATRIA	Dermatite atópica.	Pacientes graves e de difícil controle em associação com outras doenças alérgicas e infecções cutâneas secundárias refratárias ao tratamento com corticoide tópico, hidratantes e anti-histaminicos. Podem ser avaliados primeiro pela dermatologia.	IgE específica e teste cutâneo de leitura imediata se as condições da pele permitirem.	-	Dermatite de difícil controle com infecção secundária.
	Reações graves a medicamentos (farmacodermia).	Pacientes com comprometimento sistêmico, como anafilaxia, nefrite intersticial, síndrome de Stevens Johnson, dress (sintomas sistêmicos associados à eosinofilia e erupção cutânea), doença do sono sílimi ou necrólise epidérmica tóxica.	-	Citar achados significativos de comprometimento e/ou associados a comprometimento orgânico (fígado e rins).	Todos os casos.
	Asma brônquica.	Asma parcialmente controlada, asma com crises frequentes (mais de cinco ao ano), com infecções de repetição, atraso no desenvolvimento ponderoestatural, prejuízo na escola, dificuldades em exercícios e esportes. Sintomas recorrentes e diários de tosse, dispneia, sibilos e aperto no peito, sendo necessária uma ou duas das características: sintomas diurnos com necessidade de medicação de alívio (mais de duas vezes por semana) e despertares noturnos nos últimos 12 meses.	Hemograma, RX de tórax, testes cutâneos de leitura imediata, IgE sérica específica, provas de função respiratória.	Episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto do peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã, ao acordar.	Casos de difícil controle.
	Imunodeficiência primária.	Pacientes com história de: pneumonia de repetição (mais de duas no último ano), infecções de VAS (mais de sete no último ano), diarreia crônica, abscessos de repetição, reação adversa a BCG, monilíase oral por mais de 2 meses, história de imunodeficiência familiar, infecções sistêmicas graves (sepse, meningite etc.).	Imunoglobulinas, dosagens de linfócitos T e B, CD4, CD8, CD16, CD19.	-	Pacientes com suspeita de imunodeficiência

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Alergologia e Imunologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA: PEDIATRIA	Dermatite de contato.	Quadro extenso e sem etiologia definida, devendo ser primeiro avaliado pela dermatologia.	IgE específica, teste cutâneo de leitura imediata, testes de contato.	-	Dermatite extensa.
	Alergia alimentar.	Pacientes com sintomas sistêmicos graves, sendo os mais comuns: urticária, angioedema, piora da dermatite atópica, diarreia, vômitos, dor abdominal, dor à deglutição, déficit nutricional após a exclusão de outras causas e sintomas respiratórios associados a quadros cutâneos e gastrointestinais e/ou anafilaxia.	IgE IgG, IgM IgA, Rast.	Manifestações clínicas variadas, uma vez que um determinado alimento nem sempre desencadeia os mesmos sintomas, dependendo do órgão-alvo, dos mecanismos imunológicos envolvidos e da idade do paciente. Podem ocorrer manifestações no tubo digestivo, no aparelho respiratório, na pele ou em outros órgãos.	Pacientes com sintomas sistêmicos graves.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Alergista e Imunologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Alergista e Imunologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.2 Cardiologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Arritmias.	Diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, ECG, RX de tórax, ecocardiograma, espirometria, holter, teste ergométrico.	Exame físico minucioso, após história clínica detalhada. Determinação da classe funcional.	A - Pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca ou insuficiência coronária associada; B - Bloqueio atrioventricular (BAV) de 2ª grau sintomático e BAV de 3º grau; C - Bloqueio bi e trifascicular, síncope no idoso, doenças dos canais iônicos.
	Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico.	Casos em que há evidência de cardiopatia com indicação cirúrgica já confirmada.	Hemograma, TAP, PTT, glicemia de jejum, ureia, creatinina, TGO e TGP, ECG, RX de tórax.	Não há.	Pacientes com indicação cirúrgica eletiva e de grande porte.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cardiologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária.	A - Com a presença de alterações em órgão-alvo (comprometimento renal, cardiopatia hipertensiva, antecedentes de eventos neurológicos); B - Hipertensão não controlada em uso de pelo menos 3 drogas anti-hipertensivas, sendo uma delas um diurético; C - Que necessitam de investigação para casos suspeitos de HAS secundária.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, microalbuminúria, ECG. Se necessário, Mapa.	Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional.	A - HAS severa descompensada com sinais de doenças associadas (ICC, DM, doença vascular periférica, acidente isquêmico e hemorrágico, coronariopatias, IRC); B - Idade (maiores de 40 anos); C - Portadores de HIV; D - História de dislipidemia familiar.
	Insuficiência cardíaca.	Diagnóstico comprovado de ICC para estratificação e tratamento.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo.	Exame físico minucioso após história clínica detalhada, medida da pressão arterial, relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória. Descrever a presença de dispneia, visceromegalias e edema de MMII. Determinação da classe funcional.	Quadro de início recente, particularmente em jovens e no período periparto. ICC de difícil controle e/ ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (HAS, DM, IRC), BRE com QRS alargado (acima de 150 ms).
VALVULO- LOPATIA	Doença orovalvular.	Diagnóstico de valvulopatia pré-estabelecida e para a qual está indicada intervenção cirúrgica ou percutânea, para estratificação e acompanhamento.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico e cateterismo.	Exame físico minucioso após história clínica detalhada. Determinação da classe funcional.	Pacientes sintomáticos.
CORONÁRIA	Doença aterosclerótica coronariana.	Doença coronária estabelecida (pós-infarto agudo do miocárdio, pós-revascularização do miocárdio, pós-angioplastia) com indicação de tratamento clínico.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico, dosagem de enzimas cardíacas e cateterismo.	Exame físico minucioso após história clínica detalhada. Determinação da classe funcional.	A - Dor torácica de início recente (em esforço ou repouso); B - Pacientes pós-infarto, pós-revascularização e pós-angioplastia. Obs.: angina instável, com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), é uma situação que requer avaliação de urgência pelo serviço de cardiologia.
Sistema Municipal de Regulação		Formulário		Exames Necessários para Inserção	
Módulo Consulta / Médico Cardiologista		Laud 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.		Exames Complementares.	

Cardiologia		
Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Cardiologista – Arritmias Adulto	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudo do RX de Tórax; Exame de sangue: Hemograma completo, Glicose, Uréia, Creatinina e Coagulograma, Fator RH, Grupo Sanguíneo e Enzimas Cardíacas; Eletrocardiograma, Ecocardiograma e Holter 24h; Medicação em uso.
Módulo Consulta / Médico Cardiologista – Estudo Eletrofisiológico / Ablação	Laudo 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudo do RX de Tórax; Exame de sangue: Hemograma completo, Glicose, Uréia, Creatinina e Coagulograma, Fator RH, Grupo Sanguíneo e Enzimas Cardíacas; Eletrocardiograma, Ecocardiograma e Holter 24h; Medicação em uso.
Módulo Consulta / Médico Cardiologista – Hipertensão Arterial Resistente	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames complementares; Medicação em uso (Receita Médica contendo antihipertensivo, se mínimo 4, sendo um deles diurético).
Módulo Consulta / Médico Cardiologista – Pré Angioplastia	Laudo 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudo do Eletrocardiograma ou Teste Ergométrico; Laudo do Raio X de Tórax; Laudo da Cintilografia ou do Ecocardiograma; Laudo do Cateterismo (Validade: 1 ano); Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma e Troponina; O paciente deve informar as medicações em uso atual.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Cardiovascular – Aneurisma / Dissecção de Aorta Torácica	Laudo 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudo do Raio X de Tórax; Laudo do Cateterismo (Validade: 1 ano); Angiotomografia ou Eco com medidas de diâmetro da Aorta; Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma; O paciente deve informar as medicações em uso atual.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Cardiovascular – Cardiopatia Congênita Adulto	Laudo 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Cardiovascular – Revascularização do Miocárdio	Laudo 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudo Eletrocardiograma; Laudo do Raio X de Tórax; - Laudo do Ecocardiograma; Laudo do Cateterismo (Validade: 1 ano); Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma, Troponina; O paciente deve informar as medicações em uso atual.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Cardiovascular – Cirurgia Orovalvar	Laudo 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudo Eletrocardiograma; Laudo do Raio X de Tórax; Laudo do Ecocardiograma; Laudo do Cateterismo (Validade: 1 ano); Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma, Troponina; O paciente deve informar as medicações em uso atual.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Cardiovascular – Implante de Marcapasso	Laudo 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudo Eletrocardiograma; Laudo do Raio X de Tórax; Laudo Ecocardiograma; Laudo do Cateterismo (Validade: 1 ano); Laudo do Holter; Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma, Troponina; O paciente deve informar as medicações em uso atual.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
CARDIOLOGIA: PEDIATRIA	Recém-nascido com sopro.	Recém-nascido (RN) com sopro detectado pelo pediatra.	RX de tórax em duas incidências, eletrocardiograma e ecocardiograma 2D doppler colorido.	Exame clínico cardiológico, com oximetria de pulso e aferição de pressão arterial.	RN com sopro desde o nascimento.
	Suspeita de síndrome genética.	RN ou criança com dismorfismo facial e/ou outras malformações que sugiram hipótese de síndrome genética, com ou sem exame de cariótipo já realizado.	RX de tórax em duas incidências, ECG, ecocardiograma 2D doppler colorido, hemograma, lipidograma, hormônios tireoidianos.	Exame clínico cardiológico, com oximetria de pulso e aferição de pressão arterial.	RN com suspeita de síndromes de Down, Noonan, Turner, Williams e Marfan.
	Cianose.	Crianças com quadros cianóticos para investigação e acompanhamento.	RX de tórax em duas incidências, hemograma, gasometria arterial, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	Exame clínico cardiológico, com oximetria de pulso e aferição de pressão arterial.	Cianose associada à dispnéia e/ou ao baixo ganho ponderal.
	Sopro.	A - Sopro cardíaco patológico (contínuo ou de ocorrência isolada na diástole; 2 ou mais cruzes; timbre rude; irradiação bem nítida e fixa para outras áreas; associação com hiperfonesse de bulhas, estalidos e/ou frêmitos; acompanhamento de cianose, alterações de ritmo e alteração na palpação dos pulsos). B - Sopros inocentes (sistólicos ou contínuos, nunca ocorrendo isoladamente na diástole; mais facilmente audíveis nos estados circulatorios hiperdinâmicos; de curta duração e baixa intensidade; não se associam a frêmito ou a ruídos acessórios; localizados em uma área pequena e bem definida), acompanhados de sintomatologia e/ou alterações de exame físico sugestivas de doença cardiovascular.	Hemograma, RX de tórax em duas incidências, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	Exame clínico cardiológico, com oximetria de pulso e aferição de pressão arterial.	Sopro associado à cianose, à dispnéia ou ao baixo ganho ponderal.
	Dor torácica.	Crianças com dor torácica acompanhada de sinais de baixo débito cardíaco (sudorese, palidez, palpitação, vômitos, síncope) ou história familiar de cardiopatia.	ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças e adolescentes com suspeita de alteração eletrocardiográfica.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Cardiologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
CARDIO-LOGIA: PEDIÁTRICA	Cardiomiopatia ou miocardite.	Crianças com bronquiolite e/ou sibilância, "cansaço" às mamadas e aumento de área cardíaca ao RX de tórax.	RX de tórax em duas incidências, hemograma, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	Exame clínico cardiológico, com oximetria de pulso e aferição de pressão arterial.	Lactentes com sibilância associada à cianose e ao baixo ganho ponderal.
	Hipertensão arterial.	Crianças com hipertensão arterial (HAS) comprovada pelo pediatra após três medidas consecutivas em consultas distintas.	USG de abdome e rins, lipidograma, função renal, pesquisa para feocromocitoma, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial com equipamento adequado à faixa etária e ao peso.	Crianças e adolescentes com HAS associada à cefaleia ou picos hipertensivos.
	Avaliação para uso de medicação cardiotóxica.	Crianças e adolescentes que farão ou fazem uso de medicação cardiotóxica, tais como quimioterapia, antirretrovirais, anticolinérgicos, neurolépticos e antidepressivos.	ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças e adolescentes em quimioterapia.
	Risco cirúrgico.	Crianças e adolescentes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos e/ou exames sob anestesia/sedação.	Hemograma, função renal, glicemia, TAP e PTT, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças com procedimentos já agendados.
	Anemia crônica.	Crianças portadoras de anemia crônica, tal como anemia falciforme.	ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças com doença hematológica.
	Febre reumática.	Crianças e adolescentes com febre reumática suspeita ou confirmada, com ou sem evidências de cardite.	Hemograma, VHS, PCR, mucoproteína e Aslo, RX de tórax em duas incidências, ECG e ecocardiograma 2D doppler colorido.	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças com suspeita de cardite reumática em atividade.
	Avaliação para esporte.	Crianças sem sintomas cardiovasculares que necessitam de avaliação para esporte.	ECG, ecocardiograma 2D doppler colorido.	Exame clínico cardiológico e aferição da pressão arterial.	Crianças e adolescentes que praticam esportes competitivos.
Sistema Municipal de Regulação		Formulário		Exames Necessários para Inserção	
Módulo Consulta / Médico Cardiologista Infantil		Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente		Exames Complementares.	

Cardiologia Pediátrica		
Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Cardiologista – Estudo Eletrofisiológico / Ablação	Laudos 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudos do RX de Tórax; Exame de sangue: Hemograma completo, Glicose, Uréia, Creatinina e Coagulograma, Fator RH, Grupo Sanguíneo e Enzimas Cardíacas; Eletrocardiograma, Ecocardiograma e Holter 24h; Medicação em uso.
Módulo Consulta / Médico Cardiologista – Hipertensão Arterial Resistente	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames complementares; Medicação em uso (Receita Médica contendo antihipertensivo, se mínimo 4, sendo um deles diurético).
Módulo Consulta / Médico Cardiologista – Pré Angioplastia	Laudos 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudos do Eletrocardiograma ou Teste Ergométrico; Laudos do Raio X de Tórax; Laudos da Cintilografia ou do Ecocardiograma; Laudos do Cateterismo (Validade: 1 ano); Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma e Troponina; O paciente deve informar as medicações em uso atual.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Cardiovascular – Aneurisma / Dissecção de Aorta Torácica	Laudos 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudos do Raio X de Tórax; Laudos do Cateterismo (Validade: 1 ano); Angiotomografia ou Eco com medidas de diâmetro da Aorta; Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma; O paciente deve informar as medicações em uso atual.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Cardiovascular – Revascularização do Miocárdio	Laudos 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudos Eletrocardiograma; Laudos do Raio X de Tórax; Laudos do Ecocardiograma; Laudos do Cateterismo (Validade: 1 ano); Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma, Troponina; O paciente deve informar as medicações em uso atual.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Cardiovascular – Cirurgia Orolvar	Laudos 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudos Eletrocardiograma; Laudos do Raio X de Tórax; Laudos do Ecocardiograma; Laudos do Cateterismo (Validade: 1 ano); Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma, Troponina; O paciente deve informar as medicações em uso atual.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Cardiovascular – Implante de Marcapasso	Laudos 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudos Eletrocardiograma; Laudos do Raio X de Tórax; Laudos Ecocardiograma; Laudos do Cateterismo (Validade: 1 ano); Laudos do Holter; Exame de Sangue: Hemograma Completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma, Troponina; O paciente deve informar as medicações em uso atual.

6.4 Dermatologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Micoses superficiais.	Dermatofitose, pitiríase versicolor, ceratofitoses.	Exame direto e cultura de fungos.	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Dermatologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Dermatoviroses.	Herpes simples, herpes zoster.	Não há.	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.
	Micoses profundas.	Quadro clínico sugestivo (lobomicoses, cromomicoses, micose de Jorge Lobo, esporotricoses, paracoccidioidomicose e tuberculose) e relatar tratamentos instituídos.	Exame direto e cultura de fungos.	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.
	Dermatoses eritematoescamosas.	Líquen plano, pitíriase rubra pilar, pitíriase rósea de Gibert.	Exames clínicos, laboratoriais, histopatológicos.	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.
	Doenças sexualmente transmissíveis.	Sífilis, cancro mole, linfogranuloma.	Exames clínicos, laboratoriais.	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.
	Piodermites.	Erisipela, abscessos, carbúnculo.	Não há.	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.
	Prurido/eczema.	Queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico (ex.: icterícia de causa medicamentosa, escabiose, etc). História sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver).	Exames clínicos, histopatológicos.	Lesões papulovesiculosas. Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.	Pacientes com quadros extensos e/ou graves.
	Prurido/eczema.	Queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico (ex.: icterícia de causa medicamentosa, escabiose, etc). História sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver).	Exames clínicos, histopatológicos.	Lesões papulovesiculosas. Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.	Pacientes com quadros extensos e/ou graves.
	Prurido/eczema.	Queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico (ex.: icterícia de causa medicamentosa, escabiose, etc). História sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver).	Exames clínicos, histopatológicos.	Lesões papulovesiculosas. Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.	Pacientes com quadros extensos e/ou graves.
	Buloses (pênfigo, penfigoide, dermatite herpetiforme).	Quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.	Não há.	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Quadro cutâneo extenso e/ ou com comprometimento de mucosas.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Dermatologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Prurido/eczema.	Queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico (ex.: icterícia de causa medicamentosa, escabiose, etc). História sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver).	Exames clínicos, histopatológicos.	Lesões papulovesiculosas. Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.	Pacientes com quadros extensos e/ou graves.
	Hanseníase.	Reações I e II não controladas com a medicação nas doses recomendadas; incapacidade física (graus I e II) que necessita de cirurgia de reabilitação.	Não há.	Eritema nodoso hansênico, neurite, graus de incapacidade I e II.	Reação hansênica e/ou neurite.
	Buloses (pênfigo, penfigoide, dermatite herpetiforme).	Quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.	Não há.	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Quadro cutâneo extenso e/ ou comprometimento de mucosas.
	Lesões ulceradas (leishmaniose).	Suspeita de lesões típicas de leishmaniose (com bordas elevadas, endurecidas) que não cicatrizam há mais de 30 dias, mesmo tendo sido instituído tratamento com antibioticoterapia.	Não há.	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com queixas.
PSORÍASE	Psoríase.	Quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.	Exame clínico e histopatológico.	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Quadros moderados e graves que necessitem de terapia sistêmica.
ONCOLOGIA	Neoplasias cutâneas.	Carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, melanoma, linfoma cutâneo primário, outras neoplasias da pele.	Histopatológico, imuno-histoquímica, radiologia.	Descrever o aspecto e a localização das lesões e a presença de linfonodos.	Histopatologia indicativa de melanoma, adenopatias palpáveis, alterações hematológicas (linfoma).

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Dermatologista	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Dermatológico	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Dermatológico - Biópsia	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames complementares.
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	<p>Critérios para inserção no Sistema Estadual – SER:</p> <p>1) Identificação do sítio primário da lesão.</p> <p>2) Exames que comprovem a malignidade;</p> <p>- CA de Pele – Biópsia.</p>

6.5 Dermatologia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
DERMATOLOGIA: PEDIATRIA	Micoses profundas.	Quadro clínico sugestivo.	-	Descrever principais lesões e tratamentos instituídos.	Pacientes com quadros extensos e que não respondem ao tratamento.
	Prurido/eczema.	Queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico (ex.: icterícia de causa medicamentosa, escabiose, etc.).	Encaminhar paciente com história sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver).	Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.	Pacientes com quadros extensos e/ou graves.
	Neoplasias cutâneas.	Lesões sugestivas de neoplasia.	-	Descrever o aspecto, a localização das lesões e a presença de linfonodos.	Pacientes com biópsia indicativa de melanoma e enfartamento ganglionar.
	Dermatoses eritematoescamosas (psoríase, líquen plano, pitiríase rosa, ictioses).	Quadro clínico sugestivo.	-	Descrever as principais lesões e os tratamentos instituídos.	Pacientes com quadros extensos.
	Buloses (pênfigo infantojuvenil, dermatite herpetiforme infantojuvenil).	Quadro clínico sugestivo.	-	Descrever as principais lesões e os tratamentos instituídos.	Pacientes com quadro extenso e/ou com comprometimento de mucosas.
	Lesões ulceradas (leishmaniose).	Suspeita de lesões típicas de leishmaniose (com bordas elevadas, endurecidas) que não cicatrizam há mais de 30 dias, mesmo tendo sido instituído tratamento com antibioticoterapia.	-	Descrever o aspecto das lesões e sua evolução.	Pacientes com queixas.
	Farmacodermias.	Queixas de lesões de pele associadas ao uso de medicações. Relatar frequência e intensidade das crises, descrevendo todos os medicamentos usados e o tempo de uso.	-	Descrever o aspecto das lesões.	Pacientes com queixas de lesões na mucosa e sintomas sistêmicos.
	Urticária crônica.	Queixas de prurido e/ou placas pelo corpo, com episódios de repetição e naqueles com quadros prolongados, sem melhora com tratamentos realizados por mais de 90 dias. Relatar medidas de prevenção adotadas.	-	Descrever o aspecto das lesões.	-
	Herpes zoster.	Somente casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos. Informar tratamentos instituídos.	-	Descrever o aspecto das lesões.	-

Dermatologia Pediátrica		
Sistema Municipal de	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Dermatologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Dermatológico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Pediátrico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Dermatológico - Biópsia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames complementares.
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	<p>Critérios para inserção no Sistema Estadual – SER:</p> <p>1) Identificação do sítio primário da lesão.</p> <p>2) Exames que comprovem a malignidade;</p> <p>- CA de Pele – Biopsia.</p>

6.6 Endocrinologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Obesidade com comorbidade.	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados) e com inserção no protocolo da cirurgia bariátrica (pré e pós-operatório). Não encaminhar pacientes com obesidade sem alterações hormonais.	Não há.	Citar achados significativos.	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados).
	Doenças gonadais.	Ginecomastia no homem acima de 18 anos, hipogonadismo masculino acima de 18 anos com distúrbio do desenvolvimento puberal e clínica de hipogonadismo no homem. Hipogonadismo feminino acima de 18 anos com distúrbio do desenvolvimento puberal e clínico de amenorreia primária e secundária, hiperandrogenismo, hirsutismo, virilização.	Hepatograma, ureia, creatinina, testosterona, β HCG, TSH, T4 livre, FSH, LH, sódio urinário, 17-OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol plasmático, estradiol, TC, USG.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Dislipidemias.	Casos não responsivos à mudança do estilo de vida (atividade física e orientação alimentar) e à terapêutica com estatinas (colesterol total maior que 240 mg/dl e/ou triglicérides maior que 200 mg/dl). Colesterol maior que 300 mg/dl e triglicérides maior que 500 mg/dl.	Glicemia, TSH, T4 livre, colesterol total e frações, triglicérides, TGO, TGP, bilirrubina total e frações, ureia e creatinina.	Citar achados significativos.	Casos não responsivos à terapêutica (colesterol total maior que 240 mg/dl e triglicérides maior que 200 mg/dl).

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Endocrinologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
DIABETES	DM I.	Todos os casos.	Hemograma, glicemia de jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), ureia, creatinina, EAS, teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicada, microalbuminúria, anti-GAD, peptídeo C, insulina, mapeamento de retina e fundo de olho.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	DM II.	Casos tratados e não responsivos à insulino terapia plena, hiperglicemia, hemoglobina glicada aumentada e/ou presença de comorbidades como nefropatia, neuropatia, retinopatia, dislipidemia e HAS.	Hemograma, glicemia de jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), ureia, creatinina, EAS, teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicada, microalbuminúria, anti-GAD, peptídeo C, insulina, mapeamento de retina e fundo de olho.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Diabetes pós-transplante.	Todos os casos.	-	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Diabetes gestacional.	Gestantes com diagnóstico prévio de DM I e DM II e critérios de DG.	2 glicemias de jejum acima de 92 mg/dl. Curva glicêmica com 1 ponto alterado, jejum acima de 92 mg/dl, 1h acima de 180 mg/dl e 2h acima de 153 mg/dl.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
DOENÇAS OSTEO-METABÓLICAS	Alteração do metabolismo ósseo.	Hiperparatireoidismo primário, hipoparatiroidismo com sintomas relacionados (parestesias, câimbras, tetania), pós-tireoidectomia, história de cirurgia cervical, osteoporose, cifose dorsal, diminuição da estatura, litíase urinária.	PTH elevado e cálcio, albumina, densitometria óssea.	Citar achados significativos.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Endocrinologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
TIREOIDE	Casos suspeitos de doença da tireoide.	Hipotiroidismo: letargia, ressecamento da pele, queda de cabelos, obstipação intestinal, aumento do peso corporal, mixedema. Hipertiroidismo: nervosismo, irritabilidade, sudorese excessiva, diarreia, perda de peso, taquicardia, fibrilação atrial, exoftalmia. Nódulos de tireoide suspeitos. Tireoidite subaguda. Câncer de tireoide: pacientes que se submetem à tireoidectomia com diagnóstico histopatológico. Oftalmopatia de Graves em atividade.	Hipo e hiper: TSH, T4 livre. Nódulos: USG de tireoide. Nódulo de tireoide com características suspeitas na USG de tireoide (nódulo maior que 1 cm, bordas irregulares, microcalcificações, vascularização central). Ca de tireoide: histopatológico.	Hipo: mixedema, bradicardia, bulhas hipofonéticas, disфонia, hiporreflexia. Hiper: exoftalmia, bócio, taquicardia, arritmias, tremores de extremidades, hiperreflexia. Abscesso tireoideano com sinais flogísticos locais ou bócio doloroso com sinais de hipertireoidismo discreto.	Casos de difícil controle.
HIPÓFISE/ ADRENAL	Casos suspeitos de neoplasias.	História sucinta constando tempo de evolução, história pregressa, doenças associadas, exame físico. Relatar achados importantes.	Prolactina, cortisol sérico ou urinário, IgF1, ACTH, TSH, T4 livre, FSH, LH, GH.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Doenças neuroendócrinas.	Acromegalia: GH elevado. Prolactinoma: galactorreia, amenorreia, prolactina elevada. Síndrome de Sheehan: agalactia e amenorreia pós-parto. Diabetes insipidus: poliúria (mais de 3L/24hs). Hipogonadismo: diminuição da libido, disfunção sexual, perda de pelos axilares e pubianos. Hipocortisolismo: hipotensão arterial. Hipotireoidismo: intolerância ao frio, alopecia, astenia, constipação intestinal. Insuficiência adrenal (doença de Addison): hipotensão arterial, perda de peso, hiperpigmentação. Feocromocitoma: hipertensão arterial paroxística com tríade clássica de cefaleia + sudorese profusa + palpitação. Hiperaldosteronismo primário. Síndrome de Cushing: hipertensão arterial + DM + fraqueza muscular + obesidade centrípeta. Incidentaloma adrenal: lesão expansiva adrenal em exame de imagem (USG, TC, RNM).	Sódio baixo, potássio elevado, cortisol sérico matinal abaixo de 5 mcg/dl. Cortisol sérico maior que 25 mcg/dl. Cushing: glicemia, hemograma, sódio, potássio, cortisol sérico, urinário e salivar, ACTH, RX de crânio, TC de tórax e abdome, RNM sela túrcica. Addison: sódio, potássio, glicemia, cortisol sérico e urinário, resposta do cortisol após administração de ACTH e aldosterona. Hiperaldosteronismo: aldosterona sérica, excreção urinária de potássio, sódio, potássio, TC, relação aldo/APR (atividade plasmática de renina).	Hipotensão arterial, hiperpigmentação, estrias violáceas, face em lua cheia. Afastar síndrome metabólica.	Todos os casos.

Endocrinologia		
Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Endocrinologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Endocrinologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Endocrinologista - Hormonização	Laudo 1 – Preenchido pelo Endocrinologista com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.7 Endocrinologia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ENDOCRINOLOGIA: PEDIATRIA	Baixa estatura.	Encaminhar crianças com estatura abaixo do percentil 3, estatura menor que o alvo genético, com desvio no canal de crescimento e recém-nascido pequeno para a idade gestacional sem recuperação de crescimento até 2 anos.	Hemograma, glicemia, sódio, potássio, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, urina tipo I, T4 livre, TSH, proteínas totais e frações, EPF, RX de punho e mão esquerda (idade óssea).	Medida da criança com percentil ou cálculo da velocidade de crescimento. Recém-nascido a termo com peso inferior a 2.500 g.	-
	Alta estatura.	Encaminhar os casos de pacientes com estaturas acima do percentil 97 ou com velocidades acima do esperado para a faixa etária.	RX de punho e mão esquerda (idade óssea).	Medida da criança com percentil ou cálculo da velocidade de crescimento.	-
	Distúrbios da diferenciação sexual.	Recém-nascido com ambiguidade genital ou 17 hidroxiprogesterona alterada no teste do pezinho.	USG pélvica, 17 hidroxiprogesterona, sódio, potássio.	Ambiguidade genital, criptorquia bilateral, hipertrofia de clitóris, prega inguinoescrotal fundida, orifício único, hipospádia grave.	Pacientes sem registro civil, pacientes com 17 hidroxiprogesterona alterada antes dos 14 dias de vida.
	Distúrbios da puberdade.	Meninas: menores de 8 anos com broto mamário, pelos pubianos, com puberdade iniciada após 8 anos, porém com progressão rápida antes dos 9 anos. Meninos: menores de 9 anos com aumento testicular ou peniano, pelos pubianos ou axilares.	RX de idade óssea, USG de pelve.	Descrver achados relevantes.	Puberdade precoce em menores de 5 anos (meninas: telarca + pubarca; meninos: pubarca ou aumento de pênis/testículo).
	Hipotireoidismo congênito.	Recém-nascidos com teste do pezinho alterado (TSH elevado ou T4 baixo) e recém-nascidos de mãe com doença tireoidiana autoimune na gestação.	TSH, T4 livre.	Não são necessárias alterações ao exame físico.	Pacientes maiores de 15 dias e sem tratamento.
	Distúrbios tireoidianos (hipo ou hipertireoidismo).	Casos de hipo ou hipertireoidismo adquirido, bócio, nódulo tireoidiano.	TSH, T4 livre, anticorpos antitireoperoxidase (TPO), anticorpos antitireoglobulina (TG), USG de tireoide.	Sintomas inequívocos de disfunção tireoidiana, dosagem de TSH e/ou T4 livre alterada, teste do pezinho alterado, USG demonstrando bócio ou nódulo.	Casos de hipertireoidismo descompensado.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Endocrinologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ENDOCRINOLOGIA: PEDIATRIA	Dislipidemia.	Encaminhar crianças com: Colesterol total maior que 200 mg/dl; Colesterol total maior que 170 mg/dl não responsivo às orientações pediátricas; LDL maior que 160 mg/dl isolado; LDL maior que 130 mg/dl associado a doença cardiovascular ou diabetes mellitus; HDL menor que 40 mg/dl; Triglicerídeos maior que 150 mg/dl.	Perfil lipídico.	-	Casos com história de dislipidemia familiar.
	Diabetes insípido.	Encaminhar crianças com poliúria, polidipsia e hipernatremia.	Dosagem plasmática de sódio.	Sódio elevado documentado; história clínica detalhada.	-
	Ginecomastia.	Ginecomastia.	Testosterona total e livre, estradiol, LH, FSH, prolactina, TSH e T4 livre.	Desenvolvimento excessivo das mamas em meninos.	Ginecomastia prepuberal, mamas maiores do que 4 cm.
	Distúrbio do cálcio.	História de tetania, convulsões, crescimento deficiente, alterações esqueléticas e fraturas de repetição.	Dosagem sérica de cálcio, fósforo, magnésio, fosfatase alcalina, PTH, 250 HD.	Sintomatologia com dosagem sérica de cálcio, fósforo e magnésio alterados e radiografias com lesões compatíveis.	Casos tratados e descompensados.
	Pacientes oncológicos.	Tumores da região hipotálamo-hipofisária, após tratamento de malignidades com irradiação do SNC, submetidos à quimioterapia, com possível disfunção gonadal.	-	Relatório médico dos tratamentos realizados.	Todos os casos.
	Hiperprolactinemia	Casos de galactorreia, amenorreia ou irregularidade menstrual.	-	Presença de sintomas ou duas dosagens alteradas de prolactina.	Pacientes com cefaleia ou alteração visual.
	Síndromes.	Síndrome de Turner suspeita ou confirmada, síndrome de Prader Willi, síndrome de Silver Russel.	Avaliação genética, cariótipo (se possível).	Citar achados significativos.	Todos os casos.
ENDOCRINOLOGIA: PEDIATRIA – OBESIDADE	Obesidade.	IMC maior que percentil 95 com dislipidemia ou HAS ou intolerância à glicose ou história familiar de DM II ou doença cardiovascular.	Glicemia de jejum, hemoglobina glicada, TSH, T4 livre, colesterol total e frações, triglicerídeos, insulina, teste oral de tolerância à glicose.	IMC calculado com percentil. Orientação pediátrica prévia.	Casos com complicações da obesidade já presentes.
ENDOCRINOLOGIA: PEDIATRIA – DIABETES	Diabetes mellitus.	Casos confirmados de DM I ou DM II necessitando de insulina, fibrose cística e glicemia alterada ou ganho de peso inadequado.	Glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada.	Poliúria, polidipsia e glicemia maior que 126 mg/dl; glicemia maior do que 200 mg/dl em qualquer momento; glicemia entre 100 e 126 mg/dl em mais de um episódio; fibrose cística, cetoacidose diabética.	Casos com diagnóstico confirmado sem tratamento.

Endocrinologia Pediátrica		
Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Endocrinologista Pediátrico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Endocrinologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.8 Gastroenterologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Disfagia motora.	Necessidade de gastrostomia endoscópica percutânea em internação de 24 horas.	Risco cirúrgico.	-	Todos os casos.
	Disfagia/ odinofagia.	Alteração ou dor à deglutição.	EDA.	-	Todos os casos.
	Hemorragia digestiva para esclarecimento.	Hemorragia digestiva.	EDA e/ou colonoscopia.	-	Todos os casos.
	Doenças do refluxo gastroesofágico: hérnia de hiato, esofagite de refluxo, esôfago de Barret.	Pacientes cirúrgicos sem complicações: pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico, inclusive aqueles com manifestações atípicas cujo refluxo foi devidamente comprovado. Pacientes cirúrgicos com complicações; esôfago de Barret, estenose, úlcera e sangramento esofágico.	EDA, exame radiológico contrastado do esôfago, pH metria e manometria esofágica.	Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de 2x por semana, há cerca de 4 a 8 semanas, devem ser considerados possíveis portadores de DRGE. Existe correlação entre o período de duração dos sintomas e o aumento do risco para o desenvolvimento do esôfago de Barret e adenocarcinoma de esôfago.	Casos tratados e descompensados.
	Gastrite atrófica diagnosticada.	Gastrite não responsiva, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2 vezes por semana por 4 semanas.	EDA com biópsia, pesquisa de H. pylori (anticorpos séricos, teste de urease).	Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.	Pacientes tratados e descompensados.
	Úlcera péptica.	Gastrite não responsiva, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2 vezes por semana por mais de 4 semanas.	EDA com biópsia, pesquisa de H. pylori (anticorpos séricos, teste de urease).	Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.	Pacientes tratados e descompensados.
Diarreia crônica.	Eliminação de fezes predominantemente desmanchadas ou líquidas, não importa o número de vezes, por um período maior que 3 a 4 semanas.	Hemograma, bioquímica, EPF.	Diarreia com ou sem sangue, muco ou pus, tenesmo associado, com ou sem urgência fecal.	Diarreia com sangue, emagrecimento importante.	

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Gastroenterologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Constipação intestinal refratária ao tratamento prévio.	Constipação intestinal quando a pessoa evacua até duas vezes por semana (menos de uma vez a cada 3-4 dias) ou há excessiva dificuldade para defecar, apesar do uso de laxativos.	Hemograma, bioquímica, RX simples de abdome, colonoscopia.	Distensão abdominal, avaliação de presença de massas abdominais.	Relato de emagrecimento.
	Pancreatite.	Casos de complicações.	Amilase, lipase, triglicerídeos, BTF, fosfatase alcalina, teste de tolerância à glicose, glicemia, TGO, TGP, GGT, RX simples de abdome, USG abdome e TC do órgão.	Dor abdominal em barra, dispepsia e vômito.	Pacientes tratados e descompensados.
DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	Colite ulcerativa, doença de Crohn e síndrome do cólon irritável.	Perfuração de cólon, risco de evolução para neoplasia e casos cirúrgicos.	Colite ulcerativa: colonoscopia, enema opaco, hemograma, VHS, PCR, alfa 1 glicoproteína ácida, perfil de ferro e ferritina. Doença de Crohn: colonoscopia, enema opaco. Síndrome do cólon irritável: colonoscopia, enema opaco.	Colite ulcerativa: diarreia sanguinolenta, muco, febre, dor abdominal, tenesmo, perda de peso e anemia. Doença de Crohn: dor abdominal, diarreia, febre, perda de peso. Pode evoluir com estenose ou fístulas intestinais e para outros órgãos.	Casos tratados e descompensados.
HEPATO-LOGIA	Icterícia para esclarecimento.	Suspeita diagnóstica.	Provas de função hepática, USG, abdome.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Ascite para esclarecimento.	Suspeita diagnóstica.	USG abdome.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Nódulo hepático.	Suspeita de carcinoma hepatocelular, nódulo em fígado cirrótico.	Biópsia hepática, TC com estudo dinâmico hepático, RNM com estudo dinâmico com CD do exame.	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Doença gordurosa hepática não alcoólica.	Síndrome metabólica.	Hemograma, coagulograma, TGO, TGP, GGT, BTF, USG de abdome.	Obesidade, DM, HAS.	Doença hepática avançada.
	Síndromes colestáticas crônicas.	Icterícia, colúria, acolia fecal e prurido.	Hemograma, hepatograma, USG de abdome, anticorpo antimitocôndria, colangiressonância magnética.	Sinais de icterícia.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Gastroenterologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
HEPATOLOGIA	Hepatites crônicas.	Hepatite crônica.	Hemograma, coagulograma, hepatograma, BTF. Hepatite A: anti-HAV IgG. Hepatite B: HBsAg, HBeAg, anti-HBc IgM e IgG, anti-HBe, anti-HBs. Hepatite C: anti-HCV, PCR quantitativo para HCV-RNA, genótipo do HCV, imunoglobulinas IgG, IgM, IgA, FAN, antimusculo liso, anti-LKM 1, anticorpo antimitocôndria, ferro, ferritina, TIBC, alfa 1 antitripsina, USG de abdome, biópsia hepática ou fibroscan (dependendo da situação).	Mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliartrite nodosa.	Hepatite crônica.
	Hepatites agudas.	Hepatite aguda.	Hemograma, TAP, PTT, bilirrubinas, transaminases, fosfatase alcalina, GGT, proteínas totais e frações e sorologia para hepatites A, B e C: anti-HAV IgG e IgM, HBsAg, anti-HBc IgG e IgM, anti-HBs e anti-HCV.	TAP menor que 50% e/ou encefalopatia hepática, náuseas, vômitos, febre persistente.	Todos os casos.
	Cirrose hepática.	Todos os casos.	Sorologia para hepatites A, B e C, ferritina, anticorpo antimitocôndria, antimusculo liso, anti-LKM, FAN, alfafetoproteína, USG de abdome, TC do órgão, biópsia hepática, hemograma, hepatograma, EDA, imunoglobulinas IgG, IgA, IgM, glicemia, eletroforese de proteínas, colesterol, triglicerídeos e coagulograma.	Estima-se que aproximadamente 40% dos pacientes com cirrose são assintomáticos. Uma vez que os sintomas se manifestam, no entanto, o prognóstico é grave. Os principais sintomas são anorexia, vômitos, fraqueza, icterícia, eritema palmar, ginecomastia, hepatoesplenomegalia, ascite, hemorragia digestiva, anemia, neuropatia periférica, hipertensão portal.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Gastroenterologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
HEPATITES VIRAIS B e C	Hepatites virais B e C.	Hepatites virais B e C.	Hemograma, coagulograma, hepatograma, BTF. Hepatite A: anti-HAV IgG. Hepatite B: HBsAg, HbeAg, anti-HBc IgM e IgG, anti-HBe, anti-HBs. Hepatite C: anti-HCV, PCR quantitativo para HCV-RNA, genótipo do HCV.	Mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliartrite nodosa.	Todos os casos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Gastroenterologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Gastroenterologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Proctologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Hepatologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.9 Gastroenterologia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GASTROENTEROLOGIA: PEDIATRIA	Alergia alimentar.	Suspeita de alergia alimentar que apresente sintomas digestivos como vômitos, diarreia e sangramento nas fezes.	Elementos anormais nas fezes, exame parasitológico de fezes.	Desnutrição.	Casos sintomáticos com desnutrição.
	Constipação crônica.	Encopresis e os casos não responsivos ao tratamento inicial proposto pelo pediatra geral.	Toque retal, RX simples de abdome.	Distensão abdominal.	Dor abdominal.
	Diarreia crônica.	Quadro diarreico com duração superior a um mês e com exame parasitológico negativo.	Elementos anormais nas fezes, exame parasitológico de fezes.	Desnutrição.	Desnutrição.
	Dor abdominal.	Dor abdominal de duração superior a dois meses e/ou pelo menos três episódios recorrentes em um período de dois meses; dor epigástrica ou gastrite não responsiva ao tratamento com antagonista H2. Todos com exames parasitológicos negativos de fezes.	Exame parasitológico de fezes, USG de abdome.	Exame físico do abdome, dor localizada.	Casos sintomáticos.
	Hemorragia digestiva.	Hemorragia digestiva alta ou baixa.	Hemograma, EDA.	Icterícia, hepatoesplenomegalia, dor abdominal, doença perianal.	Todos os casos.
	Hepatites.	Quadro clínico de hepatite e com IgM para hepatite A negativo ou positivo por um período superior a 2 meses.	Dosagem de imunoglobulinas para hepatite A, B e C.	Icterícia, hepatoesplenomegalia, hemorragias.	Icterícia.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Gastroenterologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GASTROENTEROLOGIA: PEDIATRIA	Icterícia.	Encaminhar crianças com aumento de bilirrubina direta e crianças com idade superior a 2 anos e com aumento de bilirrubina indireta.	Hemograma, dosagem de bilirrubina total e frações, USG abdominal, aminotransferases, fosfatase alcalina, sorologia para hepatites A, B e C.	Colúria, acolia fecal, hepatoesplenomegalia.	Todos os casos de colestase.
	Refluxo gastroesofágico.	Encaminhar todas as crianças acima de 2 anos. Devem ser encaminhadas as menores de 2 anos que apresentem alguns dos seguintes sintomas: anemia não responsiva à reposição de ferro, déficit ponderal, irritabilidade, hemorragia digestiva, sintomas respiratórios recorrentes, recusa alimentar.	EDA, seriografia esôfago-gastro-duodenal.	Desnutrição, palidez, pneumonias de repetição.	Casos muito sintomáticos com desnutrição.
	Vômitos.	Vômitos persistentes por mais de 10 dias e/ ou vômitos recorrentes.	Hemograma, EAS, USG de abdome.	Desnutrição, exame neurológico.	Vômitos acompanhados de desnutrição.
	Litíase biliar.	Quadro de litíase biliar.	USG abdominal.	Dor à palpação abdominal.	Casos agudos: encaminhar para emergências.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Gastroenterologista Pediátrica	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Gastroenterologista (AFD)	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.10 Genética

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GENÉTICA MÉDICA	Suspeita de erro inato do metabolismo em menores de 1 ano.	-	-	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Suspeita de erro inato do metabolismo em maiores de 1 ano.	-	-	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Suspeita ou diagnóstico confirmado de síndrome de Down.	-	-	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Suspeita ou diagnóstico confirmado de condição genética monogênica (síndrome de Marfan, neurofibromatose, esclerose tuberosa).	-	-	Citar achados significativos.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Genética			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GENÉTICA MÉDICA	Avaliação de condição de possível etiologia genética para esclarecimento diagnóstico.	-	-	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Suspeita de condição relacionada à exposição a teratógenos no período pré-natal.	-	-	Citar achados significativos.	Todos os casos.
	Pacientes já com diagnóstico de condição genética estabelecida necessitando de acompanhamento ambulatorial de rotina.	-	-	Citar achados significativos.	Todos os casos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Geneticista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.11 Geriatria

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Idoso com 60 anos ou mais com capacidade funcional comprometida e alguma dependência para as atividades da vida diária básicas, tais como: alimentação, higiene, vestuário, locomoção e outras.	Idoso com sequelas de AVC	Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.	Citar achados significativos.	Pacientes com AVC ocorrido em até 6 meses.
		Idoso com Síndrome Demencial e/ou outra alteração cognitiva / alteração de comportamento com comprometimento da capacidade funcional	Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, T4L, T3, VDRL e TC ou RNM de Crânio, se realizados.	Citar achados significativos.	-

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Geriatria			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERIATRIA	Idoso com 60 anos ou mais com capacidade funcional comprometida e alguma dependência para as atividades da vida diária básicas, tais como: alimentação, higiene, vestuário, locomoção e outras.	Idoso com quadro de Sintomas depressivos / ansiosos com comprometimento da capacidade funcional	Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.	Citar achados significativos.	-
		Idoso com Parkinson e/ou outros distúrbios do movimento com comprometimento da capacidade funcional	Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.	Alteração motora, lentidão de movimentos, tremores, desequilíbrio.	Pacientes com dificuldade de locomoção.
		Idoso com doenças Osteoarticulares / Osteoporose e/ou com fraturas que comprometem a capacidade funcional	Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, Densitometria Óssea.	Idoso com dores fortes e persistentes, com dificuldade de locomoção, quedas frequentes, deformidades importantes, fraturas e outros. Osteoporose grave de difícil manejo.	Fraturas que levem à restrição ao leito.
	Idoso com histórico de 3 quedas ou mais no último ano	Idoso com quedas por causas não identificadas.	Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, Vitamina D.	Citar achados significativos.	-
	Idoso com histórico de 3 ou mais internações no últimos 6 meses.	Idoso com capacidade funcional comprometida em decorrência de internações, que desenvolveram delirium e/ou úlceras de pressão.	Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.	Citar achados significativos.	-

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Geriatria			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERIATRIA	Idoso que usa 5 ou mais medicamentos	Idoso que utiliza mais de 5 medicamentos que apresentem efeitos adversos a esses medicamentos. Necessidade de troca de medicações ou suspeita de cascata iatrogênica.	Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH.	Citar achados significativos.	Idosos com 75 anos ou mais.
	Idoso com Polipatologias	Idoso com 5 diagnósticos ou mais, em que haja dificuldade de manejo, associado a polifarmácia, risco ou comprometimento funcional.	Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, Vitamina D.	Citar achados significativos.	-
	Idoso com Síndrome Consuptiva / Desnutrição ou Síndrome de Fragilidade	Idoso com pelo menos 3 itens: perda de peso, fraqueza muscular, alteração de marcha, cansaço ou fadiga e diminuição da atividade física. Idosos com perda de peso importante e desnutrição não elucidados	Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, Vitamina D.	Citar achados significativos.	-
	Idoso com incontinência urinária associado a comprometimento funcional.	Idoso com perda urinária associada a outras síndromes geriátricas, polifarmácia e comorbidades em que as mudanças ambientais não tenham surtido efeito.	Hemograma completo, Glicemia de Jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Vitamina B12, Ácido Fólico, Albumina, Colesterol Total e frações, triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, Vitamina D, EAS + Urocultura com antibiograma, PSA para os homens.	Citar achados significativos.	-
Sistema Municipal de Regulação		Formulário		Exames Necessários para Inserção	
Módulo Consulta / Médico Geriatra		Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente		-	

6.12 Hematologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm ³ em pelo menos dois exames.	Avaliar sangramento.	Hemograma, bioquímica com hepatograma, sorologia de hepatites B e C, HIV, EBV.	Presença de sufusões hemorrágicas.	Trombocitopenia menor que 50.000/mm ³ . Trombocitopenia maior ou igual a 50.000/mm ³

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Hematologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Leucometria global menor ou igual a 2.000/mm ³ e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.200/mm ³ em pelo menos dois exames.	Avaliar infecção, hepatopatia.	Hemograma, bioquímica com hepatograma, sorologia de hepatites B e C, HIV, EBV.	Quadro infeccioso, hepatoesplenomegalia	Contagem de neutrófilos menor que 500/mm ³ e associação de plaquetopenia e/ou anemia. Contagem de neutrófilos maior ou igual a 500/mm ³ e associação de plaquetopenia e/ou anemia.
	Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl, com VCM acima de 100fl.	Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia.	Hemograma, reticulócitos.	Palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, dispneia.	Alteração de leucograma e plaquetas ou dosagem de hemoglobina menor que 7 g/dl. Alteração de leucograma e plaquetas ou dosagem de hemoglobina maior que 7 g/dl.
	Blastos no sangue periférico.	Anemia, alteração de leucócitos e trombocitopenia.	Hemograma.	Palidez cutâneo-mucosa, infecção, sangramento.	Todos.
	Anemia e icterícia por elevação de bilirrubina indireta.	Cansaço, fraqueza, astenia, dispneia, urina de coloração escurecida.	Hemograma, bioquímica, LDH, Coombs direto.	Palidez cutâneo-mucosa, icterícia, taquicardia, dispneia.	Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl.
	Anemia normocítica e normocrômica, excluídas as doenças crônicas, como insuficiência renal, diabetes, colagenoses, hepatopatias.	Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia.	Ureia, creatinina, glicose, FAN, TGO, TGP, GGT, fosfatase alcalina, albumina, TAP.	Palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, dispneia.	Dosagem de hemoglobina menor que 9 g/dl.
	Alterações no coagulograma na ausência de terapêutica com anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários (AAS, cumarínico) e/ou hepatopatias.	Avaliar sangramento e história familiar de sangramento	Hemograma, TAP, PTT.	Equimoses, petéquias, sangramentos ativos.	Sangramento frequente e ativo
	Adenomegalias na ausência de infecção viral aguda.	Avaliar febre, sudorese e emagrecimento.	Hemograma, sorologias para EBV, CMV, toxoplasmose, HIV, VDRL.	Linfadenomegalias palpáveis.	Adenomegalia volumosa, compressiva ou de mediastino. Queda do estado geral, emagrecimento.
	Esplenomegalia no adulto, afastada doença hepática de etiologia não hematológica.	Avaliar febre, sudorese e emagrecimento.	bioquímica, USG de abdome superior.	Aumento da circunferência abdominal.	Queda do estado geral, emagrecimento.
	Dor óssea, anemia com ou sem insuficiência renal.	Cansaço, fraqueza, astenia e dispneia, dor lombar e emagrecimento.	Hemograma, creatinina, cálcio, proteínas totais e frações.	Palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, dispneia, dificuldade de deambulação.	Presença de pico monoclonal na eletroforese de proteínas plasmáticas, com dificuldade de deambulação.
	Trombocitose maior que 500.000/mm ³ acompanhada de leucocitose maior que 15.000/mm ³ .	Excluir infecção, ausência de febre.	Hemograma.	Avaliar esplenomegalia, sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento.	Presença de trombose ou sangramento ou leucocitose maior que 50.000/mm ³ . Presença de trombose ou sangramento.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Hematologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Leucocitose maior que 20.000/mm ³ com desvio à esquerda em ausência de infecção.	Excluir infecção.	Hemograma.	Avaliar esplenomegalia, sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento	Leucocitose maior que 50.000/mm ³ . Leucocitose menor que 50.000/mm ³
	Eritrocitose (hematócrito maior que 50% em homens e 46% em mulheres).	Afastar DPOC e cardiopatias cianóticas.	Hemograma, RX de tórax.	Avaliar esplenomegalia, sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento.	Hematócrito acima de 60% Hematócrito abaixo de 60%
	Trombocitose isolada maior que 500.000/mm ³ em 3 hemogramas realizados com intervalo de um mês.	Excluir infecção, ausência de febre, neoplasia não hematológica e ferropenia.	Hemogramas seriados.	Avaliar sinais de trombose venosa e/ou arterial, sangramento.	Presença de trombose ou sangramento
	Um ou mais eventos trombóticos em adultos maiores de 40 anos, sendo afastados neoplasia, hepatopatia, trauma, colagenoses e cardiopatias.	História de eventos tromboembólicos, abortos de repetição.	-	Sinais de trombose venosa e/ou arterial.	-

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Demanda livre no Hemonúcleo/SG, a partir de 12 anos.	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames de Sangue; Biópsia (caso seja paciente de Oncologia).
Módulo Consulta / Médico Hematologista (AFD)	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Critérios para inserção no Sistema Estadual – SER: 1) Identificação do sítio primário da lesão. 2) Exames que comprovem a malignidade; - Hemato ONCO – Exames laboratoriais.

6.13 Hematologia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
HEMATOLOGIA: PEDIATRIA	Trombocitopenia menor ou igual a 100.000/mm ³ em pelo menos dois exames.	Avaliar sangramento.	Hemograma, bioquímica com hepatograma, sorologia para hepatites B e C, HIV, EBV, CMV, toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis.	Presença de sufusões hemorrágicas, hepatoesplenomegalia.	Trombocitopenia menor do que 50.000/mm ³ e/ou hepatoesplenomegalia. Trombocitopenia maior ou igual a 50.000/mm ³ .
	Leucometria global menor ou igual a 2.000/mm ³ e/ou contagem de neutrófilos menor ou igual a 1.000/mm ³ em pelo menos dois exames.	Avaliar infecção.	Hemograma, LDH, ácido úrico, creatinina, potássio, sorologia para hepatites B e C, HIV, EBV, CMV, toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis.	Quadro infeccioso, hepatoesplenomegalia.	Contagem de neutrófilos menor do que 1.000/mm ³ e associação de plaquetopenia e/ou anemia. Contagem de neutrófilos menor do que 1.000/mm ³ .

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Hematologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
HEMATOLOGIA: PEDIATRIA	Dosagem de hemoglobina menor do que 10 g/dl em paciente com idade de 0 a 28 dias.	Avaliar incompatibilidade neonatal, apneia.	Hemograma de reticulócitos, bilirrubinas, grupo sanguíneo e fator Rh de mãe e filho, Coombs direto, sorologia para hepatites B e C, HIV, EBV, CMV, toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis, teste do pezinho.	Palidez cutâneo-mucosa, icterícia, alteração de frequência respiratória, hepatoesplenomegalia.	Todos os casos.
	Blastos no sangue periférico.	Dor óssea, cansaço, queda do estado geral, febre.	Hemograma, LDH, ácido úrico, creatinina, potássio, cálcio.	Palidez cutâneo-mucosa, infecção, sangramento, anemia, alteração de leucócitos e trombocitopenia	Todos.
	Dosagem de hemoglobina menor ou igual a 8 g/dl em paciente com idade acima de 29 dias até 3 anos.	Afastar anemia ferropriva.	Hemograma de reticulócitos, bilirrubinas, sorologia para hepatites B e C, HIV, EBV, CMV, toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis, teste do pezinho, ferritina, ferro.	Palidez cutâneo-mucosa, icterícia, alteração de frequência respiratória, hepatoesplenomegalia.	Hemoglobina menor ou igual a 5 g/dl e/ou alteração de contagem de leucócitos ou plaquetas.
					Hemoglobina maior do que 5 g/dl sem descompensação clínica.
	Dosagem de hemoglobina menor ou igual a 9 g/dl em paciente com idade acima de 3 anos.	Afastar anemia ferropriva, cansaço.	Hemograma de reticulócitos, bilirrubinas, teste do pezinho, ferritina, ferro.	Palidez cutâneo-mucosa, icterícia, alteração de frequência respiratória, hepatoesplenomegalia.	Hemoglobina menor ou igual a 5 g/dl e/ou alteração de contagem de leucócitos ou plaquetas.
					Hemoglobina maior do que 5 g/dl sem descompensação clínica.
	Alterações no coagulograma em pelo menos dois exames.	Avaliar sangramento e história familiar de sangramento.	Hemograma, TAP, PTT.	Equimoses, petéquias, sangramentos ativos.	Sangramento frequente e ativo com descompensação hemodinâmica e/ou síndrome compartimental. Estável clinicamente.
	Adenomegalias maiores do que 2cm na ausência de infecção aguda.	Avaliar febre, sudorese e emagrecimento.	Hemograma, sorologia para hepatites B e C, HIV, EBV, CMV, toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis, PPD, RX de tórax.	Linfadenomegalias palpáveis maiores do que 2 cm e hepatoesplenomegalia, massa abdominal ou de mediastino.	Adenomegalias volumosas, compressivas ou de mediastino.
Queda do estado geral, emagrecimento.					
Trombocitose isolada maior do que 600.000/mm ³ em três hemogramas realizados com intervalo de um mês.	Excluir infecção, febre e anemia ferropriva.	Hemogramas seriados.	Hepatoesplenomegalia.	Presença de trombose ou sangramento.	
				Sem alteração clínica.	

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Hematologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
HEMATOLOGIA: PEDIATRIA	Trombocitose maior do que 600.000/mm ³ acompanhada de leucocitose maior do que 20.000/mm ³ .	Excluir infecção.	Hemograma.	Hepatoesplenom egali a.	Presença de trombose ou sangramento ou leucocitose maior do que 50.000/mm ³ . Leucocitose menor do que 50.000/mm ³ .
	Leucocitose maior do que 30.000/mm ³ , em ausência de infecção, em dois hemogramas.	Dor óssea, cansaço, queda do estado geral, febre.	Hemograma, LDH, ácido úrico, creatinina, potássio, cálcio.	Hepatoesplenom egali a, sangramento.	Leucocitose maior do que 30.000/mm ³ e/ou hepatoesplenomegalia e alteração de contagem de plaqueta e hemoglobina. Leucocitose menor do que 30.000/mm ³ .
	Deficiência de G6PD, traços falcêmico e talassêmico identificados previamente.	História familiar.	Hemograma, teste do pezinho.	Não há.	Todos os casos.
	Massa abdominal e/ou de mediastino.	Excluir tumor não hematológico.	RX de tórax, USG de abdome, hemograma, LDH, ácido úrico, creatinina e potássio.	Hepatoesplenom e galia, adenomegalia, massa palpável.	Todos os casos.
	Eventos trombóticos.	História de eventos tromboembólicos, abortos de repetição, cardiopatias.	TAP, PTT, contagem de plaquetas.	Sinais de trombose venosa e/ ou arterial.	Todos os casos.
	Oncologia.	Suspeita de tumores malignos.	-	Citar achados significativos.	Todos os casos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Demanda livre no Clínica da Criança/SG, de 0 a 11 anos	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames de Sangue; Biópsia (caso seja paciente de Oncologia).
Módulo Consulta / Médico Oncologia	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente.	Crítérios para inserção no Sistema Estadual – SER: 1) Identificação do sítio primário da lesão. 2) Exames que comprovem a malignidade; - Hemato ONCO – Exames laboratoriais.

6.14 Infectologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Pareceres, triagem e acompanhamento de doenças infecciosas e parasitárias que NÃO sejam HIV.	Esclarecimento diagnóstico ou acompanhamento de quaisquer doenças infecciosas que não sejam HIV.	Exames complementares referentes a cada doença relacionada.	Sinais e sintomas compatíveis com as doenças infecciosas listadas.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento		Protocolo do Acesso Ambulatorial - Infectologia			
			HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
HIV/AIDS	HIV adulto	Pareceres ou acompanhamento de casos de HIV de adultos com maior complexidade.	Pacientes com infecção pelo HIV identificados com necessidade de esclarecimento diagnóstico ou avaliação de especialista.	Sorologia para HIV, hemograma e VHS, ureia, creatinina e EAS, ECG e ecocardiograma (se possível). RX do local suspeito de infecção. Sorologias básicas da rotina para pacientes com HIV.	Linfonodomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, sinais de ICC, sinais de insuficiência renal, exame neurológico ou visual alterado.	Casos sintomáticos.
	HIV com linfoma ou leucemia.	Avaliação conjunta com a hematologia para quimioterapia ambulatorial em hospital-dia.	Paciente com infecção pelo HIV e diagnóstico de leucemia ou linfoma.	Sorologia para HIV; hemograma ou biopsia com suspeita ou confirmação de linfoma ou leucemia.	Todos os casos.	Casos sintomáticos.
	HIV com sarcoma de Kaposi.	Quimioterapia em hospital-dia (pacientes sem indicação para internação)	Paciente com infecção pelo HIV e lesões de sarcoma de Kaposi.	Sorologia para HIV, de preferência com biopsia confirmando sarcoma de Kaposi.	Lesões compatíveis com sarcoma de Kaposi.	Casos sintomáticos.
	HIV e hepatites virais.	Acompanhamento de hepatites virais em pacientes infectados pelo HIV.	Pacientes com coinfeção HIV/hepatite B crônica e HIV/hepatite C crônica já em tratamento da infecção pelo HIV.	Sorologia para hepatites B e C. PCR, se possível.	Assintomático ou com sinais indiretos para cirrose hepática.	Casos sintomáticos.
HIV/AIDS GESTANTE	Acompanhamento pré-natal de gestantes com HIV/aids.		Gestantes com infecção pelo HIV.	Sorologia para HIV.	-	Todos os casos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Infectologista (AFD)	Laud 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.15 Infectologia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
INFECTOLOGIA: HIV/AIDS – PEDIATRIA	Acompanhamento de crianças e adolescentes infectados pelo HIV.	Crianças e adolescentes infectados pelo HIV.	Sorologia para HIV.	Descrever achados relevantes.	Todos os casos.
INFECTOLOGIA: HIV/AIDS – NEONATOLOGIA	Esclarecimento diagnóstico de HIV.	Recém-nascidos (até 18 meses de idade) de mães infectadas pelo HIV que não tenham feito pré-natal.	Sorologia para HIV da mãe.	Descrever achados relevantes.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Infectologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
INFECTOLOGIA: PEDIATRIA	Febre de origem indeterminada.	Febre há mais de três semanas	Hemograma, bioquímica, PCR, VHS, EAS, urinocultura, RX de tórax, sorologia para HIV, toxoplasmose, CMV e monoteste (para maiores de 4 anos) e/ou sorologia para EBV.	Descrever achados relevantes.	Todos os casos.
	Síndrome de mononucleose.	Febre, adenomegalia e hepato-esplenomegalia.	Hemograma, bioquímica, PCR, VHS, sorologia para HIV, toxoplasmose, CMV e monoteste (para maiores de 4 anos) e/ou sorologia para EBV.	Descrever achados relevantes.	-
	Adenomegalia.	Quadro de adenomegalia para esclarecimento.	Hemograma, bioquímica, PCR, VHS, sorologia para HIV, toxoplasmose, CMV e monoteste (para maiores de 4 anos) e/ou sorologia para EBV, RX de tórax, USG da região da adenomegalia, teste tuberculínico.	Descrever achados relevantes.	Casos com alteração no hemograma, como leucocitoses importantes, citopenias, emagrecimento
	Tuberculose extrapulmonar.	Confirmação diagnóstica de tuberculose extrapulmonar.	Teste tuberculínico, sorologia para HIV, RX de tórax, Baar e cultura de escarro.	Descrever achados relevantes.	Casos descompensados.
	Micoses profundas.	Confirmação diagnóstica e tratamento de paracoccidiodomicos e, histoplasmose, criptococose, entre outras.	-	Descrever achados relevantes.	-
	Infecções congênicas.	Investigação e acompanhamento de infecções congênicas (exceto Sida) paciente cuja mãe tem sorologia positiva para HIV no pré-natal ou no parto. Deve ser encaminhado ao serviço específico.	Sorologias materna e do RN para toxoplasmose, herpes simples, rubéola, CMV, VRL e HIV. Exame do líquido.	Descrever achados relevantes.	Suspeita de CMV congênito, preferencialmente e antes de 21 dias de vida. Toxoplasmose congênita = crianças com IgM, soroconversão materna na gravidez.
	Parasitoses incomuns.	Investigação e tratamento de esquistossomose, teníase, entre outras.	EPF.	Descrever achados relevantes.	Casos descompensados.
	Leshmaniose visceral.	Investigação e tratamento.	Hemograma, bioquímica, PCR, VHS.	Descrever achados relevantes.	-
	Hepatoesplenomegalia + febre.	Investigação e tratamento.	Hemograma, bioquímica, PCR, VHS.	Descrever achados relevantes.	-
Sistema Municipal de Regulação		Formulário		Exames Necessários para Inserção	
Módulo Consulta / Médico Infectologista (AFD)		Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente		Exames Complementares.	

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Alteração de exame de urina.	Avaliar aspectos da urina (odor, cor, volume), febre, dor lombar, disúria ou estrangúria, doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina e glicemia de jejum, hemograma completo, cálcio, potássio, ácido úrico, colesterol total e frações e triglicérides.	Palidez, estado nutricional, edema, abdome, cardiovascular, pressão arterial.	Oligúria e/ou creatinina maior ou igual a 2,0 mg/dl.
	Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado.	Avaliar aspectos da urina (odor, cor, volume, se espumosa), início dos sintomas, febre, dor lombar, disúria ou estrangúria, doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina e glicemia de jejum.	Palidez, estado nutricional, edema, exame do aparelho respiratório, do abdome, cardiovascular, pressão arterial.	Oligúria, hematúria maciça, creatinina maior ou igual a 2,0 mg/dl.
	Lesão renal secundária a diabetes e/ou hipertensão.	Avaliar aspectos da urina (odor, cor, volume, se espumosa), início da doença de base e como foi conduzida.	EAS, ureia, creatinina e glicemia de jejum.	Palidez, estado nutricional, edema, exame do aparelho respiratório, do abdome, cardiovascular, pressão arterial.	Creatinina maior que 4,0 mg/dl.
	Proteinúria no EAS (com ou sem hematúria) com cultura negativa (ausência de ITU).	História sucinta constando tempo de evolução, história progressa e doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina, colesterol total e frações, hemograma.	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.	Creatinina maior que 2,0 mg/dl ou proteinúria maior que 2 cruces.
	Infecção urinária de repetição (mais de 3 episódios/ano).	História sucinta constando tempo de evolução, história progressa e doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina, hemograma, cultura de urina com TSA, USG do aparelho urinário.	Relatar os achados importantes.	Histórico de ITU com repercussões sistêmicas (febre, calafrios, dor lombar).
	Creatinina maior que 2mg/dl ou Clearance de creatinina menor que 60 ml/min.	História sucinta constando tempo de evolução, história progressa e doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina, potássio, glicemia de jejum, hemograma completo, colesterol total e frações e hemoglobina glicosilada.	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.	Creatinina maior que 3,0 mg/dl.
	Doença renal policística.	História sucinta constando tempo de evolução, história progressa e doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina.	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.	Creatinina maior que 2,0 mg/dl.
	Rim único.	História sucinta constando tempo de evolução, história progressa e doenças associadas.	EAS, ureia, creatinina.	Relatar os achados importantes, inclusive a medida da pressão arterial.	Creatinina maior que 2,0 mg/dl.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Nefrologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Nefrologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.17 Nefrologia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
NEFROLOGIA: PEDIATRIA	Infecção do trato urinário.	Cultura de urina positiva (acima de 100.000 colônias bacterianas) e história de infecções urinárias de repetição.	EAS, urocultura, bacterioscopia e USG de aparelho urinário ou abdominal total.	Febre, perda ponderal, irritabilidade, vômito, alteração do hábito urinário (disúria, enurese, polaciúria, tenesmo urinário), sinal de Giordano.	Casos tratados e descompensados.
	Hipertensão arterial na infância.	Todos os casos.	Hemograma, EAS, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, perfil lipídico, USG renal, ecocardiograma.	Citar achados significativos.	Casos tratados e descompensados.
	Hematúrias.	Hematúrias recorrentes ou persistentes.	EAS, urocultura, hemograma, ureia, creatinina, USG.	Citar achados significativos.	Casos tratados e descompensados.
	Glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica.	Todos os casos.	EAS, ureia e creatinina.	Os sintomas seguem-se à infecção estreptocócica (seja de vias aéreas superiores ou de pele). Após 14 a 21 dias, surgem as principais características: edema, HAS e hematúria.	Casos tratados e descompensados.
	Síndrome nefrótica.	Urina de 24 horas com proteinúria patológica (maior que 150mg/24h) ou EAS com proteinúria e/ou hematúria em dois exames sequenciais, dosagem de albumina sérica reduzida (abaixo de 3,0 mg/dl) e colesterol elevado.	EAS, proteinúria de 24 horas, colesterol total e frações, ureia, creatinina, cálcio, hemograma.	Edema intenso e depressível, podendo evoluir para anasarca.	Casos tratados e descompensados.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Nefrologista Pediátrico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Nefrologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.18 Neurologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Epilepsia, convulsão e desmaios.	Crises convulsivas de difícil controle (após uso de duas medicações anticonvulsivantes em doses plenas), suspeita de epilepsia sintomática, crises convulsivas como componentes de síndromes neurológicas.	Orientar o paciente a levar os exames que já possui, tais como TC de crânio, EEG e outros.	Relatar achados importantes.	Múltiplas crises e alterações ao exame neurológico. Pacientes com mais de uma crise em menos de 24h e, sem medicação, devem procurar a emergência.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Neurologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Cefaleia.	História sucinta informando localização, característica, evolução e doenças associadas. Cefaleia de difícil controle, para a qual já foi feita uma profilaxia sem sucesso. Pacientes com alterações no exame neurológico, crises convulsivas, sinais de HIC associados a distúrbios do comportamento, com piora progressiva ou instalação súbita e constante, devem ser encaminhados ao neurologista/neurocirurgião em serviço de emergência.	Hemograma, bioquímica (glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, GGT, BTF, proteínas totais e frações), sorologias para sífilis, hepatite e HIV, ácido fólico, T4 livre, TSH, vitamina B12, eletroneuromiografia.	Relatar achados importantes e informar PA. Caso seja realizado exame de fundo de olho e se encontrar papiledema, encaminhar paciente com exames para avaliação neurológica/neurocirúrgica em serviço de urgência.	Não há. Pacientes com sinais de alerta devem procurar a emergência.
	Doença de Parkinson.	Tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e alterações posturais.	Não há.	Relatar principais achados.	Pacientes com necessidade de mais de duas medicações.
	Distonias.	Focal ou generalizada.	RNM de crânio.	Relatar principais achados.	Não há.
	Cisticercose.	Encaminhar todos os casos.	TC de crânio, RNM e EEG.	Sintomas focais, meníngeos e crises epiléticas.	Casos tratados e descompensados e não tratados.
	Distúrbio de aprendizagem e retardo psicomotor.	História sucinta que especifique qual atraso do desenvolvimento neuropsicológico foi observado, qual é o distúrbio do comportamento, o tempo de evolução e os dados sobre o parto no primeiro ano de vida.	TC de crânio.	Relatar achados importantes.	Não há.
	Paralisia Facial Periférica	Mononeuropatia isolada de instalação aguda com comprometimento de toda a hemiface. Pode-se acompanhar de alteração dos gostos salgado e doce na metade da língua do lado comprometido e hiperacusia. Não há outro déficit neurológico (hemiplegia, hemianestesia e alteração de sensibilidade superficial da face).	Não há.	Diferenciar a paralisia periférica (toda a hemiface) da central (somente da parte inferior da face, não comprometendo a frontal).	Não há
	Miastenia grave e outras miopatias.	Já diagnosticada em outro serviço e que necessite de tratamento especializado ou suspeita diagnóstica de miastenia.	TC de tórax, eletroneuromiografia (estimulação repetitiva).	Relatar achados importantes.	Todos os casos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Neurologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).	Evolução de disfagia, disфония e perda progressiva de força, generalizada ou bulbar.	Eletroneuromiografia, RNM de crânio e cervical.	Sinais de comprometimento de 1º e 2º neurônio motor.	Todos os casos.
	Acidente vascular cerebral.	Quadros subagudos que necessitem de investigação para diagnóstico etiológico, se ainda não estabelecido.	Hemograma, bioquímica, lipidograma, ECG, TC e/ou RNM do crânio e USG vascular.	Relatar achados importantes.	Hemorragia subaracnóidea não investigada.
	Hidrocefalia.	Todos os casos com suspeita diagnóstica. Se o caso estiver associado à presença de tumor, encaminhar o paciente diretamente ao neurocirurgião.	TC e RNM de crânio.	Aumento do perímetro cefálico em relação à faixa etária. Irritabilidade, vômitos, sonolência. Sinal do pote rachado (sinal de MacEwen).	Todos os casos descompensados ou mal tratados.
	Síndromes demenciais (Alzheimer e outros).	História detalhando a instalação e o comprometimento cognitivo identificado (orientação, memória, atenção, julgamento, raciocínio e linguagem). Fazer diagnóstico diferencial entre demências tratáveis e não tratáveis.	Hemograma, TAP, glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubinas, proteínas totais e frações, VDRL, FTA-ABS, vitamina B12, ácido fólico, T4 livre, TSH, TC e/ou RNM do crânio.	Avaliação neuropsicológica com Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Teste do Desenho do Relógio (TDR).	Não há.
	Neuropatias e síndrome do túnel do carpo.	Neuropatias já diagnosticadas em outro serviço e que necessitem de tratamento especializado, dores neuropáticas com refratariedade, parestesias recorrentes, progressivas, acompanhadas ou não de dor, câimbras, paresias e paralisias em geral, excetuando-se as síndromes piramidais. Incluem-se principalmente as paraplegias arreflexas/hiporreflexas e as paresias/ paralisias segmentares e focais (facial, do nervo abducente etc.), bem como as disfagias e as disfonias mais arrastadas, amiotrofias generalizadas, segmentares ou focais que não sejam decorrentes de imobilização após AVE ou outra condição estranha ao sistema neuromuscular, quedas frequentes, perda do equilíbrio.	Hemograma, bioquímica (glicose, sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, GGT, proteínas totais e frações), sorologias para hepatite e HIV, hormônios tireoidianos, vitamina B12, eletroneuromiografia.	Relatar quadro neurológico.	Condições de evolução agudas.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Neurologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ESCLEROSE MÚLTIPLA	Surto agudo e quadro crônico.	História detalhando a instalação e o comprometimento neurológico identificado (motor, sensitivo, de coordenação, esfinteriano e visual), principalmente em mulher jovem. Diferenciar surto agudo em cenário de doença crônica e autoimune.	Orientar o paciente a levar os exames que já possui, tais como RNM, líquor e potenciais evocados.	Exame neurológico.	Surto.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Neurologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Neurologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.19 Neurologia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
NEUROLOGIA: PEDIATRIA	Transtornos paroxísticos.	Crises convulsivas, quadros epiléticos, distúrbios do sono, crise febril.	EEG, RNM de encéfalo, cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo.	De normal a déficits motores, dismorfias faciais.	Quadros epiléticos.
					Distúrbios do sono.
	Cefaleia.	Cefaleia de tensão secundária à hipertensão intracraniana ou com quadro clínico sugestivo de enxaqueca.	TC de crânio.	Sinais focais: afastar cefaleia secundária (tumores, por exemplo).	Hipertensão intracraniana.
					Enxaqueca.
	Transtornos do aprendizado.	Baixo rendimento escolar.	Avaliação neuropsicológica e RNM de crânio.	Em geral, motor sem alterações. Pode apresentar dismorfias faciais, déficit cognitivo associado.	Abandono escolar.
Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.	Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e sem etiologia definida.	RNM de encéfalo, cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo.	De normal a déficits motores, dismorfias faciais.	Regressão de desenvolvimento neuropsicomotor.	
Distúrbio de comportamento.	Transtorno global do desenvolvimento (autismo)* e crianças maiores de 6 anos com transtorno de Déficit de Atenção com (ou sem) Hiperatividade (TDAH).	Autismo: EEG, RNM de encéfalo, cariótipo, triagem para erros inatos do metabolismo. TDAH: avaliação neuropsicológica.	Em geral, motor sem alterações. Pode apresentar dismorfias faciais, déficit cognitivo associado a autismo.	Autismo.	
				Déficit de atenção.	

Possíveis Filas no Esus	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Neurologista Pediátrico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Neurologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ORTOPE- DIA: PEDIATRIA	Deformidades de MMII.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP verdadeiro em rotação interna e externa, perfil axilar.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Pé torto congênito.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Artrogrípese.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Fratura, exceto de coluna.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
	Sequela de fratura, exceto de coluna.	Encaminhar os pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial. Descrever presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	RX simples da área em AP, perfil, oblíquas.	Descrever a localização e a presença ou não de dor ou limitação à movimentação.	Limitação funcional.
Possíveis Filas no Esus	Formulário		Exames Necessários para Inserção		
Módulo Consulta / Médico Ortopedista e Traumatologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente		Exames Complementares.		
Módulo Consulta / Médico Ortopedista e Traumatologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente		Exames Complementares. Observações: Menisco: inserir RNM Gonartrose: RX com laudo e imagem Acima de 60 anos, RX com carga		

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Dor torácica.	Sintomas e sinais significativos de origem pneumológica, derrame pleural.	RX de tórax PA e perfil, ECG, ECO, TC de tórax.	Identificar as principais causas da dor torácica.	Dor torácica de origem pneumológica e que se enquadre nas doenças de referência.
	Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC).	RX de tórax PA e perfil alterados, RX de seios da face alterado (sinusopatia), pneumonia arrastada, com possibilidade de outros diagnósticos, suspeita de neoplasia, obstrução brônquica, corpo estranho, empiema pleural, infecção multirresistente a antibióticos, pneumonia com hipoxemia, insuficiência respiratória.	RX de tórax, hemograma completo, glicemia, pesquisa de BK no escarro em casos suspeitos, TC de tórax em casos de suspeita de Pneumocystis carinii ou imunocomprometidos. Nos casos mais graves: ureia, creatinina, eletrólitos, proteínas totais e HIV.	Citar os achados significativos.	Falhas no tratamento inicial ou naqueles com comorbidades importantes, como DPOC, DM, ICC, IRC.
	Tosse.	Tosse crônica (duração superior a 3 semanas).	RX de tórax e dos seios da face ou TC dos seios da face e do tórax.	Citar os achados significativos.	Pacientes cujos exames iniciais não identificaram a causa da tosse.
	Pneumopatias intersticiais difusas.	Doenças autoimunes, doenças intersticiais idiopáticas.	RX de tórax e TC de tórax.	Citar os achados significativos.	Dispneia com hipoxemia.
	Doenças supurativas pulmonares: bronquiectasias e abscessos.	RX de tórax ou TC de tórax alterados.	RX de tórax e TC de tórax.	Citar os achados significativos.	Pacientes com tosse crônica com expectoração, febre.
	Nódulo pulmonar, massa pulmonar ou mediastinal para investigação.	RX de tórax recente alterado ou suspeito, TC de tórax alterada ou suspeita, casos indeterminados mesmo com exames complementares, nódulos alterados em segmento radiológico ou RX prévio; nódulos espiculados, irregulares e/ou suspeitos.	RX de tórax em PA e perfil recentes e TC de tórax em casos indeterminados.	Citar os achados significativos.	Nódulo alterado em comparação a RX prévio ou TC de tórax e/ou biópsia pulmonar alterada.
	Hipertensão pulmonar.	Doenças do tecido conjuntivo, cardiopatias congênitas, hipertensão arterial pulmonar primária sem etiologia, HIV com hipertensão pulmonar, tromboembolismo crônico, drogas, anemias hemolíticas, doença veno-oclusiva.	RX de tórax, ECG, ECO.	Citar achados significativos.	Tosse, dispneia.
	Doenças da pleura.	RX de tórax e TC alterados.	RX de tórax e TC de tórax.	Citar os achados significativos.	-
	Doenças do mediastino.	RX de tórax e TC alterados.	RX de tórax e TC de tórax.	Citar os achados significativos.	-

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Pneumologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
ASMA	Asma grave.	Asma grave ou de difícil controle.	RX de tórax (afastar outras doenças), RX de seios da face (sinusopatia), IgE (processo alérgico), espirometria, EDA na suspeita de refluxo gastroesofágico, teste alérgico em casos selecionados.	Citar achados significativos.	Pacientes que necessitam de uso contínuo e de altas doses de broncodilatadores e corticoides sistêmicos e inalatórios e não conseguem controlar os sintomas.
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica.	Dispneia de esforço, tosse produtiva, DPOC estágios 3 e 4.	RX de tórax PA e perfil, TC de tórax.	Citar achados significativos.	Pacientes sintomáticos (dispneia, tosse crônica, infecção respiratória de repetição). Insuficiência respiratória crônica, hipoxemia, cor pulmonale.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Pneumologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Pneumologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Torácico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.22 Pneumologia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
PNEUMOLOGIA: PEDIATRIA	Lactente com sibilância.	Bebê chiador com três ou mais episódios de sibilância no período de um ano.	RX de tórax PA e perfil, dosagem de IgE.	Citar achados significativos.	Casos descompensados.
	Lactente broncodisplásico.	Lactentes com diagnóstico de broncodisplasia pulmonar, egressos de unidades de terapia intensiva ou ambulatorio de follow-up de maternidades.	RX de tórax.	Dispneia, taquipneia, tosse e/ou dependência de oxigênio.	Casos tratados e descompensados.
	Lactente com estridor.	Lactentes com estridor e respiração ruidosa, depois de afastadas as causas infecciosas e de obstrução aguda das vias aéreas superiores.	Rx de tórax, face e cavum, EDA.	Ruído respiratório alto, dificuldade inspiratória, tiragem de fúrcula.	Casos descompensados.
	Pneumonias graves ou de repetição.	Comprometimento pulmonar após pneumonia aguda grave (o paciente necessitou de terapia ou ventilação mecânica), pneumonias com derrame pleural, pneumatocele ou pneumotórax e pneumonia de repetição (duas ou mais pneumonias no último ano).	Hemograma, VHS, RX de tórax.	Mal estado geral, febre tosse, taquipneia, dispneia.	Casos tratados e descompensados.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Pneumologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
PNEUMOLOGIA: PEDIATRIA	Tuberculose pulmonar.	Tuberculose pulmonar que apresente comorbidades (cardiopatias congênicas, imunodeficiências, broncodisplasias, nefropatias e contactantes de adulto multidroga resistente).	RX de tórax, PPD, Baar no escarro.	Descrever achados relevantes.	Casos descompensados.
	Fibrose cística.	Acúmulo de secreção espessa e purulenta, infecções respiratórias recorrentes, perda progressiva da função pulmonar, clearance mucociliar diminuído e história familiar de fibrose cística.	RX de tórax, IRT neonatal, teste do suor, swab de orofaringe.	Sintomas respiratórios agudos ou persistentes, desnutrição ou baixo crescimento físico, esteatorreia, íleo meconial, obstrução intestinal.	Todos os casos.
	Malformação pulmonar.	Investigação de malformações pulmonares.	RX e TC de tórax.	Massa ou cisto pulmonar com histórico de dificuldade respiratória e/ou pneumonia de repetição.	Casos descompensados.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Pneumologista Pediátrica	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Pneumologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Torácico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.23 Reumatologia

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Suspeita de doenças reumáticas autoimune	Elevação de marcadores inflamatórios.	VHS e PCR.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Presença de autoanticorpos positivos.	FAN, FR (anti-CCP), Anca.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Presença de marcador genético de autoimunidade positivo.	HLA B27.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Elevação de enzimas musculares.	CPK, LDH, aldolase.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Alteração vascular decorrente de processo inflamatório na parede do vaso sanguíneo ou de trombose, sem fator de risco evidente.	Marcadores inflamatórios e doppler do território vascular comprometido.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Reumatologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Suspeita de doenças reumáticas autoimunes	Artralgia associada a alterações vasculares (diferença de pulso e/ou PA em MMSS e MMII), cefaleia, alteração visual, febre ou emagrecimento.	Marcadores inflamatórios e doppler do território vascular comprometido.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Artralgia associada a úlceras orais e/ou genitais recorrentes, alterações oculares, vasculares renais ou mesentéricas e sintomas sistêmicos (febre e emagrecimento).	Marcadores inflamatórios e doppler do território vascular comprometido.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Artralgia associada à lesão cutânea, glomerulonefrite ou infiltrado pulmonar.	Marcadores inflamatórios (Anca), função renal, EAS e RX tórax.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Lombalgia e/ou cervicalgia inflamatória associada à artrite periférica, entesite, dactilite, alteração cutânea (psoríase), ocular (uveíte) ou intestinal (doença de Crohn ou retocolite ulcerativa) ou história prévia de infecção genitourinária ou gastrointestinal.	Marcadores inflamatórios (HLAB27), RNM da articulação sacroilíaca e RX das articulações acometidas.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Lesão cutânea fotossensível associada à artrite e outros sintomas sistêmicos (serosite, anemia hemolítica, leucopenia, plaquetopenia, nefrite, crise convulsiva).	FAN (anti-Sm, anti-DNA, anti-Ro, anti-La), C3, C4, (anticoagulante lúpico), anticardiolipina IgM e IgG, EAS, proteinúria, RX de tórax e ecocardiograma transtorácico.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Artralgia ou artrite associada à xerostomia e xerofalmlia.	FAN, FR (anti-Ro, anti-La), RX das articulações acometidas e pesquisa de olho seco (teste de Schirmer e lisamina verde).	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Raynaud associado a espessamento cutâneo, artralgia ou artrite, dispneia, epigastralgia ou úlcera isquêmica em extremidades.	FAN, RX tórax, EDA e RX das articulações acometidas.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Fraqueza muscular proximal associada ou não a lesões cutâneas.	FAN e enzimas musculares.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial - Reumatologia			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
GERAL	Suspeita de doenças reumáticas autoimunes.	Raynaud associado a mãos edematosas, artrite ou miosite	FAN, anti-RNP, enzimas musculares, RX das articulações acometidas.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Poliartrite simétrica de pequenas articulações das mãos e dos pés associada à rigidez matinal maior que 1 hora.	Adores inflamatórios, FR (anti-CCP), RX das articulações acometidas.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
		Oligoartrite de membros inferiores associada ou não a lesões cutâneas (tofós).	Marcadores inflamatórios, uricemia e uricosúria, função renal, EAS e RX das articulações acometidas.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
	Deformidades das articulações, nódulos reumatóides, rigidez matinal.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.	RX das articulações, exames laboratoriais (fator reumatoide, provas reumáticas, PCR, Aslo, VHS).	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
	Dor óssea, fraturas, deformidades esqueléticas.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.	RX das articulações, exames laboratoriais (fator reumatoide).	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
	Tenossinovite, dor, rigidez matinal, lombalgia de ritmo inflamatório.	Queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.	RX das articulações, USG ou RNM da região acometida, exames laboratoriais (provas reumáticas).	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.
	Dor difusa e crônica.	Dificuldade para localizar a dor, muitas vezes apontando sítios periarticulares, sem especificar se a origem é muscular, óssea ou articular. Sono não reparador e fadiga na grande maioria.	Provas reumáticas.	Presença de sensibilidade dolorosa em determinados sítios anatômicos.	Pacientes com queixas crônicas.
	Sensação de rigidez e edema (inchaço).	Maiores de 65 anos, pacientes com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento inicial, constando história clínica sucinta com queixa, localização, irradiação, duração e evolução.	RX da área afetada e provas reumáticas.	Citar achados significativos.	Pacientes com queixas crônicas.

Reumatologia		
Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Reumatologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Reumatologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.24 Reumatologia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
REUMATOLOGIA: PEDIATRIA	Monoartrite.	Encaminhar paciente (com necessidade de avaliações na emergência ou ortopedia).	Hemograma completo, PAI (VHS + PCR), bioquímica completa (função hepática e renal, albumina, globulina, LDH e ácido úrico).	Edema, calor, rubor e/ou bloqueio da articulação.	Todos os casos.
	Artralgias.	Encaminhar paciente (sem necessidade de avaliações na emergência ou ortopedia).	Hemograma completo, PAI (VHS + PCR), bioquímica completa (função hepática e renal, albumina, globulina, LDH e ácido úrico).	Apenas dor referida sem flogose.	Não há.
	Dores nos membros	Avaliar se é mais noturna no final do dia, que pode ter características ortopédicas e mecânicas. Se a dor acordar a criança de madrugada e demorar a passar, pode ser neoplasia.	Hemograma completo, plaquetas, VHS, PCR, EAS, EPF, MIF.	Dor em qualquer local nos membros com alteração visível ou não ao exame físico.	Dor noturna.
					Sem dor noturna.
	Dor pontual repetitiva.	Dor em alguma superfície óssea, em osso longo ou em musculatura.	RX, hemograma, VHS, PCR, LDH.	Dependendo do sítio doloroso, fazer RX e encaminhar com o exame.	Caso haja lesão lítica, pode ser tumor e o diagnóstico será urgente.
	Febre de origem obscura.	Febre contínua ou de no mínimo três picos diários acima de 38,5° C sem infecção detectada, já tendo sido investigada por mais de 15 dias.	Hemograma completo, plaquetas, VHS, PCR, dosagem de ferritina.	Se houver febre de repetição e rash cutâneo, encaminhar para ambulatorio. Se houver prostração, irritabilidade, queda do estado geral ou hepatoesplenomegalia, encaminhar para internação.	Todos os casos.
	Fraqueza muscular.	Dor em musculatura à palpação ou incapacidade para efetuar o movimento por dor naquele grupamento muscular.	Hemograma completo, PAI, CK, aldolase, TGO, TGP, LDH.	Se somente houver dor sem aumento de enzimas musculares, deixar com hidratação abundante no lar. Se houver febre, prostração ou CK muito alta, internar com hidratação venosa e controlar função renal.	Insuficiência renal associada.
Episódios frequentes de fraqueza.					

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Reumatologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
REUMATOLOGIA: PEDIATRIA	Valor de Aslo aumentado.	Paciente sem sopro, artrite ou história de dor intensa incapacitante aguda articular com ou sem amigdalites de repetição: colher novas amostras e referenciar sem urgência ao ambulatório. O paciente pode ter só o exame alterado, sem histórico clínico para febre reumática.	Aslo, hemograma completo, plaquetas, PAI, bioquímica.	Exame normal ou alguma hipertrofia amigdaliana. Pode haver amigdalite de repetição sem febre reumática e precisar de amigdalectomia.	Não há.
	Suspeita de febre reumática.	Todos os casos suspeitos (história de artrites ou dores incapacitantes nas juntas após a infecção de garganta) já deverão ser encaminhados com ou sem soprologia. Com sopro, encaminhar também à cardiopediatria.	Hemograma completo, plaquetas, Aslo, PAI (incluindo mucoproteínas ou alfa 1 glicoproteína ácida), ECG (se houver taquicardia sem febre ou sopro, pedir avaliação cardiológica).	No momento da consulta, já pode nem haver dor ou bloqueio articular. Pode também não haver sopro. A história e a curva de Aslo ajudarão no diagnóstico. Na dúvida, se for paciente assintomático, iniciar uso regular de penicilina benzatina de 21 em 21 dias até a consulta especializada.	Todos os casos.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Reumatologista Pediátrico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Reumatologista (AFD)	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

6.25 Urologia Pediátrica

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
UROLOGIA: PEDIATRIA	Hidronefrose.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG.	Dilatação do sistema pielocalicial.	História de infecção urinária.
	Duplicidade pieloureteral.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG.	Sistema urinário alto (rim e/ou ureter) duplicado.	História de infecção urinária.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Urologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
UROLOGIA: PEDIATRIA	Estenose da junção pieloureteral.	Massa palpável em loja renal e suspeita de estenose da junção pieloureteral.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG de aparelho urinário ou abdome total.	Estreitamento entre a pelve renal e o ureter.	Casos com comprometimento da função renal.
	Ureterocele.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG.	Lesão cística na chegada do ureter na bexiga.	História de infecção urinária.
	Refluxo vesicoureteral.	História de infecções urinárias de repetição e suspeita de refluxo vesicoureteral.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia e creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, urocultura, bacterioscopia e USG de aparelho urinário ou abdome total.	Retorno de urina da bexiga para o ureter e/ou o rim.	Casos descompensados.
	Extrofia de bexiga.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG.	Bexiga aberta com saída de urina na parede abdominal.	Casos descompensados.
	Válvula de uretra posterior.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina, USG.	Obstrução da uretra posterior em meninos determinando espessamento da bexiga e hidronefrose.	Crianças menores de 1 ano.
	Estenose/trauma de uretra.	Todos os casos.	Hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma com TAP e PTT, ureia, creatinina, fator Rh e grupo sanguíneo, EAS, cultura de urina.	Lesão, rotura ou estreitamento da uretra, geralmente associado a trauma ou a cirurgia prévia da uretra.	Casos descompensados.
	Epispádia/ hipospádia.	Meninos com falha na formação da uretra.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT.	Meato uretral ectópico.	Casos descompensados.
	Distúrbios de diferenciação sexual.	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT.	Impossibilidade de definir sexo.	Crianças menores de 1 ano.
	Hidrocolpos, metrocolpos, imperfuração himenal.	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT.	Hímen não perfurado com ou sem acúmulo de líquido e/ou pus na vagina.	Presença de massa abdominal e/ou idade a partir de 10 anos.

Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo do Acesso Ambulatorial – Urologia Pediátrica			
		HDA	Exames Sugeridos	Exame Físico	Prioridade de Regulação
UROLOGIA: PEDIATRIA	Anomalias genitais (pênis, bolsa escrotal, vulva).	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT.	Alteração do desenvolvimento normal.	Crianças menores de 1 ano.
	Encurvamento peniano (chordee).	Todos os casos.	Hemograma completo, coagulograma com TAP e PTT.	Pênis com curva para baixo, para cima ou para os lados.	Casos descompensados.
	Varicocele.	Todos os casos.	USG, hemograma, coagulograma com TAP e PTT, ecodoppler da bolsa escrotal.	Aumento de volume, dilatação venosa na bolsa escrotal.	Adolescente com dor e/ou diminuição do tamanho do testículo do lado afetado.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Consulta / Médico Urologista Pediátrico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Urologista	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.
Módulo Consulta / Médico Cirurgião Pediátrico	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Exames Complementares.

7 EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE

7.1 Tomografias Computadorizadas

Procedimentos	Código SIA/SUS
Tomografia do Crânio	02.06.01.007-9
Tomografia de Coluna Cervical com ou sem Contraste	02.06.01.001-0
Tomografia de Coluna Torácica com ou sem Contraste	02.06.01.003-6
Tomografia de Coluna Lombo Sacra com ou sem Contraste	02.06.01.002-8
Tomografia de Face / Seios da Face / Articulações Temporo Mandibulares	02.06.01.004-4
Tomografia do Pescoço	02.06.01.005-2
Tomografia de Sela Turcica	02.06.01.006-0
Tomografia de Torax	02.06.02.003-1
Tomografia de Hemitórax, Pulmão ou do Mediastino	02.06.02.004-0
Tomografia de Segmentos Apendiculares (Braço, Antebraço, Mão, Coxa, Perna, Pé)	02.06.02.002-3
Tomografia de Abdômen Superior	02.06.03.001-0
Tomografia de Pelve / Bacia / Abdomen Inferior	02.06.03.003-7
Tomografia de Articulações de Membro Superior	02.06.02.001-5
Tomografia de Articulações de Membro Inferior	02.06.03.002-9

**A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.**

7.1.1 Tomografia de Crânio e Sela Túrcica

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Aneurismas; AVCs; Cefaléia grave a esclarecer, com justificativa e descrição no laudo; Convulsões recentes a esclarecer; Distúrbio do comportamento; Doenças Degenerativas do Encéfalo; Estudo da hipófise; Hemorragias (até 48h para diagnóstico e após 48h para acompanhamento); Hidrocefalia; Metástases (detecção e acompanhamento); Processos Expansivos; Traumatismo; Tumores (diagnóstico e estadiamento).	História clínica; Exame físico; RX de sela túrcica com laudo; Exame do liquor (se doença infecciosa).	Cirurgião Cabeça e Pescoço; Dermatologista; Endocrinologista; Geriatra; Infectologista; Neurocirurgião; Neurologista; Oncologista; Ortopedista; Otorrinolaringologista; Psiquiatra; Emergencista; Intensivista.	Pesquisa de tumores e metástase cerebral; Crise convulsiva a esclarecer de origem recente; Traumatismo Craniano; AVC; Suspeita de tumor cerebral maligno.

Observação: A tomografia de crânio para cefaléias está indicada, desde que justificada, nos seguintes casos: Cefaléia primária que não responde ao tratamento; Apresentação atípica; Cefaléias de início súbito e de forte intensidade; Cefaléia crônica progressiva ou com mudança no padrão dor; Cefaléia associada a qualquer alteração do exame neurológico; Cefaléia de início após os 50 anos, cujo diagnóstico não seja Arterite Temporal; Cefaléia relacionada com traumacrânio-encefálico; Cefaléia em pacientes HIV positivo, com câncer, em uso de anticoagulante ou imunossuprimidos; Cefaléia iniciada após esforço físico ou que piora com manobra de Valsalva.

7.1.2 Tomografia de Coluna Cervical / Lombo-Sacra (Lombar) / Torácica

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Esclerose Múltipla; Estenose do Canal Medular (suspeita); Fratura (suspeita); Hérnia Discal; Má formação congênita (hemi- vértebras); Metástases (detecção e acompanhamento); Processos Expansivos; Processos Infecciosos; Trauma (suspeita de fratura); Tumores (diagnóstico e estadiamento).	História Clínica; Exame Físico; RX simples de coluna (com laudo).	Infectologista; Mastologista; Neurocirurgião; Neurologista; Oncologista; Ortopedista; Reumatologista; Urologista; Emergencista; Intensivista.	Processo expansivo; Estenose de canal Medular (suspeita); Trauma; Infecção; Estadiamento de tumor/metástase.

7.1.3 Tomografia de Face / Seios da Face / Articulações Temporo Mandibulares

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face; Sinusopatia crônica; Trauma facial; Tumores.	História Clínica; Exame Físico; RX dos Seios da Face (com laudo).	Bucomaxilofacial; Cirurgião Cabeça e Pescoço; Infectologista; Neurologista; Neurocirurgião; Oncologista; Otorrinolaringologista.	Tumor maligno.

7.1.4 Tomografia de Tórax

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Bronquiectasias (acompanhamento); Doenças da aorta (aneurisma / dissecção); Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural; Investigar comprometimento de órgãos devido: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses; Mediastino, Hilos, Pleura (avaliação); Metástases (detecção e acompanhamento); Nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento); Pneumopatias Intersticiais; Sangramentos (vias aéreas); Síndrome de compressão da veia cava superior; Traumatismo; Troboembolismo pulmonar; Tumores (diagnóstico e estadiamento).	História Clínica; Exame Físico; RX do tórax PA / Perfil (com laudo).	Cardiologista; Cirurgião Cardíaco; Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Cirurgião Torácico; Dermatologista; Gastroenterologista; Oncologista; Ortopedista; Pneumologista; Reumatologista; Emergencista; Intensivista.	Traumatismo; Sangramento (vias aéreas); TEP; Aneurismas; Tumores

7.1.5 Tomografia de Hemitórax, Pulmão e do Mediastino

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
<p>Alargamento do mediastino; Alterações endócrinas ou metabólicas de origem mediastinal; Avaliação de aneurisma/Dissecção; Avaliação de enfisema pulmonar para avaliação de cirurgia redutora de pulmão; Bronquiectasia; Diferenciar abscessos de empiema; Dissecção de aneurisma; Estadiamento dos tumores do esôfago e pulmão; Estudar transição cervico-torácica ou tóraco-abdominal; Hemoptise; Pesquisa de adenomegalia; Pesquisa de foco de infecção e neoplasias; Pesquisa de metástases pulmonares; Rouquidão por lesão do laringeo recorrente; Síndrome da compressão de veia cava superior; Suspeita de mediastinite; Trauma.</p>	<p>História Clínica; Exame Físico; RX do tórax PA / Perfil (com laudo)</p>	<p>Cirurgião Cardíovascular; Cirurgião Torácico; Gastroenterologista; Hematologista; Infectologista; Oncologista; Pneumologista; Reumatologista.</p>	<p>Suspeita de tumor maligno</p>

7.1.6 Tomografia de Abdomen Superior

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
<p>Abscessos; Aneurismas; Apendicite; Cálculo Renal; Diverticulite; Dor abdominal (USG normal e/ou indefinida); Hemorragias pós-cirurgia, pós-cateterismo, pós- tratamento anticoagulante; Investigar comprometimento de órgãos: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses; Linfonodomegalia; Metástases; Pancreatites; Processos expansivos; Ruptura de órgãos (suspeita); Traumatismos; Tumores (diagnóstico e estadiamento).</p>	<p>História Clínica; Exame Físico; RX simples de abdômen (de pé ou deitado) ou USG de abdomen.</p>	<p>Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Cirurgião Vascular; Dermatologista; Endocrinologista; Infectologista; Gastroenterologista; Hematologista; Nefrologista; Oncologista; Pneumologista; Proctologista; Reumatologista; Urologista.</p>	<p>Aneurisma; Abscessos; Traumatismos; Pancreatite necro-hemorrágica; Tumor renal/cálculo renal em rim único; Tumores.</p>

7.1.7 Tomografia de Pelve / Bacia / Abdomen Inferior

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
<p>Metástases (detecção e acompanhamento); Processos expansivos; Traumatismos; Tumores (diagnóstico e estadiamento).</p>	<p>História Clínica; Exame Físico; USG de Pelve.</p>	<p>Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Endocrinologista; Gastroenterologista; Ginecologista; Nefrologista; Oncologista; Proctologista; Urologista.</p>	<p>Gravidez</p>	<p>-</p>

7.1.8 Tomografia de Articulações: Membros Superiores e Inferiores

Tipos	Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Articulações Membro Superior: de Esterno-Claviculares; dos Ombros; dos Cotovelos; dos Punhos. Articulações Membro Inferior: Sacro-Iliacas; Coxo-Femurais; dos Joelhos; dos tornozelos; Lombo-Sacra.	Fraturas (cominutivas); Metástases (detecção e acompanhamento); Processos expansivos; Traumatismos; Tumores (diagnóstico e estadiamento).	História Clínica; Exame Físico; Raio X simples de articulação com laudo; USG Articular.	Endocrinologista; Geriatria; Oncologista; Ortopedista; Pediatria; Reumatologista.	Processo expansivo; Fraturas (cominutivas); Má formação congênita.

7.2 Angiotomografia

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Aneurisma cerebral; Dilatação, dissecação, fístulas e sub oclusão de Aorta, Ilíacas, Carótidas e Vasos Supra-Aórticos; Doenças da Aorta; Estenose Artérias Renais; Trombose Pulmonar (suspeita).	História Clínica; Exame Físico; RX (Patologias pulmonares); DOPPLER do Vaso (se houver)	Angiologista; Cardiologista; Cirurgião Vascular; Neurocirurgião; Neurologista; Pneumologista; Emergencista; Intensivista.	Pacientes internados em Unidades Hospitalares; Pacientes acima de 60 anos.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

7.3 Ressonância Magnética Nuclear

Procedimentos	Códigos SIA/SUS
Ressonância de Crânio / Ressonância de Hipófise	02.07.01.006-4
Ressonância de Coluna Cervical	02.07.01.003-0
Ressonância de Coluna Lombo Sacra	02.07.01.004-8
Ressonância de Coluna Torácica	02.07.01.005-6
Ressonância de Sela Turcica	02.07.01.007-2
Ressonância de Membro Superior (Unilateral)	02.07.02.002-7
Ressonância de Membro Inferior (Unilateral)	02.07.03.003-0
Ressonância de Articulação Temporo Mandibular (Bilateral)	02.07.01.002-1
Ressonância de Tórax	02.07.02.003-5
Ressonância de Coração/Aorta com Cine-Rm	02.07.02.001-9
Ressonância de Bacia / Pelve / Abdomen Inferior	02.07.03.002-2
Ressonância de Abdômen Superior	02.07.03.001-4
Ressonância de Vias Biliares / Colangiressonância	02.07.03.004-9
Ressonância Multiparamétrica da Próstata	02.07.03.005-7

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

7.3.1 Ressonância de Bacia / Pelve / Abdomen Inferior

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Estudo de fístulas; Metástases; Processos Inflamatórios, Linfoproliferativos ou Indefinidos no RX, USG ou TC; Traumas; Tumores.	História Clínica; Exame Físico; US Pélvico com Laudo; TC da Pelve (se for o caso)	Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Gastroenterologista; Ginecologista; Infectologista; Oncologista; Urologista.	Sangramentos Traumáticos, Implantes Metálicos.	-

7.3.2 Ressonância de Abdomen Superior

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Adenoma de Supra-Renal; Diferenciar Tumor Hepático e Hemangioma; Doenças dos ductos pancreáticos e vias biliares; Feocromocitoma; Metástase Hepática; Suspeita de metástase em veia cava inferior.	História Clínica; Exame Físico; RX simples de Abdômen com Laudo; USG Abdômen, se necessário; TC Abdômen, se necessário.	Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Endocrinologista; Gastroenterologista; Ginecologista; Hepatologista; Infectologista; Nefrologista; Oncologista; Pediatria; Urologista.	Sangramentos; Fratura de Órgão Sólido (suspeita); Implantes Metálicos.	Seguimento de Portadores de cálculo renal com insuficiência renal instalada

7.3.3 Ressonância de Crânio e Encéfalo

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Avaliar fossa cerebral posterior e tronco cerebral; AVC isquêmico; Demência; Doenças degenerativas; Doença desmielinizantes; Epilepsia; Esclerose múltipla; Infartos cerebrais múltiplos (suspeita); Infecções; Lesões orbitárias ou Trato Visual; Metástases (detecção); Tumor.	História Clínica; Exame Físico; RX de Crânio com Laudo; TC Crânio, se necessário.	Cirurgião Cabeça e Pescoço; Geriatra; Oftalmologista; Oncologista; Neurocirurgião; Neurologista; Infectologista; Intensivista.	Aneurisma; Alguns tipos de cirurgia recente (nos últimos seis meses); Aneurisma cerebral clipado, deverão ser analisados pelo Neurocirurgião em conjunto com o radiologista; Implantes metálicos de toda a natureza (dispositivo intra-uterino – DIU, Válvula cardíaca, Válvula de drenagem líquórica, fios, âncoras, placa, pinos, parafuso, stent, estilhaço metálico no corpo, piercing, prótese metálica, aparelho ortodôntico); Implante eletrônico (marca-passo cardíaco, neuro-estimulador, implante coclear); Suspeita de gravidez; Alergia (devido à sedação, se necessária); Claustrofobia; Maquiagem definitiva ou tatuagem recente (nos últimos 3 meses).	Lesão orbitária; Tumores cerebrais.

7.3.4 Ressonância da Coluna Cervical / Lombo-Sacra (Lombar) / Torácica

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Complicações pós-operatórias; Doença desmielinizantes; Esclerose múltipla; Hérnia de Disco; Infecções (suspeita); Investigação de mielopatias; Investigação de tuberculose extra-pulmonar; Metástases, Mielopatia aguda; Notalgia parastésica; Processos Expansivos; Prurido braquiradial; Tumores Ósseos Primários (suspeita).	História Clínica; Exame Físico; RX simples com Laudo; TC com Laudo, se necessário, exceto na impossibilidade clínica para realização do exame, com justificativa médica.	Cirurgião Torácico; Dermatologista; Infectologista; Neurocirurgião; Neurologista; Oncologista; Ortopedista; Pediatria; Reumatologista; Tisiologista / Pneumologista;	Fraturas (detecção); Implantes Metálicos (ex: marca-passo).	Processos Expansivos

7.3.5 Ressonância de Articulações

Tipos	Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
<p>Articulações Temporomandibular (Bilateral)</p> <p>Articulações Membro Superior: de Ombro, de Cotovelo, de Punho (Unilateral), de Segmento apendicular (braço e antebraço), Plexo braquial.</p> <p>Articulações Membro Inferior: de Tornozelo ou Pé (Unilateral), de joelho (unilateral), de Coxo-Femural (Bilateral), de Sacro-Iliacas; de Esterno-Claviculares).</p>	<p>Alterações de partes moles (Lesões Ligamentares, nervos); Derrames Articulares (suspeita); Fraturas Ocultas; Traumatismos Articulares</p>	<p>História Clínica; Exame Físico; RX com Laudo; USG articular com laudo (quando indicado).</p>	<p>Cirurgião Bucomaxilofacial; Cirurgião de Cabeça e Pescoço; Cirurgião de Tórax; Infectologista; Neurologista; Oncologista; Ortopedista; Otorrinolaringologista; Pediatria; Reumatologista.</p>	<p>Fraturas Simples (detecção); Tendinites e Sinovites; Implantes Metálicos</p>	<p>Alterações de partes moles (lesões ligamentares, nervos); Derrames articulares (suspeita); Fraturas ocultas; Infecções; Traumatismos articulares; Tumores.</p>

7.3.6 Ressonância de Tórax

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
<p>Avaliar Anomalias do Arco Aórtico e aorta descendente; Avaliar Artérias Pulmonares; Avaliar Massas Hilares, Parenquimatosas e Pleurais; Lesão mal caracterizada na Tomografia Computadorizada; Tumores cardíacos; Tumores Neurais e Mediastinais.</p>	<p>História Clínica; Exame Físico; RX tórax PA/Perfil com Laudo; TC Tórax, se necessário.</p>	<p>Cardiologista; Cirurgião Cardíaco; Cirurgião de Cabeça e Pescoço; Cirurgião Geral; Cirurgião Torácico; Cirurgião Vascular; Infectologista; Mastologista; Oncologista; Pediatra; Pneumologista.</p>	<p>Implantes Metálicos (Marca- Passo Cardíaco, Próteses Metálicas Ósseas, Stents, etc); Sangramentos; Fratura de Órgão Sólido (suspeita).</p>	-

7.3.7 Ressonância Multiparamétrica da Próstata

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
<p>Avaliação de neoplasia prostática clinicamente significativa; Estadiamento de câncer de próstata; Pré-operatório de câncer de próstata; Seguimento pós-radioterapia; Guia para biopsias prostáticas; Avaliação de recidiva; Prostatite e vesiculite.</p>	<p>Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento; Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado (casos com sedação); Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica; USG, PSA.</p>	<p>Cirurgião geral; Oncologista; Urologista</p>	<p>Implantes Metálicos</p>	-

7.4 Angioressonância
Código SIA/SUS 02.07.01.001-3

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Cefaléia com suspeita patológicas/etiologia vasculares; Estudo das doenças estenóticas e oclusivas das artérias cervicais, arco aórtico, e aneurisma da aorta abdominal e torácica; Hipertensão arterial grave ou forte suspeita de origem renal; Investigação de doença aterosclerótica extra craniana: estudo das artérias carótidas; Suspeita de dissecções arteriais intracranianas ou avaliação de extensão dos quadros extra cranianos.	História Clínica; Exame Físico; Doppler de carótidas alterado (se houver); USG com Doppler (se houver)	Angiologista; Cardiologista; Cirurgião Cardíaco; Cirurgião Torácico; Cirurgião Pediátrico; Cirurgião Vascular; Hematologista; Nefrologista; Neurologista; Neurocirurgião.	Portador de hipertensão severa < 16 anos ou > 55 anos; Pacientes internados em unidades hospitalares.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

7.5 Cintilografia

7.5.1 Cintilografia do Sistema Cardiovascular

Procedimento	Código SIA/SUS
Cintilografia de Coração com Galio 67	02.08.01.001-7
Cintilografia de Miocárdio para Avaliação da Perfusão em Situação de Estresse (Mínimo 3 Projeções)	02.08.01.002-5
Cintilografia de Miocárdio para Avaliação da Perfusão em Situação de Repouso (Mínimo 3 Projeções)	02.08.01.003-3
Cintilografia de Miocárdio para Localização de Necrose (Mínimo 3 Projeções)	02.08.01.004-1
Cintilografia para Avaliação de Fluxo Sanguíneo de Extremidades	02.08.01.005-0
Cintilografia para Quantificação de Shunt Extracardíaco	02.08.01.006-8
Cintilografia Sincronizada de Câmaras Cardíacas em Situação de Esforço	02.08.01.007-6
Cintilografia Sincronizada de Câmaras Cardíacas em Situação de Repouso (Ventriculografia)	02.08.01.008.4
Determinação de Fluxo Sanguíneo Regional	02.08.01.009-2

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Alterações da Contratilidade Miocárdica; Angina instável; Avaliação de dor torácica suspeita em pacientes com contra-indicação a outros métodos; Avaliação funcional e prognostica na Insuficiência Cardíaca; Avaliar Isquemia em pacientes com incapacidade ao TE ou alterações de ECG que interfiram no TE, BRE, HVE e WPW; Avaliar função biventricular global; Coronariopatias (diagnóstico/extensão e gravidade); Diferenciar Isquemia Miocárdica de Necrose Miocárdica; Doenças das válvulas do coração para avaliar a função cardíaca; Isquemia (localização e extensão); Miocardites; Pacientes sob Quimioterapia Cardiotóxica (seguimento); Pós IAM; Procedimento de Revascularização (acompanhamento); Quantificar Fluxos Anômalos	História Clínica; Exame Físico; Angiografia simples (se tiver); DOPPLER de Vaso Periférico; ECG; Ecocardiograma; Teste de Esforço (se houver); Cateterismo (se indicado)	Angiologista; Cardiologia; Cirurgião Cardíaco; Cirurgião vascular; Hemodinamicista; Oncologista.	Pós-infarto; Pacientes internados em Unidades Hospitalares.

Cintilografia do Sistema Cardiovascular		
Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Exame / Cintilografia + o subprocedimento respectivo.	Laudo 4 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	As cintilografias do miocárdio (em estresse e repouso) é necessário inserir o laudo do eletrocardiograma (identificado com a data e o nome do paciente) ou o Ecocardiograma. A cintilografia em estresse é necessário também especificar se é na esteira ou farmacológico.

7.5.2 Cintilografia do Sistema Neurológico

Procedimento	Código SIA/SUS
Estudo de Fluxo Sanguíneo Cerebral	02.08.06.003-0
Cisternocintilografia (Incluindo Pesquisa e/ou Avaliação do Transito Liquórico)	02.08.06.002-2
Cintilografia de Perfusão Cerebral C/2 Talio (Spect Cerebral)	02.08.06.001-4

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.

Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Acompanhamento de tumores cerebrais tratados; Atrofias Cerebrais; Avaliar Extensão de AVC; Cintilografia Cerebral; Cisternocintilografia; Detectar Isquemia; Doenças Degenerativas; Fluxo Sanguíneo Cerebral; Investigação de Epilepsia; Hidrocefalias; Mielocintilografia; Pesquisa de Fístula Liquórica; Pesquisa de Transito Liquórico; Pós-Carotidoangioplastia (controle); Ventriculocintilografia de Perfusão Cerebral.	História Clínica; Exame Físico; EEG com Laudo; TC e/ou RMN	Infectologista; Neurocirurgião; Neurologista; Oncologista.	-

7.5.3 Cintilografia do Sistema Endócrino

Procedimento	Código SIA/SUS
Imunocintilografia (Anticorpo Monoclonal)	02.08.02.012-8
Cintilografia de Tireóide com ou sem Captação	02.08.03.002-6
Cintilografia de Tireóide com Teste de Supressão/Estímulo	02.08.03.003-4
Teste do Perclorato com Radioisotopo	02.08.03.005-0
Cintilografia para Pesquisa do Corpo Inteiro	02.08.03.004-2
Cintilografia de Paratireoides	02.08.03.001-8

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.

Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Carcinoma Diferenciado Tireoidiano (tratamento de metástases); Distúrbios Funcionais da Tireóide e Paratireóide; Hipertireoidismo Tipo Graves e Plumer (tratamento); Lesões suspeitas e Tratamento Hormonal (acompanhamento); Tireóide Ectópica (identificação); Tireoidite (diagnóstico); Tumores e Nódulos (diagnóstico).	História Clínica; Exame Físico; Exames Laboratoriais; USG	Cirurgião de Cabeça e Pescoço; Cirurgião Geral; Endocrinologista; Oncologista; Pediátrico	-

7.5.4 Cintilografia do Sistema Digestivo

Procedimento	Código SIA/SUS
Cintilografia para Pesquisa de Diverticulose de Meckel	02.08.02.008-0
Cintilografia para Estudo de Transito Esofágico (Líquido)	02.08.02.005-5
Cintilografia para Estudo de Transito Gástrico	02.08.02.007-1
Cintilografia para Pesquisa de Refluxo Gastro Esofágico	02.08.02.011-0
Cintilografia para Pesquisa Hemorragia Digestiva Não Ativa	02.08.02.010-1
Cintilografia de Glândulas Salivares com ou sem Estímulo	02-08.02.003-9
Cintilografia Para Estudo de Transito Esofágico (Semi-Sólido)	02.08.02.006-3
Cintilografia de Fígado e Baço (Mínimo 5 Imagens)	02.08.02.001-2
Cintilografia de Fígado e Vias Biliares	02.08.02.002-0
Cintilografia para Pesquisa de Hemorragia Digestiva Ativa	02.08.02.009-8
Cintilografia de Pâncreas	02.08.02.004-7

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.

Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Análise do Transito Esofágico e Gástrico para Esvaziamento e Refluxo; Gastroparesia (diabéticos).	História Clínica; Exame Físico	Cirurgião Cabeça e Pescoço; Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Gastroenterologista; Oncologista; Pediatra; Proctologista.	Tumores malignos

Cintilografia para Pesquisa de Diverticulite de Meckel

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Sangramento via Retal, suspeita de Divertículo sangrante.	História Clínica; Exame Físico; USG de Abdômen (não conclusivo); RX contrastado (não conclusivo ou não indicado).	Cirurgião Geral; Proctologista.	-

Cintilografia de Glândulas Salivares com ou sem Estímulo

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Síndrome de Sjogren; Sialadenite; Tumores; Cálculos	História Clínica detalhada; Exame Físico; USG (se for o caso)	Cirurgião Cabeça e Pescoço; Cirurgião Buco Maxilo; Oncologista; Otorrinolaringologista	-

Cintilografia de Fígado, Baço e Vias Biliares

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Detectar Escapes Biliares por trauma ou cirurgia; Disfunção dos Esfincteres; Hemangiomas Hepáticos; Traumas e Cirurgias Hepáticas com suspeita de perda da integridade das Vias Biliares, Atresia biliar do RN.	História Clínica; Exame Físico; US do Abdômen Superior; TC (conforme o caso)	Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Gastroenterologista; Neonatologista; Pediatra.	Cálculos Biliares; Colecistite Infeciosa	-

7.5.5 Cintilografia do Sistema Hematológico

Procedimento	Código SIA/SUS
Cintilografia de Sistema Reticulo-Endotelial (Medula Óssea)	02.08.08.001-5
Linfocintilografia	02.08.08.004-0

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
AVC Hemorrágico; Determinar tempo de sobrevida das Hemácias; Hemorragias de origem obscura, (Cintilografia com Hm marcador); Sequestro de Hemácias; Visualizar e quantificar Hemorragia em qualquer Órgão ou Segmento com determinação da Volemia.	História Clínica; Exame Físico; Exames Laboratoriais; TC do Crânio (AVC); RMN (se indicado)	Angiologista; Gastroenterologista; Hematologista; Nefrologista; Neonatologista; Neurocirurgião; Pediatra.	Hemorragia Esôfago-Gástrica; AVC Isquêmico.	-

Linfocintilografia				
Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação	
Linfedema pós-cirúrgico Oncológico; Linfedema de outras causas; Doppler negativo para Patologia Venosa	História Clínica; Exame Físico; Doppler Venoso (se for o caso)	Angiologista; Cirurgião Vascular; Oncologista.	-	

7.5.6 Cintilografia de Glândula Lacrimal (Dacriorintilografia) SIA/SUS 02.08.09.002-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Obstrução das vias lacrimais excretoras (diagnóstico).	História Clínica; Exame Físico; RX de seios da face.	Oftalmologista.	Lesão orbitária; Tumores cerebrais.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA.

7.5.7 Cintilografia de Mama (Bilateral) SIA/SUS 02.08.09.003-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Detectar Linfonodo Sentinela em Câncer de Mama; Nódulos Inconclusivos na US ou Mamografia.	História Clínica; Exame Físico; USG Mamografia	Ginecologista; Mastologista; Oncologista.	Menopausa (prevenção de Câncer de Mama)	-

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA.

7.5.8 Cintilografia do Sistema Respiratório

Procedimento	Código SIA/SUS
Cintilografia de Pulmão com Galio 67	02.08.07.001-0
Cintilografia de Pulmão por Inalação (Mínimo 2 Projeções)	02.08.07.003-6
Cintilografia de Pulmão para Pesquisa de Aspiração	02.08.07.002-8
Cintilografia de Pulmão por Perfusão (Mínimo 4 Projeções)	02.08.07.004-4

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Embolia Pulmonar (Diagnóstico e Extensão)	História Clínica; Exame Físico; RX do Tórax PA/Perfil com Laudo; TC do Tórax (conforme o caso).	Pneumologista; Cirurgião de tórax.	Pneumopatias Inflamatórias simples; Tumores (Diagnóstico)	Pacientes internados.

7.5.9 Cintilografia do Aparelho Genito Urinário

Procedimento	Código SIA/SUS
Cintilografia Renal / Renograma (Qualitativa e / ou Quantitativa)	02.08.04.005-6
Cintilografia de Testículo e Bolsa Escrotal	02.08.04.003-0
Determinação de Fluxo Plasmático Renal	02.08.04.009-9
Cistocintilografia Indireta	02.08.04.007-2
Cistocintilografia Direta	02.08.04.006-4
Cintilografia de Rim Com Galio 67	02.08.04.002-1
Determinação de Filtração Glomerular	02.08.04.008-0
Cintilografia para Pesquisa do Refluxo Vesico-Ureteral	02.08.04.004-8

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.

Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Acompanhamento de pacientes transplantados; Avaliar Cicatrizes Remanescentes de Infecções Renais; Avaliar Diagnóstico Diferencial entre Tumor e Hipertrofia da Coluna de Bertin; Avaliar envolvimento Renal de Tumores; Avaliar Refluxo Vesico-Uretral (CISTOCINTILOGRAFIA); Hipertensão Renovascular; Quantificar Córtex Renal Funcionante (segmento de Pielonefrite por Refluxo); Verificar Função do Rim Direito ou Esquerdo (Fluxo, Déficit Glomerular, Obstrução de Vias Excretoras, Função Tubular).	História Clínica; Exame Físico; Exames Laboratoriais; USG Rim/Vias Urinárias; Urofluxometria (se houver).	Nefrologista; Oncologista; Pediatra; Urologista.	Tumores (diagnóstico e estadiamento); Cálculo Renal, Vesical ou Uretral; Alterações Morfológicas somente; Infecção do trato urinário.	Infecção urinária de repetição (avaliar cicatrizes renais); Seguimento de crianças com refluxo vesico-ureteral.

Cintilografia Testicular (Bolsa Escrotal)

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Diagnóstico diferencial entre torção testicular e orquitepididimite	História Clínica; Exame Físico; USG inconclusiva	Cirurgião Pediátrico; Oncologista; Urologista.	-

7.5.10 Cintilografia das Articulações e/ou Extremidades e/ou Osso SIA/SUS 02.08.05.001-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Necrose da Cabeça do Fêmur; Piorartrites; Processos Expansivos Gerais.	História Clínica; Exame Físico; USG de Articulação; RMN de Articulação (inconclusiva)	Infectologista; Oncologista; Ortopedista; Reumatologista.	Fraturas (Diagnóstico); Lesões Ligamentares, Condrais ou dos Meniscos (vistas na RMN).	Processo expansivos.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: APAC - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA

7.5.11 Cintilografia do Corpo Inteiro

Procedimento	Código SIA/SUS
Cintilografia de esqueleto (Corpo Inteiro)	02.08.05.002-7
Cintilografia de Segmento Osseo com Gálio 67	02.08.05.004-3

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Avaliar Integridade de Próteses Articulares; Doença de Paget; Doenças inflamatórias granulomatosas (suspeita de sarcoidose); Dores Ósseas (Diagnóstico); Fratura de Stress; Hiperparatireoidismo; Metástases (Diagnóstico e Acompanhamento); Necroses Ósseas; Osteomielite (Diagnóstico e Acompanhamento); Tumores (Diagnóstico e Estadiamento).	História Clínica; Exame Físico; TC (se houver).	Endocrinologista; Infectologista; Mastologista (avaliação de metástase óssea); Neurologista; Oncologista; Ortopedista.	Processos alérgicos às substâncias farmacológicas utilizadas no procedimento; Fraturas simples.	Tumores

7.5.12 Cintilografia com Gálio 67

Procedimento	Código SIA/SUS
Cintilografia de Corpo Inteiro com Gálio 67 para pesquisa de neoplasias	02.08.09.001-0
Cintilografia de Pulmão com Gálio 67	02.08.07.001-0
Cintilografia de Coração com Gálio 67	02.08.01.001-7
Cintilografia de Rim com Gálio 67	02.08.04.002-1
Cintilografia de Osso com Gálio 67	02.08.05.004-3

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Febre de Origem Obscura; HAS secundária / revascularização; Infecções; Metástases; Miocardites; Tumores.	História Clínica; Exame Físico; RX simples; Exames Laboratoriais; TC ou RMN (conforme o caso)	Cardiologista; Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Hematologista; Infectologista; Nefrologista; Oncologista; Ortopedista; Pneumologista.	Infecções; Tumores

7.5.13 Imunocintilografia

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Neoplasias (identificação e mapeamento)	História Clínica; Exame Físico; Exames comprobatórios de tumor	Hematologista; Oncologista	-

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Anexar Biópsia, em caso de CA.

7.6 Tratamentos com Iodo

7.6.1 Tratamento Hipertiroidismo (Plummer – até 30MCI) SIA/SUS 03.03.12.006-1

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Hipertiroidismo; Nódulo Tóxico Autônomo; Metástase de Carcinoma diferenciado de Tireóides.	História Clínica; Exame Físico; USG Tireóide; Exames Laboratoriais, que confirmem o diagnóstico.	Endocrinologista; Oncologista.	Tumores.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

7.7 Densitometria Óssea
SIA/SUS 02.04.06.002-8

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
<p>Calciúria de 24h; Controle de osteopenia e osteoporose em pacientes com uso crônico de corticóides, em doenças auto-imunes e hanseníase; Doença de Paget; Endocrinopatias com perda de massa óssea; Fratura por trauma mínimo ou não traumática; Fratura Patológica, Comorbidade, Látrogenia (prioridade); Hepatopatias crônicas; Hiperparatireoidismo; Hipostrogenismo; Indivíduos que apresentem perda da estatura (maior que 2,5cm ou hipercifos e torácica); Insuficiência Renal crônica; Homens com 70 anos ou mais; Mulheres na peri e pós Menopausa; Mulheres de 65 anos ou mais; Mulheres em deficiência estrogênica com menos de 45 anos; Mulheres com amenorréia secundária prolongada (por mais de um ano); Mulheres com índice de massa corporal baixo (menor que 19kg/m²); Osteoporose (seguimento); Patologias metabólicas; Rins Policísticos; Rx de Coluna e/ou Fêmur sugestivo de osteoporose; Síndrome de má absorção; Terapia de Reposição Hormonal (seguimento); Tumores; Uso crônico de Corticóide.</p>	<p>História Clínica; Exame Físico; Rx da coluna com laudo</p>	<p>Dermatologista; Endocrinologista; Gastroenterologista; Geriatria; Ginecologista; Infectologista; Neurologista; Oncologista; Ortopedista; Reumatologista; Nefrologista; Urologista.</p>	<p>Osteoporose; Tumores; Patologias metabólicas</p>

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

7.8 Litotripsia Extra Corpórea

Procedimento	Código SIA/SUS
Litotripsia Extra Corpórea (Onda de Choque Parcial / Completa 1 Região Renal)	03.09.03.012-9
Litotripsia Extra Corpórea (Onda de Choque Parcial / Completa 2 Regiões Renais)	03.09.03.013-7
Litotripsia Extra Corpórea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente Onda de Choque 1 Região Renal)	03.09.03.010-2
Litotripsia Extra Corpórea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente Onda de Choque 2 Regiões Renais)	03.09.03.011-0

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
<p>Evidência radiológica de cálculos não coraliformes; Cálculos menores de 400mm² ou 2,5 cm em seu maior diâmetro; Cálculos maiores de 400mm² ou de 2,5 cm em seu maior diâmetro quando a litotripsia for o único método de tratamento devido às condições clínicas do paciente; Existência de via excretora compatível para eliminação dos fragmentos; Cálculos coraliformes em crianças (sob anestesia).</p>	<p>História clínica; Exame Físico; Laudo do RX; Urografia Excretora ou Ultrassonografia da parte de investigação diagnóstica.</p>	<p>Urologista; Nefrologista.</p>	<p>-</p>

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Exame / Litotripsia	Laudo 3 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Raio X, Tomografia ou USG de Abdome (Laudo e/ou imagem); Hemograma completo, Glicemia, Uréia, Creatinina, Coagulograma, Dosagem de Sódio, Potássio, Ácido Úrico e EAS atualizado.

7.9 Cateterismo Cardíaco

Procedimento	Código SIA/SUS
Cateterismo Cardíaco (Cineangiocoronariografia)	02.11.02.001-0
Cateterismo Cardíaco em Pediatria	02.11.02.002-8

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Angina após revascularização; Avaliar lesão residual do miocárdio ventricular; Avaliar o funcionamento de prótese valvular; Avaliar presença de lesões potencialmente susceptíveis de curas cirúrgicas: insuficiência mitral, coronariopatia, pericardite costrictiva, estenose subaórtica hipertrófica; Cintilografia com lesão isquêmica; ECG com presenças de áreas extensas de comprometimento; Identificação da natureza e a gravidade do defeito mecânico; Indicação de terapêutica cirúrgica; Múltiplos êmbolos pulmonares; Pesquisa de lesões valvares; Pós-operatório em caso de sintomas residuais; Visualizar as artérias coronarianas.	História Clínica; Exame Físico; Eletrocardiograma com laudo; Ecocardiograma; Teste ergométrico com laudo; Ecocardiograma de estresse; Cintilografia de miocárdio quando o teste ergométrico não for conclusivo.	Cardiologista; Cirurgião Cardiovascular; Hemodinamicista	Insuficiência Renal Aguda; Acidente Vascular Cerebral Recente; Sangramento Gastrointestinal Ativo; Infecção ativa; Febre de origem obscura; Anemia Severa; Hipertensão Arterial não Controlada; Reação prévia ao contraste; Intoxicação digitalica ou a outro medicamento; Pequena expectativa de vida; Coagulopatia severa; Endocardite válvula aórtica; Comprometimento do estado geral do paciente que não possibilite o exame.	Pós-operatório de revascularização do miocárdio; Angina instável com dor em repouso e pós infarto; Pós operatório e Angioplastia Transcutânea (STENT); Pacientes internados.

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Exame / Cateterismo	Laudo 2 – Preenchido com indicação clínica / história sumária + Peso e Altura do paciente	Laudo do eletrocardiograma; Laudo do Raio X de Tórax; Laudo do Ecocardiograma recente; Exames de sangue: Hemograma completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Tipagem Sanguínea, Coagulograma, Troponina; O Paciente deve informar se é alérgico a iodo e as medicações em uso atual.

8 EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE

8.1 RX Contrastados

8.1.1 Clister Opaco com duplo contraste SIA/SUS 02.04.05.001-4

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Doença de Crohn; Doença diverticular; Neoplasias; Massas Abdominais; Obstrução Intestinal Sub-aguda; Alteração do Hábito Intestinal com dor Abdominal (constipação/diarréia alternantes); Fístulas Entero-vesicais; Dolico colon; RX simples de abdômen não conclusivo.	História Clínica; Exame Físico; RX Simples de abdômen com laudo; Colonoscopia, retossigmoide ou outro exame se houver.	Gastroenterologista; Proctologista; Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Oncologista.	Hemorragia Digestiva; Baixa Aguda sem Diagnóstico; Alergia ao Contraste.	-

8.1.2 Uretrocistografia Miccional SIA/SUS 02.04.05.017-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Nefropatia de Refluxo (sinais); Lesão Medular (seguimento); Pré-Operatório de Transplante Renal; Lesões Obstrutivas da Bexiga ou Uretra; Lesões Traumáticas do Trato Urinário Inferior.	História Clínica; Exame Físico; USG do Aparelho Urinário ou Pelve (se houver); RX Contrastado (se houver).	Urologista; Nefrologista; Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico.	Hemorragia; Traumas Perineais; Pielonefrite	Candidato a transplante renal; Sequelado de AVC com perda de função renal; Trauma de uretra.

8.2 Ultrassonografias

8.2.1 USG do Globo Ocular / Órbita (Monocular) SIA/SUS 02.05.02.008-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Avaliação do olho indevassável (catarata madura); Disfunção muscular; Doenças do nervo óptico e da órbita; Patologias coroídeas; Patologias vitrais e retinianas; Traumas oculares; Tumores intra-oculares.	História Clínica; Exame Físico.	Oftalmologista	Traumatismo; Suspeita de câncer.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.

8.2.2 USG Mamária Bilateral SIA/SUS 02.05.02.009-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Fator de risco para cancer de mama, independente da idade; Identificação e caracterização de anormalidades palpáveis; Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos; Indicada para pacientes maiores de 40 anos; Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos; Para avaliar problemas associados com implantes mamários; Para guiar procedimentos Invasivos (Aspiração de Cistos e Aspiração com agulha fina para procedimentos pré-cirúrgicos e biopsia).	História Clínica; Exame Físico; USG prévio (se houver); A partir de 40 anos deverá ter mamografia com menos de um ano.	Mastologista; Ginecologista; Clínico geral/Médico PSF; Oncologista	Pacientes dependentes exclusivos do SUS

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.

8.2.3 USG Abdominal Total SIA/SUS 02.05.02.004-6

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Alterações morfofuncionais (má formação de vísceras); Aneurismas; Colelitíase/avaliação de vias biliares/coledocolitíase; Dor abdominal; Esteatose hepática; Estudo do Retroperitônio; Hepatoesplenomegalia; Lesões Tumorais (Císticas e Sólidas); Nefrolitíase; Orientar Biopsia para punção de lesões tumorais; Pancreatopatias; Trauma.	História Clínica detalhada; Exames Físicos específicos; Raio X simples (conforme o caso); Alteração em exames laboratoriais.	Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Cirurgião Vascular; Urologista; Oncologista; Gastroenterologista; Pediatria; Clínico Geral; Médico do PSF; Endocrinologista; Geriatra; Infectologista; Ginecologista; Nefrologista.	Suspeita de câncer e situações que dependam do resultado do exame para intervenção imediata ou suspeita de agudização de doença pré-existente

OBS: Apresentar EPF, EAS e/ou Urocultura para os casos encaminhados pelo médico do PSF, clínicos gerais e pediatras. Em caso de identificação de doenças graves pelo generalista ou médico do PSF, este deve encaminhá-lo ao especialista referente imediatamente. **A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.**

8.2.4 USG de Próstata

Procedimento	Código SIA/SUS
Ultrassonografia de Próstata por via abdominal	02.05.02.010-0
Ultrassonografia de Próstata via transretal	02.05.02.011-9

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Câncer Prostático (suspeita); Hipertrofia prostática benigna; Prostatite; Infertilidade; Abscessos; Prostatismo.	História Clínica; Exames Físicos; PSA; Exame de toque retal; USG prévia (se houver)	Urologista; Cirurgião Geral; Clínico Geral; Oncologista; Geriatra; Nefrologista.	PSA alterado e pacientes acima de 40 anos.

8.2.5 USG de Aparelho Urinário SIA/SUS 02.05.02.005-4

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Tumores; Litíase; Más formações; Rim policístico; Insuficiência Renal; Hipertensão Arterial Sistêmica Renovascular (suspeita); Disfunção miccional	História Clínica; Exame Físico; EAS; Função renal; Raio X simples (conforme o caso); USG de abdômen prévia (se houver).	Urologista; Cirurgião Geral; Cirurgião pediátrico; Clínico Geral; Médico PSF; Nefrologista; Oncologista; Pediatra.	História clínica compatível com as indicações; Passado de litíase de vias urinárias; Crianças e recém-nascidos com infecções urinárias, comprovadas por urocultura ou internação prévia por sepse ou pielonefrite.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.

8.2.6 USG de Articulação SIA/SUS 02.05.02.006-2

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Artrite séptica; Tendinites; Cistos Sinoviais; Lesão por esforço repetido (LER); Disfunção da Articulação temporomandibular; Derrames Articulares; Bursites; Espessamento de Bainha Tendinosa de qualquer natureza; Lesão muscular e tendinosa.	História Clínica; Exame Físico; Raio X simples (conforme o caso).	Ortopedista; Reumatologista; Cirurgião Buco maxilo; Cirurgião Cabeça e Pescoço; Pediatra	Artrite séptica

Obs.: Obrigatório especificar a lateralidade – Direito/Esquerdo. **A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.**

8.2.7 USG Transfontanela SIA/SUS 02.05.02.017-8

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doença obstrutiva das carótidas extracranianas; Avaliar roubo da subclávia; Estenose dos vasos intracranianos de maior calibre; Hidrocefalia; Monitorar vasoespasm; Rastrear comprometimento da circulação cerebral na Anemia Falciforme.	História Clínica; Exame Físico; Raio X simples (conforme o caso).	Neurologista; Neurocirurgião; Pediatrias; Neonatologistas; Hematologista	Menores de 01 ano; Portadores de válvulas de derivação ventrículo-peritoneal; Pacientes falcêmicos SS

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.

8.2.8 USG do Tórax (Extra cardíaca) SIA/SUS 02.05.02.013-5

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Derrame Pleural; Pleuropatias; Patologias do diafragma; Patologias do mediastino.	História Clínica; Exame Físico; Raio X do tórax PA / Perfil	Clínico Geral; Cirurgião Torácico; Pneumologista; Cirurgião Geral; Pediatria; Oncologista.	Histórico clínico compatível com os indicadores acima.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.

8.2.9 USG de Bolsa Escrotal SIA/SUS 02.05.02.007-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Aumento da bolsa escrotal; Tumores; Varicocele; Cistos de cordão; Infecções; Torções; Traumas.	História Clínica; Exame Físico; Raio X simples (conforme o caso).	Urologista; Pediatra; Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Clínico Geral; Médico PSF; Oncologista.	Crianças; Adolescentes. URGÊNCIA - Suspeita de câncer

Obs: Médicos generalistas devem encaminhar para os especialistas. A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.

8.2.10 USG de Tireóide SIA/SUS 02.05.02.012-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Hipotireoidismo; Hipertireoidismo; Cistos; Tumores.	História Clínica; Exame Físico; Exames de laboratório (TSH, T4, T3).	Clínico Geral; Endocrinologista; Oncologista; Cirurgião Geral; Cirurgião de Cabeça e Pescoço; Cirurgião Torácico; Cirurgião Pediátrico; Clínico Geral/Médico PSF; Oncologista.	Nódulo de tireóide

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.

8.2.11 USG Pélvica Ginecológica e Transvaginal

Procedimento	Código SIA/SUS
Ultrassonografia Pélvica Ginecológica	02.05.02.016-0
Ultrassonografia Transvaginal	02.05.02.018-6

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Anexites; Amenorréia primária; Amenorréia secundária não relacionada à gravidez; Diagnóstico diferencial de tumores Pélvicos; Dor pélvica aguda ou crônica; Gestação de 1º Trimestre/Abortamento; Início de gravidez; Investigação de massa abdominal; Sangramento genital pós-menopausa ou anormal no menacme; Seguimento periódico de climatério; Tumores e cistos ovarianos pré e pós menopausa.	História Clínica; Exame Físico; Preventivo recente; EAS; RX simples, conforme o caso; -USG prévio, se houver	Ginecologista; Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Clínico Geral; Médico PSF; Pediatra; Oncologista; Nefrologista; Obstetra; Dermatologista.	Gestantes e idosas com suspeita de CA.

Obs.: O exame não deverá ser repetido com menos de 01 ano. O médico do PSF somente deverá solicitar estes exames para determinação de idade gestacional em caso de DUM desconhecido. Em outros casos encaminhar ao especialista. **A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.**

8.2.12 USG Obstétrica SIA/SUS 02.05.02.014-3

Procedimento	Código SIA/SUS
Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	02.05.01.005-9
Ultrassonografia Obstétrica com Doppler Colorido e Pulsado	02.05.02.015-1

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.

Ultrassonografia Obstétrica com Doppler Colorido			
Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Acretismo placentário (suspeita); Amniorrexe prematura confirmada; Ausência de BCF; Circular de cordão; Crescimento Intra-Uterino Retardado (CIUR); Doença hipertensiva da gravidez (DHEG); Erro provável de data do parto; Gestante obesa grau 3; Gravidez múltipla; Localização da placenta, nos casos de suspeita de Placenta Prévia; Medida de espessura do colo uterino; Oligodrâmnio e Polidrâmnio; Seguimento de desenvolvimento fetal; Sofrimento fetal.	História Clínica; Exame Físico; Teste de Gravidez; Cartão de pré-natal.	Ginecologista; Obstetra; Clínico Geral; Médico do PSF.	Gestante com cartão de pré-natal do SUS e número do SISPRENATAL.

Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico			
Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Retardo de crescimento intrauterino; Gestante diabética e/ou hipertensa; Idade gestacional acima de 32 semanas; Avaliação de patologias cardiovasculares fetal.	História Clínica; Exame Físico; USG obstétrica.	Obstetra do Programa de Pré-Natal de alto risco.	-

8.2.13 USG Morfológica

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
<p>Alterações do líquido amniótico (aumento ou diminuição); Análise morfológica; Biometria fetal completa, Idade paterna maior ou igual a 55 anos; Diabetes mellitus da gravidez; Gestação múltipla; Gestação prévia com alteração genética; História pregressa de má formação congênita e/ou aneuploidia, Abortamento; Idade materna maior ou igual a 35 anos; Indicado entre a 11ª e 14ª semanas de gravidez; Rastreamento de aneuploidias; Suspeita de infecções congénitas (toxoplasmose, rubéola, citomegavírus, etc); Uso de drogas teratogénicas.</p> <p>OBS: Época ideal para avaliar a morfologia fetal é entre 18 – 24 semanas de gestação.</p>	História Clínica; Exame Físico.	Ginecologista; Obstetra.	-

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.

8.2.14 USG de Partes Moles

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
<p>Avaliação e acompanhamento da profundidade de lesões, nodulações, cistos, massas, traumas e malformações que afetam as estruturas superficiais, como axilas tumores cutâneos e subcutâneos; Abscessos.</p>	História Clínica; Exame Físico.	Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Cirurgião Plástico; Clínico Geral; Dermatologista; Geriatria; Infectologista; Oncologista; Ortopedista; Pediatra; Reumatologista.	-

Obs.: É obrigatório especificar a indicação da região do corpo em que se encontra a possível alteração a ser analisada. A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudo 5 - Procedimento Regulado.

8.3 Mamografia

Procedimento	Código SIA/SUS
Mamografia para rastreamento (FAEC)	02.04.03.018-8
Mamografia Unilateral (MAC)	02.04.03.003-0

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudo 7 - Procedimento Regulado.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
<p>Achado anormal em mamografia anterior; Alterações da pele das mamas; Fluxo papilar; Linfonodo axilar suspeito; Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, com fator de risco; Mulheres com idade entre 40 e 74 anos, bianualmente; Mulheres em Tratamento de Reposição Hormonal; Nódulos.</p>	História Clínica; Exame Físico; USG ou mamografia prévia (se houver)	Clínico Geral; Mastologista; Oncologista; Ginecologista	<p>RASTREAMENTO (FAEC): Pacientes assintomáticos ao exame clínico, a partir de 35 anos (a pedido de mastologista), prioridade na faixa etária 40 a 74 anos (bianual) de acordo com critérios do MS.</p> <p>MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA (MAC): Mulheres de alto risco de câncer, estadiamento e acompanhamento periódico de doentes já operadas de câncer (qualquer idade a partir de 10 anos, ambos sexos).</p>

8.4 Biopsia de Próstata SIA/SUS 02.01.01.041-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Densidade de PSA > 0,15 ng/mL; Neoplasia intra-epitelial prostática (NIP) de alto grau; Presença de nódulos prostáticos detectados no toque retal; PSA > 2,5 ng/mL em pacientes jovens (até 55 anos); PSA > 4 ng/mL; Velocidade de PSA > 0,75 ng/mL/ano; PSA persistentemente elevado ou em elevação e com velocidade > 0,75 ng/mL/ano; Proliferação atípica de pequenos ácinos (ASAP); Toque retal prostático alterado.	PSA; USG da próstata.	Urologista; Nefrologista;	Pré-operatórios; Todos os pacientes supostamente oncológicos.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.5 Estudo Urodinâmico

Procedimento	Código SIA/SUS
Urofluxometria	02.11.09.007-7
Urodinâmica Completa	02.11.09.001-8

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Bexiga neurogênica; Incontinência urinária; Prostatismo.	-	Neurologista; Urologista; Ginecologista; Cirurgião pediátrico; Nefrologista	Paciente prostático com insuficiência renal; Sequelados de AVC e TRM com insuficiência renal (creatinina > ou = 1,5mg/dl).

8.6 Urografia Venosa SIA/SUS 02.04.05.018-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Avaliar alterações na face póstero- lateral da bexiga; Avaliar Anomalias Congênicas do trato urinário; Avaliar Hematúria Macro e Microscópica; Avaliar obstruções altas ou baixas; Calculose (diagnóstico e planejamento terapêutico); Hidronefrose; Lesões Uretrais e Renais duvidosas; Tumores Intraluminares: Piélicos ou Uretrais.	História Clínica; Exame Físico; RX simples do Abdômen com Laudo; USG Rim/vias urinárias.	Clínico Geral; Médico do PSF; Urologista; Nefrologista; Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Pediatra	Alergia ao contraste iodado; Descompensação Cardíaca; Descompensação Cardíaca; Desequilíbrio do Cálcio ou Tetânia; Desidratação; Diabetes Mellitos descompensada; Hipotensão; Insuficiência Renal descompensada; Mieloma Múltiplo; Pielonefrite Aguda.	Seguimento pós litotripsia extracorpórea; Calculose renal.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.7 Videolaringoscopia SIA/SUS 02.09.04.004-1

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Alterações de cordas vocais; Respiração Bucal; Epistaxe de repetição ou volumosa; Disfonia; Apneia do sono (ronco); Copo estranho; Cefaléia crônica; Estridor; Disfagia; Tumores; Anomalias congênicas de laringe; Granuloma das cordas vocais; Pólipos das cordas vocais; Estenose subglótica congênita ou Adquir pós- entubação traqueal prolongada; Refluxo gastroesofágico.	História clínica; Exame otorrinolaringológico completo, com descrição do aspecto macroscópico avaliado.	Otorrinolaringologista	Discrasias sanguíneas.	Criança e investigação de tumores

Obs: Solicitações com exames anteriores, com menos de 01 ano, devem ser acompanhados de relatório médico para avaliação da equipe médica reguladora. **A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.**
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.8 Broncoscopia (Broncofibroscopia) SIA/SUS 02.09.04.001-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Tosse crônica; Sibilos; Estridores; Pneumotorax persistente; Paralisia Diafragmática; Disfonia; Neoplasia Mediastinal; Carcinoma de Esôfago; Neoplasia maligna de cabeça e pescoço; Corpo estranho traqueobrônquico; Paralisia da prega vocal; Abscesso pulmonar; Queimadura química ou térmica na árvore brônquica; Trauma torácico ou cervical; Alteração de citologia no escarro; Emoptise; Fistulas bronquipleural, traqueobroncoesofágica, traqueoarterial; Apneia do sono; Obstrução respiratória; Derrame pleural inexplicado; Doença pulmonar intersticial.	História clínica; Raio X simples e suspeita clínica definitiva; Tomografia quando Raio X não conclusivo.	Pneumologista; Cirurgião Torácico; Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico	Hipoxemia; Paciente não cooperativo; Arritmia maligna; Instabilidade cardíaca.	-

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.9 Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador SIA/SUS 02.11.08.005-5

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Suspeita de lesão obstrutiva brônquica; Dispneia progressiva sem causa aparente; História de entubação traqueal progressiva; Hipertensão Pulmonar; Síndrome hepatopulmonar; Hipoxemia; DPOC; Asma; Pós Cirurgia de Ressecção pulmonar, brônquica e bronquiectasia; Enfisema.	História clínica; Exame físico do AP respiratório; Raio X do tórax; Outros exames.	Clinico Geral; Pneumologista; Cardiologista; Otorrinolaringologista; Neurologista.	-

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.10 Polissonografia
SIA/SUS 02.11.05.010-5

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Diagnóstico da síndrome de apneia do sono; Sintomas: ronco, obesidade, sonolência diurna, sono interrompido, irritabilidade, cansaço crônico diurno etc.	História clínica; Exame físico; determinação de peso e altura.	-	-

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudo 5- Procedimento Regulado.

8.11 Eletrocardiograma (ECG)
SIA/SUS 02.11.02.003-6

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Avaliação inicial cardiológica; Rotina pré-operatório; Sincope ou pré-sincope; Angina Pectoris; Dor Torácica; Dispneia; Fadiga extrema ou inexplicada; Hipertensão arterial pulmonar; Arritmias; Hipertensão Arterial Sistêmica; AVC recente; Uso dos medicamentos que possam alterar o ritmo cardíaco; Sopros; Doença cardiovascular adquirida ou congênita; Endocardite Infecciosa; Lesões valvulares inclusive prolapso de válvula mitral; Próteses valvar – avaliação.	História Clínica; Exame Físico; ECG Prévio (se houver)	Cardiologista; Cirurgião Cardiovascular; Pneumologista; Clínico Geral; Pediatra; Neurocirurgião / Neurologista; Médico PSF; Endocrinologista; Pneumologista; Nefrologista; Reumatologista; Gastroenterologista / Geriatra (avaliação por uso de medicação).	Não há; Não é exame de escolha no controle terapêutico da doença coronariana.	Maiores de 40 anos; Matriculados no HIPERDIA; Portadores de cardiopatias ou doenças que lesem o coração.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudo 5- Procedimento NÃO Regulado.

8.12 Teste de Esforço / Teste Ergométrico
SIA/SUS 02.11.02.006-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Angina do peito; Dor torácica; ECG com alteração do seguimento ST; Risco de Doença Arterial Coronariana; Hipertensão ventricular esquerda; WPW (Wolf-Parkinson-White); Marcapasso ventricular, IAM; Histórico familiar de Coronariopatia; História Familiar de síncope ou morte súbita; Arritmias; Avaliação de capacidade funcional (mulher 45 anos, homem 30 anos); Avaliação cardiológica em atletas.	História Clínica; Exame Físico; ECG Prévio (se houver)	Cardiologista; Cirurgião Cardiovascular.	Taquicardia; Angina; Arritmias paroxísticas em crise; Arritmias ventriculares complexas não controladas; Miocardites e pericardites agudas; Bloqueio átrio ventricular; Infarto agudo do miocárdio em evolução ou estável; Estenose aórtica; Hipertensão arterial grave; Lesão importante de tronco coronária esquerda; Embolia e Hipertensão pulmonar; Qualquer enfermidade aguda, febril ou grave; Limitação física ou psicológicas	Histórico e exames compatíveis com as indicações descritas.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudo 6 - Procedimento Regulado.

8.13 Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (M.A.P.A)
SIA/SUS 02.11.02.005-2

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Avaliação de sintomas causados pela Hipertensão Arterial Sistêmica (Palpitações, Cefaléia occipital, dispnéia paroxística ou não, fadiga, prostração, mal estar geral com ou sem palidez, pré-síncope ou síncope); Avaliar abruptas variações da pressão arterial sistêmica (Uso de medicamentos, Idosos, Diabéticos, Menopausadas Grávidas); Avaliar Hipotensão Arterial e Síndrome Hipotensiva; Avaliar paciente suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica Lábil ou Episódica; Avaliar paciente suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica do Jaleco Branco; Avaliar Pressão Arterial limítrofe; Avaliar suspeita de disfunção autonômica; Avaliação de tratamento anti-hipertensivo.	História Clínica; Exame Físico detalhado; ECG com laudo; Teste Ergométrico (se houver).	Cardiologista; Cirurgião Cardiovascular; Nefrologista; Neurologista; Neurocirurgião.	Portadores de Doenças Renais Crônicas – com HAS.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.14 Monitoramento pelo Sistema Holter 24 horas (3 canais)
SIA/SUS 02.11.02.004-4

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Arritmias; Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Hipertensão Ventricular Esquerda (HVE); Avaliação de lesão isquêmica no Infarto agudo do miocárdio (pós-IAM); Estratificação de risco na Síndrome de WPW; Insuficiência cardíaca congestiva (ICC); Insuficiência Coronariana; Miocardiopatias; Portadores de marcapasso; Síndrome; Valvulopatias.	História Clínica; Exame Físico; Raio X simples (conforme o caso); ECG; Teste Ergométrico e/ou Ecocardiograma.	Cardiologista; Cirurgião Cardiovascular; Neurologista; Geriatra; Hemodinamicista.	Não há; Não é o melhor exame para controle terapêutico da doença coronariana.	Síncope; História com Arritmia diagnosticada; Pós-infarto; Histórico e exames compatíveis com as indicações ao lado.

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.15 Ecocardiografia Fetal

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Gravidez de risco; Histórico familiar de cardiopatia congênita; idade da gestante superior a 35 anos; Histórico de filho anterior com cardiopatia; Diabetes; Doença autoimune; Infecções maternas como rubéola ou toxiplasmose; Uso de drogas (cocaína, álcool); Gravidez gemelar; Alterações identificadas no Ultrassom obstétrico ou no pré-natal.	História Clínica; Exame Físico; USG anterior.	Ginecologista Obstetra do pré-natal de alto risco.	-

Obs.: O Ecocardiograma fetal deverá ser solicitado pelo médico obstetra no ambulatório de alto risco. **A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado. Só realiza no período de 20 a 30 semanas.**

8.16 Ecocardiografia Transtorácica (USG com Doppler e em repouso)
SIA/SUS 02.05.01.003-2

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Sopros no coração; Hipertensão arterial; Diagnóstico das doenças das válvulas do coração (incluindo também o prolapso da válvula mitral); Avaliação do resultado do tratamento das válvulas do coração; Avaliação de pacientes com dor torácica; Avaliação de pacientes com palpitações e/ou arritmias cardíacas (com clínica e ECG endossando a suspeita); Avaliação de pacientes com doença arterial coronariana; Avaliação do tratamento de pacientes com doença arterial coronariana; Miocardiopatias; Doenças do pericárdio; Pacientes com falta de ar de origem cardíaca; Pacientes que sofreram de desmaio/sincope; AVC sugestivo de embolos; Massas e tumores cardíacos; Doenças cardíacas congênitas; Doenças da aorta; Suspeita de embolia pulmonar.	Historia Clínica; Exame Físico; Raio X simples (conforme o caso); ECG; Teste Ergométrico (se houver).	Cardiologista; Cirurgião Cardiovascular; Clínico Geral	Matriculados no HIPERDIA; Portadores de cardiopatias ou doenças que lesam o coração; ECG alterado; Uso de medicação cardiotoxica; Pacientes Pós-Infarto; Pacientes Pós-Cirurgia Cardíaca; Menores de 5 anos e maiores de 65 anos.

Obs: Em caso de exames com menos de 01 ano deve ser acompanhado relatório médico para avaliação do médico regulador. **A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.**

8.17 USG Doppler Colorido de Vasos / Ecodoppler
SIA/SUS 02.05.01.004-0

8.17.1 Ecodoppler de Carótidas e Vértebras

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Isquemia cerebral transitória ou prolongada; Síncope; Sopro carotídeo; Massa pulsátil cervical; Síndrome Vertiginosa; Amaurose Unilateral; Avaliar roubo da subclávia (suspeita); Avaliação para cirurgia de artérias carótidas e/ou vertebrais.	História Clínica; Exame Físico; RX Simples (conforme o caso)	Angiologista; Cardiologista; Geriatra; Neurologista; Neurocirurgião; Cirurgião Vascular.	-

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.17.2 Ecodoppler de Veias Cervicais

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Síndrome de compressão da Veia Cava Superior; Sopro Cervical contínuo (Fístula artério-venosa).	História Clínica; Exame Físico; RX Simples (conforme o caso).	Angiologista; Cardiologista; Neurologista; Neurocirurgião; Cirurgião Vascular	-

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.17.3 Ecodoppler de Veias dos Membros Superiores

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Edema; Fístulas Arterio-Venosas; Hemangioma; Trombose Venosa.	História Clínica; Exame Físico; RX Simples (conforme o caso)	Angiologista; Cardiologista; Neurologista; Neurocirurgião; Cirurgião Vascular.	-

**A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.**

8.17.4 Ecodoppler da Artéria Aorta Abdominal

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Aneurisma; Angina; Avaliar enxerto pós-cirurgia; Dissecção Aórtica; Massa Pulsátil; Sopro Abdominal.	História Clínica; Exame Físico; RX Simples (conforme o caso)	Angiologista; Cardiologista; Neurologista; Neurocirurgião; Cirurgião Vascular.	-

**A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.**

8.17.5 Ecodoppler de Artérias de Membros Inferiores

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Claudicação intermitente do membro inferior; Aneurisma das artérias poplíteas; Embolia; Trombose; Pé diabético; Ausência de pulso arterial do membro inferior; Diminuição do pulso arterial do membro inferior; Avaliação de enxerto pós-cirurgia; Massas pulsáteis.	História Clínica; Exame Físico; RX Simples (conforme o caso).	Angiologista; Cardiologista; Neurologista; Neurocirurgião; Cirurgião Vascular.	-

**A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.**

8.17.6 Ecodoppler de Veias dos Membros Inferiores

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Avaliação do sistema venoso superficial e profundo; Edema dos membros inferiores; Embolia Pulmonar e Paradoxal; Trauma do vaso; Tromboflebite; Trombose venosa profunda; Úlcera venosa; Varizes.	História Clínica; Exame Físico; RX Simples (conforme o caso).	Angiologista; Cardiologista; Neurologista; Neurocirurgião; Cirurgião Vascular.	-

**A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.**

8.17.7 Ecodoppler de Artérias Renais

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Hipertensão Renovascular; Sopro; Rejeição de enxerto transplantado; Tumores renais e supra-renais; Avaliação e acompanhamento de transplante renal.	História Clínica; Exame Físico; RX Simples (conforme o caso).	Angiologista; Cardiologista; Neurologista; Neurocirurgião; Cirurgião Vascular; Nefrologista; Urologista.	-

**A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.**

8.18 Ecocardiografia Transesofágica
SIA/SUS: 02.05.01.002-4

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
<p>Avaliar válvulas, septos e átrios quando suspeitos na avaliação clínica; Avaliar estrutura e função valvar para assistir planejamento da intervenção; Suspeita de Endocardite Infecciosa, casos de risco moderado ou elevado; Próteses valvares para confirmar e quantificar melhor a disfunção;</p> <p>Pacientes com suspeita de massas e tumores cardíacos; Pacientes com suspeita de doença da Aorta aguda (dissecção/não limitada); Reavaliação de exame prévio alterado quando necessária mudança terapêutica;</p> <p>Acompanhamento de procedimentos percutâneos; Busca de fonte embólica quando nenhuma outra for identificada (Ecotranstorácico prévio).</p>	<p>História Clínica; Exame Físico; ECG Prévio; ECO Prévio (se houver).</p> <p>OBS: Requer jejum absoluto (inclusive a ingestão de líquido), de pelo menos 6 horas.</p>	<p>Cardiologista; Neurologista; Cirurgião Cardiovascular.</p>	<p>Não há.</p> <p>OBS: Não é necessária a suspensão de qualquer medicamento.</p>	<p>ECG alterado; Uso de medicações cardiotônicas; Pacientes pós-infarto; Pós-cirurgia cardíaca; Menores de 05 anos e maiores de 65 anos; Histórico e exames compatíveis com as indicações acima descritos</p>

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.19 Endoscopia Digestiva Alta (Esofagogastroduodenoscopia)
SIA/SUS 02.09.01.003-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
<p>Anemia a esclarecer; Câncer gástrico; Cirrose hepática; Disfagia; Doença de Refluxo Gastroesofágico (DRGE), Dor abdominal; Dor epigástrica; Esofagite de refluxo; Hemorragia digestiva alta; Hérnia de Hiato; Metástases; Neoplasia a esclarecer; Odínofagia; Úlcera gástrica com pesquisa de Helicobacter Pylori; Úlcero duodenal com pesquisa de Helicobacter Pylori; Varizes esofágicas.</p>	<p>História Clínica; História de patologia pregressa e história familiar; Exames Físicos com ênfase no aparelho digestivo</p>	<p>Clínico Geral, Gastroenterologista; Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Oncologista; Pediatra; Proctologista; Geriatra; Emergencista/ Intensivistas.</p>	<p>Pacientes não cooperativos; Diverticuloses esofágicas; Suspeita de perfuração no trato digestivo; Cirurgia recente do trato digestivo</p>	-

Obs.: Tempo médio para repetição do exame: Úlcera Gástrica e duodenal com Helicobacter Pylori positivo – pós tratamento; Após cirurgia de hipertensão portal; Após cirurgia de câncer gástrico: 6º mês e a cada ano; Esôfago de Barret e estenose de esôfago: 1 vez/ano; Úlcera gástrica com história duvidosa: 1 vez/ano; Cirurgia gástrica por doença benigna: 1 vez/ano por 7 anos. **A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.**

8.20 Retossigmoidoscopia

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
<p>Tumores; Sangramento retal; Diarréia; Eliminação de muco nas fezes; Doenças orificiais/anoretais; Dor abdominal; Retocolite ulcerativas.</p>	<p>História Clínica completa; Exame Físico</p>	<p>Gastroenterologista; Proctologista; Oncologista; Geriatra; Pediatra; Cirurgião Pediátrico.</p>	-

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.21 Colonoscopia
SIA/SUS 02.09.01.002-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
Anemia sem outra causa; Angiodisplasia; Corpo estranho; Diarréia crônica, constipação; Doenças diverticular do cólon; Doença inflamatórias intestinais; Hemorragia digestiva baixa; Pólipos do cólon; Massa tumoral de cólon; Doença vascular – Angiodisplasia; Avaliação preventiva em pacientes maior de 40 Anos com história familiar de neoplasia de ovários, mama e útero e maior de 50 anos com antecedentes pessoais, pólipos, retrocolite e Chron; Pacientes sem queixa após 50 anos - exame a cada 10 anos; Retite actínica; Esquistossomose retal; Dor retal; Massa abdominal intracavitária; Dolicomamografia colon; Patologias congênitas ano retais.	História clínica detalha com antecedente pessoais e familiares relacionados à patologia; Exame físico específico do aparelho digestivo; Ultrassonografia, retosigmoidoscopia ou exame radiológico anterior.	Clínico Geral, Gastroenterologista; Proctologista; Cirurgião Geral; Cirurgião Pediátrico; Geriatria	Paciente debilitado; Suspeita de Perfuração de víscera oca; Cirurgia de alça intestinais recente.	-

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.

8.22 Eletroencefalograma

Procedimento	Código SIA/SUS
Em vigília com ou sem foto estímulo	02.11.05.002-4
Em sono induzido com ou sem medicamento (EEG)	02.11.05.003-2
Em vigília e sono espontâneo com ou sem fotoestímulo (EEG)	02.11.05.004-0
Quantitativo com mapeamento cerebral (EEG)	02.11.05.005-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades de Regulação
Epilepsias generalizadas e focais (Diagnóstico, acompanhamento e planejamento terapêutico); Investigação de crise epilética; Encefalopatia metabólica; Intoxicação por drogas; Ausência (todos os tipos); Determinar morte cerebral em comatosos; Investigação de demência rapidamente progressiva.	História Clínica detalhada; Exame Físico com ênfase nos neurológicos principalmente focais.	Neurologista; Neurocirurgião; Neuropediatra	-

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada.
Documento de solicitação: Laudos 3 ou 5 (Quantitativo com mapeamento cerebral – Laudo 5). Procedimento Regulado.

8.23 Eletro-neuromiografia (ENMG)
SIA/SUS 02.11.05.008-3

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contraindicação	Prioridades de Regulação
<p>Miopatias; Doença da junção neuromuscular; Polineuropatias; - Mononeuropatias simples e múltiplas; Doenças do neurônio motor; ELA e variantes; Polirradiculoneurites agudas e crônicas, inflamatórias ou não; Neuropatia do nervo facial; Radiculopatias cervicais e lombo – sacro; Plexopatias; Miotonias; Neuropatias motoras sensitivas; Síndrome de Guillan- Barré e similares; Distonias; Traumatismo sobre nervos, plexos ou coluna; Pré e pós operatório de cirurgias de nervos periféricos; Síndrome do túnel do carpo, do tarso e outras síndromes compressivas focais; Incontinência esfinteriana anal; Disfunção erétil; Mioclonias; Miofasciculações de origem recente; Esclerose múltipla; Mielopatias; Perícia Médica.</p>	<p>História Clínica detalhada; Exame Físico com ênfase nos dados neurológicos, principalmente focais; Descrição dos resultados de exames prévios relacionados ao quadro.</p>	<p>Neurologista; Neuropediatra; Neurocirurgião; Fisiatra; Reumatologista; Ortopedista; Dermatologista (Programa de Hanseníase); Geriatria; Urologista (Disfunção erétil); Andrologista (Disfunção erétil); Gastroenterologista (Incontinência anal); Proctologista (Incontinência anal).</p>	<p>Portadores de marca-passo e/ou cardiopatias de condução; Usuários portadores de doença grave consumptiva; Pneumotórax; Infecção cutânea no local do exame; Peritonite.</p>	<p>Doenças agudas, nas quais o exame é essencial na definição da estratégia mais adequada de tratamento, evitando piora no quadro clínico; Acompanhamento, definição prognóstica e monitoramento de doenças de evolução rápida e/ou potencialmente incapacitantes; Acompanhamento de conduta terapêutica já realizada e em seguimento; Acompanhamento do curso de doenças de evolução flutuante e sua resposta as intervenções terapêuticas.</p>

Motivos de Encaminhamento: Acompanhar a evolução das doenças bem como a resposta ao tratamento nos distúrbios neuromusculares; Avaliação de desordens do Sistema nervoso periférico e central (com distúrbios do sistema nervoso periférico e/ou muscular associados). **A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade, CID e justificativa clínica adequada. Documento de solicitação: Laudos 3 ou 4 (APAC) - Procedimento Regulado.**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi publicada na Portaria MS/GM nº 793/12, pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de ampliar o acesso, qualificar o atendimento, articular e integrar os serviços de saúde (da Atenção Básica, Especializada e Urgência e Emergência) de forma a garantir a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua.

Na Atenção Especializada em reabilitação, a Portaria Ministerial instituiu os Centros Especializados em Reabilitação - CER, que integram as diversas modalidades de reabilitação (física, auditiva, intelectual e visual). Atualmente, o município de São Gonçalo possui 02 CERs os quais realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de Tecnologia Assistiva, constituindo-se referência para a rede de atenção à saúde no território.

Esta rede vem sendo atualizada continuamente com a participação de diversos atores, sendo que a articulação de serviços nos vários territórios, a humanização da atenção, o investimento na educação permanente dos profissionais e a ampliação do acesso à reabilitação e aos recursos e dispositivos de Tecnologia Assistiva tem sido focos fundamentais de intervenção.

Para facilitar o acesso à reabilitação é importante que o usuário seja atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência, sendo necessário organizar serviços nas diversas regiões de saúde, articulados à Atenção Básica, Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Considerando as características dos CERs, as diferenças territoriais e a necessidade de otimizar o acesso dos diversos municípios, foram organizados procedimentos e estratégias junto à Central de Regulação.

De maneira geral, os CER deverão organizar sua agenda conforme as seguintes diretrizes:

- ✓ Todas as agendas devem estar no Sistema Municipal de Regulação;
- ✓ As primeiras consultas são reguladas e agendadas pela Central de Regulação, conforme as inserções em filas feitas pelas Unidades de saúde, no Sistema Municipal de Regulação;
- ✓ Devem ser disponibilizadas vagas de reserva técnica no CER para utilização da Regulação em Reabilitação, conforme pactuação e necessidade local, a fim de garantir que não exista espera para os pacientes prioritários: recém nascidos de alto risco para desenvolvimento ou com deficiência estabelecida, crianças com deficiência, lesões neurológicas e ortopédicas recentes, de até 6 meses pós alta hospitalar;
- ✓ O acesso ao CER – Neves, Clínica Nova Cidade, PAM Coelho (Fisioterapia), APAE, ABRAE, deverá ocorrer por meio de agendamento efetuado pela Regulação em Reabilitação através do Sistema Municipal de Regulação para avaliação multiprofissional em reabilitação nas seguintes modalidades: Intelectual, Física, Visual, Auditiva, e Múltiplas Deficiências.
- ✓ O acesso ao CER, AFR, PESTALOZZI e APADA, deverá ocorrer por meio de migração de dados do Sistema Municipal de Regulação para o Sistema de Regulação de Niterói - RESNIT pela Regulação em Reabilitação para concessão de OPM FÍSICA, OPM VISUAL, avaliação multiprofissional em reabilitação, nas seguintes modalidades: Intelectual, Física, Visual e Múltiplas Deficiências.

a) Avaliação Multiprofissional em Reabilitação:

As diretrizes do Ministério da Saúde apontam para a importância de adoção de uma linha de cuidado em reabilitação que atenda a pessoa na integralidade de suas necessidades, sendo prevista ambiência física para os serviços especializados que estimule a avaliação e a intervenção multidisciplinar.

Isto requer uma atuação integrada da equipe desde o momento da entrada do usuário no serviço de forma a garantir discussões de casos, intervenções compartilhadas, complementares e em momento oportuno para os diferentes procedimentos definidos no Projeto Terapêutico Singular.

O acesso ao serviço de reabilitação se dá impreterivelmente por meio da Central de Regulação Municipal (Regulação em Reabilitação), desta forma, está fortemente relacionado à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades das pessoas atendidas desde à entrada do serviço. Neste sentido, foi criado o procedimento "Avaliação Multiprofissional em Reabilitação" para o CER, que prevê a realização no mesmo dia, do acolhimento no serviço, da consulta com a equipe multidisciplinar, da avaliação inicial da equipe técnica e da discussão do caso/conduta. Esse deve ser o acesso prioritário ao CER. Nos casos em que o CER avaliar ineligibilidade no atendimento será encaminhado para a Atenção Básica ou para a Unidade de referência.

A partir desta avaliação as agendas "locais" deverão ser configuradas de forma:

- ✓ a possibilitar que o usuário realize mais de uma terapia no mesmo dia, se esta for sua necessidade;
- ✓ que as terapias de cada especialidade ocorram uma ou mais vezes por semana, conforme PTS estabelecido;
- ✓ a possibilitar a integração da equipe para revisão do PTS a cada 3 meses e sempre que necessário;
- ✓ que o serviço não tenha filas internas que interfiram no processo de reabilitação da pessoa.

b) Consulta/avaliação especializada com fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia entre outros:

Considerando:

- ✓ a fila de espera para intervenções específicas com fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais ou fisioterapeutas, entre outros;
- ✓ que grande parte destes atendimentos poderia ser equacionado na atenção básica;
- ✓ as intervenções em grupo ou individuais por profissionais de reabilitação, com a presença de materiais terapêuticos simples, sem grandes equipamentos;
- ✓ que parte das pessoas que aguardam esta intervenção possuem situações crônicas que poderiam se beneficiar com atividades físicas, PICS ou atividades coletivas dos profissionais de reabilitação;
- ✓ que parte destas pessoas estão em situação de agudização de quadros crônicos ou outras situações que requerem ações de reabilitação específicas nos CERs;
- ✓ que nem todas as UBS tem suporte de profissionais de reabilitação para esta triagem e atendimento.

Os CER deverão se organizar para o suporte matricial às UBS que não tem este apoio de profissional de reabilitação, de forma a contribuir para o direcionamento adequado dos casos. De maneira geral, sugerimos:

- ✓ discussão da fila de espera e encaminhamentos compartilhados junto às diversas UBS e Ambulatórios;
- ✓ avaliações compartilhadas, na Atenção Básica, com histórico clínico detalhado do usuário;
- ✓ elaboração de relatórios de alta após o tratamento necessário ao usuário, apontando a finalização do processo terapêutico e indicando a continuidade de cuidados na Atenção Básica;

Poderão disponibilizar, ainda, vagas para intervenções específicas com fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapia ocupacional entre outros conforme pactuação regional, devendo a gerência/coordenação acompanhar estas entradas pela central de regulação, de forma a não descaracterizar o perfil de atendimento multidisciplinar do serviço, mas contribuir para o equacionamento da fila de espera existente na rede, enquanto são fortalecidos os recursos de reabilitação na AB.

c) Agendamento de exames de apoio diagnóstico no CER com modalidade de reabilitação auditiva:

Considerando a existência de equipamentos específicos, os CERs com modalidade de reabilitação auditiva deverão ofertar vagas de exames auditivos/otológicos, conforme os equipamentos existentes.

Critérios para Encaminhamento:

ATENÇÃO ESPECIALIZADA	AValiação DO MULTIPROFISSIONAL NO CER	
AValiação MULTIPROFISSIONAL REABILITAÇÃO FÍSICA	Pessoas com quadros recentes ou agudos neurológicos e ortopédicos que necessitam de avaliação e reabilitação por equipe multiprofissional (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, médico e enfermeiro), incluindo órteses, próteses ou meios auxiliares de locomoção.	
	Pessoas com quadros ortopédicos recentes ou agudizados que necessitam de avaliação e reabilitação por equipe multiprofissional (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico), incluindo órteses, próteses ou meios auxiliares de locomoção.	
	Pessoas em acompanhamento terapêutico individual ou em grupo na AB que precisam de suporte específico do CER para a continuidade do cuidado na AB (avaliação especializada, orientação, OPM)	
Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Exame / Modalidade Física	Laudo 1 – Preenchido com indicação clínica, incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com a hipótese diagnóstica: tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento.	Exames Complementares, se tiver.
Módulo Exame / OPM Física	Laudo 8 – Preenchido com indicação clínica, incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com a hipótese diagnóstica: tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento.	Exames Complementares, se tiver.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA	AVALIAÇÃO DO MULTIPROFISSIONAL NO CER	
AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL REABILITAÇÃO INTELLECTUAL/ DESENVOLVIMENTO	Pessoas com deficiência intelectual, alterações cognitivas, de linguagem ou TEA que precisam de reabilitação por equipe multiprofissional (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e médico neurologista/ neuropediatra)	
	Recém nascidos de alto risco para o desenvolvimento, conforme protocolo estabelecido.	
	Pessoas em reabilitação na AB que precisam de suporte específico do CER para a continuidade do cuidado (avaliação especializada, orientação)	
Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Exame / Modalidade Intelectiva	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica, incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com a hipótese diagnóstica: tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento.	Exames Complementares.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA	AVALIAÇÃO DO MULTIPROFISSIONAL NO CER	
AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL REABILITAÇÃO VISUAL	Pessoas com suspeita/confirmação de baixa visão ou cegueira que precisam de intervenção multiprofissional em reabilitação visual (avaliação, seleção e fornecimento de recursos ópticos, terapias e acompanhamento)	
	Pessoas com baixa visão ou cegueira que precisam de treino de orientação e mobilidade	

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Exame / Modalidade Visual	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica, incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com a hipótese diagnóstica: tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento.	Exames Complementares – Audiometria (max. 12 meses). Não é necessário para o BERA.
Módulo Exame / OPM Visual	Laudos 8 – Preenchido com indicação clínica, incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com a hipótese diagnóstica: tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento.	Exames Complementares.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA	AVALIAÇÃO DO MULTIPROFISSIONAL NO CER	
AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL REABILITAÇÃO AUDITIVA	Pessoas com menos de 4 anos de idade com suspeita/confirmação de deficiência auditiva que precisam de intervenção multiprofissional (diagnóstico, seleção e fornecimento de aparelho auditivo, terapia fonoaudiológica e acompanhamento)	
	Crianças com 4 anos ou mais de idade com suspeita/confirmação de deficiência auditiva para intervenção multiprofissional (diagnóstico, seleção e fornecimento de aparelho auditivo, terapia fonoaudiológica e acompanhamento)	
	Pessoas com deficiência auditiva em reabilitação na AB que precisam de suporte e intervenção multiprofissional especializada	

Sistema Municipal de Regulação	Formulário	Exames Necessários para Inserção
Módulo Exame / Modalidade Auditiva	Laudos 1 – Preenchido com indicação clínica, encaminhando para a Saúde Auditiva / Protetização / Exame BERA.	Exames Complementares – Audiometria (max. 12 meses). Não é necessário para o BERA.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA	AVALIAÇÃO COM APENAS UM ESPECIALISTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
Fisioterapia	Quadros ortopédicos agudos ou crônicos agudizados que precisam de intervenção específica com fisioterapeuta	
Fonoaudiologia-Audiologia	Avaliação audiológica, BERA, EOA ou exames otoneurológicos, conforme os equipamentos existentes	

ATENÇÃO BÁSICA	AVALIAÇÃO E ATENDIMENTO EM REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	
Profissionais da atenção básica	Quadros crônicos ou pessoas com deficiência anteriormente reabilitadas que necessitam de continuidade de cuidado/ manutenção no território	
Fisioterapia / Terapia Ocupacional	Quadros ortopédicos, lesões tendinosas, dores crônicas e outras pessoas que precisam de intervenção específica com fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional, sem equipamentos específicos.	
Fonoaudiologia	Alterações de linguagem, fala, escrita, voz, que precisam de intervenção específica com fonoaudiólogo	

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ELIAS JR**, Antonio Mauro. Protocolos de Encaminhamento para Especialidades e Rotinas para Pedidos de Exames/ Procedimentos de Média e Alta Complexidade, **Secretaria Municipal de Saúde de Tangará da Serra** (MT), 2010
2. **FORMIGA et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. **Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos**, SP, 2006.
3. **ROCHA et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média complexidade. **Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus**, Santo Antonio de Jesus BA, 2007.
4. **SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO** – Protocolos de Regulação do Estado do Mato Grosso, Cuiabá (MT) 2011
5. **SECRETARIA DE SAÚDE ESTADO DO RIO DE JANEIRO** - Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais, VERSÃO 1.4, 2015 .Disponível em: http://www.subpav.org/download/sisreg/SISREG_regulador_protocolo.pdf –
6. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAL**. Protocolos de Regulação da Atenção Especializada, Blumenau (SC), 2011.
7. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIADEMA**. Protocolos de Regulação do Acesso Especialidades Médicas, Diadema (SP), 2008.
8. **ELIAS JR**, Antonio Mauro. Protocolos de Encaminhamento para Especialidades e Rotinas para Pedidos de Exames/ Procedimentos de Média e Alta Complexidade, **Secretaria Municipal de Saúde de Tangará da Serra** (MT), 2010
9. **FORMIGA et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. **Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos**, SP, 2006.
10. **ROCHA et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média complexidade. **Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus**, Santo Antonio de Jesus BA, 2007.
11. **SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO** – Protocolos de Regulação do Estado do Mato Grosso, Cuiabá (MT) 2011
12. **SECRETARIA DE SAÚDE ESTADO DO RIO DE JANEIRO** - Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais, VERSÃO 1.4, 2015 .Disponível em: http://www.subpav.org/download/sisreg/SISREG_regulador_protocolo.pdf –
13. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAL**. Protocolos de Regulação da Atenção Especializada, Blumenau (SC), 2011.
14. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIADEMA**. Protocolos de Regulação do Acesso Especialidades Médicas, Diadema (SP), 2008.
15. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUARULHOS**. Protocolos de Regulação da Atenção Básica, para Encaminhamento aos Especialistas e Exames e Procedimentos de Alta Complexidade, Gaurulhos (SP), 2009.
16. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA**, Protocolo de Regulação do Município de Vitória, Vitória (ES), 2016.
17. **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VOLTA REDONDA**, Protocolo de Regulação Municipal para exames e procedimentos de alta e média complexidade, Volta Redonda (VR), 2019.
18. **VILAR et al.** Protocolos de Acesso às Consultas Especializadas. Secretaria de Saúde de Recife. Central de regulação do Recife, manual vol. 1, Recife (PE), 2006.
19. **ZANON et al.** Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. **Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SC)**, 2002
20. **BRASIL**. Portaria/GM nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2012.
21. **BRASIL**. Portaria/GM nº 1060, de 05 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Diário Oficial da União 2002.
22. Diretrizes para a organização de reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Secretaria Municipal de Saúde - Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. Revisão 2020

Modelos de Laudos para Solicitação:

Laudos 1 - Consultas e Cirurgias

Laudos 2 - Procedimentos de Alta Complexidade – Cardíaco Laudos 3 e

4 – Procedimentos de Alta Complexidade - APAC Laudo 5 –

Ultrassonografias e Radiografias

Laudos 6 – Teste Ergométrico

Laudos 7 – Mamografia

Laudos 8 – Obtenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

Laudos 9 – Procedimentos Oftalmológicos



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE SÃO GONÇALO



SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE

MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

GUIA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem		Unidade de Destino	
Nome do Paciente			Prontuário Nº <input type="text"/>
CPF do Paciente <input type="text"/>	Nacionalidade		
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nº do CNS <input type="text"/>	Data de Nascimento <input type="text"/>	
Endereço Completo (Rua, Av. Nº, Complemento)			
Peso:	Altura:	Município SÃO GONÇALO	Código 3 3 0 4 9 0
CEP <input type="text"/>	Telefones		

Encaminhado a: _____

História Sumária: _____

Exames complementares e tratamento: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Carimbo	Data: ___/___/___	Assinatura do Médico
	CRM <input type="text"/>	

GUIA DE REFERÊNCIA

Relatório do setor destino: _____

Exames complementares e tratamento: _____

Orientações: _____

Carimbo	Data: ___/___/___	Assinatura do Médico
	CRM 5 2 <input type="text"/>	

SMS-SG / MOD. 031 - GUIA DE REFERÊNCIA


LAUDO 2




Estado do Rio de Janeiro
 Prefeitura Municipal de São Gonçalo
 Fundação Municipal de Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde e Assistência

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Unidade Solicitante:		Cód. CNES:	Del. Solicitante:
Data da Solicitação: / /	**Prestador:		
Nome do Paciente:		No. Cartão SUS:	
CPF:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Data de Nascimento: / /	Cód IBGE Município Residência:		
Endereço:			
Bairro:	Telefone de Contato:		
Hipótese Diagnóstica:			
Sinais e Sintomas Clínicos:			
EXAMES REALIZADOS: Enzimas Cardíacas <input type="checkbox"/> CK _____ <input type="checkbox"/> CK-MB _____ <input type="checkbox"/> Troponina _____ <input type="checkbox"/> Eletrofisiologia <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma <input type="checkbox"/> Doppler arterial e/ou venoso <input type="checkbox"/> Ecodoppler Transtorácico <input type="checkbox"/> Ecodoppler Transesofágico <input type="checkbox"/> Cintilografia <input type="checkbox"/> Cateterismo <input type="checkbox"/> Outros relevantes			
Resultados dos Exames Complementares Acima que Justifiquem a Solicitação do Procedimento:			
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS: <input type="checkbox"/> Cirurgia Cardiovascular Adulto <input type="checkbox"/> Cirurgia Cardiovascular Pediátrica <input type="checkbox"/> Cardiologia intervencionista <input type="checkbox"/> Estudo Eletrofisiológico Terapêutico <input type="checkbox"/> Cirurgia Vascular <input type="checkbox"/> Cirurgia Endovascular			
Cód. Procedimento:		Cód. CID:	
Descrição do Procedimento Solicitado:			
Data e Identificação do Solicitante:		**Data e Identificação do Regulador/Autorizador	
**Cadastro Efetuado: <input type="checkbox"/> Sem pendências <input type="checkbox"/> Com pendências		**No. da AIH/APAC: _____ **Data de Emissão: ____/____/____ **Regulador/Autorizador: _____	
PREENCHER TODOS OS CAMPOS EXCETO OS MARCADOS COM ** QUE SÃO DE USO EXCLUSIVO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO			

 <p>Estado do Rio de Janeiro Prefeitura Municipal de São Gonçalo Fundação Municipal de Saúde Secretaria Municipal de Saúde</p>	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	Nº. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)		Peso: Altura:
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12 - C.A.D. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTD
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)		
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTD
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTD
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTD
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTD
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTD
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)		
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		34 - CID10 PRINCIPAL - 35 - CID10 SECUNDÁRIO - 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
37 - OBSERVAÇÕES		
SOLICITAÇÃO		
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - DATA DA SOLICITAÇÃO
40 - DOCUMENTO () CNS () CPF		41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
		42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - C.A.D. GRÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
		50 - PERÍODO DE VALIDADE
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)		
51 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		52 - CNES


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

LAUDO 5

 ESTADO DO RIO DE JANEIRO PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		ETIQUETA DA UNIDADE SOLICITANTE	
CID: _____		PRONTUÁRIO: _____	
Paciente		Idade	Sexo
Bairro			
Peso:	Altura:	Nº Cartão Nacional do SUS	Tel. Paciente
Indicação Clínica :			
Exames solicitados:			
Data da solicitação		Solicitante com CRM / CPF	
___/___/___		_____	

Scanned with CamScanner

LAUDO 6

 ESTADO DO RIO DE JANEIRO PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		HOSPITAL - AMBULATÓRIO	
SOLICITAÇÃO DE TESTE ERGOMÉTRICO			
NOME		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	PESO	PROFISSÃO
TABAGISMO		SEDENTARISMO	
SIM NÃO		SIM NÃO	
HIPERTENSÃO			
SIM NÃO			
INDICAÇÃO: (DADOS CLÍNICOS)			
RESULTADO DE EXAMES CARDIOLÓGICOS	ECG: .		
	ECO:		
	CAT.:		
	OUTROS:		
MEDICAMENTOS EM USO:			
SUSPENDER ANTES DO EXAME:			
DATA: ___/___/___			
ASS. DO MÉDICO CARDIOLOGISTA - CARIMBO CRM			

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

UF Código da Unidade de Saúde (CUES)

Unidade de Saúde

Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS Sexo Masculino Feminino

Nome Completo do(a) paciente

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade Órgão Emissor UF CNPJ (CPF)

Data de Nascimento Idade Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Barro UF

Código Município Município

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?

- Sim, mama direita
- Sim, mama esquerda
- Não

2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?

- Sim
- Não
- Não sabe

* Risco elevado são:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;

- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;



Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

- Sim
- Nunca foram examinadas anteriormente

4 - Fez mamografia alguma vez?

- Sim. Quando fez a última mamografia?
- Não
- Não sabe

 SÃO GONÇALO <small>PREFEITURA MUNICIPAL</small> <small>TRABALHO EM PROGRESSO</small>	Estado do Rio de Janeiro Prefeitura Municipal de São Gonçalo Secretaria Municipal de Saúde Rede Municipal de Cuidados a Saúde da Pessoa com Deficiência	SAÚDE SEM LIMITE 
---	---	--

Laudo para obtenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

Nome do paciente: _____
 (Nome completo)

Responsável: _____ Tel.: _____

Etiologia: _____
 (Ex. ECI ou PC; TRM; Lesão Cerebral Adquirida, AVC, etc...)

Sequela Motora: _____
 (Ex. Hemiplegia à direita; Paraplegia, Tetraplegia; etc...)

Data de Nascimento: ____/____/____ Data da Lesão: ____/____/____ Descrição:

(Informar o tipo de Órtese, Prótese/ ou Meio Auxiliar de Locomoção prescrito).

Obs.: Podem ser prescritos mais de um item.

Município: _____

Data: ____/____/____

+

Obs.: 1 - (Deverão ser anexadas cópias do CPF, Identidade, Comprovante de Residência e Cartão Nacional de Saúde). "TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO."

Obs.: 2 - (Os produtos prescritos somente serão entregues ao paciente, seu representante legal ou pessoa portando autorização por escrito do paciente ou representante).

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Subsecretaria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
Av. São Gonçalo, nº 100, G2, Loja 201B Boa Vista – São Gonçalo/RJ

Continuação do D.O.E. em 21/05/2026

Exonera:

a contar de 20 de maio de 2026, RENAN SILVA COUTINHO - Mat.: 129915, do cargo em comissão de Gerente de Governança e Apoio à Gestão - Símbolo CC-3, da(o) Secretaria Municipal de Educação.

Port. nº 804/2026

Nomeia:

a contar de 21 de maio de 2026, MARIA EDUARDA FERREIRA BRUNO - CPF: 179.***.***-64, para exercer o cargo em comissão de Gerente de Governança e Apoio à Gestão - Símbolo CC-3, na(o) Secretaria Municipal de Educação, em substituição a Renan Silva Coutinho - Mat.: 129915.

Port. nº 805/2026

Exonera:

a contar de 20 de maio de 2026, RHUAN DO AMARAL COSTA - Mat.: 23022, da função de Diretor(a) Escolar do(a) CRECHE MUN JOSE CALIL ABUZAIID, da(o) Secretaria Municipal de Educação.

Port. nº 806/2026

Nomeia:

a contar de 20 de maio de 2026, CARINE DA CONCEICAO CORREA - Mat.: 19839, para exercer a função de Diretor(a) Escolar do(a) CRECHE MUN JOSE CALIL ABUZAIID, na(o) Secretaria Municipal de Educação.

Port. nº 807/2026

Torna sem efeito:

a nomeação de RICHSON GOMES CHAVES - CPF: 763.***.***-78, na Portaria nº 785/2026, para exercer o cargo em comissão de Chefe de Departamento - Símbolo CC-1, na(o) Secretaria Municipal de Educação.

Port. nº 808/2026

Torna sem efeito:

a nomeação de GIL SILVA - CPF: 831.***.***-15, na Portaria nº 765/2026, para exercer o cargo em comissão de Chefe de Departamento de Gestão Educacional - Símbolo CC-1, na(o) Secretaria Municipal de Educação.

Port. nº 809/2026

Nomeia:

a contar de 21 de maio de 2026, MARCILIO RODRIGUES DE BARROS - CPF: 097.***.***-08, para exercer o cargo em comissão de Chefe de Departamento - Símbolo CC-1, na(o) Secretaria Municipal de Educação.

Port. nº 810/2026

Nomeia:

a contar de 21 de maio de 2026, WAGNER DE AZEVEDO GOMES - CPF: 003.***.***-55, para exercer o cargo em comissão de Chefe de Departamento de Gestão Educacional - Símbolo CC-1, na(o) Secretaria Municipal de Educação, em substituição a Joao Carlos Ferreira de Aguiar Junior - Mat.: 130531.

Port. nº 811/2026

CORRIGENDA DA PORTARIA Nº 778/2026

Publicado no "Diário Oficial Eletrônico" em 18 de maio de 2026.

Onde se lê: ..., VINICIUS MATINIANO FEIJO - CPF:

184.***.***-14, ...

Leia-se: ..., VINICIUS MARTINIANO FEIJO - CPF: 184.***.***-14, ...