



Volume 2 - REUNI
Exames e consultas ambulatoriais

Manual do Solicitante

Sistema Estadual de Regulação- SER

PROTOCOLOS DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES E CONSULTAS AMBULATORIAIS

REUNI

Central Unificada de Regulação – RJ

Versão nº 6 – 03.07.2026



Apresentação

Este manual tem como objetivo facilitar as inserções de solicitações 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 **Sistema Estadual de Regulação - SER.**

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 CONSULTAS / EXAMES**
- 3. SITUAÇÃO NO SISTEMA – MÓDULO AMBULATORIAL**
- 4. RECURSOS REUNI – PROTOCOLOS DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES**
 - 4.1. APARELHO CARDIOVASCULAR**
 - 4.1.1. Cardiologia**
 - 4.1.2. Cirurgia Cardiovascular**
 - 4.1.3. Eletrofisiologia**
 - 4.1.4. Cardiologia Intervencionista**
 - 4.1.5. Cirurgia Vascular**
 - 4.1.6. Solicitação de Exames em Cardiologia Intervencionista**
 - 4.2. CIRURGIA BARIÁTRICA**
 - 4.3. ONCOLOGIA**
 - 4.3.1. Cabeça e pescoço**
 - 4.3.2. Tireoide**
 - 4.3.3. Oftalmologia**
 - 4.3.4. Neurocirurgia**
 - 4.3.5. Neoplasias de Pele**
 - 4.3.6. Cirurgia Geral**
 - 4.3.7. Urologia**
 - 4.3.8. Tórax**
 - 4.3.9. Coloproctologia**
 - 4.3.10. Ginecologia**
 - 4.3.11. Ginecologia (Mola Hidatiforme)**
 - 4.3.12. Hepatobiliar**
 - 4.3.13. Mastologia**
 - 4.3.14. Tecido Ósseo-Conectivo**
 - 4.3.15. Hematologia**
 - 4.3.16. Cardiologia**
 - 4.3.17. Pediatria**
 - 4.3.18. Planejamento em Quimioterapia**
 - 4.3.19. Cirurgia Pediátrica – Implante de Catéter**
 - 4.3.20. Medicina Nuclear**
 - 4.3.21. Radioterapia**

4.4. ORTOPEDIA

- 4.4.1. Ortopedia - Joelho**
- 4.4.2. Ortopedia - Mão**
- 4.4.3. Ortopedia – Coluna**
- 4.4.4. Ortopedia – Quadril Adulto**
- 4.4.5. Ortopedia – Ombro/Cotovelo**
- 4.4.6. Ortopedia – Pediatria**
- 4.4.7. Ortopedia – Outros ambulatórios Ortopédicos**

4.5. NEUROCIRURGIA

4.6. OBSTETRÍCIA – PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO

4.7. GINECOLOGIA

4.8. MICROCIRURGIA

4.9. HEMATOLOGIA

- 4.9.1. Hematologia Adulta**
- 4.9.2. Hematologia Pediátrica**

4.10. CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

4.11. CIRURGIA PLÁSTICA

4.12. GENÉTICA MÉDICA

4.13. PEDIATRIA

4.14. TRANSPLANTE

4.15. DERMATOLOGIA

- 4.15.1. Doenças raras – Epidermólise Bolhosa**

4.16. CINTILOGRAFIA

4.17. DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR

4.18. ELASTOGRAFIA HEPÁTICA TRANSITÓRIA

4.19. OUTROS EXAMES

4.20. EXAMES QUE REQUEREM PREPARO PRÉVIO

1. COMPETÊNCIAS DO SOLICITANTE

1.1. Inserir o paciente no Sistema Estadual de Regulação (SER) – Módulo ambulatorial;

1.2. Inserir corretamente os dados cadastrais obrigatórios do paciente no SER:

- ☐ Número do CNS (Cartão Nacional de Saúde);
- ☐ Número de contato telefônico;
- ☐ Endereço completo;
- ☐ Data de nascimento;
- ☐ Nome completo da mãe;
- ☐ CPF;
- ☐ Dentre outros.

1.3. Conhecer os pré-requisitos de alguns recursos através das informações nos protocolos de ambulatório.

1.4. As unidades solicitantes deverão manter o cadastro do paciente atualizado periodicamente.

1.5. Acompanhar a situação do paciente no SER, verificando:

- ☐ Atualizando o quadro clínico, quando necessário;
- ☐ As pendências sinalizadas deverão ser respondidas em até 60 dias;
- ☐ Liberação de vagas;
- ☐ Agendamentos realizados.

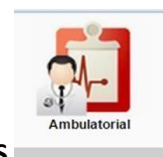
1.6. Assim que for identificado o agendamento, o solicitante deverá **imprimir a chave de autorização e informar ao paciente/familiar a data da consulta.**

2. ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS / EXAMES

- 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. Nas solicitações de consulta, responder as pendências no campo “responder pendências”, em até 60 dias, pois, o sistema cancelará automaticamente após este período.
- 2.5. Assim que for identificado o agendamento, o solicitante deverá **imprimir a chave de autorização e informar ao paciente/familiar a data da consulta**.
- 2.6. Caso ocorra cancelamento, informar o motivo, **ANTES** de cancelar o pedido no SER. Os recursos ofertados são para todos e portando deverão ser utilizados com responsabilidade. Uma vez solicitado e agendado, o paciente deverá comparecer ao agendamento realizado. Caso ocorra algum impedimento ao comparecimento do paciente, deverá ser informado **com antecedência** para que outro paciente possa ocupar a vaga. Deixar uma consulta vazia prejudica a todos os pacientes em fila!

3. SITUAÇÃO NO SISTEMA – MÓDULO AMBULATORIAL

- 3.1. Em fila:** quando o pedido está inserido no SER, ainda aguardando a vaga.
- 3.2. Pendência:** após analisar a solicitação, a Central identifica a necessidade de mais informações, pendenciando no sistema.
- 3.3. Agendado:** quando a consulta do paciente foi agendada.
- 3.4. Chegada confirmada:** quando o paciente chega à unidade.
- 3.5. Chegada não confirmada:** quando o paciente faltou.
- 3.6. Atendido:** quando o paciente é efetivamente atendido na unidade.
- 3.7. Alta:** quando o paciente tem alta.
- 3.8. Cancelado:** quando a solicitação é cancelada por algum motivo.



4. RECURSOS REUNI – PROTOCOLOS DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES

- ☐ Deverão ser feitas no SER (Sistema Estadual de Regulação) >>> Módulo Ambulatorial >>> Prancheta.
- ☐ Inserir os dados sociais do paciente (nome, idade, número de CNS, nome completo, CPF, sexo, data de nascimento, nome da mãe, endereço completo e **telefone de contato do paciente**).
- ☐ Identificar o médico solicitante, devidamente cadastrado no SER.
- ☐ Informar a hipótese diagnóstica (classificação de risco e CID 10), a natureza da solicitação (mandado judicial – sim ou não), a unidade de origem e anexos (caso necessário).
- ☐ **Observação: A Central regula apenas o acesso dos pacientes à unidade de saúde. Uma vez atendido, a programação cirúrgica e a técnica a ser utilizada é de inteira responsabilidade da unidade executante. Não temos como interferir na fila interna das unidades bem como no tempo de espera para a realização do procedimento.**

4.1. APARELHO CARDIOVASCULAR

Solicitação de Consulta de primeira vez em Cardiologia (Alta Complexidade), Cirurgia Cardiovascular, Eletrofisiologia, Cardiologia Intervencionista e Cirurgia Vascular.

4.1.1. Cardiologia

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Cardiologia - Cirurgia Cardíaca Pediátrica	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Inserir exame de Ecocardiograma recente.
Avaliação de 1ª vez em Cardiopatia Congênita Pediátrica (Internados)	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Inserir exame de Ecocardiograma recente. • Destina-se a pacientes menores de 18 anos.
Ambulatório 1ª vez em Cardiologia - Cardiopatia Congênita (Adulto)	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (cardiopatias abordadas previamente necessitam da descrição das cirurgias e procedimentos realizados com as respectivas datas). • Inserir exame de Ecocardiograma recente (< 6m). • Destina-se a pacientes com 18 anos ou mais com sintomas ou sequela da cardiopatia.

Ambulatório 1ª vez em Cardiologia - Hipertensão Arterial Resistente (Adulto)	• Inserir no SER o encaminhamento médico com história clínica detalhada e informar o uso das quatro classes de hipertensivos em uso e as doses.
Reabilitação Cardíaca	• Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada.

4.1.2. Cirurgia Cardiovascular

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Cirurgia Cardiovascular - Aneurisma / Dissecção de Aorta Torácica	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Inserir exame de Ecocardiograma recente. • Inserir exames de imagem com laudos que comprovem a doença (Tomografia ou Angiotomografia ou Angioressonância).
Ambulatório 1ª vez em Cardiologia - Implante de Cardiodesfibrilador (CDI)	• Indicações: Diagnóstico de Taquicardia Ventricular sustentada ou morte súbita abortada ou disfunção ventricular grave com episódios de taquicardia ventricular não sustentada, comprovados ao Holter. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Inserir ECG e Ecocardiograma (<6m). • Inserir Holter 24 horas ou teste ergométrico.
Ambulatório 1ª vez em Cirurgia Cardiovascular - Cirurgia Orovalvar	• Indicações: Doença orovalvar moderada ou grave comprovada por Ecocardiograma. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Inserir ECG e Ecocardiograma (<6m).
Ambulatório 1ª vez em Cardiologia - Cirurgia de Revascularização do Miocárdio	• Indicações: Portadores de Doença Arterial Coronariana (DAC) comprovada por cateterismo cardíaco (lesão do tronco de coronária esquerda, lesão trivascular). • Inserir Cateterismo Cardíaco realizado há menos de 1 ano. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Inserir ECG e Ecocardiograma.
Ambulatório 1ª vez em Cardiologia - Implante de Marcapasso	• Indicações: Bradiarritmias ou Bloqueios Atrioventriculares. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Inserir ECG e Ecocardiograma (<6m). • Inserir Holter 24 horas ou teste ergométrico.
Ambulatório 1ª vez em Cardiologia - Implante de Ressincronizador Cardíaco	• Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada. • Inserir ECG e Ecocardiograma com laudo.

4.1.3. Eletrofisiologia

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Cardiologia Estudo Eletrofisiológico / Ablação	• Indicações: Arritmias complexas com indicação de avaliação de ablação por radiofrequência. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Inserir ECG e Ecocardiograma (<6m). • Inserir Holter 24 horas ou teste ergométrico.

4.1.4. Cardiologia Intervencionista

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Cardiologia - Pré Angioplastia Coronariana	• Indicações: Portadores de DAC com lesões moderadas a graves, comprovadas por cateterismo cardíaco. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Inserir Cateterismo Cardíaco realizado há menos de 1 ano.

4.1.5. Cirurgia Vascular

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Cirurgia Vascular - Vasculopatia Arterial Periférica	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso, com exame físico direcionado (amplitude dos pulsos arteriais, temperatura dos membros, presença de claudicação, etc.). • Inserir exame de imagem (Doppler ou Angiorressonância ou Angio-TC de membros ou Arteriografia).
Ambulatório 1ª vez em Cirurgia Vascular - Vasculopatia Carotídea	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso. • Inserir exame de Doppler de artérias carotídeas (< 4 meses) ou Angio-TC.
Ambulatório 1ª vez em Cirurgia Vascular - Aneurisma / Dissecção de Aorta Abdominal	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada. • Inserir exame de Angio-TC ou Tomografia. • Obs.: Dissecção acima da saída das Artérias Renais deverá ser encaminhada à Cirurgia Cardiovascular (Aneurisma/ Dissecção de Aorta Torácica).
Fístula Arterio Venosa para Hemodiálise	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.
Ambulatório 1ª vez em Cirurgia Vascular - Pé diabético	• Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada. • Os pacientes necessariamente têm que ser diabéticos.

4.1.6. Solicitação de Exames em Cardiologia Intervencionista

Recurso	Requisitos necessários
Cateterismo cardíaco (Ambulatorial)	• Destina-se a pacientes em domicílio. • Inserir no SER a solicitação médica em formulário de Alto Custo. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, história de alergia a iodo). • Inserir exame de ECG e/ou Ecocardiograma ou Teste ergométrico ou Cintilografia Miocárdica. • Inserir resultado de Hematócrito, hemoglobina, ureia, creatinina e glicose (< 3 m).
Arteriografia Periférica (Ambulatorial)	• Destina-se a pacientes em domicílio. • Inserir no SER a solicitação médica em formulário de Alto Custo. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, história de alergia a iodo). • Inserir resultado de Hematócrito, hemoglobina, ureia e creatinina. • Inserir exame de Doppler (exceto para arteriografia cerebral).
Arteriografia Cerebral (Ambulatorial)	• Inserir no SER a solicitação médica em formulário de Alto Custo. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, história de alergia a iodo). • Inserir Exame de imagem (TC ou RNM de crânio).
Arteriografia periférica (Internados)	• Destina-se a pacientes em ambiente hospitalar. • Inserir no SER a solicitação médica em formulário de Alto Custo. • Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso (História clínica, informar modo ventilatório, tratamentos prévios efetuados, uso de medicações regulares, história de alergia a iodo). • Inserir resultado de Hematócrito, hemoglobina, ureia e creatinina. • Inserir Exame de Doppler do Membro afetado.

4.2. CIRURGIA BARIÁTRICA

Encaminhamento médico deverá ser feito somente pelo Endocrinologista.

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez Cirurgia Bariátrica (Adulto)	Conforme preconiza a Portaria SAS nº 492 de 31/08/2007, abaixo: Critérios de inclusão: • IMC $\geq$ 40 kg/m², sem comorbidades, que não respondem ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física, etc.), realizado durante pelo menos dois anos e sob orientação de equipe credenciada / habilitada como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade. • IMC $\geq$ 40 kg/m² com comorbidades que ameaçam a vida. • IMC entre 35 e 39,9 kg/m² portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade. Devem possuir laudo do endocrinologista informando que não há obesidade por doenças endócrinas ou que essa esteja em tratamento estabilizada. • Idade entre 18 anos e 65 anos, com alguma das indicações acima. Se entre 16 e 18 anos, deverão apresentar comprovação de consolidação das epífises dos ossos longos. Critérios de exclusão: • Obesidade decorrente de doença endócrina (p. ex., Síndrome de Cushing devido à hiperplasia suprarrenal). • Incapacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento. • Ausência de suporte familiar constante. • Alcoolismo; dependência química e outras drogas, distúrbio psicótico grave (bulimia, inclusive) ou história recente de tentativa de suicídio. Anexar (ou descrever de forma clara e detalhada): • Encaminhamento médico endocrinologista descrevendo o quadro clínico e indicando o procedimento. • Hemograma com plaquetas; Coagulograma; Ureia e Creatinina; Glicemia de jejum; Hemoglobina glicosilada (HbA1C); Ácido úrico; T3, T4, TSH; Colesterol total, HDL e Triglicerídeos.
Ambulatório 1ª vez Cirurgia Bariátrica Superobesidade (IMC acima 55)	Critérios de inclusão: • IMC $\geq$ 55 kg/m², sem comorbidades, que não respondem ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física, etc.), realizado durante pelo menos dois anos e sob orientação de equipe credenciada / habilitada como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade. • Idade entre 18 anos e 65 anos, com alguma das indicações acima. Se entre 16 e 18 anos, deverão apresentar comprovação de consolidação das epífises dos ossos longos. Critérios de exclusão: • Obesidade decorrente de doença endócrina (p. ex., Síndrome de Cushing devido à hiperplasia suprarrenal). • Incapacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento. • Ausência de suporte familiar constante. • Alcoolismo; dependência química e outras drogas, distúrbio psicótico grave (bulimia, inclusive) ou história recente de tentativa de suicídio.

	Anexar (ou descrever de forma clara e detalhada): • Encaminhamento médico endocrinologista descrevendo o quadro clínico e indicando o procedimento. • Hemograma com plaquetas; Coagulograma; Ureia e Creatinina; Glicemia de jejum; Hemoglobina glicosilada (HbA1C); Ácido úrico; T3, T4, TSH; Colesterol total, HDL e Triglicerídeos.
--	---

4.3. ONCOLOGIA

4.3.1. Cabeça e Pescoço

Destina-se aos pacientes com **DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE NEOPLASIA, com sítio primário em cabeça e pescoço.**

Local da lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez Cirurgia de Cabeça e Pescoço Exceto Tireóide (Oncologia)	• Fossa Nasal e Seios Paranasais – Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes (anatomopatológico e exame de imagem - TC e/ou RNM de Crânio e face). • Glândulas salivares - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes (anatomopatológico e exame de imagem – USG ou TC com contraste das glândulas salivares). • Massa cervical - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame anatomopatológico e exame de imagem - TC de pescoço e tórax e face, evidenciando sítio primário em região de via aérea superior (rinofaringe, traqueia, laringe). • Lábio - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame anatomopatológico, confirmando o sítio primário. • Órbita - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes (anatomopatológico ou exame de imagem - TC e/ou RNM Crânio e face). • Pele - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame anatomopatológico, confirmando o sítio primário. • Orelha - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame anatomopatológico, confirmando o sítio primário. • Cavidade oral - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame anatomopatológico, confirmando o sítio primário. • Faringe / laringe - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados dos exames pertinentes, com indicativo do sítio primários em rinofaringe, traqueia, laringe (anatomopatológico e/ou exame de imagem - TC de pescoço e tórax e face ou laringoscopia).

4.3.2. Tireoide

Local da lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultados do exame anatomopatológico ou citopatológico (PAAF), confirmando o sítio primário.

4.3.3. Oftalmologia

Local da lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez Oftalmologia (Oncologia)	- Destina-se aos pacientes com lesão suspeita em conjuntiva, córnea, íris, retina e/ou coroide. - Inserir no SER o encaminhamento médico indicando a forte suspeita clínica.

4.3.4. Neurocirurgia

Pacientes com suspeita de metástase em SNC deverão ser inseridos de acordo com o sítio primário.

Local da lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia Tumores da Sela Túrcica (Oncologia)	Inserir no SER o encaminhamento médico indicando presença de Nódulo ou Massa em Sistema Nervoso Central (SNC) diagnosticado por Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética de Crânio, sugestivo de sítio primário.

4.3.5. Neoplasias de Pele

Local da lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez Neoplasias da Pele (Oncologia)	Inserir no SER o encaminhamento médico indicando a forte suspeita clínica e resultado do exame histopatológico, confirmando o sítio primário.

4.3.6. Cirurgia Geral

Ambulatório 1ª vez Cirurgia Geral (Oncologia)	Local da lesão	Requisitos necessários
	Esôfago	- Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso. - Inserir o resultado do exame de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e/ou Tomografia Computadorizada de Abdome e Tórax com lesão suspeita e laudo histopatológico.
	Estômago	
	Duodeno	
	Reconstrução de trânsito pós-Oncologia	- Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada. - Inserir laudo anatomopatológico.

4.3.7. Urologia

Ambulatório 1ª vez Urologia (Oncologia)	Local da lesão	Requisitos necessários
	RIM	Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica e resultados de exames de imagem com lesão sólida suspeita e Tomografia Computadorizada de Abdome. Laudo histopatológico se houver.
	BEXIGA	Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e resultado de exame de Cistosopia com biopsia positiva e/ou massa vesical ou Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve ou USG.
	TESTÍCULO	Inserir no SER o encaminhamento médico com descrição de massa testicular ao exame clínico com suspeita de neoplasia. Inserir USG de bolsa escrotal e/ou TC abdome e/ou pelve mostrando massa testicular com suspeita de neoplasia. Laudo histopatológico se houver.
	PRÓSTATA	Inserir no SER o encaminhamento com a descrição clínica do caso e resultados dos exames de toque retal alterado e PSA > 4 ng/ml, com diagnóstico confirmado por biópsia.
	PÊNIS	Inserir no SER o encaminhamento médico com descrição de lesão peniana ao exame clínico com suspeita de neoplasia. Laudo histopatológico se houver.

4.3.8. Tórax

Ambulatório 1ª vez Cirurgia Torácica (Oncologia)	Local da lesão	Requisitos necessários
	NÓDULOS TUMORAIS DO PULMÃO	- Inserir no SER o encaminhamento médico para o Serviço de Cirurgia Torácica, com indicação médica de forte suspeita clínica, informando o sítio primário. Laudo histopatológico se houver. - Todos os pacientes encaminhados deverão ter um exame Tomografia Computadorizada do tórax e abdome superior.
	TUMORES MEDIASTINO	
	TUMORES DA PLEURA	

4.3.9. Coloproctologia

Ambulatório 1ª vez Coloproctologia (Oncologia)	Local da lesão	Requisitos necessários
	CÓLON	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso. • Inserir o resultado do exame de Colonoscopia e/ou Tomografia Computadorizada de Abdome Total e Pelve com contraste e/ou RNM de Pelve. • Inserir laudo histopatológico
	RETO	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso. • Inserir o resultado do exame de Colonoscopia (ou Retossigmoidoscopia) e/ou Tomografia Computadorizada de Abdome Total e Pelve com contraste e/ou RNM de pelve. • Inserir laudo histopatológico.

4.3.10. Ginecologia

Ambulatório 1ª vez Ginecologia (Oncologia)	Local da lesão	Requisitos necessários
	VULVA	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e o Laudo Histopatológico.
	VAGINA	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e o Laudo Histopatológico.
	COLO UTERINO E ENDOMÉTRIO	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e o Laudo Histopatológico.
	TUMOR DE OVÁRIO	• Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica e o exame de Imagem RNM, TC e/ou USG e Marcadores Tumorais (se possível).
	TROMPAS E ANEXOS	• Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica e o exame de Imagem RNM, TC e/ou USG e Marcadores Tumorais (se possível).

4.3.11. Ginecologia (Mola Hidatiforme)

Lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Ginecologia - Doença Trofoblástica Gestacional (Mola Hidatiforme)	• Inserir no SER o encaminhamento médico com descrição detalhada do caso e resultado de BHCG plasmático, exame de USG pélvica ou transvaginal e /ou histopatológico indicando o diagnóstico.

4.3.12. Cirurgia Hepatobiliar

Recurso	Local da lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	FÍGADO E VIAS BILIARES	Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica de tumor primário e resultado de exame de TC abdome / RNM abdome / Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) e Marcadores Tumorais (se possível).
	PÂNCREAS	Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica e resultado do exame de Tomografia Computadorizada de abdome com massa sólida ou mista ou cística.

4.3.13. Mastologia

Recurso	Tipo da lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	MAMA COM LESÃO PALPÁVEL	- Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e anexar o laudo Histopatológico. - Informar estágio clínico da doença.
Ambulatório 1ª vez em Mastologia - Lesão Impalpável (Oncologia)	MAMA COM LESÃO IMPALPÁVEL	Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica e anexar os exames de USG e Mamografia com categoria 4 e 5 de BI - RADS.

4.3.14. Tumor de Tecido Ósseo-Conectivo (TOC)

	Local da lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª Vez Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	CÂNCER ÓSSEO	Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica e anexar o laudo histopatológico e/ou exame de imagem.
	SARCOMA DE PERNAS E BRAÇOS	Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica e anexar o laudo histopatológico e/ou exame de imagem.
	TUMORES MALIGNOS DE PARTES DE MOLES	Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e anexar o laudo histopatológico e/ou exame de imagem.
	MELANOMA >2 CM	- Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e - anexar o laudo histopatológico.
Ambulatório 1ª Vez Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo	CÂNCER ÓSSEO	Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica e anexar o laudo histopatológico e/ou exame de imagem.
	SARCOMA DE PERNAS E BRAÇOS	Inserir no SER o encaminhamento médico indicando forte suspeita clínica e anexar o laudo histopatológico e/ou exame de imagem.

(Adulto)	TUMORES MALIGNOS DE PARTES DE MOLES	Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e anexar o laudo histopatológico e/ou exame de imagem.
	MELANOMA >2 CM	Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e anexar o laudo histopatológico.

4.3.15. Hematologia

Oncologia – Hematologia Adulto

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez Hematologia (Oncologia)	Critérios de Exclusão: - Adenomegalias reacionais a viroses agudas. - Atipias linfocitárias em presença de viroses agudas. - Trombocitose em hemograma único. - Pacientes com adenomegalias suspeitas sem biópsia.
	Critérios de Inclusão/ Agendamento: Dor óssea, com eletroforese de proteínas séricas, evidenciando Gamopatia Monoclonal (casos de Mieloma múltiplo). Bicitopenia após afastar todas as causas clínicas (hipotireoidismo, doenças hepáticas, uso de medicamentos, esplenomegalia com doença hepática). Citopenias + manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimose, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes) – VIDE OBSERVAÇÃO. - Citopenias + linfonodomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou - Presença de blastos/ promielócitos no sangue periférico; ou - Paciente com febre + neurogenia ($< 1500 /\mu\text{L}$); ou - Bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves: - Hemoglobina $< 7 \text{ g/dl}$; e/ou - Neutrófilos $< 500 \text{ cels}/\mu\text{L}$; e/ou - Plaquetas $< 50 \text{ mil cels}/\text{mm}^3$. Trombocitose: - Isolada $> 600.000/\text{mm}^3$ em 3 exames c/ intervalo $< 1\text{m}$; ou - Acompanhada de leucocitose e aumento do hematócrito; ou - Associada a sintomas vasomotores, sangramento ou trombose (após avaliação em serviço de urgência / emergência); ou - Associada a leucocitose ou policitemia. Excluir: trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso atual, anemia ferropriva, esplenectomia /asplenia, trauma/cirurgia recente).

Ambulatório 1ª vez Hematologia (Oncologia)	e. Trombocitose: - e.1. Isolada > 600.000/mm³ em 3 exames c/ intervalo <1m; ou - e.2. Acompanhada de leucocitose e aumento do hematócrito; ou - e.3. Associada a sintomas vasomotores, sangramento ou trombose (após avaliação em serviço de urgência / emergência); ou - e.4. Associada a leucocitose ou policitemia. Excluir: trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso atual, anemia ferropriva, esplenectomia /asplenia, trauma/cirurgia recente). f. Leucocitose com desvio à esquerda em ausência de infecção: - f.1. Leucocitose + manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimose, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou - f.2. Presença de blastos e promielócitos no sangue periférico; ou - f.3. Leucostase (presença de sintomas respiratórios, neurológicos, priapismo em pessoas com hiperleucocitose) ou leucócitos > 100 mil cels. /mm³. g. Policitemia: - g.1. Suspeita de Policitemia vera (hb > 16,0g/dl em mulheres e > 16,5g/dl em homens), em pessoas com sintomas sugestivos: prurido após o banho, gota, trombose venosa ou arterial prévia, sangramento, esplenomegalia; ou - g.2. Policitemia persistente (hb > 16,0g/dl em mulheres e > 16,5g/dl em homens) após repetição do hemograma em 1 mês e exclusão de causas secundárias (DPOC, tabagismo, hepatocarcinoma, carcinoma renal). OBSERVAÇÃO: PACIENTES COM SUSPEITA DE LEUCEMIA AGUDA NÃO SÃO REGULADOS AMBULATORIALMENTE. NECESSÁRIO ESTAR INTERNADO E INSERIDO NO SISTEMA SER PARA TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR.
--	---

Oncologia – Hematologia pediátrica

Ambulatório 1ª vez - Hematologia Pediátrica (Oncologia)	Crítérios de Exclusão: - Adenomegalias reacionais a viroses agudas. - Atipias linfocitárias em presença de viroses agudas. - Trombocitose em hemograma único. - Pacientes com adenomegalias suspeitas sem biópsia. Crítérios de Inclusão/ Agendamento: Bicitopenia após afastar todas as causas clínicas (hipotireoidismo, doenças hepáticas, uso de medicamentos, esplenomegalia com doença hepática); ou Citopenias com manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimose, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou - Citopenias com linfonodomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou - Presença de blastos/ promielócitos no sangue periférico; ou - Paciente com febre + neutropenia ($< 1500 /\mu\text{L}$); ou - Bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves: - Hemoglobina $< 7 \text{ g/dl}$; e/ou - Neutrófilos $< 500 \text{ cels}/\mu\text{L}$; e/ou - Plaquetas $< 50 \text{ mil cels}/\text{mm}^3$. Trombocitose: - Isolada $> 600.000/\text{mm}^3$ em 3 exames c/ intervalo $< 1\text{m}$; ou - Acompanhada de leucocitose e aumento do hematócrito. - Associada a sintomas vasomotores, sangramento ou trombose (após avaliação em serviço de urgência / emergência); ou - Associada a leucocitose ou policitemia; Excluir: trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso atual, anemia ferropriva, esplenectomia /asplenia, trauma/cirurgia recente). Leucocitose com desvio à esquerda em ausência de infecção: - Leucocitose + manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimose, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou - Presença de blastos e promielócitos no sangue periférico. OBSERVAÇÃO: PACIENTES COM SUSPEITA DE LEUCEMIA AGUDA NÃO SÃO REGULADOS AMBULATORIALMENTE. NECESSÁRIO ESTAR INTERNADO E INSERIDO NO SISTEMA SER PARA TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR.
---	---

4.3.16. Cardiologia

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez - Cardiologia (Oncologia)	Indicação: • Pacientes Oncológicos apresentando complicações cardiológicas relacionadas ao tratamento radioterápico ou quimioterápico. • Pacientes com doença cardíaca necessitando de avaliação pré-quimioterapia. • Pacientes com neoplasia primária do coração. • Inserir no SER o encaminhamento médico com descrição do caso.

4.3.17. Pediatria

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez - Triagem em Oncologia Pediátrica	• Inserir no SER o encaminhamento médico com descrição detalhada do caso suspeito de câncer infantil.

4.3.18. Planejamento em Quimioterapia

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Quimioterapia	• Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada. • Inserir laudo histopatológico. • Critérios de inclusão: • Pacientes com indicação de quimioterapia exclusiva.

4.3.19. Cirurgia Pediátrica – Implante de Catéter

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Cirurgia Pediátrica – Implante de catéter (Oncologia)	• Inserir no SER o encaminhamento médico com descrição detalhada do caso.

4.3.20. Medicina Nuclear

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez – Planejamento em Iodoterapia	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, indicando o procedimento.

4.3.21. Radioterapia

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, indicando o sítio a ser irradiado e apresentando o exame histopatológico. Também, informar o peso do paciente.
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia (Infantil)	Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, indicando o sítio a ser irradiado e apresentando o exame histopatológico.
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Braquiterapia	Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, indicando o sítio a ser irradiado e apresentando o exame histopatológico. Pacientes não hysterectomizadas deverão anexar risco cirúrgico.
Ambulatório 1ª vez - Radiocirurgia Gamma Knife	Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, indicando o procedimento e apresentando exame de imagem com menos de 06 meses.

4.4. ORTOPEDIA

- Consultas de primeira vez em Ortopedia.
- Pacientes com diagnóstico de TUMOR ÓSSEO deverão ser encaminhados à fila de Ambulatório de 1ª vez – Tumores do Tecido Ósseo-Conectivo.
- Pacientes com suspeita de metástase óssea deverão ser inseridos de acordo com o sítio primário.
- Pacientes com lesões intrasubstanciais /meniscais degenerativas, tendinites/ Sinovites e Condromatose patelares deverão ser tratadas nos ambulatórios locais.
- Critérios de Exclusão: Vigência de infecção.**
- Todos os encaminhamentos médicos deverão ser encaminhados por Ortopedista.**

4.4.1. Ortopedia – Joelho

Local/tipo de lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Ortopedia – Joelho (Adulto)	- Inserir no SER o encaminhamento médico de ortopedista descrevendo de forma clara e detalhada. - Inserir exame de imagem de RX com carga e/ou laudo do exame de ressonância magnética (laudo menor que 6 meses).

Ambulatório 1ª vez em Ortopedia – Joelho (Infantil)	• Inserir no SER o encaminhamento médico de ortopedista descrevendo de forma clara e detalhada. • Inserir exame de imagem de RX com carga e/ou laudo do exame de ressonância magnética (laudo menor que 6 meses).
--	--

4.4.2. Ortopedia – Mão

Local/tipo de lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Ortopedia - Mão (Adulto)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, indicando o procedimento. • Inserir exame de imagem com laudo.
Ambulatório 1ª vez em Ortopedia - Mão (Infantil)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, indicando o procedimento. • Inserir exame de imagem com laudo.
Ambulatório 1ª vez em Ortopedia - Fratura Aguda de Mão	• Inserir encaminhamento médico de ortopedista com história clínica detalhada e a data da fratura. • Inserir Rx de mão em duas incidências.

4.4.3. Ortopedia - Coluna

- Todos os encaminhamentos médicos deverão ser realizados por Neurocirurgião ou Ortopedista.

Local/tipo de lesão	Requisitos Necessários
Ambulatório 1ª Vez - Patologia Cirúrgica da Coluna Vertebral (Adulto)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, apresentando imagem e laudo de TC e/ou imagem e laudo de RNM da lesão (menor que 6 meses). Em caso de Escoliose pode ser anexado o exame de Raios-X.

4.4.4. Consulta de primeira vez em Ortopedia - Quadril Adulto

Local/tipo de lesão	Requisitos Necessários
Ambulatório 1ª vez em Ortopedia - Quadril (Adulto)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, apresentando exame de imagem.

4.4.5. Consulta de primeira vez em Ortopedia - Ombro/Cotovelo

Local/tipo de lesão	Requisitos Necessários
Ambulatório 1ª vez em Ortopedia - Ombro / Cotovelo (Adulto)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada. • Apresentar exame de imagem e laudo.

4.4.6. Ortopedia - Pediatria (Até 15 anos)

Local/tipo de lesão	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª Vez em Ortopedia - Ortopedia Pediátrica (exceto coluna)	Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, apresentando exame de imagem.

4.4.7. Ortopedia – Protetização

Local/tipo de lesão	Requisitos Necessários
Ambulatório 1ª vez - Protetização Membros Superiores (adulto)	- Inserir no SER o encaminhamento médico de ortopedista descrevendo de forma clara e detalhada. - Critério de exclusão: Necessidade de órtese.
Ambulatório 1ª vez - Protetização Membros Superiores (infantil)	- Inserir no SER o encaminhamento médico de ortopedista descrevendo de forma clara e detalhada. - Critério de exclusão: Necessidade de órtese.
Ambulatório 1ª vez - Protetização Membros Inferiores (adulto)	- Inserir no SER o encaminhamento médico de ortopedista descrevendo de forma clara e detalhada. - Critério de exclusão: Necessidade de órtese.

4.4.8. Outros Ambulatórios Ortopédicos

Local/tipo de lesão	Requisitos Necessários
Ambulatório 1ª vez em Ortopedia - Pé & Tornozelo (Adulto)	Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, apresentando exame de imagem.
Ambulatório 1ª vez em Ortopedia - Trauma Ortopédico de Média Complexidade	Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, data da fratura e apresentando exame de imagem.
Ambulatório 1ª vez em Ortopedia - Sequelas Pós Traumáticas (Adulto)	Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, data da fratura e apresentando exame de imagem.

Ambulatório 1ª Vez em Ortopedia - Reconstrução e Alongamento Ósseo (Fixador Externo)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, apresentando exame de imagem.
--	--

ATENÇÃO:

- Após inserir a solicitação, é necessário que a unidade solicitante acompanhe o pedido feito, respondendo corretamente as solicitações da Central (*pendências e follow up*) e, principalmente, comunicando ao paciente de seu agendamento.
- Esta Central regula apenas o acesso dos pacientes à unidade de saúde. Uma vez atendido, a programação cirúrgica e a técnica a ser utilizada é de inteira responsabilidade da unidade executante.
- Não há como interferir na fila interna das unidades bem como, no tempo de espera para a realização do procedimento.

Orientações gerais:

- Filas adultas: maiores de 16 anos.
- Menores de 16 anos deverão ser inseridos nas filas infantis.
- Em casos de fraturas, todas as solicitações deverão ter o exame de Radiografia da fratura com a data do evento.
- As solicitações devem ter CIDs específicos às suas patologias descritas. Casos com CIDs inespecíficos ou que não estejam de acordo serão pendenciados/cancelados para esclarecimentos/edição.
- Pacientes com quadros de infecção aguda serão pendenciados/cancelados, sendo necessário informar que dentre os critérios de exclusão encontram-se os pacientes com infecção ativa. Importante questionar em qual hospital foi prestado o atendimento inicial (primeira cirurgia) e se foi tentado contato com este para reavaliação e reabordagem. Igualmente, é necessário perguntar se a infecção em questão já se encontra em remissão viabilizando cirurgia definitiva.

4.5. NEUROCIRURGIA

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Epilepsia Refratária ou Fármaco-Resistente (Adulto)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o tipo e frequência das crises, as medicações utilizadas, o que comprova a refratariedade e outros tratamentos já tentados (inclusive cirurgias ou tratamentos alternativos), presença de doença psiquiátrica associada e desenvolvimento cognitivo. • Inserir EEG de rotina e RNM de encéfalo (se possível).
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Epilepsia Refratária ou Fármaco-Resistente (Infantil)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o tipo e frequência das crises, as medicações utilizadas, o que comprova a refratariedade e outros tratamentos já tentados (inclusive cirurgias ou tratamentos alternativos), presença de doença psiquiátrica associada e desenvolvimento cognitivo. • Inserir EEG de rotina e RNM de encéfalo (se possível).
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Nervos Periféricos	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada a solicitação médica informando tratamento realizado (clínico e cirúrgico), uso de medicações regulares (quais) e tempo de lesão. • Inserir Exames de Imagem em caso de trauma e eletroneuromiografia (se houver).
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Neurovascular	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o tratamento a s e r realizado (clínico e cirúrgico), o uso de medicações regulares (quais) e tempo de lesão. • Inserir Exames de Imagem (TC ou RNM).
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Parkinson / Movimentos Involuntários	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada a necessidade do tratamento cirúrgico a ser realizado, uso de medicações regulares, que comprovem a refratariedade (quais) e tempo de evolução.
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Neurocirurgia Adulto (Exceto Coluna)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o tratamento a s e r realizado (clínico e cirúrgico), o uso de medicações regulares (quais) e tempo de lesão. • Inserir Exames de Imagem (TC ou RNM).
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Neurocirurgia Infantil (Exceto Coluna)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o tratamento a s e r realizado (clínico e cirúrgico), o uso de medicações regulares (quais) e tempo de lesão. • Inserir Exames de Imagem (TC ou RNM).
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Plexo Braquial	• Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada e laudo da RNM de plexo braquial e/ou eletroneuromiografia.
Consulta em Neurologia-Doenças Neuromusculares	• Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada com forte suspeita.

4.6. OBSTETRÍCIA – PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez – Pré-Natal de Alto Risco Estratégico	Critérios de inclusão - Gestantes que apresentarem: • Cardiopatias. • Colagenoses. • Doenças Hematológicas. • Hemopatias. • Nefropatias. • Neuropatias. • Patologias malignas. • Tireoideopatias. • Pneumopatias. • Gestantes Transplantadas. • Patologias uterinas. • Incompetência Istmo cervical. • Gemelar (sem comorbidades até 28 semanas): somente gestação gemelar mono/monoamniótico ou com corionicidade desconhecida até 16 semanas. • Alo imunização materna, sem comorbidades em qualquer idade gestacional (resultado de COOMBS indireto +). • Peso maior que 140Kg (incluir peso e altura na solicitação). • H.P.P. de natimorto, neomorto, prematuridade, malformação fetal. • H.P.P. de trombose venosa profunda. • H. P. Familiar de cromossomopatias. Inserir no SER de forma clara e detalhada: • Encaminhamento médico com a história clínica, relatando o quadro atual, medicações em uso, exames ou relatórios comprovando as patologias acima. • Laudo de USG e data provável de parto. • Laudo dos exames REALIZADOS com data recente. • Para casos de gemelaridade: Laudo de USG c/ gestação gemelar monocoriônica, mono amniótica ou Di-amniótica. Critérios de exclusão: • Gestação acima de 36 semanas. • Emergências Obstétricas. • Bolsa rota.

Ambulatório 1ª vez - Aconselhamento em malformação fetal	Critérios de inclusão - Gestantes que apresentarem aos exames de USG as seguintes patologias: • Mielomeningocele. • Onfalocele. • Encefalocele. • Gastrosquise. • Rim policístico bilateral. • Dilatação pielocalicial (> 6,5mm). • Hérnia diafragmática. • Hidrocefalia. • Fetos com múltiplas malformações. Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso. Critérios de exclusão: • Gestação acima de 31 semanas e 6 dias. • Malformações cardíacas.
Ambulatório 1ª Vez em Gestação pós- cirurgia bariátrica	• Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada com o local e a data da realização da cirurgia.
Avaliação de mielomeningocele intraútero	• Encaminhamento médico com a história clínica, relatando o quadro atual, medicações em uso, exames ou relatórios comprovando a patologias. • Laudo de USG e data provável de parto.
Ambulatório 1ª vez - Pré Natal - Gestação de Homen Trans	• Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada.

4.7. GINECOLOGIA

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez - Mastologia	• Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso e anexar exames.
Projeto Acolhe (prevenção da gravidez não planejada)	• Inserir no SER o encaminhamento médico indicando com história clínica detalhada.

4.8. MICROCIRURGIAS

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez - Microcirurgia Reconstructora (Adulto)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso. • Inserir exames realizados pertinentes ao diagnóstico. • Critérios de inclusão: Lesão de plexo braquial, Reconstrução com retalhos musculares ou microcirúrgicos.
Ambulatório 1ª vez - Microcirurgia Reconstructora (Infantil)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso. • Inserir exames realizados pertinentes ao diagnóstico. • Critérios de inclusão: Lesão de plexo braquial, reconstrução com retalhos musculares ou microcirúrgicos.

4.9. HEMATOLOGIA

4.9.1. Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Adulto)

Critérios de Exclusão:

- Pacientes em tratamento em outros serviços de Hematologia.
- Anemia hipocrômica **sem** investigação clínica de perda de sangue (qualquer sítio), ingesta inadequado e **sem** dosagem de ferro sérico, transferrina e ferritina sérica.
- Eritrocitose secundária a DPOC.
- TROMBOFILIA.
- **Necessita informar:**
- Relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução e tratamento realizados.
- Medicamentos de uso regular (especificar).
- Relato de investigação completa: Se possui história familiar de hematopatia; Se realizou algum tratamento.
- Descartar Virose e intoxicações medicamentosas.
- Descartar o uso de medicamentos que interfiram na coagulação.

Alterações hematológicas (Adulto)	Requisitos Necessários
Anemia	Inserir no SER: - Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso. 02 hemogramas (intervalo > ou = 15 dias). - Eletroforese de proteínas, ferro sérico, ferritina, saturação da transferrina, vitamina B12, ácido fólico. - Sorologias para hepatite viral (HBV/ HCV), HIV. - Provas de função hepática e Renal/ FAN. - Eletroforese de Hb (em suspeita de hemoglobinopatias). Critérios de Inclusão/ Agendamento: - Hemoglobina sérica < 9 g/dl, de padrão macrocítico. - Anemia e icterícia com aumento de bilirrubina indireta. - Anemia normocítica e normocrômica EXCLUÍDAS doenças crônicas como insuficiência renal, diabetes mellitus, colagenoses e hepatopatias.
Distúrbios dos leucócitos (Leucopenia)	Inserir no SER: - Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso. 02 hemogramas recentes (intervalo mínimo de 1 mês). Critério de Inclusão/ Agendamento: - Leucometria global < ou = 3000/mm³. - Neutrófilos < ou = 1200/mm³ - Atipias linfocitárias na ausência de quadro viral agudo - Esplenomegalia no adulto, DEPOIS DE AFASTADA doença hepática de qualquer etiologia.
Distúrbios Hemorrágicos	Inserir no SER: - Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso. - Coagulograma e Plaquetas (2 exames diferentes). Critério de Inclusão/ Agendamento: - Síndromes hemorrágicas: hematomas, equimoses, epistaxes, metrorragia (quando isolada deve ser avaliada ginecológica) com plaquetas < 75.000 e/ou TAP ou PTT alterados. - Alterações no coagulograma em exames subsequentes.

4.9.2. Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Infantil)

Critérios de Exclusão:

- Menores de 1 ano de idade, salvo com suspeitas de doenças hemorrágicas hereditárias ou hemoglobinopatias.
- Anemia hipocrômica **sem** investigação clínica de perda de sangue (qualquer sítio), ingesta inadequado e **sem** dosagem de ferro sérico, transferrina e ferritina sérica.

Necessita informar:

- Relato sucinto do quadro clínico, tempo de evolução e tratamento realizados.
- Medicamentos de uso regular (especificar).

- Relato de investigação completa: Se possui história familiar de hematopatia; Se realizou algum tratamento.
- Descartar Virose e intoxicações medicamentosas.
- Descartar o uso de medicamentos que interfiram na coagulação.

Alterações hematológicas (Pediatria)	Requisitos necessários
Anemia	Inserir no SER: • Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso. • 02 hemogramas (intervalo > ou = 15 dias). • Eletroforese de proteínas, ferro sérico, ferritina, saturação da transferrina, vitamina B12, ácido fólico. • Eletroforese de Hb (em suspeita de hemoglobinopatias). • Teste do Pezinho com alterações para hemoglobinopatias, Deficiência de G6PD. Critérios de Inclusão/ Agendamento: • Hemoglobina sérica < 9 g/dl, de padrão macrocítico. • Anemia e icterícia com aumento de bilirrubina indireta. • Anemia normocítica e normocrômica EXCLUÍDAS doenças crônicas como • Insuficiência Renal, diabetes mellitus, colagenoses e hepatopatias.
Distúrbios dos leucócitos (Leucopenia)	Inserir no SER: • Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso. • 02 hemogramas recentes (intervalo mínimo de 1 mês). Critério de Inclusão/ Agendamento: • Leucometria global < ou = 3000/mm³. • Neutrófilos < ou = 1200/mm³. • Atipias linfocitárias na ausência de quadro viral agudo. • Esplenomegalia.
Distúrbios hemorrágicos	Inserir no SER: • Encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada o caso. • Coagulograma e Plaquetas (2 exames diferentes). Critério de Inclusão/ Agendamento: • Síndromes hemorrágicas: hematomas, equimoses, epistaxes, metrorragia (quando isolada deve ser avaliada ginecológica) com plaquetas < 75.000 e/ou TAP ou PTT alterados. • Alterações no coagulograma em exames subsequentes.

4.10. CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

Local da lesão	Requisitos Necessários
Ambulatório 1ª vez – Crânio-Maxilofacial (Adulto)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, apresentando imagem do Rx PA e Perfil; TC (se possível).
Ambulatório 1ª vez – Crânio-Maxilofacial (Infantil)	• Inserir no SER o encaminhamento médico descrevendo de forma clara e detalhada, apresentando imagem do Rx PA e Perfil; TC (se possível).

4.11. CIRURGIA PLÁSTICA

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	Inserir no SER de forma clara e detalhada o encaminhamento médico com indicação do local e data da realização da mastectomia por doença oncológica e liberação para a realização do procedimento de cirurgia reparadora. Obs.: O tempo decorrido desde a cirurgia deverá ser maior que 18 meses.
Ambulatório 1ª vez - Tratamento de Anomalias Crânio-Faciais Congênitas	Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada.
Readequação Corporal Pós-Cirurgia Bariátrica	Inserir encaminhamento médico informando o tempo decorrido desde a cirurgia. Esse tempo deverá ser maior que 18 meses.

4.12. GENÉTICA MÉDICA

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório 1ª vez em Genética Médica - Pediatria	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso. - Pacientes na faixa etária de 0 a 19 anos incompletos. - Pacientes portadores das seguintes condições: - Dismorfias, Anomalia Congênita e/ou Malformação Congênita. - Genitália ambígua. - Fraturas Patológicas. - Osteogênese imperfeita. - Síndromes com Malformações Congênitas que acometem Múltiplos Sistemas. - Doenças do desenvolvimento para uma investigação de uma síndrome genética. - Deficiência Intelectual e/ou Autismo SINDRÔMICO. - Síndromes com malformações congênitas associadas ao Nanismo. - Erros Inatos do Metabolismo (Aminoácido; Carboidratos; Glicosaminoglicano). - Suspeita de bebês com síndrome de Down. - Anomalia Cromossômica Constitucional. - Doenças Raras. - Observar critérios de inclusão e exclusão do prestador.
	Critérios de inclusão: - Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clínica do caso. - Pacientes com necessidade de Aconselhamento Genético, com história pessoal ou familiar de condição de causa genética e/ou malformação congênita, excluindo câncer familiar. - Pacientes com Aborto de Repetição: História de 03 abortos espontâneos ou

Ambulatório 1ª vez em Genética Médica - Adulto	mais de primeiro trimestre, previamente investigados das causas infecciosas, materna, imunológicas, metabólicas e placentária. • Observar critérios de inclusão e exclusão do prestador. Critérios de exclusão: • Síndrome de Down já diagnosticado (acompanhamento Atenção Primária). • Síndrome Genética já diagnosticada (acompanhamento Atenção Primária). • Suspeita da síndrome do X-frágil. • Autismo isolado não-sindrômico (Autismo Isolado; Autismo Asperger). • Doença de Huntington. • Síndromes de Ataxia Hereditárias. • Ataxias Hereditárias familiar de instalação no Adulto.
--	--

4.13. PEDIATRIA

Recurso	Requisitos necessários
Avaliação diagnóstica infecção congênita Zika/Storch/ Oropuche	• Inserir no SER de forma clara e detalhada o encaminhamento médico e a sorologia. Critérios de inclusão: • Crianças com quadro neurológico decorrente de infecção congênita comprovada ou suspeita. • Crianças expostas à toxoplasmose durante a gestação. • Crianças com neurosífilis.
Ambulatório 1ª vez em Nutrologia Infantil	• Inserir no SER encaminhamento médico com história clínica detalhada.
Ambulatório de 1ª vez em Endocrinologia - Genitália ambígua	• Inserir no SER encaminhamento médico com história clínica detalhada. Critérios de exclusão: crianças maiores que 6 meses de vida.
Ambulatório 1ª vez - Acompanhamento Pediátrico Pós - UTI	• Inserir no SER encaminhamento médico detalhado com resumo de alta da UTI.
Ambulatório 1ª vez - Anemia Falciforme	• Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada. • Inserir exame sugestivo: Teste do pezinho ou eletroforese de hemoglobina.
Ambulatório 1ª vez - Retinopatia da Prematuridade	• Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada. Critérios de inclusão: Crianças que nasceram com < 32 semanas DE GESTAÇÃO ou < 1500g, ou que desenvolveram qualquer estágio de retinopatia da prematuridade.
Triagem Neonatal - Doenças Raras	• Inserir encaminhamento médico com história clínica detalhada. • Inserir resultado do teste do pezinho alterado (aminoacidopatias).

Ambulatório 1ª vez em Reconstrução de via aérea pediátrica (Cirurgia de Cabeça e Pescoço).	Critérios de inclusão: • Pacientes com idade de 0 a 18 anos. • Indicação: Pacientes com diagnóstico de estenose laringotraqueal, traqueostomizados ou não, com indicação de cirurgia de reconstrução. Critérios de exclusão: • Crianças traqueostomizadas com doença neurológica associada que não se alimentam por via oral.
--	---

4.14. TRANSPLANTE

Recurso	Requisitos necessários
Ambulatório de 1ª Vez - Pré-Transplante Cardíaco	• Inserir encaminhamento por cardiologista com descrição detalhada do caso.
Ambulatório de 1ª Vez - Transplante Renal (Infantil)	• Inserir encaminhamento por cardiologista com descrição detalhada do caso.
Ambulatório de 1ª Vez - Transplante de Fígado (Infantil)	• Inserir encaminhamento por cardiologista com descrição detalhada do caso.
Ambulatório de 1ª Vez - Transplante Renal (Adulto)	• Inserir encaminhamento por cardiologista com descrição detalhada do caso.
Ambulatório de 1ª Vez - Transplante de Fígado (Adulto)	• Inserir encaminhamento por cardiologista com descrição detalhada do caso.
Ambulatório de 1ª Vez - Pré-Transplante de Pulmão	• Inserir encaminhamento por cardiologista com descrição detalhada do caso.
Ambulatório de 1ª Vez - Pré-Transplante de Córnea	• Inserir encaminhamento por cardiologista com descrição detalhada do caso.
Ambulatório de 1ª Vez - Pré-Transplante de Medula Autólogo	• Inserir encaminhamento médico com descrição detalhada do caso. • Avaliação para transplante autólogo de medula óssea, indicado principalmente para pacientes com linfomas e mieloma, embora não se restrinja a esses diagnósticos.
Ambulatório de 1ª Vez - Pré-Transplante de Medula Alógeno	• Inserir encaminhamento médico com descrição detalhada do caso. • Avaliação para transplante alogênico de medula óssea, indicado principalmente para pacientes com leucemias, embora não se restrinja a esse grupo.

4.15. DERMATOLOGIA

4.15.1. Ambulatório 1ª vez – Doenças raras – Epidermólise Bolhosa

Ambulatório de 1ª Vez - Doenças raras – Epidermólise Bolhosa	Critérios de inclusão: • Pacientes com sintomas que indicam suspeita de Epidermólise Bolhosa: ○ Bolhas frequentes: surgimento de bolhas e bolhas de sangue, especialmente após traumas leve ou calor. ○ Pele extremamente frágil: Áreas da pele que se descolam facilmente ao toque ou atrito. ○ Feridas e cicatrizes: Bolhas que rompem e demoram a cicatrizar, deixando cicatrizes. ○ Perda de unhas: Alterações, deformidades ou perda das unhas (anioníquia). ○ Milium: Pequenos pontos brancos (cistos) que se formam sob a pele. ○ Comprometimento de mucosas: Com bolhas na boca, gengiva, esôfago e áreas genitais, causando dor ao comer e deglutir. ○ Pseudosindactilia: Fusão dos dedos das mãos e pés em casos mais graves, limitando a movimentação. ○ Alterações no couro cabeludo: Alopecia (queda de cabelo) cicatricial. Sinais de alerta precoces em bebês: Recém-nascidos com áreas da pele que já nascem sem a epiderme (ausência de pele). Bolhas generalizadas após banho ou manipulação no berçário.
--	--

4.16. CINTILOGRAFIAS

Recurso	Requisitos necessários
Cintilografia do miocárdio em repouso e estresse ambulatorial	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia cardíológica suspeita ou comprovada. • ECG, Ecocardiograma, Teste ergométrico. Obs: Especificar se o exame de estresse será realizado em esteira ou farmacológico.
Cintilografia do miocárdio (pacientes internados)	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia cardíológica suspeita ou comprovada. Modo ventilatório • ECG, Ecocardiograma, Teste ergométrico. Obs.: Destina-se a pacientes internados. Apenas unidade hospitalar.
Cintilografia renal estática e/ou dinâmica - dmsa (ambulatorial)	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.
Cintilografia de ossos com ou sem fluxo sanguíneo - corpo inteiro (ambulatorial)	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.
Cintilografia de pulmão por ventilação e/ou	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.

perfusão (ambulatorial)	
Cintilografia de tireoide com ou sem captação (ambulatorial)	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.
Cintilografia de PCI para Neoplasia de Tireoide (ambulatorial)	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.
Cintilografia de paratireoides (ambulatorial)	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.
Linfocintilografia (ambulatorial)	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.
Cintilografia de Glândula Lacrimal (Dacriocintilografia)	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.
Cintilografia de Glândulas Salivares c/ ou s/ Estímulo (Ambulatorial)	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.
Cintilografia de Segmento Ósseo c/ Gálio 67	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.
Cintilografia do Sistema Digestivo (Ambulatorial)	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.
Cintilografia (Internados)	Inserir no SER: • Solicitação médica em formulário de Alto Custo - APAC, com indicação da patologia suspeita.

4.17. DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR

4.15.1. PREPARO PARA O PROCEDIMENTO

a. SOMENTE após o segundo mês de vida.
b. NÃO apresentar com febre (se temperatura acima de 37,5°C e deverá ser reagendado).
c. É NECESSÁRIO SUSPENDER corticoide 30 dias antes do exame. (<u>consulte seu médico antes de suspender o medicamento</u>).
d. Beber líquidos de hora em hora, usando recipiente de uso habitual, (exceto refrigerantes) 03 dias ANTES DO EXAME.
e. NÃO USAR nenhum tipo de creme ou pomada nos braços e tronco do paciente, dois (2) dias antes do exame.
f. Levar um agasalho, que será usado na hora do exame.
g. Observar demais orientações do prestador.
h. Inserir encaminhamento médico.

4.18. ELASTOGRAFIA HEPÁTICA TRANSITÓRIA

4.16.1. PREPARO PARA O PROCEDIMENTO

a. Maiores de 18 anos.
b. Jejum absoluto de 6 horas.
c. Pacientes portadores de hepatites crônicas por vírus (B,C), álcool, gordura no fígado, doença autoimune, uso crônico de medicamentos(artrite reumatoide, psoríase, CA de Mama). Nas doenças agudas não há indicação.
d. Contra-indicação: Gravidez, Enzimas do fígado muito altas(>400).
e. Suspender medicamentos para Glicose no dia do exame.
f. Observar demais orientações do prestador.

4.19. OUTROS EXAMES

Local/tipo de lesão	Requisitos necessários
Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT)	Inserir no SER, descrevendo de forma clara e detalhada: • Encaminhamento médico com descrição do caso em Formulário de Alto Custo - APAC. • Deve ser autorizada obedecendo aos critérios da Portaria do MS Nº 1.340/2014: ○Estadiamento clínico do câncer de pulmão de células não pequenas (carcinoma epidermoide, adenocarcinoma e carcinoma de células grandes), potencialmente ressecável. ○Detecção de metástases exclusivamente hepáticas e potencialmente ressecáveis de câncer colorretal. ○Estadiamento e avaliação da resposta ao tratamento de linfomas de Hodgkin e não-Hodgkin. • Deve ser autorizado obedecendo aos critérios da Portaria SECTICS/MS nº 16, de 1º de Maio de 2025 Art. 1º: ○Amplia o uso para estadiamento de pacientes com doença localmente avançada de carcinoma de esôfago não sabidamente metastático (após resultado inconclusivo na TC).
Angiotomografia – Exceto Coronária – (Ambulatorial)	Inserir no SER, descrevendo de forma clara e detalhada: • Encaminhamento médico com descrição do caso. • Formulário de Alto Custo - APAC.
Angiotomografia Coronariana (Ambulatorial)	Inserir no SER, descrevendo de forma clara e detalhada: • Encaminhamento médico com descrição do caso. • Formulário de Alto Custo - APAC.

Ressonância magnética com sedação (internados)	Inserir no SER, descrevendo de forma clara e detalhada: • Encaminhamento médico com descrição do caso. • Formulário de Alto Custo. • Modo ventilatório. • Atualização diária de evolução clínica, descrita no sistema SER. • Destina-se apenas para pacientes internados. Tipos de exames: • RNM de Crânio, Face, ATM, Mastoide, Órbitas, Coluna Cervical, Torácica e Lombar, Pescoço. • Angiorressonância de Crânio e/ou Pescoço.
Eletroencefalograma (adulto)	Inserir no SER, descrevendo de forma clara e detalhada: • Encaminhamento médico com descrição do caso. • Critérios de exclusão: Pacientes com necessidade de sedação.
Eletroencefalograma (infantil)	Inserir no SER, descrevendo de forma clara e detalhada: • Encaminhamento médico com descrição do caso. • Critérios de exclusão: Pacientes com necessidade de sedação.
Vídeo EEG (adulto)	Inserir no SER, descrevendo de forma clara e detalhada: • Encaminhamento médico com descrição do caso. • Critérios de exclusão: Pacientes com necessidade de sedação.
Vídeo EEG (infantil)	Inserir no SER, descrevendo de forma clara e detalhada: • Encaminhamento médico com descrição do caso. • Critérios de exclusão: Pacientes com necessidade de sedação.

4.20. EXAMES QUE REQUEREM PREPARO PRÉVIO

4.20.1. 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.	Trazar receita médica e exames realizados: Eletrocardiograma, RX, 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”.

Observações:

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

4.20.2. Preparo prévio para Arteriografia de membros

a.	Jejum absoluto de 7 (Sete) horas antes do exame.
b.	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).
c.	O exame de bioquímica deve conter, principalmente, ureia, creatinina e coagulograma.
d.	Os pacientes devem vir higienizados, sem adornos e próteses.
e.	Apresentar relatório médico, da unidade de origem, com caso detalhado.
f.	Obrigatório a presença do acompanhante com documento de identificação.
g.	Suspender medicações, conforme orientação abaixo: • Metformina – suspender 48h antes do exame. • Sulfonilureias – suspender na manhã do exame. • Diuréticos – suspender na manhã do exame. • Insulina – suspender na manhã do exame. • Clexane – suspender no dia anterior ao exame.
h.	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.

Observações:

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

4.20.3. 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.	Trazer receita médica e exames realizados: Eletrocardiograma, RX, 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, Diamicon, 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”.

Observações:

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

4.20.4. Preparo prévio para Eletroencefalograma

a. Documentos de identificação do paciente: identidade, CPF, Comprovante de residência, cartão do SUS, pedido do exame.
b. Trazer o agendamento do SER (espelho) com o número da chave de autorização.
c. O paciente deverá lavar bem os cabelos usando um sabonete neutro (como sabão de coco) mas com tempo suficiente para que estejam secos ao início do procedimento, de referência na noite anterior.
d. Não utilizar nenhum cosmético no cabelo (laque, gel, condicionador, cremes, óleos, tinturas) não é necessário suspender os medicamentos de uso contínuo, mas eles devem ser informados ao médico.

Observações:

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