



**Volume 1 – Central Estadual de Regulação
Internação e Transferência**

Manual do Solicitante do Sistema Estadual de Regulação

PROTOCOLOS DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

**CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO
CER - RJ**

Versão nº 02 - 30.10.2025



Apresentação

Este manual tem como objetivo facilitar e orientar as inserções de solicitações de internação/transferência no Sistema Estadual de Regulação – SER.

A Política de Regulação da Atenção à Saúde deve regular de maneira mais efetiva a oferta de serviços de saúde e a demanda por estes.

A constituição de Complexos Reguladores permite aos gestores articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização.

A solicitação bem-feita acelera todo o processo regulatório!

O manual foi elaborado pela equipe técnica do Complexo Estadual de Regulação do Estado do Rio de Janeiro.

Kitty Crawford
Superintendente Estadual de Regulação - RJ



Carta de boas-vindas

Olá,

Você agora faz parte do grupo de Solicitantes do SER – **Sistema Estadual de Regulação.**

Sua participação é fundamental no processo regulatório, pois, é através das informações prestadas por você, que poderemos conhecer o paciente, seu estado de saúde e suas necessidades de tratamento.

O processo de regulação é um tripé baseado no solicitante (que é você), na Central de Regulação (que somos nós) e do executante (unidade para onde o paciente será encaminhado), portanto, precisamos muito da sua ajuda!

Importante saber que a Regulação trabalha com alguns critérios na hora de classificar os pacientes: gravidade, desassistência, regionalização e perfil da vaga existente. Por isso, seu paciente pode mudar sua posição de prioridade conforme os critérios elencados.

Preparamos com muito carinho a seguir um guia para facilitar o seu caminho na hora de solicitar consultas, exames ou transferência para os seus pacientes

Seja muito bem-vindo!

Equipe Multidisciplinar do Complexo Estadual de Regulação do Estado do Rio de Janeiro.



Missão do Complexo Estadual de Regulação do Estado do Rio de Janeiro

“Agilizar e qualificar o fluxo de acesso do cidadão aos serviços e ações de alta e média complexidade em saúde, de forma organizada, colocando-se a serviço da defesa do direito à saúde. ”

Resolução SES RJ nº 2102 de 14 de julho de 2003.



Índice

- 1. COMPETÊNCIAS DO SOLICITANTE**
- 2. ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÕES / TRANSFERÊNCIAS**
- 3. SITUAÇÃO NO SISTEMA – MÓDULO INTERNAÇÃO**
- 4. PROTOCOLOS DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÕES / TRANSFERÊNCIAS**
 - 4.1 UTI NEONATAL**
 - 4.2 PEDIÁTRICO**
 - 4.3 CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA**
 - 4.4 UTI MATERNA – GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (GAR)**
 - 4.5 UTI ADULTO**
 - 4.6 CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS - CTQ**
 - 4.7 ORTOPEDIA**
 - 4.8 ONCOLOGIA**
 - 4.9 NEUROCIRURGIA**
 - 4.10 HEMATOLOGIA**
 - 4.11 CATETERISMO CARDÍACO – PACIENTES INTERNADOS**
 - 4.12 CATETERISMO CARDÍACO DE URGÊNCIA**
 - 4.13 ANGIOPLASTIA CORONARIANA**
 - 4.14 REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**
 - 4.15 CIRURGIA OROVALVAR**
 - 4.16 IMPLANTE DE MARCAPASSO**
 - 4.17 ANEURISMAS ABDOMINAIS, TORÁCICOS OU TORACO-ABDOMINAIS**
 - 4.18 ARTERIOGRAFIA DE MEMBROS**
 - 4.19 VASCULOPATIA ARTERIAL PERIFÉRICA**
 - 4.20 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS**
 - 4.21 TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – TRS**
 - 4.22 FORMULÁRIO DE PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO**
 - 4.23. FORMULÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPLANTE**



1. COMPETÊNCIAS DO SOLICITANTE

- 1.1.** Inserir o paciente no Sistema Estadual de Regulação - SER.
- 1.2.** Os dados cadastrais podem ser preenchidos automaticamente no sistema a partir da informação do número do CPF ou CNS.
- Número do CNS (Cartão Nacional de Saúde).
 - Número do CPF.
 - Número de contato telefônico válido.
 - Endereço completo.
 - Data de nascimento.
 - Nome completo da mãe.
 - Dentre outros.
- 1.3.** Conhecer os pré-requisitos de alguns recursos através das informações nos protocolos de internação.
- 1.4.** Acompanhar a situação do paciente no SER, verificando:
- A atualização do quadro clínico, diariamente.
 - As pendências sinalizadas.
 - As autorizações de vagas.
 - Os agendamentos realizados.
- 1.5.** No caso de inserção pelo GESTOR LOCAL, obrigatoriamente, deverá ser informado o motivo pelo qual a solicitação está sendo inserida pela SMS, a unidade onde o paciente está internado e o respectivo número telefônico para contato com a instituição. Unidades hospitalares que possuem acesso ao SER **NÃO** devem ter suas solicitações inseridas pelo Gestor local.



2. ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÕES / TRANSFERÊNCIAS

- 2.1. Inserir todas as informações pertinentes ao caso do paciente, a fim de melhorar a avaliação do regulador.
- 2.2. Fornecer dados o mais completo possível na solicitação correspondente.
- 2.3. Observar a necessidade de anexar exames e solicitações médicas, conforme protocolo.
- 2.4. Responder, coerentemente, as pendências das solicitações o mais breve possível, pois, há o cancelamento automático da solicitação após 72 horas sem a resolução/resposta da pendência.
 - No módulo internação (“caminha”) a resposta da pendência é feita no campo “responder pendência”, dentro da solicitação.
 - No módulo materno infantil (“barrigudinha”) a resposta da pendência para solicitações de UTI Pediátrica, UTI Neonatal e Cirurgia Cardíaca é realizada seguindo o caminho: UTI Neonatal ou UTI Pediátrica ou Cirurgia Cardíaca → solicitar internação → alterar a situação para pendente (opções: editar- responder pendência – gravar).
 - Para as solicitações de Gestação de Alto Risco (GAR), as respostas das pendências deverão ser realizadas da mesma forma que no módulo internação (“caminha”).
- 2.5. Manter o quadro clínico atualizado, diariamente e, idealmente, até as 10 horas, ou sempre que houver alteração significativa até a conclusão da transferência.
- 2.6. Registrar em *follow-up* a recusa do familiar ou paciente que não concorde com o local de transferência, inserindo o nome e o grau de parentesco do familiar (mãe, esposa, filho, etc.). **Anexar documento de próprio punho do familiar** com a justificativa da recusa e assinatura.
 - Pacientes/familiares que recusam a vaga ofertada para transferência, devem ser informados de que não terão prioridade na busca por nova vaga em relação aos demais pacientes que aguardam na fila para o mesmo recurso, e que, portanto, uma nova vaga poderá não surgir prontamente.
 - Em algumas situações pode ser necessária a transferência do paciente para outra região. Para tanto é importante informar em follow-up se o paciente / familiares concordam com a transferência para fora da região.
- 2.7. Informar o motivo do cancelamento da solicitação (óbito, alta à revelia, evasão, alta por melhora clínica, etc.), com data e hora do evento, **ANTES** de cancelar o pedido no SER.



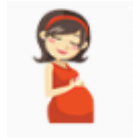
- 2.8. Caso a unidade solicitante receba algum **MANDADO JUDICIAL** em favor do paciente, deverá enviar uma cópia do mandado por e-mail para mandadosmunicipio.ser@gmail.com , além de registrar em *follow-up* o horário de recebimento.

3. SITUAÇÃO NO SISTEMA – MÓDULO INTERNAÇÃO

- 3.1. **Em fila:** Solicitação encontra-se ativa no SER aguardando análise da Central ou direcionamento para unidade executante.
- 3.2. **Pendente:** Solicitação encontra-se ativa no SER, porém com necessidade de informações adicionais, solicitadas pela Central para prosseguir com o processo regulatório.
- 3.3. **Aguardando confirmação de reserva:** Solicitação encontra-se ativa no SER e direcionada pela Central para avaliação pela unidade executante. A vaga ainda não está confirmada, sendo necessário aguardar a resposta da unidade executante.
- 3.4. **Reservado:** Solicitação encontra-se ativa no SER, com vaga cedida para transferência imediata e ou por agendamento pela unidade executante.
- 3.5. **Internado:** Solicitação ativa no Ser e o paciente é efetivamente admitido na unidade executante.
- 3.6. **Alta:** Solicitação inativada no SER quando o paciente recebe alta hospitalar.
- 3.7. **Cancelado:** Solicitação encontra-se inativa no SER por cancelamento pela unidade solicitante ou pela Central.



4. PROTOCOLOS DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÕES / TRANSFERÊNCIAS



4.1. UTI Neonatal

4.1.1. Inserção da solicitação no sistema SER: a Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Materno Infantil (Barrigudinha) >>> UTI Neonatal >>> Solicitar internação/transferência.

4.1.2. Critérios de transferência de UTI Neonatal

Seguem abaixo algumas indicações para solicitação de internação em leito de UTI neonatal:

- Recém-nascido com instabilidade clínica.
- Prematuridade.
- Pós-termo.
- Peso de nascimento < 1.500g.
- Desconforto respiratório com indicação de oxigenioterapia.
- Asfixia grave.
- Sepses.
- Nutrição parenteral.
- Pacientes cirúrgicos até estabilidade clínica no pós-operatório.
- Apneia.
- Icterícia com indicação de exsanguineotransfusão.
- Cardiopatia até estabilidade clínica.
- Crise convulsiva.

4.1.3. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames complementares que confirmem o quadro clínico informado.

4.1.4. Unidades solicitantes:

- Unidades de saúde sem suporte de UTI Neonatal.
- Unidades privadas, para pacientes sem cobertura de plano de saúde privado (necessário anexar a declaração de hipossuficiência financeira de próprio punho dos responsáveis pelo paciente, datada e assinada).
- Unidades com UTI neonatal, porém sem o recurso especializado específico necessário para o tratamento do paciente.

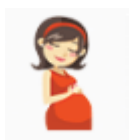


4.1.5. Atualização Clínica: É necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER, até **no máximo às 10h ou sempre que houver mudança significativa no quadro clínico**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo informações clínicas atualizadas, resultados de exames, modo ventilatório, prescrição médica.

4.1.6. O registro em *follow-up*, no módulo materno infantil, é realizado através do **“Histórico de solicitações”**.

4.1.7. MODO VENTILATÓRIO: Para as solicitações de UTI Neonatal existe um marcador que sinaliza para o regulador responsável qual o modo ventilatório do paciente.

- O marcador tem cores diferentes de acordo com o tipo de suporte ventilatório vigente de forma a sinalizar mais rapidamente pacientes potencialmente mais graves. Dessa forma, é necessário atualizar o modo ventilatório do paciente todas as vezes que um novo *follow-up* é registrado ou uma pendência é respondida.
- O marcador é a figura de um pulmão e a definição da cor é automática a partir da informação sobre o tipo de assistência ventilatória, conforme o esquema de cores a seguir:
 - Verde - Ar ambiente.
 - Azul - Cateter O2.
 - Roxo - Macro/Hood.
 - Laranja - CPAP/BIPAP.
 - Vermelho – IMV.



4.2. UTI PEDIÁTRICA

4.2.1. Inserção da solicitação no sistema SER: a Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Materno Infantil (Barrigudinha) >>> UTI Pediátrico >>> Solicitar internação/transferência.



4.2.2. Critérios de transferência de UTI Pediátrica

Casos agudos ou em agudização com:

- Distúrbios respiratórios agudos que necessitem de suporte ventilatório: Pacientes com doença de via aérea ou pulmonar grave ou potencialmente ameaçadora à vida.
- Distúrbios neurológicos: Pacientes com doença neurológica instável ou potencialmente ameaçadora à vida.
- Distúrbios hidroeletrólíticos e ácidos básicos graves que necessitem monitorização.
- Distúrbios renais ou gastrointestinais graves ou ameaçadoras à vida com instabilidade clínica.
- Distúrbios endócrinos ou metabólicos graves instáveis ou ameaçadoras à vida e que necessitem de monitorização.
- Distúrbios cardiovasculares até estabilidade clínica: Pacientes com doença cardiovascular instável, grave ou ameaçadora à vida.
- Distúrbios hematológicos ou onco-hematológicos graves até estabilidade clínica: Pacientes com doenças hematológicas ou oncológicas instáveis ou ameaçadoras à vida ou com sangramento ativo ameaçador à vida.
- Seps e choque séptico.
- Pacientes cirúrgicos com instabilidade hemodinâmica que necessitam de monitorização hemodinâmica/suporte ventilatório ou cuidados intensivos.
- Intoxicação aguda que necessitem de monitorização.
- Choque anafilático.
- Politraumatismo grave.

4.2.3. Documentos necessários:

- Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames complementares que confirmem o quadro clínico informado.

4.2.4. Unidades solicitantes:

- Unidades de saúde sem suporte de UTI Pediátrica.
- Unidades privadas, para pacientes sem cobertura de plano de saúde privado (Necessário anexar a declaração de hipossuficiência financeira de próprio punho dos responsáveis pelo paciente, datada e assinada).
- Unidades com UTI Pediátrica, porém sem o recurso especializado específico necessário para o tratamento do paciente

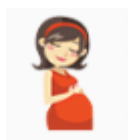


4.2.5. Atualização Clínica: É necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER, até **no máximo às 10h ou sempre que houver mudança significativa no quadro clínico**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo as informações clínicas atualizadas, resultados de exames, modo ventilatório, prescrição médica.

4.2.6. O registro em *follow-up*, no módulo materno infantil, é realizado através do **“Histórico de solicitações”**.

4.2.7. MODO VENTILATÓRIO: Para as solicitações de UTI Neonatal existe um marcador que sinaliza para o regulador responsável qual o modo ventilatório do paciente.

- O marcador tem cores diferentes de acordo com o tipo de suporte ventilatório vigente de forma a sinalizar mais rapidamente pacientes potencialmente mais graves. Dessa forma, é necessário atualizar o modo ventilatório do paciente todas as vezes que um novo *follow – up* é registrado ou uma pendência é respondida.
- O marcador é a figura de um pulmão e a definição da cor é automática a partir da informação sobre o tipo de assistência ventilatória, conforme o esquema de cores a seguir:
 - Verde - Ar ambiente.
 - Azul - Cateter O2.
 - Roxo - Macro/Hood.
 - Laranja - CPAP/BIPAP.
 - Vermelho – IMV.



4.3. CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA

4.3.1. Inserção da solicitação no sistema SER: a Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Materno Infantil (“Barrigudinha”) >>> Cirurgia Cardíaca >>> Solicitar transferência.

4.3.2. Critérios de transferência de Cirurgia Cardíaca Pediátrica: Patologias cardíacas, congênitas ou não, com indicação formal pelo cardiopediatra de abordagem cirúrgica no momento.



4.3.3. Documentos Necessários:

- **Ecocardiograma recente com parecer cardiológico contendo a indicação cirúrgica.**
- Em caso de necessidade de outros exames de imagem para definição anatômica (CAT ou Angio TC) estes são de responsabilidade da unidade solicitante, antes mesmo da inserção da solicitação no SER.
- Em caso de **PCA é necessário que o ecocardiograma tenha sido realizado há menos que 10 dias.**

4.3.4. Unidades solicitantes:

- UTIs Neonatais.
- UTIs Pediátricas.
- Enfermarias pediátricas de todas as esferas (municipal, estadual ou federal) ou de unidades contratadas, com suporte cardiológico clínico.

4.3.5. Atualização Clínica: É necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER, até **no máximo às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, resultados de exames, modo ventilatório, prescrição médica.

Observação: Para a Cirurgia Cardíaca de criança ambulatorial, vide na solicitação de pacientes ambulatoriais mais adiante.



4.4. UTI MATERNA – GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (GAR)

4.4.1. Inserção da solicitação no sistema SER: a Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Materno Infantil ("Barrigudinha") >>> GAR >>> Solicitar internação/transferência.

4.4.2. Critérios de transferência:

- **Instabilidade hemodinâmica:** Hipotensão persistente após reposição volêmica adequada, necessidade de uso de drogas vasoativas, choque séptico, hemorrágico, cardiogênico ou anafilático, hipertensão grave refratária ao tratamento clínico.



- **Comprometimento cardiorrespiratório:** insuficiência respiratória aguda, com necessidade de oxigenoterapia contínua, edema agudo de pulmão, embolia pulmonar confirmada ou suspeita com repercussão hemodinâmica, insuficiência cardíaca descompensada, arritmias graves ou síndrome coronariana aguda.
- **Comprometimento neurológico:** crise convulsiva recorrente ou status epiléptico, eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave com repercussão sistêmica, doença tromboembólica, alteração do nível de consciência (Glasgow ≤ 13), hemorragia intracraniana, AVC isquêmico.
- **Hemorragias graves:** hemorragia obstétrica com instabilidade hemodinâmica ou necessidade de transfusão maciça, descolamento prematuro de placenta com repercussão hemodinâmica materna, atonia uterina refratária, rotura uterina ou trauma obstétrico com repercussão sistêmica.
- **Doenças Hematológicas:** linfomas, leucemias, anemia falciforme.
- **Disfunção orgânica aguda:** Insuficiência renal aguda oligúrica ou anúrica, necessidade de diálise, insuficiência hepática aguda ou síndrome HELLP grave, coagulopatia grave, sepse grave com falência de órgãos, collagenoses, doenças endócrinas descompensadas.
- **Condições obstétricas específicas:** Pré-eclâmpsia/eclâmpsia grave com sinais de comprometimento de órgãos-alvo, síndrome HELLP com repercussão sistêmica, síndrome do anticorpo antifosfolípideo (SAF), doença trofoblástica, complicações pós-anestésicas graves, complicações pós-operatórias de cesariana com instabilidade clínica.
 - A **indicação deve se basear exclusivamente na condição materna**, não fetal. Sempre que possível, o **cuidado intensivo materno** deve ocorrer **em maternidade de alto risco**, com suporte de UTI Neonatal disponível, para garantir assistência integrada ao binômio mãe-bebê.
 - Obesidade isoladamente não constitui indicação formal para internação em leito de UTI materna.

4.4.3. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames complementares que confirmem o quadro clínico informado.

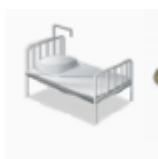


4.4.4. Unidades Solicitantes:

- Maternidades de baixo risco.
- Unidades hospitalares sem suporte de maternidade.
- Maternidade de alto risco, porém sem o recurso especializado específico necessário para o tratamento da paciente.

4.4.5. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER, até **no máximo às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, resultados de exames, modo ventilatório, prescrição médica.

- Importante informar a idade gestacional, tempo de bolsa rota, tempo de evolução e comorbidades da gestante, além de detalhes da história gestacional (quantas consultas pré-natal, exames realizados).
- Para cada condição clínica específica, deve-se anexar os exames pertinentes (exames laboratoriais ou de imagem) de forma a agilizar o processo de regulação e a oferta de vaga adequada ao perfil da solicitação.
- As pendências devem ser respondidas no módulo materno infantil e não no módulo internação para que essa solicitação não seja cancelada.



4.5. UTI ADULTO

4.5.1. Inserção da solicitação no sistema SER

A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (“caminha”) >>> Solicitar internação/transferência >>> Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: o que melhor se adequar ao quadro clínico do paciente >>> Tipo de leito UTI Adulto.



4.5.2. Critérios de transferência para UTI Adulto

- Situações clínicas que indicam risco de vida imediato ou potencial: instabilidade hemodinâmica persistente, mesmo após reposição volêmica adequada, choque de qualquer etiologia (séptico, cardiogênico, hemorrágico, anafilático, neurogênico), necessidade de drogas vasoativas contínuas, pós-parada cardiorrespiratória.
- Insuficiência respiratória aguda: necessidade de ventilação mecânica invasiva ou suporte de O₂ de alto fluxo, hipoxemia grave, edema agudo de pulmão, SARA ou aspiração maciça, descompensação de DPOC, asma grave ou doenças neuromusculares com fadiga respiratória.
- Alterações neurológicas agudas com risco de deterioração: Rebaixamento do nível de consciência (Glasgow $\leq$ 13), Acidente vascular cerebral com instabilidade clínica, convulsões recorrentes ou status epiléptico, hemorragia subaracnóide, trauma cranioencefálico grave ou hipertensão intracraniana.
- Pós-operatórios de alto risco: cirurgias de grande porte com risco hemodinâmico elevado, pacientes com comorbidades graves submetidos a cirurgias de médio porte, necessidade de monitorização invasiva contínua ou suporte ventilatório pós-operatório.
- Sepses graves e choque séptico: diagnóstico de sepse com disfunção orgânica aguda, necessidade de antibioticoterapia venosa, expansão volêmica intensiva e drogas vasoativas, necessidade de monitorização hemodinâmica contínua.
- Comprometimento cardiovascular grave: infarto agudo do miocárdio com instabilidade hemodinâmica, arritmias graves com repercussão sistêmica, insuficiência cardíaca aguda descompensada, dissecação de aorta ou embolia pulmonar maciça.
- Disfunções orgânicas múltiplas ou risco de falência de órgãos: insuficiência renal aguda com repercussão metabólica grave, insuficiência hepática aguda, distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos graves, necessidade de terapias dialíticas contínuas ou intermitentes em pacientes instáveis.
- Intoxicações agudas graves: ingestão de substâncias com risco de depressão do sensorio ou falência orgânica, intoxicações exógenas que demandem suporte ventilatório, diálise ou antídotos específicos em ambiente monitorizado.



- Trauma grave: politraumatizados com instabilidade hemodinâmica, trauma craniano grave, lesões torácicas ou abdominais com risco de sangramento ativo.
- Situações de observação intensiva ou preventiva: pacientes com risco elevado de deterioração súbita.

4.5.3 Critérios Excludentes / Não indicativos de UTI

- Paciente em estado terminal sem perspectiva terapêutica (salvo cuidados paliativos em unidade específica).
- Casos cuja gravidade não justifica vigilância intensiva e podem ser acompanhados em unidade intermediária (semi-intensiva).
- Solicitações apenas por falta de leito clínico, sem instabilidade clínica.

4.5.4. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames complementares que confirmem o quadro clínico informado.

4.5.5. Unidades Solicitantes:

- Unidades pré-hospitalares.
- Unidades hospitalares de baixa complexidade, sem leitos de UTI.
- Unidades hospitalares com leito de UTI, porém sem o recurso especializado específico necessário para o tratamento da paciente.

4.5.6. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, resultados de exames, modo ventilatório, prescrição médica.

- Para cada condição clínica específica, deve-se anexar os exames pertinentes (exames laboratoriais ou de imagem) de forma a agilizar o processo de regulação e a oferta de vaga adequada ao perfil da solicitação.
- Os pacientes críticos devem ser identificados precocemente pelos profissionais de saúde e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas pelo médico.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência para outra unidade hospitalar. Pacientes sem condições de transporte



não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura.

- Em algumas situações poderá ser necessária a transferência do paciente para fora da região de saúde. Dessa forma, é necessário o registro sobre a autorização ou não de transferência para o caso de haver disponibilização de vaga em outra região.
- As pendências devem ser respondidas de forma pertinente, o mais breve possível, pois, há o cancelamento automático da solicitação após 72 horas sem a resolução/resposta da pendência.



4.6. CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS - CTQ

4.6.1. Inserção da solicitação no sistema SER

A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (“caminha”) >>> Solicitar internação/transferência >>> Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: Tratamento de Grande Queimado, Tratamento de Médio Queimado, Tratamento de Pequeno Queimado>>> Tipo de leito: cirúrgico ou UTI queimados.

4.6.2. Critérios de transferência para CTQ

- Queimaduras de 2º grau em áreas maiores do que 20% da SCQ em adultos.
- Queimaduras de 2º grau maiores do que 10% da SCQ em crianças ou maiores de 50 anos.
- Queimaduras de 3º grau em qualquer extensão.
- Lesões na face, nos olhos, no períneo, nas mãos, nos pés e em grandes articulações.
- Queimadura elétrica.
- Queimadura química.
- Lesão inalatória ou lesão circunferencial de tórax ou de membros.
- Doenças associadas, tentativa de autoextermínio (suicídio), politrauma, maus-tratos ou situações sociais adversas.

4.6.3. Documentos Necessários:

- Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames complementares quando realizados.



- Anexar imagens da superfície corporal afetada, com a devida anonimização dos dados do paciente, removendo informações pessoais para que não possam ser associadas a um indivíduo, ocultando face e genitália.
- Informar a data do acidente que causou a queimadura e o agente causal.

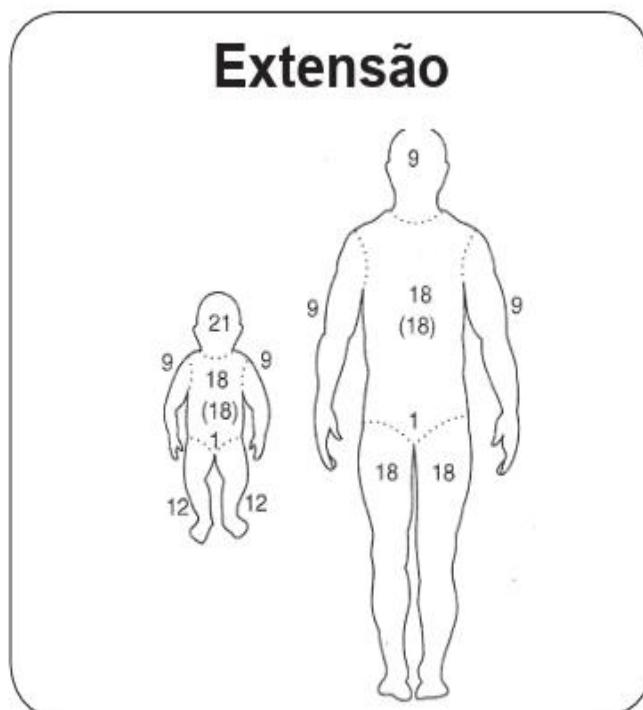
4.6.4. Unidades Solicitantes:

- Unidades pré-hospitalares.
- Unidades hospitalares de baixa complexidade, sem leitos de UTI ou CTQ.
- Unidades hospitalares com leito de UTI, porém, sem o recurso especializado específico necessário para o tratamento da paciente.
- Hospitais gerais com pronto atendimento ou emergência.

4.6.5. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, resultados de exames, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Os pacientes críticos devem ser identificados precocemente pelos profissionais de saúde e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas pelo médico. A transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.
- Informe a Superfície corporal queimada e a profundidade das lesões de acordo com protocolos adequados, conforme ilustrado a seguir:

Figura 1 - Regra dos Nove em criança e adulto



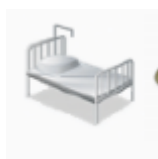
Fonte: GOMES, Dino R.; SERRA, Maria Cristina; PELLON, Marco A. *Tratado de Queimaduras: um guia prático*. São José, SC: Revinter, 1997.

- Profundidade da queimadura:
 - a. Primeiro grau (espessura superficial): Afeta somente a epiderme, sem formar bolhas.
 - b. Segundo grau (espessura parcial-superficial e profunda): Afeta a epiderme e parte da derme, forma bolhas ou flictenas.
 - c. Terceiro grau (espessura total): Afeta a epiderme, a derme e estruturas profundas.
- A transferência para leitos de CTQ devem ser solicitadas, preferencialmente, dentro de 72h do evento causal, sendo esse o prazo limite que algumas unidades prestadoras determinam para autorizar a transferência dos pacientes.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência para outra unidade hospitalar. Pacientes sem condições de



transporte não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura.

- As pendências devem ser respondidas de forma pertinente, o mais breve possível, pois, há o cancelamento automático da solicitação após 72 horas sem a resolução/resposta da pendência.



4.7. ORTOPEDIA

4.7.1. Inserção da solicitação no sistema SER: A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (“caminha”) >>> Solicitar internação/transferência >>> Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: selecionar de acordo com o quadro clínico do paciente >>> Tipo de leito: Cirúrgico.

4.7.2. Critérios de Internação/transferência:

- Procedimentos cirúrgicos ortopédicos classificados como alta e média complexidade pela tabela SIGTAP.
- Cirurgias de artroplastia ou substituição de articulações médias/grandes.
- Procedimentos de artrodese de médias ou grandes articulações.
- Procedimentos de ressecção de tumor ósseo com substituição por endoprótese.
- Procedimentos sequenciais em ortopedia para casos complexos.
- Fratura do paciente idoso.

4.7.3. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames de imagem que demonstrem a fratura.

- Informar o tipo da fratura, o aspecto do local da fratura (existência ou não de lesões na pele) e a data da ocorrência fratura e causa da fratura (acidente automobilístico, queda, entre outros).
- Informar se paciente apresenta sinais de infecção no local fraturado que possa comprometer o resultado cirúrgico. Pacientes infectados, sem condições cirúrgicas, não devem ser inseridos no SER.
- Informar presença de escaras.



4.7.4. Unidades Solicitantes:

- Unidades pré hospitalares de pronto atendimento.
- Unidades hospitalares de baixa complexidade, não habilitados para o tratamento ortopédico de alta complexidade.
- Hospitais referência em trauma quando houver necessidade de procedimentos de maior complexidade e recursos especializados.
- Unidades de urgência hospitalar sem serviço de ortopedia.

4.7.5. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, resultados de exames, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Os pacientes críticos devem ser identificados precocemente pelos profissionais de saúde e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas pelo médico. A transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.
- Apresentar laudo e/ou parecer médico ortopedista indicando a necessidade de internação hospitalar, cirurgia de média/alta complexidade ou uso de OPME.
- Sinalizar se há urgência e/ou o risco de comprometimento funcional grave.
- Informar se há necessidade de internação em leito de UTI.
- Informar comorbidades associadas que justifiquem maior complexidade ou internação hospitalar (ex: paciente idoso com fratura de fêmur, polifragmentada, que exige cirurgia de artroplastia).
- Informar a tipagem sanguínea, função renal, a presença de outras doenças crônicas, doenças psiquiátricas e de escaras.



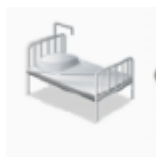
- Informar se está na condição de custodiado.
- Pacientes com infecções ativas em cirurgias ortopédicas anteriores ou em vigência de osteomielite, deverão receber tratamento clínico (antibioticoterápico) prévio até a remissão da infecção (comprovada através de PCR), antes da solicitação de transferência ser inserida no SER.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e realização imediata da cirurgia. Pacientes sem condições de transporte ou de ser submetido à cirurgia não devem permanecer na fila e deverão ser inseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do procedimento cirúrgico.

4.7.6. Critérios de exclusão para a solicitação de internação/transferência em Ortopedia:

- Procedimentos simples de ortopedia, ambulatoriais, que não exigem internação ou cirurgia de média/alta complexidade
- Cirurgias eletivas de pequena articulação sem necessidade de prótese ou órtese especial.
- Solicitações de internação sem indicação clínica de cirurgia de média/alta complexidade ou uso de OPME.
- Procedimentos que não exigem uso de órtese/prótese ou leito hospitalar especializado.
- A solicitação, corretamente preenchida, agiliza o processo regulatório e favorece o encaminhamento do paciente a outra unidade!

4.7.7. Critérios de exclusão para a solicitação de internação/transferência em Ortopedia:

- Pacientes em domicílio e que não estejam internados. Neste caso, a solicitação deverá ser inserida para consulta em Ortopedia e Traumatologia- consulta 1ª vez de acordo com o segmento afetado conforme “Manual do Solicitante - Ambulatorial”.



4.8. ONCOLOGIA

4.8.1. Inserção da Solicitação no SER: A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>> Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: Tratamento de intercorrência clínica de paciente oncológico ou Tratamento Clínico de Paciente Oncológico>>> Tipo de leito: clínico ou cirúrgico ou Pediatria Clínica >>> Especialidade Oncologia (Nem sempre a unidade consegue escolher a especialidade).

4.8.2. Critérios para Internação/ Transferência:

- Pacientes com confirmação diagnóstica de doença maligna (laudo histopatológico) e condição clínica que impossibilite o seguimento ambulatorial para a doença.
- Pacientes com imagem fortemente sugestiva de doença maligna com localização do tumor de difícil acesso para biópsia - cérebro, ovário (necessário os marcadores tumorais), fígado, pulmão, olho, pâncreas, vias biliares, rim e testículo - e que apresentam condição clínica que impossibilite o seguimento ambulatorial para a doença.
- Pacientes com dor oncológica refratária às medidas de suporte já instituídas.
- Pacientes com indicação de radioterapia de urgência (dor refratária, hemorragia, compressão medular, obstrução traqueal ou brônquica).

4.8.3. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames de imagem e/ou marcadores tumorais que confirmem a doença oncológica.

- Informar se o paciente está em acompanhamento em algum UNACON/CACON ou se já fez tratamento, informando a unidade de acompanhamento prévio.
- Informar o sítio primário da doença maligna e relatório médico com a história e condições clínicas do paciente, descrevendo, inclusive, **o modo ventilatório**.
- É obrigatório anexar no SER a ficha de avaliação oncológica modelo do INCA para tumores sólidos e o laudo do exame histopatológico.
- Exames de imagens e laboratoriais.
- O paciente ainda sem confirmação de malignidade, com localização de tumor de difícil acesso para a realização de biópsia (vide acima), mas tenha imagem sugestiva, deverá ser inserido com a descrição completa do quadro clínico (necessidades de suporte



nutricional, procedimento cirúrgico, modo ventilatório), resultados de exames laboratoriais e de imagem que demonstre a lesão suspeita.

4.8.4. Unidades Solicitantes:

- Unidades pré-hospitalares de pronto atendimento.
- Unidades hospitalares de baixa complexidade, não habilitadas para o tratamento oncológico de alta complexidade.
- Unidades de urgência hospitalar sem serviço de oncologia.
- Hospitais gerais com pronto atendimento ou emergência.

4.8.5. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, resultados de exames, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Os pacientes críticos devem ser identificados precocemente pelos profissionais de saúde e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas pelo médico. A transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.
- Informar se há necessidade de internação em leito de UTI.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e início imediato do tratamento oncológico específico (terapia modificadora da doença).
- Pacientes sem condições de transporte ou de iniciar o tratamento não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.
- Para o paciente com doença sem confirmação de malignidade (laudo histopatológico), e que apresente tumor em local de fácil acesso à realização de biópsia (cólon, mama, esôfago, bexiga, etc.), a unidade solicitante deverá providenciar a confirmação histopatológica antes da solicitação de transferência para oncologia ser inserida no SER.



4.8.6. Ficha de Avaliação de Pacientes Internados



INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR

Ficha de Avaliação de Pacientes Internados – Tumores Sólidos do Adulto

- 1) Unidade Solicitante: _____
- 2) Nome _____ data de Nascimento: _____
- 3) Hipótese Diagnóstica: _____
- 4) Diagnóstico anatomopatológico (N) (S), descrever _____
- 5) Metástases: (N) (S) Localização: _____
- 6) Apresenta comorbidades: (N) (S) Quais: () DM () HAS () Asma () Doença renal crônica () Cardiopatia () Infecção em curso () demência () Outra _____
- 7) Anamnese e exame físico (sumário – somente os achados mais importantes. Uma descrição pormenorizada deve ser feita nos campos apropriados do formulário online do SER, **onde também deverão ser anexados todos os exames complementares pertinentes**)

PA _____ FC _____ FR _____ Tax _____ Saturação oximétrica _____ O2 suplementar (N) (S) tipo e L/min de O2 _____

- 8) Descrição do estado geral do paciente (marcar apenas uma opção – **Não levar em consideração o fato de o paciente estar restrito ao leito pelo fato de estar internado**. Portanto, caso o paciente não estivesse internado, como seriam suas atividades?):
 - () 0 - Assintomático. Atividade normal em casa e no trabalho
 - () 1 - Sintomas de doença, porém deambula e realiza suas atividades normalmente
 - () 2 - Fora do leito mais de 50% do tempo. Necessita de assistência ocasionalmente.
 - () 3 - No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados parciais da família ou equipe de enfermagem.
 - () 4 - Restrito ao leito 100% do tempo. Incapacidade total. Necessita de cuidados totais da família ou equipe de enfermagem.
- 9) Deficiência física prévia: (S) (N) Qual: _____
- 10) Possui dispositivos invasivos? () SNG/SNE () GGT () CVC () PAM () TOT () CVD
Outros: _____
- 11) Em uso de aminas vasoativas: (N) (S), qual/dose _____
- 12) Em uso de opioides: (S) (N), qual/dose _____ Demais Medicações: _____
- 13) Responsável pelo preenchimento (data, carimbo, assinatura): _____



4.8.7. Critérios de exclusão para a solicitação de internação/transferência em ONCOLOGIA:

Pacientes em domicílio e que não estejam internados. Neste caso, a solicitação deverá ser inserida para consulta em Oncologia- consulta 1ª vez em Oncologia de acordo com a especialidade ou recurso necessário conforme “Manual do Solicitante - Ambulatorial.”



4.9. NEUROCIRURGIA

4.9.1. Inserção da Solicitação no SER:

- **Arteriografia Cerebral:** A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>> Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: Arteriografia para investigação...>>> Tipo de leito: cirúrgico
- **Aneurismas Cerebrais / MAV:** A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>> Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: Microcirurgia para aneurisma / Embolização de aneurisma >>> Tipo de leito: cirúrgico
- **Tumores cerebrais:** A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>> Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: Tratamento de intercorrência clínica de paciente oncológico>>> Tipo de leito: clínico ou cirúrgico >>> Especialidade Oncologia (conforme protocolo apresentado para Oncologia).

4.9.2. Critérios para Internação/ Transferência:

- Acidentes vasculares cerebrais (AVC) com indicação neurocirúrgica.
- Hematomas intracerebrais volumosos com efeito de massa.
- Hemorragia subaracnóidea espontânea com suspeita de aneurisma roto.
- Hematomas subdurais ou epidurais agudos com rebaixamento de consciência.
- Infarto cerebral maligno com edema e sinais de hipertensão intracraniana.
- Hipertensão intracraniana refratária a medidas clínicas.
- Necessidade de drenagem ventricular externa.



- Traumatismo cranioencefálico (TCE) e raquimedular.
- TCE grave com Glasgow ≤ 8 , lesão expansiva ou sinais radiológicos de compressão.
- Fraturas de base ou abóbada craniana com afundamento e comprometimento neurológico.
- Lesões raquimedulares com déficit motor/sensitivo progressivo ou compressão medular.
- Tumores cerebrais e/ ou medulares com efeito de massa, hidrocefalia ou déficit neurológico.
- Malformações vasculares cerebrais e medulares.
- Indicações para arteriografia cerebral diagnóstica ou terapêutica.
- Hidrocefalia com sinais de hipertensão intracraniana e/ou necessidade de derivação ventricular.
- Infecções do sistema nervoso central com complicações cirúrgicas: abscessos e empiema.
- Fístulas liquóricas persistentes após trauma ou cirurgia.

4.9.3. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames de imagem e laboratoriais que confirmem a necessidade de abordagem neurocirúrgica.

- Relatório médico com a história e condições clínicas do paciente, descrevendo, inclusive, o modo ventilatório.
- **É imprescindível anexar no SER as imagens dos exames realizados, além do laudo.**
- Para os casos de suspeita de tumores metastáticos, deve-se informar o sítio primário da doença.

4.9.4. Unidades Solicitantes:

- Unidades pré-hospitalares de pronto atendimento.
- Unidades hospitalares de baixa complexidade, não habilitados para o tratamento neurocirúrgico de alta complexidade.
- Unidades de urgência hospitalar sem serviço de oncologia.
- Hospitais gerais com pronto atendimento ou emergência.

4.9.5. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up*

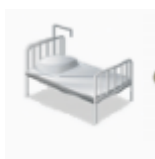


contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, resultados de exames, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente deve ser prontamente registrada no SER.
- Os pacientes críticos devem ser identificados precocemente pelos profissionais de saúde e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas pelo médico. A transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e para a abordagem cirúrgica indicada. Pacientes sem condições de transporte ou cirúrgicas não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.

4.9.6. Critérios de exclusão para a solicitação de internação/transferência em Neurocirurgia:

- Pacientes em domicílio e que não estejam internados. Neste caso, a solicitação deverá ser inserida para consulta em Neurocirurgia - consulta 1ª vez em Neurocirurgia / Cirurgia Neurovascular conforme “Manual do Solicitante - Ambulatorial.”



4.10. HEMATOLOGIA

4.10.1. Inserção da Solicitação no SER:

- **Hematologia Adulto (enfermaria ou UTI) e Infantil (enfermaria):** A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>> Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: o que melhor se adequar ao quadro clínico do paciente >>> tipo de leito: clínico // UTI.
- **Hematologia Infantil (UTI) :** a Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Materno Infantil (Barrigudinha) >>> UTI Pediátrico >>> Solicitar internação/transferência.



4.10.2. Critérios para Internação/ Transferência:

- Pacientes com doença hematológica primária.
- Doenças hematológicas malignas (leucemias, linfomas, síndromes mielodisplásicas).
- Necessidade de terapia hematológica especializada (terapia imunossupressora, preparo para transplante de medula óssea...).

4.10.3. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames laboratoriais que confirmem o diagnóstico.

- Relatório médico com a história e condições clínicas do paciente, descrevendo, inclusive, o **modo ventilatório**.
- **Imprescindível anexar o hemograma completo recente que comprove alteração. Não transcrever os resultados dos exames e sim anexá-los no SER!**

4.10.4. Unidades Solicitantes:

- Unidades pré-hospitalares de pronto atendimento.
- Unidades hospitalares de baixa complexidade, não habilitadas para o tratamento hematológico.
- Unidades de urgência hospitalar sem serviço de hematologia.
- Hospitais gerais com pronto atendimento ou emergência.

4.10.5. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Os exames laboratoriais devem ser ANEXADOS ao SER, não bastando a transcrição em *follow-up*.
- Qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente deve ser prontamente registrada no SER.
- Os pacientes críticos devem ser identificados precocemente pelos profissionais de saúde e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas pelo



médico. A transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.

- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e para a abordagem cirúrgica indicada. Pacientes sem condições de transporte ou cirúrgicas não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.
- Excluir as causas de anemia por perda de ferro, com colonoscopia e endoscopia já realizadas, ou deficiência de vitaminas, como a Hipovitaminose B12, que não preencham critérios para serem reguladas.
- Atentar para alterações hematológicas em pacientes **em vigência de sepse**.

4.10.6. Critérios de exclusão para a solicitação de internação/transferência em Hematologia:

- Pacientes em domicílio e que não estejam internados. Neste caso, a solicitação deverá ser inserida para consulta em Hematologia- consulta 1ª vez em Hematologia (Adulto)/ consulta 1ª vez em Hematologia (Infantil) conforme “Manual do Solicitante - Ambulatorial.”

4.11. CATETERISMO CARDÍACO – PACIENTES INTERNADOS



4.11.1. Inserção da Solicitação no SER: A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo ambulatorial (prancheta) >>> Solicitar consulta/exame >>> Tipo: Exame >>> Recurso: Cateterismo Cardíaco (internados).

4.11.2. Critérios para a solicitação: Pacientes que se encontram internados e com diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda ou Angina Instável e que necessitam de diagnóstico anatômico e funcional de doença coronariana, estudo hemodinâmico ou tratamento intervencionista.

4.11.3. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames laboratoriais, ECG que confirmem o diagnóstico.



- Relatório médico com a descrição do quadro clínico (história clínica detalhada, modo ventilatório, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, uso de antibiótico) e condições clínicas atuais do paciente.
- Solicitação médica em formulário de alto custo.
- ECG e / ou Ecocardiograma.
- Exames laboratoriais (hemograma, ureia, creatinina, glicose, CK, CKMB, Troponina).
- informação sobre alergia à iodo.
- Paciente com alteração sugestiva de Insuficiência Renal será necessário parecer do Nefrologista.

4.11.4. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente deve ser prontamente registrada no SER.
- Os pacientes críticos devem ser identificados precocemente pelos profissionais de saúde e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas pelo médico. A transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e para a realização imediata do procedimento. Pacientes sem condições de transporte ou para a realização do CAT não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.
- Informar o tipo de leito atual (CTI ou enfermaria).

4.11.5. Contra indicações para o agendamento do CAT:

- Hto <24 e Hb <8.
- Paciente infectado (avaliar início da antibioticoterapia, evolução da leucometria, PCR).
- Instabilidade Hemodinâmica (exceto para choque cardiogênico).
- Ureia > 80 e Creatinina > 2,0 (necessária a avaliação por nefrologista).



4.11.6. Preparo prévio para Cateterismo Cardíaco:

a.	Jejum absoluto de 4 horas antes do exame: Não tomar café da manhã.
b.	Pode tomar medicamentos com água.
c.	Trazar receita médica e exames realizados: Eletrocardiograma, Raios-X, Teste Ergométrico, ECO, Cintilografia Miocárdica, Holter, Cateterismo (laudo e filme).
d.	Apresentar documentos de identificação do paciente: identidade, CPF, Comprovante de residência, cartão do SUS, pedido do exame, exame laboratorial recente (hemograma e bioquímica), prescrição médica atual.
e.	Documentos de identificação do acompanhante: identidade.
f.	Iniciar 3 (três) dias antes, no mínimo, do agendamento as seguintes medicações: • AAS 100mg (Aspirina Prevent, Somalgin, etc.) – 2 comprimidos após o almoço. • Clopidogrel 75mg (Plagrel, Plavix, Iscover, Lopidogrel) – 1 (Um) comprimido, Via Oral, 1 (Uma) vez ao dia.
g.	DIABÉTICOS – NÃO DEVERÃO TOMAR: • Insulina – Interromper o uso 1 (Um) dia antes do exame. • Hipoglicemiantes orais – Interromper o uso 3 (Três) dias antes do exame (Amaryl, Daonil, Diabinese, Diamicron, Glifage, Metformina, etc.).
h.	Paciente uso de MAREVAN: • Solicitar orientação médica quanto a necessidade de suspender o medicamento 3 (três) dias antes da realização do exame.
i.	Paciente ALÉRGICO A IODO: • Tomar Meticorten 20mg – 1 cápsula, 2 vezes ao dia por via oral, durante 3 (Três) anteriores ao dia do exame. • Polaramine 2mg – 1 cápsula, 2 vezes ao dia por via oral, durante 3 (Três) anteriores ao dia do exame. • Ranitidina 150mg – 1 cápsula a noite por via oral, durante 3 (três) anteriores ao dia do exame.
j.	Manter as medicações prescritas pelo médico do paciente, exceto as constantes nos subitens “g” e “h”.

4.11.7. Observações:

- O não cumprimento de qualquer um dos itens pode acarretar **pendências no agendamento do exame.**
- Em caso de impossibilidade de levar o paciente para a realização do exame, a unidade solicitante deverá comunicar com antecedência à Regulação para reaproveitamento da vaga.



4.12. CATETERISMO CARDÍACO DE URGÊNCIA

4.12.1. Inserção da Solicitação no SER: A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>>Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: Tratamento de Infarto Agudo do Miocárdio>>> Tipo de leito UTI Adulto >>> Marcar SOLICITAÇÃO VERMELHA “SIM”.

4.12.2. Critérios para a solicitação:

- Pacientes que se encontram internados e com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAM com SST) com início dos sintomas até 24h e que necessitam de diagnóstico anatômico e funcional de doença coronariana, estudo hemodinâmico ou tratamento intervencionista (angioplastia).
- Pacientes com choque cardiogênico e instabilidade hemodinâmica e com indicação para a realização de CAT diagnóstico e/ou terapêutico com urgência.

4.12.3. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames laboratoriais, ECG que confirmem o diagnóstico.

- Relatório médico com a descrição do quadro clínico (história clínica detalhada, modo ventilatório, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, uso de antibiótico) e condições clínicas atuais do paciente.
- ECG pré e pós trombólise (se for o caso) e / ou Ecocardiograma.
- Exames laboratoriais (hemograma, ureia, creatinina, glicose, CK, CKMB, Troponina).
- Informação sobre alergia a iodo.
- Ficha de IAM com SST devidamente preenchida, datada, assinada e carimbada.

4.12.4. Critérios de inclusão para Cateterismo Cardíaco de Urgência:

a. Casos de Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST – IAM com SST.
b. Início dos sintomas em até 24 horas.
c. Necessário quadro clínico completo, resultados de exames laboratoriais e ECG (pré e pós-trombólise, caso trombolisado).
d. Inserir no SER Ficha de IAM com SST preenchida e carimbada pelo Médico solicitante.



4.12.5. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente deve ser prontamente registrada no SER.
- Os pacientes críticos devem ser identificados precocemente pelos profissionais de saúde e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas pelo médico. A transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e para a realização imediata do procedimento. Pacientes sem condições de transporte ou para a realização do CAT não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.
- Informar o tipo de leito atual (CTI ou enfermaria).

4.12.6. Contra indicações para o CAT:

- Hto <24 e Hb <8.
- Paciente infectado (avaliar início da antibioticoterapia, evolução da leucometria, PCR).
- Instabilidade Hemodinâmica (exceto para o choque cardiogênico).
- Ureia > 80 e Creatinina > 2,0 (necessária a avaliação por nefrologista).

4.12.7. Observações:

- O não atendimento de qualquer um dos critérios de inclusão para Cateterismo Cardíaco de Urgência pode acarretar atraso na realização do atendimento ao paciente dentro do tempo preconizado.
- O Modelo da Ficha de IAM com SST a ser preenchida e inserida no SER se encontra disponível para *download* no Painel Público do Complexo Estadual de Regulação, através do endereço eletrônico a seguir:

<https://painel.saude.rj.gov.br/PainelRegulacao/regulacaoestadual.html#>



4.12.7. FICHA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRA DE ST

ATENÇÃO! ESTA FICHA SÓ DEVE SER PREENCHIDA EM CASO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRA DE ST									
PACIENTE						IDADE			
UNIDADE DE ORIGEM						TELEFONE			
MÉDICO RESPONSÁVEL						SETOR			
DADOS CLÍNICOS									
Em relação ao quadro clínico									
Início da dor torácica		dia			hora				
Chegada na unidade		dia			hora				
Em relação ao tratamento medicamentoso									
Feito trombolítico?		☐ SIM	☐ NÃO	Justificativa quando não realizado o trombolítico:					
Data/Hora da trombólise		dia			hora			☐ sem trombolítico na unidade	
Melhora da dor?		☐ SIM		☐ NÃO		☐ história de AVE hemorrágico			
Queda do supra ST?		☐ SIM		☐ NÃO		☐ AVE isquêmico nos últimos 3 meses			
Arritmias?		☐ SIM		☐ NÃO		☐ TCE importante nos últimos 3 meses			
Feito AAS?		☐ SIM		☐ NÃO		☐ tumor do SNC			
Feito Clopidogrel?		☐ SIM		☐ NÃO		☐ MAV cerebral			
Dose		☐ 75mg	☐ 150mg	☐ 300mg			☐ dissecação aguda de aorta		
Exames laboratoriais:						☐ sangramento ativo			
Tropo	☐ Pos	☐ Neg	Valor	Ureia:		Creat:		☐ outro:	
Hb:		Leuco:		Plqt:		Potássio:			
Quadro clínico ATUAL:									
Angina no momento?		☐ SIM	☐ NÃO	Ventilação:		☐ Ar ambiente	☐ O2 suplementar	☐ Ventilação mecânica	
Pressão arterial:				FC		SpO2			
Drogas em Bomba infusora?		☐ SIM	☐ NÃO	Qual?					
Comorbidades:									
HAS	☐ NÃO	☐ SIM	☐ NÃO			Data e hora do preenchimento			
Diálise?	☐ NÃO	☐ SIM	☐ NÃO						
Alergia à iodo?	☐ NÃO	☐ SIM	☐ NÃO			Assinatura e carimbo do médico			
Teste de covid?	☐ SIM	☐ NÃO	Positivo?	☐ SIM	☐ NÃO				



4.13. ANGIOPLASTIA CORONARIANA

4.13.1. Inserção da Solicitação no SER: A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>>Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: Angioplastia Coronariana>>> Tipo de leito: Cirúrgico.

4.13.3. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames laboratoriais, laudo do CAT.

- Relatório médico com a descrição do quadro clínico (história clínica detalhada, modo ventilatório, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, uso de antibiótico) e condições clínicas atuais do paciente.
- Informar em qual unidade realizou o CAT e anexar o laudo do CAT recente.
- Hemograma, glicemia, ureia, creatinina.
- Informar sobre o uso de anticoagulantes
- Informação sobre alergia à iodo.

4.13.4. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente deve ser prontamente registrada no SER.
- Os pacientes críticos devem ser identificados e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas pelo médico. A transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e para a realização imediata do procedimento. Pacientes sem condições de transporte ou para a realização da angioplastia não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.
- Informar o tipo de leito atual (CTI ou enfermaria).
- Informar sobre alergia a iodo.

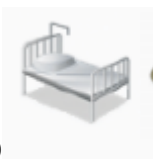


4.13.5. Preparo prévio para Angioplastia:

a.	Jejum absoluto de 4 horas antes do exame: Não tomar café da manhã.
b.	Pode tomar medicamentos com água.
c.	Trazer receita médica e exames realizados: Eletrocardiograma, Raios-X, Teste Ergométrico, ECO, Cintilografia Miocárdica, Holter, Cateterismo (laudo e filme).
d.	Apresentar documentos de identificação do paciente: identidade, CPF, Comprovante de residência, cartão do SUS, pedido do exame, exame laboratorial recente (hemograma e bioquímica), prescrição médica atual.
e.	Documentos de identificação do acompanhante: identidade.
	• Iniciar 3 (três) dias antes, no mínimo, do agendamento as seguintes medicações: • AAS 100mg (Aspirina Prevent, Somalgin, etc.) – 2 comprimidos após o almoço. • Clopidogrel 75mg (Plagrel, Plavix, Iscover, Lopidogrel) – 1 (Um) comprimido, Via Oral, 1 (Uma) vez ao dia.
	• DIABÉTICOS – NÃO DEVERÃO TOMAR: • Insulina – Interromper o uso 1 (Um) dia antes do exame. • Hipoglicemiantes orais – Interromper o uso 3 (Três) dias antes do exame (Amaryl, Daonil, Diabinese, Diamicron, Glifage, Metformina, etc.).
	• Paciente uso de MAREVAN: • Solicitar orientação médica quanto a necessidade de suspender o medicamento 3 (três) dias antes da realização do exame.
	• Paciente ALÉRGICO A IODO: • Tomar Meticorten 20mg – 1 cápsula, 2 vezes ao dia por via oral, durante 3 (Três) anteriores ao dia do exame. • Polaramine 2mg – 1 cápsula, 2 vezes ao dia por via oral, durante 3 (Três) anteriores ao dia do exame. • Ranitidina 150mg – 1 cápsula a noite por via oral, durante 3 (três) anteriores ao dia do exame.
f.	Manter as medicações prescritas pelo médico do paciente, exceto as constantes nos subitens “g” e “h”.

Observações:

- Informar ao paciente todas as orientações descritas acima.
- O não cumprimento de qualquer um dos itens pode acarretar cancelamento do exame.



4.14. REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

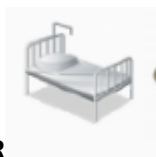
4.14.1. Inserção da Solicitação no SER: A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>>Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: Revascularização Miocárdica>>> Tipo de leito: Cirúrgico.

4.14.2. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação e anexar resultados de exames laboratoriais, laudo do CAT.

- Relatório médico com a descrição do quadro clínico (história clínica detalhada, modo ventilatório, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, uso de antibiótico) e condições clínicas atuais do paciente.
- Anexar o laudo do CAT.
- Hemograma, coagulograma, glicemia, ureia e creatinina.
- Informar medicações em uso.

4.14.3. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente deve ser prontamente registrada no SER.
- Os pacientes críticos devem ser identificados e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas na unidade e a transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e para a realização imediata do procedimento. Pacientes sem condições de transporte ou para a realização da cirurgia não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.
- Informar o tipo de leito atual (CTI ou enfermaria).



4.15. CIRURGIA OROVALVAR

4.15.1. Inserção da Solicitação no SER: A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>>Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: Troca valvar ou Plástica Valvar >>> Tipo de leito: Cirúrgico.

4.15.2. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação.

- Relatório médico com a descrição do quadro clínico (história clínica detalhada, modo ventilatório, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, uso de antibiótico) e condições clínicas atuais do paciente.
- Laudo do ecocardiograma que evidencie a doença valvar.
- Laudo do CAT (quando houver)
- Hemograma, coagulograma, glicemia, ureia e creatinina.
- Informar medicações em uso.

4.15.3. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente deve ser prontamente registrada no SER.
- Os pacientes críticos devem ser identificados e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas na unidade e a transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e para a realização imediata do procedimento. Pacientes sem condições de transporte ou para a realização da cirurgia não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.
- Informar o tipo de leito atual (CTI ou enfermaria).



4.16. IMPLANTE DE MARCAPASSO

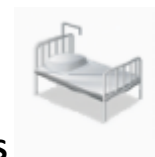
4.16.1. Inserção da Solicitação no SER: A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>> Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: Implante de marcapasso>>> Tipo de leito: Cirúrgico.

4.16.2. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação.

- Relatório médico com a descrição do quadro clínico (história clínica detalhada, modo ventilatório, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, uso de antibiótico) e condições clínicas atuais do paciente.
- Laudo do ECG
- Hemograma, coagulograma, glicemia, ureia e creatinina.
- Informar medicações em uso.

4.16.3. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER, até **no máximo às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente deve ser prontamente registrada no SER.
- Os pacientes críticos devem ser identificados e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas na unidade. A transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.
- Informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e para a realização imediata do procedimento. Pacientes sem condições de transporte ou para a realização do procedimento não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.
- Informar o tipo de leito atual (CTI ou enfermaria).



4.17. ANEURISMAS ABDOMINAIS, TORÁDICOS OU TORA-ABDOMINAIS

4.17.1. Inserção da Solicitação no SER: a Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>>Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: Correção endovascular de aneurisma>>> Tipo de leito: Cirúrgico.

4.17.2. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação.

- Relatório médico com a descrição do quadro clínico (história clínica detalhada, modo ventilatório, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, uso de antibiótico) e condições clínicas atuais do paciente.
- Poderá ser necessário entregar o CD da angiotomografia na unidade executante conforme solicitação. Alguns dos prestadores disponibilizam orientação passo a passo para o “upload” das imagens da angiotomografia em drive próprio.

4.17.3. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente deve ser prontamente registrada no SER.
- Os pacientes críticos devem ser identificados e as primeiras manobras de estabilização devem ser implementadas na unidade. A transferência do paciente deve ser solicitada após a estabilização hemodinâmica e as medidas iniciais de suporte clínico.
- Informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e para a realização imediata do procedimento. Pacientes sem condições de transporte ou para a realização do procedimento não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.
- Informar o tipo de leito atual (CTI ou enfermaria).



4.18. ARTERIOGRAFIA DE MEMBROS

4.18.1. Inserção da Solicitação no SER: A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo ambulatorial (prancheta) >>> Solicitar consulta/exame >>> Tipo: Exame >>> Recurso: Arteriografia Periférica (internados).

4.18.2. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação.

- Relatório médico com a descrição do quadro clínico (história clínica detalhada, modo ventilatório, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, uso de antibiótico) e condições clínicas atuais do paciente.
- Solicitação médica em formulário de Alto Custo (APAC).
- Resultado de Hematócrito, hemoglobina, ureia, creatinina e glicose (anexado ou registrado em *follow-up*).
- Exame de doppler do membro afetado ou laudo de exame de imagem sugestivo da doença informada.
- Informação sobre alergia a iodo.
- Caso o paciente apresente alterações sugestivas de Insuficiência Renal será necessário parecer do nefrologista.

4.18.3. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.

- Qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente deve ser prontamente registrada no SER.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e para a realização imediata do procedimento. Pacientes sem condições de transporte ou para a realização da arteriografia não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.
- Informar o tipo de leito atual (CTI ou enfermaria).



4.18.4. Contra-indicações para o agendamento da arteriografia:

- Hto <24 e Hb <8.
- Paciente infectado (avaliar início da antibioticoterapia, evolução da leucometria, PCR).
- Instabilidade Hemodinâmica.
- Ureia > 80 e Creatinina > 2,0 (necessária a avaliação por nefrologista).

4.18.5. Observação: Este recurso é **exclusivo** para arteriografia de **MEMBROS**, não contemplando estudo de vasos de outros segmentos corporais.



4.19. VASCULOPATIA ARTERIAL PERIFÉRICA

4.19.1. Inserção da Solicitação no SER: A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>> Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: o que melhor se adequar ao quadro clínico do paciente>>> Tipo de leito: Cirúrgico.

4.19.2. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação.

- Relatório médico com a descrição do quadro clínico (história clínica detalhada, modo ventilatório, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, uso de antibiótico) e condições clínicas atuais do paciente.
- Necessário inserir: laudo de doppler e/ou arteriografia.
- Doppler venoso confirmando a TVP (no caso de filtro de veia cava).

4.19.3. Critérios para internação/ transferência: destina-se à regulação de procedimentos de revascularização de Membros, Angioplastia de Membros, estenoses carotídeas, doenças da aorta, filtros de veia cava, confecção de FAV (fístula artério-venosa) para pacientes que estão internados.

4.19.4. Atualização Clínica: necessário que a atualização dos pacientes em fila seja realizada diariamente no sistema SER até, **no máximo, às 10h**. Tal registro deve ser feito em *follow-up* contendo obrigatoriamente as informações clínicas atualizadas, modo ventilatório, prescrição médica, condutas e procedimentos médicos já realizados.



- Qualquer mudança significativa no quadro clínico do paciente deve ser prontamente registrada no SER.
- Importante informar se o paciente apresenta condições clínicas e hemodinâmicas para a transferência e para a realização imediata do procedimento. Pacientes sem condições de transporte ou para a realização do procedimento não devem permanecer na fila e deverão ser reinseridos no SER após estabilização clínica que permita o transporte de maneira adequada e segura e a realização do tratamento.



4.20. TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

4.20.1. Transplantes realizados no Estado Do Rio De Janeiro (vagas disponibilizadas para regulação via SER):

- TRANSPLANTE DE CORAÇÃO.
- TRANSPLANTE DE FÍGADO.
- TRANSPLANTE DE RIM.
- TRANSPLANTE DE PULMÃO (ADULTO).
- TRANSPLANTE DE CÓRNEA.

4.20.2. Inserção da Solicitação no SER:

- **Adulto (enfermaria ou UTI) e Infantil (enfermaria):** A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Internação (caminha) >>> Solicitar internação/transferência >>> Caráter da internação: Urgência >>> Procedimento: o que melhor se adequar ao quadro clínico do paciente >>> tipo de leito: clínico // UTI.
- **Infantil (UTI):** A Unidade Solicitante deve entrar no Sistema Estadual de Regulação (SER) >>> Módulo Materno Infantil (Barrigudinha) >>> UTI Pediátrico >>> Solicitar internação/transferência.

4.20.3. Documentos Necessários: Preencher adequadamente **TODOS** os campos da solicitação.

- Relatório médico com a descrição do quadro clínico (história clínica detalhada, modo ventilatório, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, uso de antibiótico) e condições clínicas atuais do paciente.
- Solicitações devem estar completas, com laudos e exames que justifiquem o procedimento.



4.20.3. Transplantes não realizados No Estado Do Rio De Janeiro (não há vagas disponibilizadas para regulação via SER):

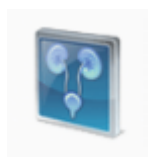
- Transplante de pulmão em pediatria (até 17 anos e 11 meses).
- Transplante de medula óssea alogênico (adulto e criança) – aploidêntico (aparentado) ou não-aparentado.
- Transplante de intestino/multivisceral (adulto e criança).

4.20.4. Documentos necessários para a avaliação pré-transplante:

- Formulário de encaminhamento de acordo com a modalidade de transplante/tratamento solicitado (Anexos).
- Relatório médico detalhado.
- Cópia dos resultados de exames recentes.
- Ofício da respectiva Central de Transplante - CET (Modelos anexos).

4.20.5. Como proceder:

- Preencher os formulários de acordo com a modalidade de transplante/ tratamento solicitado.
- Encaminhar os formulários e todos os documentos acima por e-mail, em formato “.doc” ou “.pdf” para o Programa Estadual de Transplante (PET).
- Preencher o campo ASSUNTO com o título: “Regulação de acesso (nome do paciente)”.
- Encaminhar o e-mail para o endereço eletrônico: adm.transplantes2021@gmail.com e cópia para a Central Estadual de Regulação: ses.regulacao@gmail.com



4.21. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – TRS

4.21.1. Solicitação de inclusão no sistema TRS

- A Unidade Solicitante deve enviar e-mail para a Secretaria de Saúde Municipal de **residência do paciente**.
- Neste e-mail deverá ser enviado o formulário de solicitação do TRS e os exames laboratoriais do paciente como HBSAG, ANTIHCV, ANTIHIV.
- Resumo da USG Renal.
- **A Secretaria de Saúde do município de origem do paciente irá inserir no SER – Módulo TRS >>> CADASTRAR.**



4.21.2. Formulário de solicitação de ingresso de pacientes novos - TRS

CARTÃO SUS: _____			
NOME: _____		CPF: _____	
NOME DA MÃE: _____			
SEXO: () F=FEM () M=MASC	DATA DO NASCIMENTO: ____/____/____		
ENDEREÇO: _____		CEP: _____	
BAIRRO: _____	MUNICÍPIO: _____	TELEFONES: _____	
RAÇA: _____	PESO: _____	ALTURA: _____	
DATA DA 1ª DIÁLISE NA VIDA: ____/____/____			
DATA DA 1ª DIÁLISE NA UNIDADE: ____/____/____			
DOENÇA DE BASE: _____			
PACIENTE: () AMBULATORIAL () INTERNADO			

MÉDICO SOLICITANTE: _____	CRM: _____
UNIDADE DE ORIGEM: _____	
CONTATOS: _____	

MÉTODO DIALÍTICO ATUAL: () NÃO DIALISANDO () HEMODIÁLISE () DPAC () DPA () DPI
MÉTODO DIALÍTICO SOLICITADO: () HEMODIÁLISE () DPAC () DPA () DPI

UREIA: _____	CREATININA: _____	POTÁSSIO: _____	CLEARENCE CREATININA: _____
DIURESE: _____	GLICOSE: _____	ALBUMINA: _____	HEMOGLOBINA: _____
HBSAG: () REAGENTE () NÃO REAGENTE:			
ANTIHCV: () REAGENTE () NÃO REAGENTE:			
ANTIHIV: () REAGENTE () NÃO REAGENTE:			
ACESSO: () CATETER DE DUPLA LUZ () CATETER TENCKHOFF () FAV () CATETER PERMICATH (LONGA DURAÇÃO)			
RESUMO DA USG RENAL: _____			

PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS:
QUAL? _____

*** EM CASO DE TRÂNSITO TEMPORÁRIO OU DEFINITIVO para o MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, FAVOR PREENCHER:
- PERÍODO DO TRÂNSITO TEMPORÁRIO (INÍCIO E TÉRMINO): _____
- TRÂNSITO DEFINITIVO (INFORMAR A DATA DA CHEGADA): _____
- TELEFONES DE CONTATO DE FAMILIARES OU AMIGOS (DDD 21): _____
- ENDEREÇO COMPLETO ONDE FICARÁ HOSPEDADO (A) ou FIXARÁ RESIDÊNCIA: _____



4.22. FORMULÁRIO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTO CUSTO

 		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL de ALTO CUSTO / ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - SEXO Mas. ☐ Fem. ☐	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		7 - DATA DE NASCIMENTO	9 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - CPF / CNV	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA RIO DE JANEIRO		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO 330455-7	17 - UF RJ
18 - CEP			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
21 - QTDE.			
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		23 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
24 - QTDE.			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
27 - QTDE.			
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		29 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
30 - QTDE.			
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
31 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		32 - CID-10 PRINCIPAL, 33 - CID-10 SECUNDÁRIO, 34 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
35 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		37 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
38 - DOCUMENTO () CNS () CPF		39 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		42 - Cód. Órgão Emissor	
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF		44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)			
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
48 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
49 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		50 - CNES	
Orientações: 1) Este requisição deve ser utilizada para solicitação dos Procedimentos de Alto Custo/Especiais (ex. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, CINELOGRAFIA, DENSITOMETRIA ÓSSEA, etc) e todos os procedimentos que na tabela SIGTAP necessitam de APAC, podendo ser preenchida tanto na Atenção Primária quanto na Atenção Secundária. 2) Quando a solicitação for feita pelo médico da Atenção Secundária, esta deve, preferencialmente, preencher a requisição. 3) O agendamento do exame (através do SRREG ou RORIMAGEM) deve ser realizado pela unidade de atenção primária de referência do paciente. 4) O paciente necessita portar apenas esta solicitação e a autorização do SRREG ou outro sistema de agendamento quando for o caso (ex. RORIMAGEM). 5) Não há necessidade da assinatura ou carimbo do diretor da unidade mas sim os dados do médico solicitante incluindo carimbo e assinatura.			



4.23. FORMULÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPLANTE

-  T. RIM
-  T. PULMÃO
-  T. MEDULA
-  T. INTESTINO
-  T. FÍGADO
-  T. CORAÇÃO



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO RIM

(Avaliação pré-transplante)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



1. Dados de identificação do paciente

Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: () M F ()	
CPF*:	RG*:	CNS*:
Telefone 1* : ()	Telefone 2 : ()	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	

*Campos obrigatórios

2. Dados do hospital de origem

Nome*:		
CNES*:	Regional de Saúde:	
Município*:	UF*:	
Natureza*:	() Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado	
Justificativa do pedido de encaminhamento*: _____		
Médico (a) assistente (a)*:	Telefone: ()	
E-mail do médico (a)/instituição assistente*:		

*Campos obrigatórios

Para encaminhamento de pacientes para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de RIM (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares da doença.

3. REFERÊNCIA:

3.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, COM ALGUMAS DAS SITUAÇÕES ABAIXO		
Está realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva	() sim	() não
Tipo: _____		
Hipersensibilizado: (painel > 80)	() sim	() não
Apresenta depuração da creatinina endógena menor que 10 mL/min/m ²	() sim	() não
Idade inferior a 18 anos e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m ²	() sim	() não
É diabético em tratamento conservador e apresenta depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m ² .	() sim	() não

OBS: O preenchimento de um único item do item 3.1, já indica necessidade de encaminhamento a Centro Especializado. Dados de laboratório e imagem, anexar apenas os que o paciente já possui.

4. AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL

4.1 CAUSA DA INSUFICIÊNCIA RENAL: _____
Doença cardíaca pré-existente () sim () não



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO RIM

(Avaliação pré-transplante)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Diagnóstico: _____	Data: ____/____/____
Histórico de Câncer _____	() sim () não
Diagnóstico: _____	Data: ____/____/____
4.2 EXAMES COMPLEMENTARES	
Exames de detecção de CA (atenção básica): () sim () não	
Diagnóstico: _____	Data: ____/____/____
Mamografia (protocolo m.s) _____	() sim () não
Diagnóstico: _____	Data: ____/____/____
Papanicolau (protocolo m.s) _____	() sim () não
Diagnóstico: _____	Data: ____/____/____
PSA (homens > 40 anos c/ fator de risco ou > 50 anos) _____	
Diagnóstico: _____	Data: ____/____/____

(Anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

Preenchido na origem por*: _____		Fone*: () _____		
E-mail*: _____				
Exames	Resultado	Sorologias	Resultado	Medicamentos em uso
Dosagem de sódio		HIV		
Dosagem de potássio		HTLV I e II		
Creatinina		HbsAg		
Ureia		Anti-Hbc		
ABO e RH		Anti-Hbs		
Hemograma		Anti-HCV		
Glicemia		Outras		

*Campos obrigatórios

5. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: campo a ser preenchido pelo centro transplantador)

Conduta do centro transplantador	
() caso aceito () caso recusado () fora dos critérios de inclusão do centro	
Observações: _____ _____ _____ _____	

Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador (a)*: _____

Data*: ____/____/____

*Campos obrigatórios



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO RIM

(Avaliação pré-transplante)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



***Campos obrigatórios** (Anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

Preenchido na origem por*:		Fone*: ()
E-mail*:		

***Campos obrigatórios**

5. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: campo a ser preenchido pelo centro transplantador)

Conduta do centro transplantador
() caso aceito () caso recusado () fora dos critérios de inclusão
Observações: _____

Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador (a): _____

Data: ____/____/____



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO - PULMÃO



(Avaliação pré-transplante)

1. Dados de identificação do paciente

Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: () M F ()	
CPF*:	RG*:	CNS*:
Telefone 1* : ()	Telefone 2 : ()	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	

*Campos obrigatórios

2. Dados do hospital de origem

Nome*:		
CNES*:	Regional de Saúde:	
Município*:	UF*:	
Natureza*:	() Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado	
Justificativa do pedido de encaminhamento: _____		
Médico assistente* (a):		
Telefone: ()		
E-mail do médico (a)/instituição assistente*:		

*Campos obrigatórios

Para encaminhamento de pacientes para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de RIM (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares da doença.

3. REFERÊNCIA:

3.1 ETIOLOGIA DA DOENÇA PULMONAR

Doença pulmonar obstrutiva crônica classe III NYHA e demais critérios	() sim () não
Fibrose pulmonar primária ou secundária classe III NYHA e demais critérios	() sim () não
Bronquiectasias classe III NYHA e demais critérios	() sim () não
Hipertensão pulmonar classe III NYHA e demais critérios	() sim () não
Fibrose cística sob as seguintes condições:	
a) volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) menor que ou igual a 30% do predito após broncodilatador	() sim () não
b) hipoxemia em repouso: PaO2 < 55 mmHg	() sim () não
c) hipercapnia > 50 mmHg;e	() sim () não
d) evolução clínica com exacerbações mais frequentes e mais	



Ministério da Saúde
Central Nacional de
Transplantes
CGSNT/DAET/SAES/MS

Estratégia Nacional de Alocação
de Leitos

TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA
E OUTROS PRECURSORES
HEMATOPOÉTICOS



FORMULÁRIO I - SUBMISSÃO DE CASOS

PROCESSO DE ALOCAÇÃO Nº: _____/20____ (a ser preenchido pela CNT/MS)

Data da solicitação: ____/____/____

Nome e assinatura do responsável pelo preenchimento: _____

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ Sexo: () feminino () masculino

Nome da mãe: _____ Telefone: () _____

Data de nascimento: ____/____/____ RG: _____

Nome do hospital de origem: _____

() Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado

Município de residência: _____ UF de residência: _____

2. DADOS CLÍNICOS

Diagnóstico ou hipótese: _____ CID-10: _____

Data do diagnóstico: ____/____/____ Peso atual: _____

Estágio da doença: _____

Tratamentos anteriores realizados: _____

_____ TCTH alogênico prévio: () não () sim

Tratamento atual: _____

Condições clínicas atuais: _____

Laudos e resultados de exames recentes () com anexos () sem anexos

3. TRATAMENTO INDICADO/PLEITEADO:

() TCTH alogênico não-aparentado Status da busca: () sem potencial doador () com potencial doador () aguardando transplante* () afastado	() TCTH alogênico haploidêntico () TCTH aparentado () TCTH autólogo	HLA realizado () não () sim
---	--	-------------------------------------

4. TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)

Solicitação de TFD junto à SES: () ignorado () não () sim

Acompanhante: () não () sim Quem: _____

Preferência por UF por apoio familiar/facilidade/outro:

() não () sim Qual/quais: _____

5. Justificativa de não realização na UF de origem: _____

6. CONTATOS DA EQUIPE MÉDICA NO HOSPITAL DE ORIGEM:

Nome: _____ Telefone: () _____ / _____

E-mail: _____ / _____

* já com doador identificado

ATENÇÃO: não suprimir campos

Central Nacional de Transplantes – CNT - CGSNT/DAET/SAES/MS - - Esplanada dos Ministérios, Bloco G, térreo, Brasília-DF (61) 3315-6299/9264 / 0800 644 64 45 – regulacaotmo@saude.gov.br

 Ministério da Saúde Central Nacional de Transplantes CGSNT/DAET/SAES	Reabilitação intestinal / TID / TMV	
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO		

PROCESSO DE ALOCAÇÃO REAB Nº: _____/20____ (a ser preenchido pela CNT/MS)	
1. DADOS DO PACIENTE	
Nome: _____	
Nome da mãe: _____	Fone da mãe ou responsável: _____
Data de nascimento: ____/____/____	Nome do hospital de origem: _____
Natureza do hospital de assistência () Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado	
Município e UF de residência (origem): _____	
Município e UF do hospital onde está sendo atendido: _____	
Pleito: () avaliação geral () reabilitação intestinal () TID* () TMV** () Outros especificar: _____	
* Transplante de Intestino Delgado ** Transplante Multivisceral	
Doenças que levaram à Falência Intestinal: _____	
Peso atual / Estatura atual / Medidas semanais de peso desde a admissão (para realização de curva): _____ _____	
2. Histórico de cirurgias – descrição de maneira objetiva e resumida de cada procedimento (roteiro):	
Indicação: _____	
Achados (ex: necrose de __ cm de intestino delgado, perfuração a __ cm do ângulo de Treitz): _____ _____	
Conduta (ex: áreas ressecadas, extensão da ressecção, segmentos exteriorizados): _____ _____	
Válvula ileocecal ressecada: () sim () não Quantidade estimada de intestino delgado e cólon remanescentes (quantos centímetros de jejuno e íleo permaneceram com o paciente?): _____ _____	
Quais porções de cólon permaneceram com o paciente - ceco, transverso proximal, transverso distal, sigmoide, reto): _____ _____	



Ministério da Saúde
Central Nacional de Transplantes
CGSNT/DAET/SAES

Reabilitação intestinal / TID / TMV



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

Outras comorbidades: _____

O paciente possui: estimativa de intestino delgado remanescente: _____cm
()Válvula ileocecal ()gastrostomia ()duodenostomia ()jejunostomia ()ileostomia
()colostomia ()Trombose portal ()trombose de acesso central: ()VJD ()VJE ()VSCD ()VSCE
()VFD ()VFE

*VJ veia jugular interna; VSC veia subclávia; VF veia femoral; D direita; E esquerda

3. Histórico de infecções e antibióticos utilizados (ex: bcp em junho, ceftriaxone por __ dias; cultura de cateter (agente) em agosto, vancomicina por __ dias).

O paciente já teve alguma infecção relacionada ao cateter? _____

O paciente já teve alguma infecção fúngica? _____

O paciente já teve algum quadro de sepse ou choque séptico? _____

4. Condições de acessos venosos

Acesso venoso atual (tipo de cateter, sítio e duração): _____

Histórico de acessos venosos centrais (sítios anteriores, trombozes, dissecções venosas): _____

 Ministério da Saúde Central Nacional de Transplantes CGSNT/DAET/SAES	Reabilitação intestinal / TID / TMV	
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO		

Possui algum exame de imagem (Doppler, angiotomografia) demonstrando o estado dos principais sítios vasculares (jugulares, subclávias e femorais)? _____ () anexos
5. Últimos exames laboratoriais (incluindo, hemograma, bioquímica, gasometria, função hepática, culturas e outros exames relacionados à nutrição parenteral) () anexos
6. Exames radiológicos pertinentes (tomografia, trânsito intestinal, enema opaco, ultrassonografia, Doppler) () anexos
7. Prescrição atual (medicações e esquema de hidratação): _____ _____ _____ _____
8. Prescrição da nutrição parenteral / enteral (tipo, quantidade, componentes, ciclos): _____ _____ _____ _____
9. Condição hemodinâmica (atual): _____ _____ _____ _____
10. Estado neurológico (atual): _____ _____
11. Sistema respiratório (atual): _____ _____ _____ _____
12. Realiza diálise? _____
13. Outras informações não contempladas pelo formulário, porém importantes:

 Ministério da Saúde Central Nacional de Transplantes CGSNT/DAET/SAES	Reabilitação intestinal / TID / TMV	
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO		

14. TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)

Foi feita Solicitação de TFD junto à SMS/SES**?: ☐ ignorado ☐ não ☐ sim data: ____/____/____
 Contato com a SES (nome e telefone): _____ ☐ _____ - _____
 Acompanhante: ☐ não ☐ sim Quem: _____

** SMS: Secretaria Municipal de Saúde/SES: Secretaria Estadual de Saúde

15. NOME, TELEFONE E E-MAIL DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO e da EQUIPE MÉDICA ASSISTENCIAL (NO HOSPITAL DE ORIGEM):

Telefone 1: ()	E-mail 1:
Telefone 2: ()	E-mail 2:

Atenção: é muito importante fornecer um número de telefone celular, com DDD, para contatos de emergência.



Coordenação-Geral do
Sistema Nacional de Transplantes

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO FÍGADO

(ADULTOS)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



1. Dados de identificação do paciente

Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: () M F ()	
CPF*:	RG*:	CNS*:
Telefone 1* : ()	Telefone 2 : ()	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Justificativa do pedido de encaminhamento*: _____ _____		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	

*Campos obrigatórios

2. Dados do hospital de origem

Nome*:		
CNES*:	Regional de Saúde:	
Município*:	UF*:	
Natureza*:	() Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado	
Médico assistente* (a):	Telefone*: ()	
E-mail do médico (a)/instituição assistente*:		

*Campos obrigatórios

Para encaminhamento de pacientes para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de fígado (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares de DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA descompensada e/ou doença hepática crônica com risco iminente de descompensação e/ou complicada por outros agravos, comprovando os itens abaixo:

3. REFERÊNCIA:

3.1 ETIOLOGIA DA DOENÇA HEPÁTICA: _____		
3.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA CONSTATANDO HEPATOPATIA CRÔNICA/CIRROSE		
A) Histórico de ascite	() sim	() não () não há dados
B) Histórico de encefalopatia hepática	() sim	() não () não há dados
C) Histórico de sangramento digestivo por varizes de esôfago ou estômago	() sim	() não () não há dados
D) Nódulo hepático suspeito de tumor hepático (Hepatocarcinoma)	() sim	() não () não há dados
E) Informações para cálculo MELD : Creatinina: _____ mg/dL		
Bilirrubinas totais: _____ mg/dL RNI: _____ Sódio: _____		



Coordenação-Geral do
Sistema Nacional de Transplantes

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO FÍGADO

(ADULTOS)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



3.3 EXAMES COMPLEMENTARES*	RESULTADO*
() Ecografia de abdome	
() RNM de abdome	
() TAC de abdome	

*Campo obrigatório (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

4. OUTRAS SITUAÇÕES*

A) Cirrose por HCV com risco de descompensação durante o tratamento antiviral (avaliação pré tratamento):	() sim () não
B) Doença hepática crônica complicada por prurido intratável:	() sim () não
C). Doença hepática crônica complicada por ascite refratária:	() sim () não
D). Doença hepática crônica complicada por encefalopatia hepática:	() sim () não
E). Doença hepática crônica complicada por colangites de repetição:	() sim () não
Outro (especificar) _____	

(anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

Preenchido na origem por*:	Fone*: ()
E-mail*:	

*Campo obrigatório

5. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: campo a ser preenchido pelo centro transplantador)

Conduta do centro transplantador
() caso aceito () caso recusado () fora dos critérios de inclusão
Observações: _____

Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador (a)*: _____

Data*: ____/____/____

*Campo obrigatório

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO CORAÇÃO

1. Dados de identificação do paciente:

Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: () M F ()	
CPF*:	RG*:	CNS*:
Telefone 1* : ()	Telefone 2 : ()	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	

*Campos obrigatórios

2. Dados do hospital de origem

Nome*:		
CNES*:	Regional de Saúde:	
Município*:	UF*:	
Natureza*:	() Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado	
Justificativa do pedido de encaminhamento*: _____ _____		
Médico (a) assistente*:	Fone* ()	
E-mail do médico (a)/instituição assistente*:		

*Campos obrigatórios

3. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE ETIOLOGIA*:

() Isquêmica
() Chagásica
() Hipertensiva
() Idiopática
() Outros – especificar:

*Campo obrigatório

4. AVALIAÇÃO CLÍNICA* (assinalar uma ou mais situações abaixo, se presentes)

() Dispneia aos pequenos esforços, apesar de medicação para ICC otimizada
() Sinais de fadiga, baixo débito ao esforço
() Edema de MMII e/ou ascite refratária ao tratamento
() Angina refratária ao tratamento e sem possibilidade de tratamento invasivo ou cirurgia

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO CORAÇÃO

☐ Taquicardia ventricular refratária
☐ Outros – especificar:
TIPO DE IMAGEM UTILIZADA* ☐ Ecografia
☐ Outros – especificar: _____

* campos obrigatórios (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

5. RESULTADOS DO EXAME DE IMAGEM* (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

☐ FEVE < ou = 35%
☐ Dilatação de VE
☐ Dilatação de VD
☐ PSAP > 40 mm/hg
OUTROS EXAMES* (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)
☐ ECG de repouso
☐ RX de tórax (PA e perfil)
☐ Cateterismo cardíaco para estudo de coronárias (se possível)
☐ Ecografia abdominal (se possível)

*Campo obrigatório

6. EXAMES LABORATORIAIS*: (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

☐ Hemograma	☐ Creatinina	☐ Sorologia para Sífilis
☐ Sódio	☐ TGO	☐ Sorologia para Chagas IgG e IgM
☐ Potássio	☐ TGP	☐ Sorologia para HIV
☐ Colesterol total	☐ TSH	☐ Outros - especificar
☐ Ureia	☐ Triglicerídeos	

*Campo obrigatório

7. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: a ser preenchido pelo centro avaliador/transplantador)

Conduta do centro transplantador
☐ caso aceito ☐ caso recusado ☐ fora dos critérios de inclusão
Observações: _____



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO CORAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador (a): _____

Data: ____/____/____