

Gerência de Regulação Ambulatorial  
Superintendência do Complexo Regulador em Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde de Goiás  
2021

# Protocolo de Regulação Ambulatorial

POLICLÍNICA REGIONAL  
UNIDADE GOIANÉSIA  
VALE DO SÃO PATRÍCIO



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde





SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

## PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO AMBULATORIAL

Protocolo 001	Data de aprovação: 28/12/2020	Revisão 001 Data: 08/03/2021
Elaborado por:		Aprovado por:

**Unidade:** Policlínica Goianésia – Região São Patrício II

**CNES:** 0440620

**Esfera Administrativa:** Pública

**Natureza:** Público Estadual

**Endereço:** Avenida Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança

**Cidade:** Goianésia – GO

### **1 – INTRODUÇÃO**

A Policlínica Goianésia – Região São Patrício II está localizada à Av. Ulisses Guimarães esquina com Avenida Contorno, Bairro Esperança, Goianésia – GO, CEP: 76.383-637. A Unidade possui 26 consultórios destinados à assistência médica e multiprofissional, 01 laboratório, 16 salas destinadas a execução de exames de imagem.

É uma unidade para atendimento especializado, apoio diagnóstico e orientação terapêutica, com serviços de consultas clínicas médicas e não médicas de diversas especialidades. Possui todo suporte para realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos.

Não é “porta aberta”, ou seja, não possui atendimentos de demanda espontânea, recebe os pacientes encaminhados prioritariamente pelas Unidades Básicas de Saúde, de forma regulada, com horário agendado por meio da Central de Regulação Ambulatorial da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO.

O atendimento ambulatorial funciona 12 horas por dia, de segunda a sexta-feira e as vagas estão disponibilizadas para todos os municípios da Macrorregião Centro Norte.



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

## **2 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Constituição Federal e Lei 8.080/90.

Portaria GM/MS n.º 1.559, de 1º de agosto de 2008

## **3 – DEFINIÇÕES**

APS – Atenção Primária a Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BI-RADS - (*Breast Imaging Reporting and Data System*) - Sistema adotado para estimar qual a chance de determinada imagem da mamografia ser câncer.

CBC – Carcinoma Basocelular

CEC – Carcinoma Espinocelular

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNS – Cartão Nacional do SUS

CP – Exame Citopatológico

DM1 – *Diabetes Mellitus tipo 1*

DM2 – *Diabetes Mellitus tipo 2*

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRGE – Doença do Refluxo Gastroesofágico

GOTA – Artrite por Deposição de Cristais

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HPB – Hiperplasia Prostática Benigna

HDA – História da Doença Atual

HVE – Hipertensão Ventricular Esquerda

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

IMC – Índice de Massa Corporal

ITU – Infecção do Trato Urinário

LES – Lúpus Eritematoso Sistêmico

NYHA – *New York Heart Association* – Meio de classificar a extensão da insuficiência cardíaca

PAAF – Punção Aspirativa por Agulha Fina

PrTr – Processo Transexualizador

PSA – Antígenos Específicos da Próstata

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SAHOS – Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SISREG III – Sistema Nacional de Regulação, VERSÃO III.



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TEV – Tromboembolismo Venoso

#### **4 – MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA**

A Policlínica Goianésia – Região São Patrício II atenderá a população Macrorregião Centro Norte de Saúde de Goiás, com total de 1.136.123 habitantes, composta por 5 (cinco) Regiões de Saúde e 60 Municípios, conforme demonstra a Tabela 1.

Atenderá também os demais municípios não elencados na Tabela 1, que manifestarem interesse de atendimento e comunicado oficialmente à Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

**Tabela 01 – Distribuição dos municípios por Regiões de Saúde da Macrorregião Centro Norte com as respectivas populações.**

<b>NORTE</b> (13 MUNICÍPIOS) POPULAÇÃO 136.519	<b>PIRINEUS</b> (10 MUNICÍPIOS) POPULAÇÃO 521.757	<b>SERRA DA MESA</b> (09 MUNICÍPIOS) POPULAÇÃO 129.150	<b>SÃO PATRÍCIO I</b> (20 MUNICÍPIOS) POPULAÇÃO 166.102	<b>SÃO PATRÍCIO II</b> (08 MUNICÍPIOS) POPULAÇÃO 182.595
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>
Bonfinópolis	Abadiânia	Alto Horizonte	Campos Verde	Barro Alto
Campinaçu	Alexânia	Amaralina	Carmo do Rio Verde	Goianésia
Estrela do Norte	Anápolis	Campinorte	Ceres	Itaguaru
Formoso	Campo Limpo	Colinas de Goiás	Crixás	Jaraguá
Minaçu	Cocalzinho de Goiás	Hidrolina	Guarinos	Mimoso de Goiás
Montividiu do Norte	Corumbá de Goiás	Mara Rosa	Ipiranga de Goiás	Padre Bernardo
Mundo Novo	Gameleira de Goiás	Niquelândia	Itapaci	Santa Rita do Novo Destino
Mutunópolis	Goiás	Nova Iguaçu de Goiás	Morro Agudo de Goiás	Vila Propício
Novo Planalto	Goianápolis	Uruaçu	Nova América	
Porangatu	Pirenópolis		Nova Glória	
Santa Tereza de Goiás	Terezópolis de Goiás		Pilar de Goiás	
São Miguel do				



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

Araguaia Trombas			Rialma Rianópolis Rubiataba Santa Isabel São Luiz do Norte São Patrício Santa Terezinha de Goiás Uirapuru Uruana	
---------------------	--	--	--	--

Fonte PDR/GO/2015 – Estimativa Populacional IBGE/2019

## 5 – REGULAÇÃO

O processo de regulação das consultas especializadas e exames complementares no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás será através de sistemas de regulação, cuja base está implantada na Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, a qual possui equipe médica habilitada e capacitada na operacionalização do sistema, seguindo os critérios descritos na política de regulação e demais normas que regem o atendimento equânime descritos na Constituição Federal e Lei 8.080/90.

A prioridade de regulação foi estabelecida na classificação de risco do SISREG III que tem como parâmetro a história da doença atual (HDA).

Os critérios de regulação estão baseados na classificação de prioridade pertinente aos motivos de encaminhamento, como demonstrado no Tabela 02.

Tabela 02 – Classificação de prioridade de acordo com o SISREG III

COR	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	PRIORIDADE DE SOLICITAÇÃO
Vermelho	P0	Emergência (necessidade de atendimento imediato).
Amarelo	P1	Urgência (atendimento o mais rápido possível).
Verde	P2	Prioridade não urgente.
Azul	P3	Atendimento Eletivo.



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

## **6 – SERVIÇOS OFERTADOS**

A Policlínica Goianésia – Região São Patrício II considera as seguintes linhas de serviços:

- **Atendimento Ambulatorial** – Primeira consulta, Interconsulta, Consulta de retorno, Terapias e Procedimentos de SADT.

**Primeira consulta** – A visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS – Unidades Básicas de Saúde via SISREG III para atendimento a uma determinada especialidade médica e não médica.

**Interconsulta** – A primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

**Consulta de retorno** – Todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde, quanto às subsequentes das interconsultas.

**Terapia** – Atendimentos de média ou longa duração, tais como sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, a partir do 2º atendimento e devem ser registrados como procedimentos terapêuticos realizados (sessões) em especialidades não médicas.

- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT** – Os exames de SADT, conforme demonstra a Tabela 3, são disponibilizados aos pacientes atendidos na Policlínica, para a Rede e pacientes externos.
- **Pequenas Cirurgias** – Procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requerem internações hospitalares. São realizados com anestesia local ou troncular, em consultório, sem a presença do médico anestesiologista e dispensam cuidados especiais no pós-operatório.



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

**Tabela 03 – Relação de exames SADT disponibilizados**

Audiometria
Colposcopia
Endoscopia Digestiva Alta
Colonoscopia
Cistoscopia
Eletrocardiografia
Ecocardiografia
Doppler Vascular
Ultrassonografia
Exames Oftalmológicos (Tonometria, Teste Ortóptico, Campimetria, Mapeamento de Retina, Biometria Ultrassônica e outros)
Eletroencefalografia
Eletroneuromiografia
Espirometria
Holter / MAPA
Mamografia
Nasofibroscopia
Radiologia Simples
Teste Ergométrico
Urodinâmica
Patologia Clínica
Tomografia Computadorizada





SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

## 6.1 – CONSULTAS MÉDICAS

As Especialidades Médicas e o código de procedimento no SISREG III estão demonstradas na tabela 4.

Tabela 04 – Especialidades Médicas e Procedimento SISREG III

ESPECIALIDADES MÉDICAS	PROCEDIMENTO – SISREG III
Consulta em Cardiologia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM CARDIOLOGIA – GERAL
Consulta em Dermatologia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM DERMATOLOGIA – GERAL
Consulta em Endocrinologia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – GERAL
Consulta em Gastroenterologia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA – GERAL
Consulta em Ginecologia	0301010072 – CONSULTA EM GINECOLOGIA – GERAL
Consulta em Hematologia	0301010072 – CONSULTA EM HEMATOLOGIA – GERAL
Consulta em Mastologia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM MASTOLOGIA – GERAL
Consulta em Nefrologia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM NEFROLOGIA – GERAL
Consulta em Neurologia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM NEUROLOGIA – GERAL
Consulta em Pediatria	0301010072 – CONSULTA EM PEDIATRIA
Consulta em Obstetrícia (Pré Natal de Alto Risco)	0301010072 – CONSULTA EM PRE NATAL DE ALTO RISCO
Consulta em Oftalmologia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM OFTALMOLOGIA – GERAL
Consulta em Ortopedia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM ORTOPEDIA – GERAL
Consulta em Otorrinolaringologia	0301010072 – CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA
Consulta em Pneumologia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM PNEUMOLOGIA – GERAL
Consulta em Reumatologia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM REUMATOLOGIA – GERAL
Consulta em Urologia – Geral	0301010072 – CONSULTA EM UROLOGIA – GERAL



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

### 6.1.1 – Consulta em Cardiologia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- Cardiopatia Isquêmica
- Insuficiência Cardíaca
- Arritmias
- Sincope ou perda transitória da consciência
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Valvopatias
- Risco Cirúrgico
- Doenças de Chagas
- Pericardites

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Cardiopatia Isquêmica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de cardiopatia isquêmica por alterações eletrocardiográfica ou equivalente anginoso (dispneia/diaforese que piora com exercício e alivia com repouso) em pessoa com risco cardiovascular alto ou intermediário.</li> <li>• Suspeita de cardiopatia isquêmica em pessoa com dor torácica e baixa probabilidade pré-teste para Doença Arterial Coronariana, quando excluídas outras causas não cardiológicas na APS.</li> <li>• Cardiopatia isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático, mesmo com tratamento clínico otimizado (nitrito oral, betabloqueador e/ou antagonista do canal de cálcio), ou impossibilidade</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, consequências hemodinâmicas);</li> <li>2. Medicamentos em uso, com posologia;</li> <li>3. Resultado do eletrocardiograma, com data (Se houver);</li> <li>4. resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data (Se houver);</li> <li>5. Presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, hipertensão, tabagismo, dislipidemia). Relatar sim ou não</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>de uso das medicações por efeito adverso ou contraindicação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita ou diagnóstico de cardiopatia isquêmica com potencial indicação de cateterismo cardíaco.</li> </ul>	<p>para os principais e informar outros se presentes;</p> <p>6. História de infarto agudo do miocárdio ou revascularização (sim ou não). Se sim, descrever quando foi o evento e exames realizados.</p>
Insuficiência Cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita clínica de insuficiência cardíaca na impossibilidade de completar a investigação na APS.</li> <li>• Episódio de internação hospitalar no último ano devido à insuficiência cardíaca descompensada.</li> <li>• Paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca com modificação recente no quadro clínico apesar de tratamento clínico otimizado – piora de classe funcional (NYHA) ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia).</li> <li>• Paciente que persiste em Classe funcional (NYHA) III ou IV apesar do tratamento clínico otimizado – em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina, betabloqueador e diurético, na ausência de intolerância.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, classe funcional (NYHA), sinais de congestão e hipoperfusão);</li> <li>2. Resultado do eletrocardiograma, com data (Se houver);</li> <li>3. resultado do raio-x de tórax, com data (Se houver);</li> <li>4. Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data (Se houver);</li> <li>5. Medicações em uso, com posologia;</li> <li>6. Número de descompensações e internações hospitalares nos últimos 12 meses, se presentes;</li> <li>7. Outras doenças;</li> <li>8. Condições clínicas associadas (cardiológicas ou não).</li> </ol>
Arritmias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm (após avaliação em serviço de emergência).</li> <li>• Bloqueio bifascicular (bloqueio completo de ramo esquerdo; bloqueio</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço, consequências hemodinâmicas);</li> <li>2. Tipo de arritmia, quando</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou associado a hemibloqueio posterior esquerdo).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento.</li> <li>• Outras taquiarritmias ou alterações na condução cardíaca potencialmente graves (considerar sempre necessidade de encaminhar para serviço de emergência).</li> <li>• Investigação de palpitação recorrente de origem indeterminada.</li> </ul>	<p>estabelecida;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Resultado do eletrocardiograma, com data (Se houver);</li> <li>4. Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data (Se houver);</li> <li>5. Medicações em uso (todas), com posologia;</li> <li>6. Outras doenças;</li> <li>7. Condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);</li> <li>8. História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco.</li> </ol>
<p>Síncope ou perda transitória da consciência</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispneia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício).</li> <li>• Síncope em paciente com alteração compatível no eletrocardiograma.</li> <li>• Síncope em paciente com cardiopatia estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvulopatia, miocardiopatia dilatada, doenças cardíacas congênitas).</li> <li>• Síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita.</li> <li>• Síncope de origem indeterminada.</li> <li>• Vertigem de origem indeterminada.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever episódio com sua frequência e duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispneia, desconforto precordial), relação com exercício ou outros fatores desencadeantes e exame físico neurológico e cardiológico);</li> <li>2. Presença de cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual;</li> <li>3. Resultado de eletrocardiograma com data, (Se houver);</li> <li>4. Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data (Se houver);</li> <li>5. História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco;</li> <li>6. Medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim ou não). Se sim, descreva.</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>Hipertensão Arterial Sistêmica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PA não controlada mesmo com uso de três anti-hipertensivos em doses adequadas, incluindo um diurético e com adesão ao tratamento confirmada.</li> <li>• Pacientes de alto e muito alto risco.</li> <li>• Pessoas com lesões de órgão alvo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Medicações em uso, com posologia;</li> <li>3. Duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;</li> <li>4. Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;</li> <li>5. Avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não).</li> </ol>
<p>Valvopatias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os pacientes com diagnóstico de valvopatias moderadas/graves.</li> <li>• Pacientes com diagnóstico de valvopatia leve com piora dos sintomas.</li> <li>• Suspeita de valvopatia por sopro diastólico ou contínuo.</li> <li>• Suspeita de valvopatia por sopro sistólico associado a pelo menos um dos sintomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• -dispneia, dor torácica, síncope / pré síncope);</li> <li>• -sopro de grau elevado (<math>\geq 3/6</math>) ou frêmito;</li> <li>• -alterações significativas em eletrocardiograma e/ou Raio-X de tórax;</li> <li>• -sopro de início recente e suspeita de valvopatia.</li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas – presença de síncope, dor torácica ou dispneia, descrever também tempo de evolução; frequência dos sintomas, classe funcional (NYHA);</li> <li>2. Presença de sopro (sim ou não). Se sim, descrever a localização e as características do sopro, intensidade, com ou sem frêmito;</li> <li>3. Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);</li> <li>4. Descrição do eletrocardiograma e/ou Raio-X de tórax, quando indicado, com data;</li> <li>5. Descrição da ecocardiografia (área valvar, gradiente médio, fração de ejeção e diâmetros do ventrículo esquerdo), com data (se realizado).</li> </ol>
<p>Pericardites</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações eletro e ecocardiográficas.</li> <li>• Historia clínica do paciente.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrição do eletrocardiograma e/ou Raio-X de tórax, quando indicado, com data;</li> <li>2. Descrição da ecocardiografia (área valvar, gradiente médio, fração de ejeção e diâmetros do</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		ventrículo esquerdo), com data (se realizado).
Doença de Chagas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com sorologia positiva para doença de Chagas que possuam:</li> <li>• -histórico de síncope/ desmaios;</li> <li>• -palpitações frequentes;</li> <li>• -dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna (falta de ar noturna);</li> <li>• -edema importante de membros inferiores, turgência jugular, sopros ou ritmo de galope (B3) ao exame físico;</li> <li>• -bloqueios avançados ou arritmia ventricular complexa (Holter ou ECG-eletrocardiograma);</li> <li>• -cardiomegalia ao RX de Tórax;</li> <li>• -disfunção ventricular ao ECG.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sorologia Positiva para doença de Chagas;</li> <li>2. RX de tórax;</li> <li>3. ECG;</li> <li>4. Histórico de contato com triatomíneos (barbeiros);</li> <li>5. Familiares com doença de Chagas;</li> <li>6. Filho de portadora da doença de Chagas;</li> <li>7. Ter residido em área endêmica.</li> </ol>

### 6.1.2 – Consulta em Dermatologia – Geral

#### Principais Motivos do Encaminhamento

- Acne grau 3: Encaminhar pacientes tratados clinicamente na atenção primária sem melhora do quadro clínico
- Buloses (pênfigo, penfigóide, dermatite herpetiforme).
- Câncer de Pele – Melanoma
- Câncer de pele não-melanoma / Ceratoses actínicas; Dermatite atópica
- Dermatite atópica
- Dermatoses Eritêmato-Escamosas (Psoríase, Líquen Plano, Pitiríase Rosa)
- Erisipela Bolhosa
- Farmacodermias
- Hanseníase: Encaminhar os casos que apresentem dificuldade de diagnóstico, lesões extensas, resistência ao tratamento inicial ou complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas). Informar tratamento instituído e reações. Descrever hemograma, plaquetas, hepatograma
- Herpes Zoster: casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

- Lesões dermatológicas relacionadas a lúpus
- Leishmaniose Tegumentar
- Micoses
- Psoríase
- Alopecia
- Urticária
- Prurido
- Condiloma acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso
- Rosácea
- Melasma
- Vitiligo

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Acne grau 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acne fulminans (acne com nódulos e placas de surgimento súbito, crostas hemorrágicas, febre e artralgias).</li> <li>• Acne conglobata (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes).</li> <li>• Acne conglobata (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes).</li> <li>• Acne leve a moderada com prejuízo na qualidade de vida e com falha no tratamento clínico otimizado realizado por pelo menos 6 meses (antibioticoterapia sistêmica associada a tratamentos tópicos).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrição das lesões:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) tipo (comedões, pápulas, pústulas, nódulos, cistos);</li> <li>b) distribuição (localização);</li> <li>c) tempo de evolução;</li> <li>d) gravidade (leve, moderada ou grave).</li> </ol> </li> <li>2. apresenta sintomas sistêmicos como febre ou artralgia (sim ou não). Se sim, descreva;</li> <li>3. tratamentos já realizados (medicações tópicas e sistêmicas com o tempo de tratamento).</li> </ol>
Câncer de pele – Melanoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita clínica de melanoma.</li> <li>• Nevo melanocítico congênito com mais de 20 cm.</li> <li>• Dois ou mais nevos melanocíticos congênitos com mais de 1,5 cm.</li> <li>• Diagnóstico prévio de melanoma que não está em acompanhamento com</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrição da lesão:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) localização;</li> <li>b) tamanho;</li> <li>c) características (assimetria, bordas, cores, crescimento);</li> <li>d) ulceração (sim/não);</li> <li>e) tempo de evolução.</li> </ol> </li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>dermatologista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com alto risco para desenvolver melanoma.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Resultado do anatomopatológico, com data (se realizado);</li> <li>3. Fototipo.</li> <li>4. Apresenta efélides (sim ou não);</li> <li>5. História de queimadura solar antes dos 20 anos com formação de bolhas (sim ou não);</li> <li>6. História de bronzeamento artificial antes dos 35 anos (sim ou não);</li> <li>7. Apresenta mais de 50 nevos melanocíticos ou, pelo menos, um nevo atípico (determinado por exame anatomopatológico) (sim ou não);</li> <li>8. Tem história familiar de melanoma (sim ou não). Se sim, descreva quantos familiares e grau de parentesco.</li> </ol>
Buloses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pênfigo penfigóide.</li> <li>• Dermatite herpetiforme.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exame clínico;</li> <li>2. Exame físico.</li> </ol>
Discromias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitiligo.</li> <li>• Melasma.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exame clínico;</li> <li>2. Exame físico.</li> </ol>
Erisipela Bolhosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais e sintomas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exame clínico;</li> <li>2. Exame físico.</li> </ol>
Dermatite de Contato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casos sem resposta ao tratamento da atenção primária.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais Clínicos;</li> <li>2. Avaliação física.</li> </ol>
Farmacodermias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de STEVENS JOHNSON</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais Clínicos;</li> <li>2. Avaliação física.</li> </ol>
Herpes Zoster	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar tratamento instituído e reações;</li> <li>2. Descrever hemograma, plaquetas, hepatograma.</li> </ol>



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

Lesões dermatológicas relacionadas a lúpus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesões que não responderam ao tratamento na ABS.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais Clínicos, avaliação física;</li> <li>2. Informar tratamento instituído e reações.</li> </ol>
Hanseníase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar os casos apresentem dificuldade de diagnóstico.</li> <li>• lesões extensas, resistência ao tratamento inicial ou complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais Clínicos, avaliação física;</li> <li>2. Informar tratamento instituído e reações;</li> <li>3. Descrever hemograma, plaquetas, hepatograma.</li> </ol>
Câncer de pele não-melanoma / Ceratoses actínicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita clínica de:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• -carcinoma basocelular (CBC);</li> <li>• -carcinoma espinocelular (CEC);</li> <li>• -outros tumores cutâneos, sem diagnóstico, de crescimento muito rápido.</li> </ul> </li> <li>• Suspeita ou diagnóstico de ceratose actínica:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• -refratária ao tratamento clínico otimizado;</li> <li>• -em pacientes imunossuprimidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias).</li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrição da lesão:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) localização;</li> <li>b) tamanho;</li> <li>c) cor(es);</li> <li>d) presença de ulceração (sim ou não);</li> <li>e) tempo de evolução;</li> </ol> </li> <li>2. Resultado do anatomopatológico, com data (se realizado);</li> <li>3. Se ceratose actínica, descreva tratamentos realizados;</li> <li>4. Presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual.</li> </ol>
Dermatoses Eritêmato-Escamosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoríase, Líquen Plano, Pitiríase Rosa</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exame clínico;</li> <li>2. Histórico da ocorrência.</li> </ol>
Dermatite atópica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatite atópica grave e extensa ou que ocasione prejuízo funcional grave.</li> <li>• Dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 1 mês.</li> <li>• Dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses) apesar do tratamento clínico otimizado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrição do quadro clínico:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) lesões e localização;</li> <li>b) tempo de evolução;</li> <li>c) outros sinais e sintomas associados;</li> </ol> </li> <li>2. Paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva qual;</li> <li>3. Tratamento em uso ou já</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		realizado para dermatite atópica (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso).
Eczemas (eczema seborreico, eczema de contato, eczema disidrótico e eczema de estase)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eczemas graves e extensos ou que ocasionem prejuízo funcional grave.</li> <li>• Eczemas refratários ao tratamento clínico otimizado, conforme o tipo de eczema.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipótese diagnóstica (sim ou não). Se sim, indique qual;           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) descrição do quadro clínico;</li> <li>b) descrição das lesões e localização;</li> <li>c) tempo de evolução;</li> <li>d) outros sinais e sintomas associados.</li> </ol> </li> <li>2. Paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva qual;</li> <li>3. Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso).</li> </ol>
Micoses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de micose subcutânea ou sistêmica.</li> <li>• Candidíase mucocutânea.</li> <li>• Dermatofitoses (tíneas) ou pitíriase versicolor se:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• -quadro extenso em pacientes imunocomprometidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias);</li> <li>• -refratária ao tratamento clínico otimizado.</li> <li>• Onicomiose refratária ao tratamento clínico otimizado e com pelo menos 1 dos critérios:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• -episódios de erisipela ou celulite no membro ipsilateral;</li> <li>• -presença de dor ou desconforto;</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipótese diagnóstica (sim ou não). Se sim, indique qual;</li> <li>2. Descrição do quadro clínico:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) descrição das lesões e localização;</li> <li>b) tempo de evolução;</li> <li>c) outros sinais e sintomas associados.</li> </ol> </li> <li>3. Resultado de exame confirmatório (como cultura ou exame micológico direto), se realizado;</li> <li>4. Tratamento em uso ou já realizados para a infecção fúngica (medicamentos utilizados com dose e tempo de uso);</li> <li>5. Paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-suspeita de alteração ungueal não associada à infecção fúngica;</li> <li>-micose superficial refratária ao tratamento na Atenção Básica;</li> <li>-micoses profundas (esporomicoses, paracoccidioidomicose e tuberculose cutânea).</li> </ul>	<p>sim, qual;</p> <p>6. Episódio prévio de erisipela ou celulite (sim ou não). Se sim, descreva localização e quantidade de episódios.</p>
Psoríase	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada, após avaliação em serviço de emergência.</li> <li>Suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica.</li> <li>Psoríase extensa (mais de 10% da área de superfície corporal – BSA).</li> <li>Psoríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento tópico otimizado.</li> <li>Diagnóstico de psoríase em crianças (&lt; 12 anos).</li> </ul>	<p>1. Descrição do quadro clínico:</p> <p>a) lesões e localização;</p> <p>b) tempo de evolução;</p> <p>c) estimativa da área de superfície corporal acometida (BSA);</p> <p>d. outros sinais e sintomas associados.</p> <p>2. Tratamento em uso ou já realizado para a psoríase (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso).</p>
Alopecia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alopecias cicatriciais.</li> <li>Alopecia areata com mais de 30% da área do couro cabeludo acometida.</li> <li>Alopecia areata rapidamente progressiva.</li> <li>Alopecias areata refratária ao tratamento tópico otimizado por 3 meses.</li> <li>Alopecia androgenética refratária ao tratamento clínico otimizado.</li> <li>Queda de cabelo há pelo menos 6 meses, com teste de tração positivo, na ausência de fatores desencadeantes.</li> </ul>	<p>1. Descrição do quadro clínico:</p> <p>a) descrição da queda de cabelo (alopecia em placas/difusa, eritema, pústulas, descamação);</p> <p>b) tempo de evolução;</p> <p>c) apresenta teste de tração positivo (sim ou não);</p> <p>2. Tratamento em uso ou já realizado para alopecia (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);</p> <p>3. Utiliza outros medicamentos continuamente (sim ou não). Se sim, quais;</p> <p>4. Resultado de exames laboratoriais, com data: hemograma, ferritina, VDRL, TSH.</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>Urticária</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urticária crônica (lesões recorrentes por pelo menos 6 semanas) refratária ao tratamento clínico otimizado.</li> </ul>	<p>1. Descrição do quadro clínico: a) lesões e localização; b) tempo de evolução; c) outros sinais e sintomas associados.</p> <p>2. Tratamento em uso ou já realizado para urticária (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso).</p>
<p>Prurido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com prurido, sem lesões cutâneas, refratário ao tratamento clínico otimizado e sem causa identificada após investigação inicial na APS.</li> </ul>	<p>1. Descrição do quadro clínico: a) tempo de evolução; b) apresenta lesões (sim ou não). Se sim, descreva as características; c) outros sinais e sintomas associados.</p> <p>2. Resultado de exames laboratoriais, com data: hemograma, transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas, GGT, TSH, creatinina, raio-X de tórax, anti-HIV, anti-HCV e HbsAg;</p> <p>3. Tratamento em uso ou já realizado para prurido (medicamentos utilizados com posologia, tempo de uso e orientações).</p>
<p>Condiloma acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verruga viral / condiloma acuminado (verruga genital ou perianal) ou molusco contagioso:</li> <li>• -em paciente imunocomprometido, refratária ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões;</li> <li>• -em paciente imunocompetente, refratária ao tratamento por pelo menos</li> </ul>	<p>1. Descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));</p> <p>2. Tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, posologia e tempo de uso);</p> <p>3. Resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data.</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	3 meses.	
Rosácea	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rosácea fimatosa (aumento de volume do tecido afetado na região do nariz, mento, glabella ou região malar).</li> <li>Rosácea granulomatosa/pioderma facial (pápulas eritematosas, pústulas, cistos e trajetos fibrosos na região malar, periorbital e perioral, de surgimento súbito e na ausência de comedões).</li> <li>Rosácea refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Descrição das lesões:           <ol style="list-style-type: none"> <li>tipo (eritema, telangiectasias, pápulas, pústulas ou fimas);</li> <li>localização;</li> <li>tempo de evolução.</li> </ol> </li> <li>Tratamentos em uso ou já realizados para rosácea (medicações tópicas e sistêmicas, com posologia e tempo de uso).</li> </ol>
Melasma	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes com melasma refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tempo de evolução e características da lesão;</li> <li>Tratamento em uso ou já realizado para melasma (medicamentos, posologia e tempo de uso).</li> </ol>
Leishmaniose Tegumentar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente com suspeita clínica, cuja unidade de saúde não tem condições de realizar exames diagnósticos como a pesquisa de amastigotas em raspado de lesão e/ou histopatológico.</li> <li>Paciente com diagnóstico confirmado, cuja unidade de saúde não tem condições de realizar exames complementares antes, durante e após o tratamento como hemograma completo, ureia, creatinina, glicose, amilases.</li> <li>Paciente acima de 60 anos de idade ou que apresente comorbidade com diagnóstico confirmado onde o uso de antimonial seja contra-indicado.</li> <li>Paciente que iniciou o tratamento com antimonial e que apresente efeitos colaterais;</li> <li>Paciente com falha terapêutica.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Indivíduo residente de área endêmica com resultado de raspado de lesão negativo;</li> <li>Paciente com falha terapêutica;</li> <li>Paciente que apresente alterações cardíacas, renais ou hepáticas com diagnóstico clínico epidemiológico ou laboratorial;</li> <li>Paciente com lesão característica, porém sem condições mínimas para acompanhamento do caso ou com comorbidades.</li> </ol>
Vitiligo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vitiligo extenso (mais de 10% da área de superfície corporal – BSA).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Descrição do quadro clínico:           <ol style="list-style-type: none"> <li>descrição das lesões e</li> </ol> </li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitiligo rapidamente progressivo (iniciar tratamento e encaminhar).</li> <li>• Vitiligo com resposta insatisfatória ao tratamento tópico otimizado, por 6 meses.</li> <li>• Vitiligo em crianças (&lt;12 anos).</li> </ul>	<p>localização;          b. tempo de duração.</p> <p>2. Superfície corporal acometida (BSA) estimada<sup>1</sup>;</p> <p>3. Tratamentos já realizados para vitiligo (medicamentos, posologia e tempo de uso).</p>
--	---	---

### 6.1.3 – Consulta em Endocrinologia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- ➔ Bócio Multinodular
- ➔ *Diabetes Mellitus, conforme descrição a seguir:*
  - pacientes DM1 não responsivo ao tratamento;
  - pacientes com DM 2 descompensados com HbA1c persistente elevada com HbA1c >9% a despeito de tratamento intensivo com hipoglicemiante oral e insulino terapia plena;
  - pacientes com DM2 com nefropatia a partir do estágio 3;
    - paciente DM2 e doença vascular periférica e história de amputação prévia ou úlcera ativa;
    - paciente DM2 e doença cardiovascular (DAC, AVC).
  - ➔ Hipertireoidismo
  - ➔ Hipotireoidismo
  - ➔ Nódulo de Tireoide (Paciente com nódulo de tireoide > 1 cm com diagnóstico citológico BETHESDA II ou disfunção tireoidiana controlada com drogas orais)
  - ➔ Obesidade
  - ➔ Pessoas transgêneros.

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Bócio Multinodular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH diminuído (suspeita de nódulo quente).</li> <li>• Nódulo com indicação de PAAF (quando ainda não foi realizada).</li> <li>• Sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade.</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas;</p> <p>2. Resultado de exame TSH, com data;</p> <p>3. Resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho, característica dos</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		nódulos e volume do bócio, com data; 4. História familiar de câncer de tireoide (sim ou não), com indicação do parentesco.
Diabetes Mellitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente em uso de insulina em dose otimizada (mais de uma unidade por quilograma de peso).</li> <li>• Insuficiência renal crônica (creatinina &gt; 1,5 mg/dl).</li> <li>• Paciente com DM tipo 1 (uso de insulina como medicação principal antes dos 40 anos).</li> <li>• Estratificados com Alto e Muito Alto Risco.</li> <li>• Pessoas com DM, com instabilidade clínica.</li> <li>• Pessoas com lesões de órgão alvo.</li> <li>• Gestantes com diabetes.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resultado de exames (creatinina sérica, ureia, glicemia de jejum e pós-prandial, hemoglobina glicada e outros), com data, se houver;</li> <li>2. Insulina em uso (sim ou não), com dose e posologia;</li> <li>4. Outras medicações em uso, com dose e posologia;</li> <li>5. Peso do paciente em quilogramas (kg).</li> </ol>
Hipertireoidismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os pacientes.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Resultado de exame TSH, com data;</li> <li>3. Resultado de exame T4 livre ou T4 total, com data;</li> <li>4. Uso de metimazol ou propiltiouracil (medicação para hipertireoidismo), com dose e posologia;</li> <li>5. Outras medicações em uso, com posologia e dose.</li> </ol>
Hipotireoidismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo, e T4 livre ou total baixo).</li> <li>• Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina, quando já avaliada adesão e uso de medicações.</li> <li>• Condições que cursam com alteração de</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Resultado de exame TSH, com data;</li> <li>3. Resultado de exame T4 livre ou T4 total, com data;</li> <li>4. Uso de levotiroxina (sim ou não), com dose;</li> </ol>



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	metabolismo/absorção de T4.	5. Outras medicações em uso, com posologia e dose; 6. Peso do paciente em quilogramas (kg).
Nódulo de Tireoide	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH diminuído (suspeita de nódulo quente);</li> <li>• Nódulos sólidos com mais de 1 cm (para PAAF, quando ainda não foi realizada).</li> <li>• História clínica, exame físico ou características do nódulo suspeito para malignidade (para PAAF, quando ainda não foi realizada).</li> <li>• Sinais e sintomas compressivos ou suspeita para malignidade (dispneia, rouquidão, tosse, disfagia, adenomegalias patológicas).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Resultado de exame TSH, com data;</li> <li>3. Resultado de ecografia de tireoide, com descrição do tamanho e característica do(s) nódulo(s), com data;</li> <li>4. História familiar de câncer de tireoide (sim ou não), com indicação do parentesco.</li> </ol>
Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com obesidade.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. IMC;</li> <li>3. Peso do paciente em quilogramas (kg);</li> <li>4. Estatura, em metros;</li> <li>5. Breve descrição do tratamento clínico longitudinal (realizado por, no mínimo, dois anos);</li> <li>6. Risco cardiovascular (em %), ou doença cardiovascular (sim/não). Se sim, informar qual doença cardiovascular;</li> <li>7. Diabetes <i>mellitus</i> de difícil controle (sim/não). Se sim, informar medicações em uso e dose;</li> <li>8. Hipertensão arterial de difícil controle (sim/não). Se sim, informar medicações em uso e dose;</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>9. Apneia do sono (sim/não). Se sim, informar como foi o diagnóstico;</p> <p>10. Doenças articulares degenerativas (sim/não). Se sim, informar qual.</p>
Transgêneros ou Pessoas com incongruência de gênero	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demandas para Atenção Especializada no Processo Transexualizador</li> </ul>	1. Acompanhamento clínico para protocolo de hormonização de travestis, mulheres e homens transgêneros.

#### 6.1.4 – Consulta em Gastroenterologia – Geral

##### Principais Motivos de Encaminhamento

- Constipação crônica sem melhora após 12 semanas de tratamento na atenção básica
- Doenças do refluxo gastro esofágico: hérnia de hiato, esofagite de refluxo, esôfago de Barrett
- Doenças inflamatórias intestinais: colite ulcerativa, Doença de Crohn, e síndrome de cólon irritável
- Pancreatite crônica
- Hepatopatias com alteração de imagem hepática e/ou em hepatograma
- Suspeita de cirrose ou alterações laboratoriais hepáticas
- Alterações em exame de imagem hepática
- Hepatite B
- Hepatite C
- Alteração de Endoscopia Digestiva Alta
- Dispepsia
- Doença do Refluxo Gastroesofágico
- Suspeita de neoplasia Trato Gastrointestinal Inferior
- Alteração de Hábito Intestinal
- Dor abdominal crônica sem diagnóstico após avaliação inconclusiva na APS (Atenção Primária à Saúde)



**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b>	<b>CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO.</b>	<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO</b>
----------------------------	--	---

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

Pancreatite crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sinais e Sintomas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exame físico;</li> <li>Exames de imagem (se houver);</li> <li>Exames laboratoriais.</li> </ol>
Hepatopatias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com alteração de imagem hepática e/ou em hepatograma.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exame físico;</li> <li>Exames de imagem;</li> <li>Exames laboratoriais.</li> </ol>
Doenças inflamatórias intestinais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colite ulcerativa.</li> <li>Doença de Crohn.</li> <li>Síndrome de cólon irritável.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exame físico e imagem.</li> </ol>
Doenças do refluxo gastroesofágico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hérnia de hiato.</li> <li>Esofagite de refluxo.</li> <li>Esôfago de Barrett.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exame físico e imagem.</li> </ol>
Constipação crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem melhora após 12 semanas de tratamento na atenção básica.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exame físico e imagem.</li> </ol>
Suspeita de cirrose ou alterações laboratoriais hepáticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspeita ou diagnóstico de cirrose hepática.</li> <li>Elevação persistente, sem etiologia definida após investigação inicial na APS, de:           <ul style="list-style-type: none"> <li>-aminotransferases (<math>\geq 2</math> vezes o limite superior da normalidade).</li> <li>-fosfatase alcalina (<math>\geq 1,5</math> vezes o limite superior da normalidade) por provável etiologia hepática.</li> <li>-aminotransferases (<math>&lt; 2</math> vezes o limite superior de normalidade) e/ou fosfatase alcalina (<math>&lt; 1,5</math> vezes o limite superior de normalidade) que persistem elevadas por 6 meses.</li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas;</li> <li>Avaliação laboratorial realizada, com data: aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), fosfatase alcalina, GGT, albumina, tempo de protrombina, bilirrubinas, hemograma, plaquetas, anti-HCV e HBsAg;</li> <li>Resultado de exame de imagem abdominal, com data (se realizado);</li> <li>Comorbidades (como diabetes mellitus, hipertensão, obesidade, doenças autoimunes);</li> <li>Medicamentos em uso (com dose e posologia).</li> </ol>
Alterações em exame de imagem hepática	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão hepática sólida indeterminada <math>\geq 1</math> cm em pessoa sem hepatopatia conhecida.</li> <li>Hemangioma com características atípicas</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas (descrever presença de dor, sintomas constitucionais);</li> <li>Apresenta hepatopatia</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>determinada por ecografia em pessoa sem hepatopatia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão hepática sólida ou hemangioma em paciente com hepatopatia conhecida.</li> <li>• Lesão hepática com indicação de TC ou RNM na impossibilidade de solicitar o exame na APS.</li> <li>• Suspeita clínica de neoplasia em paciente com lesão hepática sólida isolada e indeterminada, independente de fatores de risco ou tamanho da lesão.</li> <li>• Lesão hepática compatível com hepatocarcinoma identificada por exame de imagem.</li> <li>• Lesão hepática descrita como cisto complexo.</li> <li>• Lesão hepática benigna (cisto simples, hemangioma, adenoma, hiperplasia nodular focal) com indicação cirúrgica (crescimento, dor abdominal recorrente, sintomas compressivos).</li> </ul>	<p>conhecida (sim ou não). Se sim, qual;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Resultado e tipo de exame de imagem realizado, com data;</li> <li>4. História prévia de neoplasia extra-hepática (sim ou não). Se sim, qual.</li> </ol>
<p>Esteatose hepática</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esteatose hepática e suspeita de cirrose;</li> <li>• Esteatose hepática e elevação persistente de aminotransferases (<math>\geq 2</math> vezes o limite superior de normalidade) após tratamento conservador por 6 meses na APS.</li> <li>• Esteatose hepática persistente após tratamento conservador por 6 meses em pessoa com risco elevado para fibrose com obesidade e/ou diabetes; ferritina com valor <math>\geq 1,5</math> vezes o limite superior de normalidade.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Índice de massa corporal;</li> <li>3. Paciente é diabético (sim ou não);</li> <li>4. Paciente faz uso crônico ou abusivo de álcool (sim ou não);</li> <li>5. Resultado dos exames laboratoriais, com data: aminotransferases e ferritina (em paciente sem suspeita de cirrose, descreva 2 resultados de AST/TGO, ALT/TGP e ferritina com intervalo de 6 meses), albumina, hemograma, plaquetas, tempo de protrombina, bilirrubinas, anti-HCV e HbsAg;</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>6. Resultado do exame de imagem, com data;</p> <p>7. Descreva tratamento conservador realizado na APS.</p>
Hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hepatite viral crônica por vírus B.</li> </ul>	<p>1. Resultado de exames de aminotransferases, com data;</p> <p>2. Resultado de HBsAg e anti-HBc (IgM e IgG), com data;</p> <p>3. Resultado do exame anti-HIV, com data.</p>
Hepatite C	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hepatite viral aguda por vírus C.</li> <li>Hepatite viral crônica por vírus C.</li> </ul>	<p>1. Resultado de exames de aminotransferases e plaquetas, com data;</p> <p>2. Resultado do exame anti-HCV, com data;</p> <p>3. Resultado do PCR quantitativo de RNA-HCV (carga viral), com data (preferencialmente dos últimos 6 meses, se realizado);</p> <p>4. Se suspeitar de infecção aguda, descrever data e forma de contágio, e como foi feita a suspeita diagnóstica;</p> <p>5. Resultado do exame anti-HIV, com data.</p>
Alteração de Endoscopia Digestiva Alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esofagite grau C ou D de Los Angeles.</li> <li>Estenose péptica.</li> <li>Endoscopia com esôfago de Barrett ou metaplasia intestinal gástrica com presença de displasia identificada na biópsia ou na impossibilidade de acompanhamento endoscópico apropriado na APS.</li> <li>Hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por 2 meses (medidas</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas;</p> <p>2. Resultado de EDA e biópsia, com data (se realizado);</p> <p>3. Se paciente com dispepsia ou DRGE, descreva o tratamento em uso ou já realizado (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia);</p> <p>4. Outros medicamentos em uso.</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmação de erradicação de H. pylori em paciente com úlcera péptica (8 a 12 semanas após tratamento da infecção), na indisponibilidade de solicitar endoscopia na APS.</li> <li>• Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas após início do tratamento).</li> </ul>	
Dispepsia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispepsia e sinais de alarme<sup>1</sup>.</li> <li>• Pessoa com idade maior ou igual a 50 anos com dispepsia recente.</li> <li>• Dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado (inibidor de bomba de prótons por 8 semanas e erradicação H. pylori.</li> <li>• Confirmação de erradicação de H. pylori em paciente com úlcera péptica.</li> <li>• Impossibilidade de realizar endoscopia digestiva alta na APS.</li> <li>• Úlcera péptica que persiste após controle endoscópico (realizado 8 a 12 semanas do início do tratamento.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, fatores associados à piora ou melhora, perda involuntária de peso e em quanto tempo, outros sinais de alarme presentes);</li> <li>2. Resultado hemograma, com data (se anemia, descreva hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);</li> <li>3. Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);</li> <li>4. Resultado de endoscopia digestiva alta, testagem H. pylori e biópsia, com data (se realizada);</li> <li>5. História familiar de câncer estômago ou esôfago (sim ou não). Se sim, indicar grau de parentesco;</li> <li>6. Tratamento em uso ou já realizado para dispepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia).</li> <li>7. Outros medicamentos em uso.</li> </ol>
Doença do Refluxo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomas típicos mais de uma vez por semana, associado a sinais de alarme.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência</li> </ol>



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>Gastroesofágico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) não controlado com tratamento otimizado (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena) por 2 meses.</li> <li>• Acompanhamento de Esôfago de Barrett ou Metaplasia Intestinal Gástrica.</li> <li>• Pacientes com DRGE e indicação de avaliação endoscópica, na impossibilidade de solicitar EDA na APS.</li> <li>• Esofagite graus C e D de Los Angeles.</li> <li>• Estenose péptica.</li> <li>• Hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico refratário ao tratamento otimizado por 2 meses (medidas comportamentais, inibidor da bomba de prótons em dose plena).</li> </ul>	<p>dos sintomas, fatores associados à piora ou melhora, perda involuntária de peso e em quanto tempo, outros sinais de alarme presentes);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Descrever resultado da EDA e biópsia, com data (se realizada);</li> <li>3. Tratamento em uso ou já realizado para a DRGE (não farmacológico e medicamento utilizado com dose e posologia);</li> <li>4. Outros medicamentos em uso (com dose e posologia).</li> </ol>
<p>Suspeita de neoplasia Trato Gastrointestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com indicação de endoscopia e colonoscopia na impossibilidade de realizar o exame na APS.</li> <li>• Acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico de acordo com a periodicidade recomendada.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (incluir exame físico abdominal e toque retal);</li> <li>2. Resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever Hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);</li> <li>3. Resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;</li> <li>4. Exame de imagem, quando realizado, com data;</li> <li>5. Resultado de colonoscopia ou anatomopatológico, se realizado, com data;</li> <li>6. História familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco e a idade no diagnóstico;</li> <li>7. História familiar de outras</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		neoplasias compatíveis com Síndrome de Lynch/Câncer Colorretal Hereditário Não Poliposo (HNPCC) (sim ou não). Se sim, quais órgãos acometidos, gerações sucessivas acometidas, idade dos familiares no diagnóstico das neoplasias e grau de parentesco.
Alteração de Hábito Intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarreia crônica (mais de 4 semanas) na impossibilidade de realizar tratamento ou diagnóstico na APS.</li> <li>• Suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal.</li> <li>• Constipação sem melhora após 12 semanas de tratamento na APS.</li> <li>• Alteração de hábito intestinal em pessoa com suspeita de neoplasia maligna*** na impossibilidade de solicitar colonoscopia na APS.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Tratamentos prévios e atuais para os sintomas;</li> <li>3. Em caso de diarreia: resultado de exame parasitológico de fezes, coprocultura, leucócitos fecais, sangue oculto nas fezes, hemograma e anti-HIV, com data;</li> <li>4. Em caso de constipação: resultado da pesquisa de sangue oculto nas fezes, hemograma, glicemia e TSH, com data;</li> <li>5. Resultado de exame de imagem, quando realizado, com data;</li> <li>6. História familiar de câncer colorretal (sim ou não). Se sim, indicar o grau de parentesco e a idade que este apresentou o câncer colorretal;</li> <li>7. Resultado de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia, se realizado, com data.</li> </ol>
Dor abdominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor abdominal crônica sem diagnóstico após avaliação inconclusiva na APS.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descreva sintomas constitucionais, exame abdominal);</li> <li>2. Resultado de hemograma, com</li> </ol>



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		data; 3. Resultado de exame parasitológico de fezes, com data; 4. Resultado de exame de imagem abdominal, com data; 5. História familiar de câncer colorretal (sim ou não). Se sim, indicar o grau de parentesco e a idade que este apresentou o câncer colorretal.
--	--	--

\* Suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal superior (disfagia esofágica, odinofagia, emagrecimento, vômitos persistentes, sangramento crônico gastrointestinal ou anemia por deficiência de ferro sem causa presumível, massa epigástrica, alterações suspeitas em REED, dispepsia recente em pessoa com história familiar de neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau).

\*\* A investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida em adultos também requer solicitação de colonoscopia para avaliação do trato gastrointestinal inferior.

\*\*\* Suspeita de neoplasia maligna (sangramento crônico intestinal não decorrente a doença orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa presumível (homens com hemoglobina menor que 13g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), massa abdominal com topografia colônica ou retal, alteração de hábito intestinal persistente, dor abdominal/retal, tenesmo, febre persistente, emagrecimento, história familiar de neoplasia colorretal).

### 6.1.5 – Consulta em Ginecologia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- ➔ Alterações em resultado de preventivo do câncer cérvico uterino:
  - células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);
  - células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC);

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

– células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau); lesão intraepitelial de alto grau (HSIL); lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor;  
 – mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doença autoimunes ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSI).

- Sangramento Uterino Anormal
- Massa Anexial
- Miomatose
- Anormalidades da Estática Pélvica
- Incontinência Urinária
- Dor Pélvica Crônica/ Endometriose
- Climatério
- Neoplasia de Endométrio
- Neoplasia do Colo Uterino
- Amenorreia primária em maiores de 14 anos
- Condiloma Acuminado / Verrugas Virais

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Alterações em resultado de preventivo do câncer cervico-uterino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações de exames citopatológicos:</li> <li>• -células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);</li> <li>• -células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC);</li> <li>• -células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau);</li> <li>• -lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);</li> <li>• -lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor.</li> <li>• Mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doença autoimunes ou em uso de drogas imunossupressoras com</li> </ul>	Exames clínicos Exames laboratórios

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	lesão intraepitelial de baixo grau (HSIL)	
Sangramento Uterino Anormal*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulher na menacme.</li> <li>• Sangramento disfuncional sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (excluídas causas secundárias como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem);</li> <li>• Sangramento uterino anormal associado a mioma, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.</li> <li>• Sangramento uterino anormal associado a pólipos ou hiperplasia de endométrio (espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual).</li> <li>• Sangramento uterino aumentado persistente em mulheres com fator de risco para câncer de endométrio (idade superior a 45 anos e pelo menos, mais um fator de risco, como: obesidade, nuliparidade, diabete, anovulação crônica, uso de tamoxifeno).</li> <li>• Suspeita de sangramento uterino anormal por discrasia sanguínea (sangramento uterino aumentado desde a menarca ou história familiar de coagulopatia ou múltiplas manifestações hemorrágicas).</li> <li>• Mulher na menopausa.</li> <li>• Espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ecografia pélvica transvaginal.</li> <li>• Sangramento uterino anormal e impossibilidade de solicitar ecografia pélvica transvaginal.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes);</li> <li>2. Exame físico ginecológico (exame especular e toque vaginal);</li> <li>3. Paciente está na menopausa (sim ou não). Se sim, há quanto tempo;</li> <li>4. Resultado de hemograma, com data;</li> <li>5. Descrição da ecografia pélvica transvaginal, com data;</li> <li>6. Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos utilizados com dose e posologia).</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>Massa Anexial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em qualquer faixa etária:</li> <li>• -tumores em mulheres com sintomas (distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança hábito intestinal, etc.);</li> <li>• -tumores sólidos independente do tamanho;</li> <li>• -tumores císticos com aspecto complexo (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas);</li> <li>• -tumores com ascite.</li> <li>• Cistos simples em mulher na menopausa.</li> <li>• Cistos simples em mulheres na menacme:</li> <li>• -menor que 8,0 cm que não tenham regredido em duas ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 3 meses entre elas;</li> <li>• -maior ou igual a 8,0 cm.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);</li> <li>2. Paciente está na menopausa (sim ou não). Se sim, há quanto tempo;</li> <li>3. Descrição do exame de imagem, com data;</li> <li>4. História familiar de câncer de mama ou ovário (sim ou não). Se sim, descrever parentesco dos familiares, sexo e idade de diagnóstico do câncer.</li> </ol>
<p>Miomatose**</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomas (sangramento, distensão abdominal/pélvica, dispareunia) que persistem após tratamento clínico otimizado por três meses.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal e toque vaginal);</li> <li>2. Resultado de hemograma, com data;</li> <li>3. Descrição do exame de imagem, com data;</li> <li>4. Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos utilizados com dose e posologia).</li> </ol>
<p>Anormalidades da Estática Pélvica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com prolapso genital sintomática, independente do grau, que deseja tratamento cirúrgico.</li> <li>• Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever exame especular e toque vaginal);</li> <li>2. Tratamentos em uso ou já realizados.</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	peso quando necessário, diminuição da ingestão de cafeína/álcool).	
Incontinência Urinária	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado (exercícios para músculos do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição ingestão cafeína/álcool).</li> <li>Paciente com prolapso genital e incontinência urinária associada, sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas;</li> <li>Descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso);</li> <li>Resultado de urocultura, com data;</li> <li>resultado do estudo urodinâmico, com data (se disponível);</li> <li>Tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);</li> <li>Outros medicamentos em uso que afetam a continência urinária (sim ou não). Se sim, quais.</li> </ol>
Dor Pélvica Crônica/ Endometriose	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor pélvica por mais de 6 meses de origem ginecológica, refratária ao tratamento clínico otimizado, não associada a gestação.</li> <li>Alteração em exame de imagem.</li> <li>Exame físico sugestivo de endometriose.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário);</li> <li>Exame físico e ginecológico completo);</li> <li>Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose e posologia);</li> <li>História de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias (sim ou não);</li> <li>Descrição do exame de imagem, com data (se disponível).</li> </ol>
Climatério	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menopausa precoce (antes dos 40 anos).</li> <li>Persistência de sintomas associados ao climatério após tratamento clínico otimizado por 6 meses.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas;</li> <li>Idade da paciente quando iniciou a menopausa;</li> <li>Tratamentos em uso ou já realizados para os sintomas do climatério (medicamentos utilizados com dose e posologia);</li> <li>História prévia de neoplasia maligna ginecológica ou</li> </ol>



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		ooforectomia (sim ou não). Se sim, qual.
Suspeita de neoplasia de Endométrio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mulheres na menopausa:</li> <li>-com sangramento uterino anormal (sem terapia hormonal) quando não há oferta de ecografia transvaginal na APS;</li> <li>-com espessura endometrial maior que 5 mm ou descrição de endométrio heterogêneo e irregular na ecografia.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas (descrever exame especular);</li> <li>Paciente está na menopausa (sim ou não). Se sim, há quanto tempo;</li> <li>Descrição do exame de imagem, com data;</li> <li>Resultado de biópsia de endométrio com data, quando realizado.</li> </ol>
Suspeita de neoplasia do Colo Uterino	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultado de um CP com:</li> <li>-células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H);</li> <li>-células glandulares atípicas de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico ou quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau) (AGC);</li> <li>-células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau);</li> <li>-lesão intraepitelial de alto grau (HSIL);</li> <li>-lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor;</li> <li>-mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doença autoimunes ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL).</li> <li>Resultado de dois CP's consecutivos (intervalo de 6 meses):</li> <li>-células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US);</li> <li>-lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas;</li> <li>Exame físico;</li> <li>Ginecológico (especular e toque vaginal);</li> <li>Descrição do (s) último (s) CP, com data(s).</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>Amenorreia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amenorreia primária:</li> <li>• -maiores de 14 anos sem caracteres sexuais secundários;</li> <li>• -maiores de 16 anos com caracteres sexuais secundários.</li> <li>• Amenorreia secundária:</li> <li>• -resposta negativa ao teste do progestágeno;</li> <li>• -falência ovariana precoce;</li> <li>• -história de exposição a rádio e/ou quimioterapia no passado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Tempo de início da amenorreia;</li> <li>3. Resultado dos exames de prolactina e TSH, com data (se amenorreia secundária);</li> <li>4. Resultado do teste com progestágeno (se amenorreia secundária);</li> <li>5. Resultado de ecografia pélvica ou transvaginal, com data (se disponível);</li> <li>6. Medicamentos em uso.</li> </ol>
<p>Condiloma Acuminado / Verrugas Virais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));</li> <li>2. Resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;</li> <li>3. Tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);</li> <li>4. Se mulher em idade fértil, trata-se de gestante (sim ou não).</li> </ol>

\* **Atenção:** Sempre descartar gravidez (em mulher na menacme) e sangramento por patologias cervicais na investigação inicial de sangramento uterino anormal.

\*\* **Atenção:** Mulher com sangramento uterino anormal (com ou sem mioma) que apresenta instabilidade hemodinâmica ou anemia com sintomas graves devem ser avaliadas em serviço de **urgência/emergência**.

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

### 6.1.6 – Consulta em Hematologia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- Citopenias (bicitopenia/pancitopenia)
- Anemia
- Policitemia
- Trombocitopenia
- Trombocitose
- Leucopenia
- Leucocitose
- Distúrbios hemorrágicos
- Trombofilias
- Linfonomegalia periférica e esplenomegalia
- Hiperferritinemia

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Citopenias (bicitopenia/pancitopenia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citopenias sem critérios de gravidade, após exclusão de causas secundárias comuns na APS.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever sintomas, presença de linfonomegalias e outras alterações relevantes;</li> <li>2. Resultado de hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data;</li> <li>3. Resultado de exames, com data, realizados para excluir causas secundárias em pessoas sem critérios de gravidade. Na ausência de suspeita clínica para direcionar investigação descreva: anti-HCV, anti-HIV, HbsAg, TGO/ TGP, albumina, GGT, TP/ KTTTP, FAN, TSH e vitamina B12 eletroforese de proteínas com gráfico, DHL;</li> <li>4. Resultado de ecografia abdominal, com data (se realizada);</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		5. Medicamentos em uso (medicamentos comuns que cursam com citopenias).
Anemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita ou diagnóstico de doença falciforme, ou talassemia, ou anemias hemolíticas.</li> <li>• Anemia por causa desconhecida após investigação inconclusiva na APS.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Resultado de hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data;</li> <li>3. Se suspeita ou diagnóstico de hemoglobinopatias, descreva resultado de eletroforese de hemoglobina;</li> <li>4. Exames complementares realizados na investigação de anemia conforme VCM;</li> <li>5. Tratamento prévio e atual para anemia (medicamento com dose e posologia);</li> <li>6. Presença de comorbidades (como doença renal crônica, hepatopatias, HIV, hepatite C) que cursem com citopenias (sim ou não). Se sim, quais.</li> <li>7. Resultado de reticulócitos, DHL, coombs direto, bilirrubinas total e frações.</li> </ol>
Policitemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de policitemia vera (hemoglobina maior que 16,0 g/dL em mulheres e maior que 16,5g/dL em homens), em pessoas com sintomas sugestivos: prurido após o banho, eritromelalgia, gota, trombose venosa ou arterial prévia, sangramento, esplenomegalia.</li> <li>• Policitemia persistente (hemoglobina maior que 16,0 g/dL em mulheres e maior que 16,5g/dL em homens) após repetição do</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Resultado de hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data (em pessoas sem sintomas sugestivos de policitemia vera, descrever 2 resultados com intervalo de 1 mês entre eles);</li> <li>3. Exames complementares realizados para investigar causa</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	hemograma em 1 mês e exclusão de causas secundárias (DPOC, tabagismo, hepatocarcinoma, carcinoma renal) na APS.	secundária, com data (raio-X de tórax, ecografia abdominal); 4. Paciente é tabagista (sim ou não).
Trombocitopenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombocitopenia com contagem plaquetária <math>&lt;100.000</math> células/<math>m^3</math> em pacientes assintomáticos, sem necessidade de repetir hemograma.</li> <li>• Trombocitopenia persistente após exclusão de pseudoplaquetopenia<sup>1</sup> e causas secundárias na APS.</li> <li>• Trombocitopenia com contagem plaquetária <math>&lt;150.000</math> células/<math>mm^3</math> associado a sintomas constitucionais ou exame físico sugestivo de hemopatia.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever manifestações hemorrágicas atuais e prévias, sintomas constitucionais e outras alterações relevantes no exame físico);</li> <li>2. Resultado de hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas (se pessoa com trombocitopenia isolada persistente sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de 1 mês entre os exames), com data;</li> <li>3. Resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias em pessoas sem critérios de gravidade;</li> <li>4. Resultado de ecografia abdominal, com data (se realizado);</li> <li>5. Apresenta comorbidades não hematológicas que podem cursar com trombocitopenia (sim ou não). Se sim, quais;</li> <li>6. Descreva todos os medicamentos em uso.</li> </ol>
Trombocitose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombocitose associada a sintomas vasomotores, sangramento ou trombose (após avaliação em serviço de emergência/urgência).</li> <li>• Trombocitose associada à leucocitose ou policitemia.</li> <li>• Trombocitose com plaquetas superiores a 1</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas.</li> <li>2. Apresenta história compatível com causa secundária (quadro infeccioso atual, história de trauma/cirurgia recente, esplenectomia prévia) (sim ou não) Se sim, descreva;</li> <li>3. Resultado de hemograma</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>milhão/mm<sup>3</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso atual, anemia ferropriva, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente) na APS.</li> </ul>	<p>completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data (se trombocitose isolada em pessoa sem gravidade, descrever 2 resultados dos exames para confirmação da persistência);</p> <p>4. Se anemia concomitante, descreva resultado de ferritina, com data.</p>
Leucopenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leucopenia persistente após exclusão de causas secundárias na APS.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal, presença de linfonodomegalias, sintomas constitucionais ou outras alterações);</li> <li>2. Resultado de hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas (se pessoa com leucopenia sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de 1 mês entre os exames), com data;</li> <li>3. Resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias em pessoas sem critérios de gravidade: anti-HCV, HbsAg, anti-HIV, FAN e vitamina B12;</li> <li>4. Resultado de ecografia abdominal, com data (se realizado);</li> <li>5. Medicamentos em uso, com medicamentos comuns que cursam com leucopenia.</li> </ol>
Leucocitose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leucocitose maciça (acima de 50 mil/mm<sup>3</sup>), sem causa infecciosa aparente.</li> <li>• Leucocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadros infecciosos, medicamentos (lítio, carbamazepina, beta agonistas) na APS.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever sintomas constitucionais, eventos hemorrágicos ou trombóticos, exame físico completo, descrever presença de hepatoesplenomegalia);</li> <li>2. Resultado de dois hemogramas/</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>leucogramas, com diferença de 2 a 4 semanas (com exceção de leucocitose maciça ou outros sinais de gravidade);</p> <p>3. Se eosinofilia isolada, foi realizado tratamento empírico para parasitose (sim ou não);</p> <p>4. Utiliza medicamento que causa leucocitose (lítio, carbamazepina, beta agonistas, Utiliza medicamento que causa leucocitose (lítio, carbamazepina, beta agonistas, corticoide) (sim ou não).</p>
<p>Distúrbios Hemorrágicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História de sangramentos de repetição na suspeita de doença hematológica com uma ou mais características de maior gravidade:</li> <li>• -necessidade de transfusão de hemoderivados e/ou hemocomponentes;</li> <li>• -sangramento excessivo após pequenos cortes ou procedimentos;</li> <li>• -hemartrose;</li> <li>• -história familiar de distúrbio hemorrágico em parente de primeiro grau.</li> <li>• Tempo de Protrombina (TP) e/ou Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) acima dos valores de normalidade (ver quadro 6 no anexo se não houver valor de referência laboratorial) após exclusão de causas secundárias na APS (como doença hepática, síndrome nefrótica e uso de anticoagulantes).</li> <li>• Presença de inibidores da coagulação secundários a doenças reumatológicas/oncológicas).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever histórico de manifestações hemorrágicas (presença de menorragia, melena/hematêmese, equimose, petéquias), com frequência e situações desencadeantes. Incluir alterações relevantes no exame físico;</li> <li>2. Resultados de dois exames de TP e TTPA (repetir o exame alterado), com data;</li> <li>3. Resultados de exames laboratoriais para investigação de causa secundária (hemograma, plaquetas, TGO, TGP, albumina, GGT, FAN, creatinina e EQU/EAS/Urina tipo 1, com data);</li> <li>4. Resultado de ecografia abdominal, com data (se realizado);</li> <li>5. Histórico familiar de distúrbios hemorrágicos (sim ou não). Se sim, indique qual o distúrbio e grau de parentesco;</li> <li>6. Descreva medicamentos em uso.</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>Trombofilias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episódio confirmado de tromboembolismo venoso (TEV) idiopático em pessoa que possua uma ou mais das seguintes características:</li> <li>• -episódio de TEV antes dos 45 anos;</li> <li>• -história de TEV antes dos 45 anos em familiar de primeiro grau (pais ou irmãos ou filhos);</li> <li>• -TEV em sítio incomum<sup>1</sup> (veia mesentérica, portal, hepática ou cerebral);</li> <li>• -TEV recorrente.</li> <li>• Pacientes com história de aborto recorrente (perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana gestacional) após exclusão de causa ginecológica.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrever histórico e exame realizado que comprovam tromboembolismo;</li> <li>2. Apresenta condição clínica (cirurgia recente, imobilização, neoplasia) ou uso de medicamentos (como anticoncepcional) associados a tromboembolismo (sim ou não). Se sim, qual;</li> <li>3. Histórico familiar de TEV (sim ou não). Se sim, indicar grau de parentesco e idade no acometimento;</li> <li>4. Se abortos de repetição, histórico do aborto e descrição da avaliação com serviço de ginecologia;</li> <li>5. Resultado do hemograma e plaquetas, com data.</li> </ol>
<p>Linfonodomegalia periférica e esplenomegalia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Linfonodomegalia/esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência.</li> <li>• Linfonodomegalia em pessoas com sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento).</li> <li>• Linfonodomegalia com esplenomegalia não associada a quadro infeccioso agudo.</li> <li>• Esplenomegalia isolada não associada à hepatopatia crônica ou quadro infeccioso agudo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Exame físico abdominal;</li> <li>3. Presença de sintomas constitucionais e outras alterações relevantes;</li> <li>4. Características do(s) linfonodo(s) (tamanho, localização, consistência, fixação a planos profundos e tempo de evolução do quadro);</li> <li>5. Resultado de hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data;</li> <li>6. Resultado dos exames complementares na investigação de linfonodomegalia periférica (ver figura 2 no anexo);</li> <li>5. Se esplenomegalia isolada descreva ecografia abdominal (se</li> </ol>



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		realizada) e exames para avaliação hepática (TGO/TGP, TP/KTTP, albumina, GGT).
Hiperferritinemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspeita de hemocromatose (hiperferritinemia) com saturação de transferrina maior que 45%).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas;</li> <li>Índice de massa corporal (IMC);</li> <li>Resultado de ferritina sérica, com data;</li> <li>Resultado de saturação da transferrina, com data;</li> <li>Saturação de transferrina inferior a 45%, descreva os seguintes exames, com data: hemograma e número de plaquetas (descrever hematoscopia se presente), transaminases (TGO/TGP), fosfatase alcalina, GGT, anti-HCV, HbsAg, anti-HIV, glicemia, perfil lipídico (colesterol total, HDL e triglicerídeos);</li> <li>Resultado de ecografia abdominal total, com data;</li> <li>Medicamentos em uso.</li> </ol>

\* Não há indicação de referência ao serviço especializado pessoas exclusivamente com traço falciforme ou com traço talassêmico alfa ou com talassemia beta menor (traço talassêmico beta). Essas pessoas podem seguir acompanhamento na APS com orientações sobre a condição genética.

### 6.1.7 – Consulta em Mastologia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- ➔ Rastreamento de alterações das mamas
- ➔ Alterações Benignas da Mama
- ➔ Ginecomastia

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Exame de rastreamento da Mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nódulo palpável com provável indicação de citologia e/ou histologia,</li> <li>Mulher assintomática com história familiar sugestiva de Síndrome do Câncer de Mama e Ovário Hereditário.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas;</li> <li>Descrição de exame de imagem, se realizado, com data;</li> <li>História prévia de câncer de mama (sim ou não). Se sim, descreva;</li> <li>História familiar de neoplasia mamária ou de ovário (sim ou não). Se sim, grau de parentesco e idade no diagnóstico.</li> </ol>
Alterações Benignas da Mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cisto simples recidivante.</li> <li>Cisto simples sintomático (dor/desconforto, obstrução de tecido mamário subjacente).</li> <li>Fibroadenoma palpável sintomático (dor/desconforto).</li> <li>Abscesso subareolar crônico recidivante.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas;</li> <li>Descrição de exame de imagem, se realizado, com data;</li> <li>Se descarga papilar bilateral leitosa, descreva:               <ol style="list-style-type: none"> <li>medicamentos em uso;</li> <li>resultado de prolactina e TSH, com data.</li> </ol> </li> </ol>
Ginecomastia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ginecomastia secundária que não regrediu espontaneamente em 12 meses, após tratamento da causa base, em pacientes que desejam procedimento cirúrgico.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas (descrever se achado unilateral ou bilateral, dor ou desconforto, evolução, palpação testicular);</li> <li>Índice de massa corporal (IMC);</li> <li>Presença de comorbidades que justifiquem a ginecomastia (cirrose, hipertireoidismo) (sim ou não);</li> <li>Descrever medicamentos em uso.</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

### 6.1.8 – Consulta em Nefrologia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- Cistos/Doenças Policística Renal
- Diabetes Mellitus
- Doença Renal Crônica
- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Infecção Urinária Recorrente
- Litíase Renal

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Cistos/doença Policística Renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de doença policística renal.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outros achados relevantes);</li> <li>2. Resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização se houver;</li> <li>3. Resultado de exame de creatinina sérica, com data;</li> <li>4. Idade e sexo;</li> <li>5. Resultado EAS / urina tipo 1, com data;</li> <li>6. Presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não) e parentesco com o paciente;</li> <li>7. Encaminhamento descritivo contendo dados pessoais, histórico familiar;</li> <li>8. Condições clínicas pregressas e alterações atuais como: Dor lombar, hematuria, EAS, hemograma, ureia e creatinina</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		alterados e Ultra sonografia retroperitoneal (se possível).
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabetes mellitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes com taxa de filtração glomerular &lt; 30 /min/1,73 m2 (estágio 4 e 5).</li> <li>Proteinúria (macroalbuminúria).</li> <li>Perda rápida da função renal (&gt; 5 /min/1,73 m2 em um período de seis meses, com uma).</li> <li>TFG &lt; 60 /min/1,73 m2, confirmado em dois exames).</li> <li>Suspeita de nefropatia por outras causas..</li> <li>Diagnostico de DM ha &gt; de 5 anos,</li> <li>Proteinuria; TFG &lt; 60 ml/min.</li> <li>Alteração de fundo de olho.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Resultado de exame de creatinina sérica, com data;</li> <li>Idade e sexo;</li> <li>Resultado de microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;</li> <li>Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;</li> <li>Encaminhamento descritivo contendo dados pessoais, histórico familiar;</li> <li>Condições clínicas pregressas e alterações atuais como: Alterações dos exames laboratoriais e de imagens (se possível);</li> <li>Relatório das medicações em uso.</li> </ol>
Doença Renal Crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taxa de filtração glomerular (TFG) &lt;30 /min/1,73m2(estágio 4 e 5).</li> <li>Proteinuria.</li> <li>Hematúria Persistente.</li> <li>Alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda da função renal;</li> <li>Perda rápida da função renal (&gt; 5 /min/1,73 m2 em seis meses, com uma TFG &lt; 60 /min/1,73 m2, confirmado em dois exames).</li> <li>Presença de cilindros com potencial</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Resultado de exame de creatinina sérica, com data;</li> <li>Resultado de microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;</li> <li>Resultado de EQU/EAS/urina tipo 1 e pesquisa de hemácias dismórficas, com data, quando</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>patológico (céreos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).</p>	<p>realizado (para investigação de hematúria);</p> <p>4. Resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data;</p> <p>5. Cor de pele (preta ou não), idade e Sexo (ambas as informações podem ser encontradas no sistema informatizado de regulação, quando existente),</p>
Hipertensão Arterial Sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de hipertensão secundária.</li> <li>• Falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose.</li> <li>• Plena, após avaliação da adesão.</li> <li>• Diagnostico jovem.</li> <li>• Falta de controle da PA mesmo com o uso de 3 classes de anti-hipertensivos.</li> <li>• Alterações das funções renais (creatinina e proteinúria).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Medicações em uso, com dose e posologia;</li> <li>3. Duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;</li> <li>4. Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes, com data;</li> <li>5. Avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>6. Encaminhamento descritivo contendo dados pessoais, histórico familiar;</li> <li>7. Condições clínicas pregressas e alterações atuais como: Alterações dos exames laboratoriais;</li> <li>8. Medidas pressóricas, em dias diferentes;</li> <li>9. Relatório das medicações em uso.</li> </ol>
Infecção Urinária Recorrente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas.</li> <li>• Afastar causas anatômicas, como</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;</li> <li>2. Resultado de exame de creatinina sérica, com data;</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>retocele, cistocele, enterocele ou prolapso uterino.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais de 3 episódios de ITU no espaço de 12 meses.</li> <li>• Ultrassonografia retroperitoneal (com vias urinárias alteradas).</li> <li>• Alteração de ureia / creatinina.</li> <li>• Ter realizado profilaxia para ITU sem sucesso.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Idade e sexo;</li> <li>4. Resultado de ecografia das vias urinárias, com data;</li> <li>5. Descrever se foi realizada profilaxia para infecção urinária recorrente, e como foi feita, medicamento dose e posologia;</li> <li>6. Em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino;</li> <li>7. Encaminhamento descritivo contendo dados pessoais, histórico familiar;</li> <li>8. Condições clínicas pregressas e alterações atuais como: Alterações dos exames laboratoriais e de imagens (se possível);</li> <li>9. Tipo de profilaxia para ITU realizada.</li> </ol>
Litíase Renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nefrolitíase recorrente com causa metabólica identificada e com indicação de tratamento.</li> <li>• Farmacológico que não pode ser realizado na APS.</li> <li>• Impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas e exames séricos.</li> <li>• Diagnostico antes dos 18 anos.</li> <li>• 3 ou mais episódios de crises no espaço de 12 meses.</li> <li>• Ultrassonografia e/ ou RX alterados;</li> <li>• Hemograma, ureia/ creatinina e eletrolitos na urina de 24h.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Resultado de ecografia urinária ou de Raio-X, com data (para cálculos ureterais menores que 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo seis semanas de diferença entre eles);</li> <li>3. Resultado de exame de creatinina sérica, com data;</li> <li>4. Cor de pele (preta ou não), idade e sexo, informações que podem ser identificadas no sistema de informatização de regulação, quando existente;</li> <li>5. Tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>6. Investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas;</p> <p>7. Encaminhamento descritivo contendo dados pessoais, histórico familiar;</p> <p>8. Condições clínicas pregressas e alterações atuais como: Alterações dos exames laboratoriais e de imagens (se possível);</p> <p>9. Tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal.</p>
--	--	--

### 6.1.9 – Consulta em Neurologia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- Alteração da marcha de origem neurológica
- Alteração do desenvolvimento do crânio
- Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor
- Hidrocefalia; Microcefalia
- Lesões com características de neoplasia (efeito de massa, desvio do olhar conjugado etc), mas sem instabilidade
- Miopatia
- Paralisia facial periférica
- Cefaleia
- Demência com declínio cognitivo rápido e progressivo, em que foram excluídas causas reversíveis e psiquiátricas
- Distúrbio do sono
- Doença de Alzheimer
- Enxaqueca ou cefaleia tipo tensional refratária ao manejo profilático na atenção básica, associada ou não a distúrbio do comportamento e convulsões
- Convulsão e Epilepsia

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

- Síncope e perda transitória de consciência
- Tremor e síndromes parkinsonianas
- Acidente vascular cerebral
- Distúrbios do movimento (ataxias e coreias)
- Polineuropatia
- Vertigem

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Miopia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais e sintomas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exame Clínico;</li> <li>2. Exame físico;</li> <li>3. Exames de laboratório.</li> </ol>
Lesões com características de neoplasia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado citopatológico de massa, desvio do olhar conjugado, mas sem instabilidade.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames de imagem;</li> <li>2. Exames laboratórios;</li> <li>3. Histórico familiar.</li> </ol>
Hidrocefalia, Microcefalia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames Físicos.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames Físicos;</li> <li>2. Idade e sexo;</li> <li>3. Descrever outras avaliações da equipe multiprofissional;</li> <li>4. Exames de imagem (se houver).</li> </ol>
Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames Físicos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames Físicos;</li> <li>2. Idade e sexo;</li> <li>3. Descrever outras avaliações da equipe multiprofissional.</li> </ol>
Alteração do desenvolvimento do crânio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames Físicos e clínicos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames de imagem (se houver);</li> <li>2. Idade e sexo.</li> </ol>
Alteração da marcha de origem neurológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames Físicos e clínicos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames de imagem (se houver).</li> </ol>
Paralisia facial periférica;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames Físicos e clínicos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exames de imagem (se houver);</li> <li>2. Exame físico</li> </ol>
Cefaleia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migrânea (enxaqueca) ou cefaleia tipo</li> </ul>	



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>tensão refratária ao manejo profilático na APS (tentativa de profilaxia com duas classes de medicamento diferentes para migrânea (enxaqueca) ou com tricíclico para cefaleia tipo tensão, por um período mínimo de 3 meses).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Outras cefaleias primárias que não se caracterizam como migrânea (enxaqueca) ou tipo tensão.</li> <li>• Paciente com necessidade de investigação com exame de imagem (ressonância magnética nuclear ou tomografia computadorizada de crânio), quando exame não for disponível na APS.</li> <li>• Padrão novo ou mudança recente no padrão da cefaleia.</li> <li>• Início da cefaleia em pessoa com mais de 50 anos.</li> <li>• Evolução insidiosa e progressiva, com ápice em poucas semanas ou meses.</li> <li>• Dor que acorda durante o sono.</li> <li>• Dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de Valsalva.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever idade de início da cefaleia, tempo de evolução, características da dor, frequência das crises, mudança no padrão, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);</li> <li>2. Tratamentos em uso ou já realizados para cefaleia (medicamentos utilizados com dose e posologia);</li> <li>3. Resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado).</li> </ol>
Demência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declínio cognitivo rapidamente progressivo (limitação funcional, cognitiva, comportamental ou motora significativas com evolução menor que dois anos).</li> <li>• Declínio cognitivo em que foram excluídas causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever idade e modo de início, tempo de evolução, situações e tarefas que o paciente apresenta prejuízo, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas associados);</li> <li>2. Pontuação no minixame do estado mental e escolaridade (anos concluídos de educação formal);</li> <li>3. Sintomas depressivos (sim ou não). Se sim, qual o tratamento</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>em uso e resposta;</p> <p>4. Resultado dos exames: TSH, vitamina B12, FTA-abs e VDRL (com data);</p> <p>5. Resultado do exame de imagem (TC ou RMN de crânio), com data (se realizado).</p>
Convulsão e Epilepsia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva, sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS.</li> <li>• Diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão.</li> <li>• Paciente com epilepsia controlada há pelo menos 2 anos que deseja avaliação para retirada da medicação.</li> <li>• Mulheres com epilepsia que estão gestantes ou que desejam planejar gravidez.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever as características e a frequência das crises convulsivas, idade de início, tempo de evolução, fatores desencadeantes, exame físico neurológico, outros sinais e sintomas fora das crises convulsivas);</li> <li>2. Diagnóstico prévio de epilepsia (sim ou não). Se sim, descreva o tipo;</li> <li>3. Tratamentos em uso ou já realizados para epilepsia (medicamentos utilizados com dose e posologia);</li> <li>4. Medicamentos em uso que interferem no limiar convulsivo (sim ou não). Se sim, quais;</li> <li>5. Avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não).</li> </ol>
Sincope e perda transitória de consciência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva e consultar protocolo de convulsão/epilepsia).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever episódio com sua frequência e duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispneia, desconforto precordial), relação com exercício ou outros fatores desencadeantes e exame físico neurológico e cardiológico);</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>2. Presença de cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual;</p> <p>3. História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco;</p> <p>4. Resultado de eletrocardiograma com data, se realizado;</p> <p>5. Medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim/não). Se sim, descreva.</p>
Tremor e síndromes parkinsonianas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de doença de Parkinson sem uso de medicamentos potencialmente indutores.</li> <li>• Suspeita de tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado.</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas (descrever idade de início e tempo de evolução dos sintomas, características do tremor, bradicinesia, rigidez muscular do tipo plástica, alteração da marcha, instabilidade postural e demais exames neurológicos);</p> <p>2. Tratamentos em uso ou já realizados para tremor e/ou síndrome parkinsoniana (medicamentos utilizados com dose e duração do tratamento);</p> <p>3. Outros medicamentos em uso (com dose e posologia).</p>
Acidente vascular cerebral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AVC hemorrágico sem etiologia definida.</li> <li>• AVC isquêmico em paciente com menos de 45 anos.</li> <li>• AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma,</li> </ul>	<p>1. Descrição do tipo de AVC (hemorrágico ou isquêmico), data do evento e etiologia, quando conhecida;</p> <p>2. Resultado de exame de imagem (TC de crânio) com data (se realizado);</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>eletrocardiograma).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%.</li> <li>• Paciente com estenose de carótida assintomática<sup>1</sup> maior que 70%.</li> </ul>	<p>3. Resultado de ecocardiograma com data (se realizado);</p> <p>4. Resultado de ecodoppler de carótidas (se realizado);</p> <p>5. Comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais.</p>
Distúrbios do movimento e (ataxias e coreias)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita ou diagnóstico de ataxia.</li> <li>• Suspeita ou diagnóstico de coreia.</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas;</p> <p>2. História familiar de ataxia ou coreia hereditária (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e grau de parentesco;</p> <p>3. História de consanguinidade entre os pais (sim ou não). Se sim, descreva o grau de parentesco.</p>
Neuropatias, Neuropatias Diabéticas Polineuropatia,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polineuropatia desmielinizante.</li> <li>• Polineuropatia com características atípicas.</li> <li>• Polineuropatia com etiologia definida porém com sintomas progressivos ou refratários ao tratamento clínico otimizado (tratamento da causa base e uso de medicamentos como tricíclicos ou gabapentina).</li> <li>• Sintomas de polineuropatia (perda de sensibilidade, sensação de queimação, formigamento, perda de força) sem etiologia definida após investigação inicial na APS.</li> <li>• Sintomas de neuropatias ou neuropatias diabéticas.</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas (evolução dos sintomas no tempo, características dos sintomas sensitivos, motores, reflexos miotáticos profundos, entre outros);</p> <p>2. Resultado de eletroneuromiografia, com data (se realizado);</p> <p>3. Descrever resultado de exames realizados na investigação, com data;</p> <p>4. Paciente tem outras comorbidades? (sim ou não) Se sim, quais.</p> <p>5. Tratamento em uso ou já realizado para polineuropatia (descreva medicamento e posologia);</p> <p>6. Outros medicamentos em uso;</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>7. História familiar de neuropatia hereditária (sim ou não) Se sim, descreva a doença e grau de parentesco;</p> <p>8. Exames laboratoriais.</p>
Vertigem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertigem com suspeita de origem central após avaliação em serviço de emergência.</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem; fatores desencadeantes; outros sintomas associados, exame físico neurológico e otoscopia);</p> <p>2. Tratamento em uso ou já realizados para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);</p> <p>3. Resultado de TSH e glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, com data;</p> <p>4. Medicamentos que cursam com vertigem.</p>

\* Não se recomenda realizar ecografia de carótidas de rotina como método de rastreamento para doença cardiovascular. Em pacientes que realizar o exame, considerar paciente assintomático quando não apresentou AVC/AIT ou quando o evento foi há mais de 6 meses.

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

### 6.1.10 – Consulta em Pediatria

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- ➔ Crianças e adolescentes até 14 anos com sinais e sintomas que motivaram o paciente a procurar atendimento nos serviços de saúde.

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Sinais e Sintomas que motivam o profissional de saúde a encaminhar o paciente para atendimento especializado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A avaliação da criança e adolescente deve ocorrer nas equipes da atenção primária a saúde quando considerar que há necessidade de acompanhamento específico de um pediatra ou de outras especialidades;</li> <li>• Baseados em dados da doença atual, exame físico, exames complementares realizados e/ou sugeridos e hipótese diagnóstica.</li> </ul>	<p>1. Deve acontecer mediante um relatório médico contendo as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) dados do paciente; história da doença atual;</li> <li>b) achados clínicos, exames físico e diagnóstico(se houver);</li> <li>c) hipótese diagnóstica; classificação na CID-10;</li> <li>d) estratificadas pelo médico da APS como Alto Risco.</li> </ul>

### 6.1.11 – Consulta em Obstetrícia (Pré Natal de Alto Risco)

#### Principais Motivos do Encaminhamento

- ➔ Hipertensão em Gestantes
- ➔ Diabetes em Gestantes
- ➔ Anemias em Gestantes
- ➔ Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes
- ➔ Gestaçãocom abortamento recorrente
- ➔ Hepatite B e C em Gestantes
- ➔ HIV em Gestantes quando o serviço de referência em HIV não trata gestante
- ➔ Toxoplasmose em Gestantes
- ➔ Condiloma acuminado/Verrugas virais em gestantes
- ➔ Sífilis em Gestantes
- ➔ Alterações ecográficas na Gestaçãocom

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

- Isoimunização Rh
- Condições clínicas de risco à Gestação atual
- Condições clínicas de risco em gestação prévia

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Hipertensão em Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional).</li> <li>• Lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia).</li> <li>• Uso de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos.</li> <li>• Suspeita de hipertensão secundária.</li> <li>• Idade materna &gt; 40 anos.</li> <li>• Diagnóstico de diabetes mellitus ou diabetes gestacional.</li> <li>• Em gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratório ou internação em CTI durante a gestação).</li> <li>• Hipertensão gestacional: Diagnosticada após 20ª semana (após excluída suspeita de pré-eclâmpsia); ou – Diagnóstico de pré-eclâmpsia (após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade gestacional;</li> <li>2. Diagnóstico de hipertensão prévio a gestação (sim ou não). Se não, idade gestacional no diagnóstico;</li> <li>3. Duas medidas de pressão arterial, com data;</li> <li>4. Resultado de proteinúria (microalbuminúria ou relação proteinúria /creatinúria em amostra) com data, se houver;</li> <li>5. Medicamentos em uso para hipertensão;</li> <li>6. Descrição dos antecedentes obstétricos e/ou perinatais relevantes (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratório ou internação em CTI).</li> </ol>
Diabetes em Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de diabetes mellitus (estabelecido antes da gestação ou com 2 glicemias de jejum &gt; 126 mg/dl)</li> <li>• Diabetes gestacional:</li> <li>• -ausência de controle glicêmico com</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade gestacional;</li> <li>2. Diagnóstico de diabetes prévio a gestação (sim ou não);</li> <li>3. Resultado de exames de glicemia de jejum e/ou resultado</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>medidas não farmacológicas e uso de hipoglicemiante oral;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-gestante com hipertensão crônica.</li> </ul>	<p>de teste de tolerância à glicose, com data; se houver;</p> <p>4. Descrição de tratamento farmacológico (medicamentos e posologia) e não farmacológico para diabetes.</p>
Anemias em Gestante	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestante com diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias.</li> <li>Hemoglobina &lt; 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade.</li> <li>Hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl sem melhora após tratamento otimizado (sulfato ferroso 200 mg de ferro elementar por 60 dias).</li> <li>Hemoglobina &lt; 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Idade gestacional;</li> <li>Diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias (sim ou não). Se sim, qual;</li> <li>Resultado de eletroforese de hemoglobina (se realizado), com data;</li> <li>Resultado de hemograma, com data:           <ol style="list-style-type: none"> <li>se hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl, descreva 2 hemogramas com intervalo mínimo de 60 dias;</li> <li>se hemoglobina menor que 8 g/dl, somente necessita descrever 1 exame.</li> </ol> </li> <li>Tratamento realizado para anemia, com medicamento, posologia e duração.</li> </ol>
Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo).</li> <li>Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5 mcg/kg de levotiroxina.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Idade gestacional;</li> <li>Resultado de TSH, com data;</li> <li>Resultado de T4-livre ou T4 total, com data;</li> <li>Tratamento em uso para a condição (medicamentos com posologia).</li> </ol>
Gestação com abortamento recorrente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestante com história de abortamento recorrente:</li> <li>-perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes das 20ª semana em</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Idade gestacional;</li> <li>Número de abortos anteriores e idade gestacional em cada;</li> <li>Outras comorbidades que</li> </ol>



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>mulheres com idade &lt; 35 anos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações antes das 20ª semana em mulheres com idade &gt; 35 anos.</li> <li>Presença de comorbidades que aumentam o risco de abortamento espontâneo, como suspeita clínica de síndrome antifosfolípideo (ver quadro 2 no anexo).</li> <li>História prévia de incompetência istmo cervical (dilatação cervical indolor no segundo trimestre seguida de expulsão de feto imaturo).</li> <li>Suspeita atual de incompetência istmo cervical (comprimento cervical, determinado por ecografia, inferior a 2,5 cm em mulher com história de parto prematuro prévio ou menor que 2,0 cm em mulher sem história de parto prematuro prévio).</li> </ul>	<p>aumentam risco de abortamento (sim ou não). Se sim, qual;</p> <p>4. História de tromboembolismo venoso profundo prévio ou trombose arterial (sim ou não);</p> <p>5. História ou suspeita de incompetência istmo cervical (sim ou não). Se sim, descreva.</p>
Hepatite B e C em Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico de Hepatite B e C.</li> </ul>	<p>1. Idade gestacional;</p> <p>2. Resultado de transaminases (TGO/TGP), com data;</p> <p>3. Se hepatite B: resultado de HbsAg, com data;</p> <p>4. Se hepatite C: anti-HCV e PCR para HCV, com data.</p>
HIV em Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico de HIV /AIDS (quando SAE de referência em HIV não trata gestantes).</li> </ul>	<p>1. Idade gestacional;</p> <p>2. Tratamento com TARV atual ou prévio (sim ou não). Se sim, qual.</p>
Toxoplasmose em Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional</li> </ul>	<p>1. Idade gestacional;</p> <p>2. Resultado de Toxoplasmose IgG e IgM, com data;</p> <p>3. Resultado de avidéz ao IgG, quando indicado (ver quadro 3 no anexo), com data;</p> <p>4. Resultado de ecografia</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>obstétrica, com data (se realizado);</p> <p>5. Paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva a causa do imunossupressão.</p>
<p>Condiloma acuminado/Verrugas virais em Gestantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas).</li> <li>Gestante com verruga viral no canal vaginal ou colo uterino.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Idade gestacional;</li> <li>Descrição da lesão (localização, tamanho);</li> <li>Tratamento realizado para condiloma/verrugas virais (sim ou não). Se sim, descreva medicamento e posologia.</li> </ol>
<p>Sífilis em Gestantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestante com infecção resistente (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e do parceiro, com penicilina benzatina).</li> <li>Achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Idade gestacional;</li> <li>Resultado de teste não-treponêmico (VDRL ou RPR), com data;</li> <li>Resultado de teste treponêmico (fta-abs ou teste rápido), com data;</li> <li>Tratamento realizado para sífilis (medicamento e posologia);</li> <li>Parceiro adequadamente tratado (sim ou não). Se sim, qual medicamento e posologia;</li> <li>Resultado de ecografia obstétrica, com data (se realizado).</li> </ol>
<p>Alterações ecográficas na Gestação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Alterações no Líquido Amniótico:</b></li> <li>Oligodrômio (ILA menor que 8 cm associado a crescimento intrauterino restrito ou bolsão &lt; 2 cm).</li> <li>Polidrômio conseqüente à anomalia fetal.</li> <li>Polidrômio grave (ILA maior que 35 cm ou bolsão &gt; 16 cm) ou sintomático (dor, dispneia) se necessário após avaliação em</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Idade gestacional;</li> <li>Resultado de ecografia obstétrica, com data;</li> <li>Presença de comorbidades maternas (sim ou não). Se sim, qual.</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>serviço de emergência obstétrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alterações Placentárias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta prévia oclusiva total, independente da idade gestacional.</li> <li>• Placenta prévia oclusiva parcial em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação.</li> <li>• Acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia).</li> <li>• Inserção velamentosa do cordão. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alterações fetais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional). <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicina Fetal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fetos com malformações maiores ou sugestivas de síndrome genética (apresentam consequências clínicas/funcionais ou sociais, como: fenda labial ou palatina, sindactilia, microcefalia, hipoplasia ou ausência de membro, meningomielocele/espina bífida, higroma cístico, onfalocele, gastrósquise, cardiopatia, anencefalia, etc.).</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
Isoimunização RH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior.</li> <li>• Gestante com Rh negativo e Coombs indireto positivo, em qualquer título.</li> <li>• Gestante com Rh negativo com feto apresentando achados ecográficos de anemia.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade gestacional;</li> <li>2. Resultado de tipagem sanguínea e fator Rh;</li> <li>3. Resultado de coombs indireto, com data;</li> <li>4. Resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data (se houver).</li> </ol>
Condições clínicas de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Condições fetais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemelaridade.</li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade gestacional;</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>risco à Gestação atual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Condições maternas</b></li> </ul> </li> <li>• Infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves.</li> <li>• Pneumopatias graves.</li> <li>• Nefropatias graves (como doença renal crônica, glomerulonefrite).</li> <li>• Doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática).</li> <li>• Doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia).</li> <li>• Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípideo, outras colagenoses).</li> <li>• Deformidade esquelética materna grave.</li> <li>• Desnutrição ou obesidade mórbida.</li> <li>• Diagnóstico de neoplasia maligna atual (com exceção de neoplasia de pele não melanoma).</li> <li>• Suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau).</li> <li>• Tromboembolismo venoso prévio.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Condição clínica fetal de risco (sim ou não). Se sim, qual condição e descreva altura uterina;</li> <li>3. Condição clínica materna de risco (sim ou não). Se sim, qual condição e exames realizados (quando necessário);</li> <li>4. Resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data (se houver).</li> </ol>
<p>Condições clínicas de risco em Gestação prévia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Condições fetais</b></li> <li>• História de óbito fetal no 3º trimestre.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Condições maternas</b></li> </ul> </li> <li>• Mau antecedente obstétrico (Síndrome HELLP, eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação).</li> <li>• Acretismo placentário em gestação anterior.</li> <li>• História de parto prematuro com menos de</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idade gestacional;</li> <li>2. Condição clínica materna ou fetal de risco em gestação prévia (sim ou não). Se sim, descreva condição;</li> <li>3. Resultado de ecografia obstétrica (se realizado), com data (se houver).</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	34 semanas. • Cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.	
--	---	--

### 6.1.12 – Consulta em Oftalmologia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- Distúrbios de refração ou acomodação
- Cataratas:
- Retinopatia ou outras doenças de retina
- Estrabismo
- Oculoplástica (pálpebras), vias lacrimais e órbita
- Glaucoma
- Doenças da córnea e da superfície ocular
- Toxoplasmose

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Distúrbios de Refração ou acomodação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com queixa de diminuição não aguda da acuidade visual.</li> <li>• Paciente com distúrbio de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo) ou acomodação (presbiopia) com necessidade de revisão por modificação na acuidade visual.</li> <li>• Paciente usuário de lente de contato, sem acompanhamento com oftalmologista.</li> <li>•</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descreva quadro de diminuição visual (alteração na visão para perto ou para longe) e outros achados do exame físico como: torcicolo, nistagmo, estrabismo, pterígio ou achados corneanos);</li> <li>2. Diagnóstico prévio de distúrbio de refração ou acomodação (sim ou não). Se sim, qual o distúrbio, grau da lente corretiva e quando foi última revisão oftalmológica;</li> <li>3. Medida de acuidade visual em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);</li> <li>4. Prejuízo funcional devido à</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		diminuição da acuidade visual (sim ou não). Se sim, descreva.
Cataratas em adulto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com diagnóstico de catarata, previamente operados, com necessidade de revisão por queixa de diminuição de acuidade visual.</li> <li>• Paciente com suspeita de catarata.</li> <li>•</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descreva quadro de diminuição visual e prejuízo funcional, perda de reflexo vermelho, outros achados relevantes);</li> <li>2. Medida de acuidade visual (tabela de acuidade visual em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);</li> <li>3. paciente previamente operado de catarata (sim ou não).</li> </ol>
Retinopatia ou outras doenças de retina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rastreamento retinopatia diabética:</li> <li>• -rastreamento de retinopatia diabética em gestantes com DM1 ou DM2, preferencialmente no primeiro trimestre gestacional (não é necessário encaminhar para rastreamento de gestantes com diabetes gestacional);</li> <li>• -avaliação inicial de pacientes com DM2 (no momento do diagnóstico) ou DM1 (cinco anos após o diagnóstico);</li> <li>• -rastreamento anual de retinopatia diabética em pacientes com DM1 ou DM2 (na impossibilidade de solicitar retinografia na APS).</li> <li>• Diagnóstico de retinopatia diabética identificado por retinografia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• -edema macular diabético;</li> <li>• -retinopatia proliferativa;</li> <li>• -retinopatia não proliferativa moderada/grave;</li> <li>• -retinopatia não proliferativa leve na impossibilidade de acompanhar por</li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descreva se há diminuição de acuidade visual e outros achados relevantes);</li> <li>2. Apresenta diagnóstico prévio de doença de retina (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e exame realizado no diagnóstico;</li> <li>3. Apresenta diagnóstico de diabetes (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e idade aproximada no diagnóstico;</li> <li>4. Se gestante, descreva idade gestacional;</li> <li>5. Se paciente utiliza hidroxicloroquina/cloroquina, descreva indicação, dose e quando foi o início;</li> <li>6. Realizou retinografia previamente (sim ou não). Se sim, descreva o laudo com data.</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>retinografia na APS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rastreamento de maculopatia em pacientes que utilizam cloroquina/hidroxicloroquina.</li> <li>• Outras doenças de retina estabelecidas (degeneração macular, descolamento de retina, oclusão de veia central da retina, entre outros).</li> <li>•</li> </ul>	
Estrabismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrabismo de início recente e/ou queixa de diplopia aguda após avaliação em serviço de emergência clínica,</li> <li>• Estrabismo associado à diminuição de acuidade visual ou outros sintomas como torcicolo.</li> <li>• Estrabismo em pessoas assintomáticas que desejam intervenção cirúrgica por motivo estético.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descreva idade de início, evolução e sintomas associados como diminuição de acuidade visual, torcicolo, diplopia);</li> <li>2. Descreva o tipo de desvio: esodesvio (convergente), exodesvio (divergente) ou desvio vertical;</li> <li>3. Medida de acuidade visual em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível).</li> </ol>
Oculoplástica (pálpebras), vias lacrimais órbita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pálpebras</b></li> <li>• Lesão palpebral com suspeita de neoplasia (como lesões ulceradas, pigmentares, nodulares, etc.).</li> <li>• Alteração da posição das pálpebras (ptose, ectrópio, entrópio) ou má oclusão palpebral (lagofalmo).</li> <li>• Dermatocalase (excesso de pele e flacidez na prega palpebral superior) com obstrução do eixo visual.</li> <li>• Hordéolo recorrente ou calázio sem resposta ao tratamento clínico (compressa morna, massagem e pomada oftálmica de</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrição da alteração palpebral ou de vias lacrimais, tempo de evolução, recorrência);</li> <li>2. Apresenta comprometimento funcional (sim ou não). Se sim, descreva;</li> <li>3. Realizou tratamento prévio para a condição (se indicado). Se sim, descreva.</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>antibiótico por 14 dias).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simbléfaro (adesão entre a pálpebra e a superfície ocular).</li> <li>• <b>Vias lacrimais</b></li> <li>• Epífora (lacrimejamento) crônica.</li> <li>• Dacriocistite (inflamação do saco lacrimal) crônica ou recorrente.</li> <li>• <b>Órbita</b></li> <li>• Proptose crônica (relacionada ou não a Doença de Graves).</li> </ul>	
Glaucoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita (por exemplo, por aumento da pressão intraocular ou aumento da escavação do disco óptico) ou diagnóstico de glaucoma.</li> <li>•</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Há quanto tempo apresenta diagnóstico de glaucoma;</li> <li>2. Medida de acuidade visual em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);</li> <li>3. Tratamento prévio ou atual para glaucoma, descreva medicamentos e posologia em uso;</li> <li>4. realização de cirurgia ou terapia com laser).</li> </ol>
Doença da córnea e da superfície ocular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pterígio associado a diminuição de acuidade visual.</li> <li>• Pterígio sintomático (irritação ocular) ou olho seco sem alívio com tratamento clínico (lubrificante ocular 3 a 6 vezes ao dia) por 1 mês.</li> <li>• Outras doenças da córnea sintomáticas (ceratocone, distrofia, displasia, leucoma, edema de córnea, ceratopatia bolhosa, etc.).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Apresenta diminuição de acuidade visual (sim ou não);</li> <li>3. Medida de acuidade visual<sup>1</sup> em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);</li> <li>4. Descreva tratamento realizado para condição (se indicado).</li> </ol>
Toxoplasmose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com toxoplasmose ocular que necessite acompanhamento ambulatorial, após avaliação inicial com oftalmologista na emergência.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Resultado de sorologia (IgM e IgG);</li> <li>3. Paciente apresenta</li> </ol>



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>imunossupressão (sim ou não). Se sim, causa da imunossupressão;</p> <p>4. Medida de acuidade visual (tabela de acuidade visual, em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível).</p>
--	--	--

### 6.1.13 – Consulta em Ortopedia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar
- Dor cervical e alterações em exame de imagem de coluna cervical
- Osteoartrite
- Bursite/Tendinite
- Problemas de Mão e Punho
- Dor no Joelho
- Dor no Ombro
- Dor no quadril
- Patologias do Tornozelo e Pé
- Fraturas e Luxações

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome radicular sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado.</li> <li>• Diagnóstico de estenose de canal lombar ou suspeita clínica (claudicação neurogênica).</li> <li>• Lombalgia de característica mecânica e diagnóstico de espondilolistese.</li> <li>• Dor lombar com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas:</p> <p>a) descrever características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;</p> <p>b) presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;</p> <p>c) outros sinais e sintomas</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>impossibilidade de solicitar RNM ou TC na APS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dor lombar crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.</li> </ul>	<p>relevantes (sintomas constitucionais).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tratamento em uso ou já realizado para dor lombar (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);</li> <li>Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);</li> <li>Presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual;</li> <li>Se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;</li> <li>osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;</li> <li>Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.</li> </ol>
<p>Dor cervical e alterações em exame de imagem em coluna cervical</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico de estenose de canal cervical ou mielopatia que não foram operados em caráter emergencial.</li> <li>Pacientes com cervicalgia e artrite reumatoide.</li> <li>Dor cervical e sintomas de radiculopatia (dor irradiada para os braços, fraqueza, parestesia), sem resposta após 6 semanas de tratamento clínico otimizado.</li> <li>Dor cervical com sinais de alerta, sem indicação de avaliação emergencial, na impossibilidade de solicitar RNM ou TC.</li> <li>Dor cervical crônica inespecífica sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas: <ol style="list-style-type: none"> <li>descrever características da dor, presença de sintomas de radiculopatia cervical, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;</li> <li>presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;</li> <li>outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais).</li> </ol> </li> <li>Tratamento em uso ou já realizado para dor cervical (não-farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);</li> <li>Resultado de exame de imagem,</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>com data (se realizado);</p> <p>4. Presença de imunossupressão ou artrite reumatoide (sim ou não). Se sim, qual;</p> <p>5. Se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;</p> <p>6. Osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o diagnóstico;</p> <p>7. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.</p>
<p>Osteoartrite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteoartrite de quadril, joelho ou ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).</li> <li>• Osteoartrite em mãos com deformidades que comprometam a função da mão.</li> </ul>	<p>1. Manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:</p> <p>a) dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas;</p> <p>b) hipertrofia óssea na articulação (sim ou não). Se sim, articulações acometidas;</p> <p>c) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;</p> <p>d) presença de crepitação, quando sintoma em articulação de joelho (sim ou não);</p> <p>e) outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular).</p> <p>2. Presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.</p> <p>3. Resultado de exame de imagem, com data;</p> <p>4. Resultado de velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS), com data;</p> <p>5. Índice de massa corporal (IMC);</p> <p>6. Tratamento em uso ou já</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>realizado para osteoartrite (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);</p> <p>7. Comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras).</p>
Bursite/ Tendinite	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bursite ou tendinite sem resposta satisfatória ao tratamento não farmacológico (exercícios, acompanhamento fisioterápico) otimizado por um período de 6 meses.</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas:</p> <p>a) descrever características da dor, tempo de evolução, fatores desencadeantes e de alívio;</p> <p>b) presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.</p> <p>2. Resultado de exame de imagem da região envolvida, quando realizado, com data;</p> <p>3. História prévia de trauma local (sim ou não). se sim, descreva;</p> <p>4. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade;</p> <p>5. Tratamento não farmacológico em uso ou já realizado para a dor periarticular (tipo e duração).</p>
Problemas de Mão e Punho	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial.</li> <li>Cisto sinovial recorrente, ou com dor persistente, ou que cause prejuízo funcional.</li> <li>Dedo em gatilho sem melhora com tratamento clínico otimizado<sup>1</sup>.</li> <li>Tenossinovite de Quervain sem melhora com tratamento clínico otimizado.</li> <li>Síndrome do túnel do carpo com deficit de força objetivo na mão e/ou atrofia</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas (descrever características da dor, tempo de evolução, manobras de Tinel e Phalen (quando indicado), fatores desencadeantes e de alívio, outros sinais e sintomas relevantes);</p> <p>2. Tratamento em uso ou já realizado para a condição (não-farmacológico (tipo e duração); e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>tenar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome do túnel do carpo com deficit sensitivo contínuo por 3 meses (persistente, que não apresenta períodos de melhora dos sintomas sensitivos).</li> <li>• Síndrome do túnel do carpo há mais de 6 meses sem resposta ao tratamento clínico otimizado.</li> </ul>	<p>medicação);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Conclusão da eletroneuromiografia ou exame de imagem, com data (se indicado);</li> <li>4. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.</li> </ol>
Dor no Joelho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão ligamentar do joelho com potencial indicação cirúrgica.</li> <li>• Lesão meniscal com potencial indicação cirúrgica.</li> <li>• Suspeita clínica de lesão meniscal ou ligamentar (ver quadro 11 e 12 no anexo), na impossibilidade de realizar RNM.</li> <li>• Subluxação patelar recorrente refratária ao tratamento conservador.</li> <li>• Osteoartrite de joelho com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever presença de instabilidade, bloqueio articular, crepitação, tempo de evolução, manobras ortopédicas realizadas);</li> <li>2. Apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;</li> <li>3. Resultado de exame de imagem do joelho, com data;</li> <li>4. História prévia de trauma local (sim ou não). se sim, descreva;</li> <li>5. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva;</li> <li>6. Tratamento realizado para a dor no joelho (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).</li> </ol>
Dor no Ombro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruptura total de tendão do manguito rotador evidenciada em exame de imagem.</li> <li>• Ruptura parcial de tendão do manguito rotador em progressão ou com dor refratária ao tratamento clínico otimizado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;</li> <li>3. Presença de luxação do ombro (sim ou não). Se sim, descreva quantidade de vezes;</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor no ombro refrataria ao tratamento clínico otimizado por um período de 6 meses.</li> <li>• Osteoartrite de ombro com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).</li> <li>• Luxação recorrente de ombro após avaliação em serviço de emergência.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Resultado de exame de imagem do ombro, com data;</li> <li>5. História prévia de trauma local (sim ou não). Se sim, descreva;</li> <li>6. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva;</li> <li>7. Tratamento realizado para a dor no ombro (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).</li> </ol>
Dor no Quadril	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os casos de osteonecrose (necrose avascular ou asséptica).</li> <li>• Osteoartrite de quadril com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratários ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Apresenta restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;</li> <li>3. Resultado de exame de imagem do quadril, com data;</li> <li>4. Tratamento realizado para osteoartrite de quadril (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).</li> </ol>
Patologias do Tornozelo e Pé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial.</li> <li>• Hálux valgo associado a dor recorrente ou prejuízo funcional refratário ao tratamento clínico otimizado.</li> <li>• Fascite plantar, patologias do coxim adiposo, síndrome do túnel do tarso ou metatarsalgia refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;</li> <li>3. Tratamento em uso ou já realizado para a condição (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).</li> </ol>
Fraturas e Luxações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fratura manejada em serviço de emergência e que apresenta deformidade ou prejuízo funcional, após tentativa de manejo conservador.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descreva localização da fratura e data;</li> <li>2. Descreva manejo realizado para fratura (imobilização, procedimento</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		cirúrgico, tratamento fisioterápico); 3. Apresenta deformidade ou prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
--	--	---

### 6.1.14 – Consulta em Otorrinolaringologia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- Vertigem
- Obstrução Nasal
- Rinossinusite
- Ronco e Apneia Obstrutiva do Sono
- Otite
- Hipoacusia/Perda Auditiva e Protetização Auditiva
- Disfonia persistente com sinais de alarme (disfagia ou emagrecimento ou astenia)
- Disfagia
- Suspeita de neoplasia em região de Cabeça e Pescoço
- Lesões em Glândula Salivar

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Vertigem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de doença de Ménière.</li> <li>• Vertigem posicional paroxística benigna (manobra de Dix-Hallpike) com mais de 3 episódios de recorrência após manobras de reposição otolítica (manobra de Epley).</li> <li>• Labirintite ou neuronite com sintomas que não melhoram após 15 dias de tratamento conservador (quadro 3).</li> <li>• Vertigem periférica com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS (como medicamentos, diabetes, hipertireoidismo ou hipotireoidismo descompensados).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem; fatores desencadeantes; outros sintomas associados, exame físico neurológico e otoscopia);</li> <li>2. Tratamento em uso ou já realizado para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);</li> <li>3. Resultado de TSH e glicemia de jejum ou hemoglobina glicada, com</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>data;</p> <p>4. Faz uso de medicamentos que podem causar vertigem? Se sim, quais;</p>
Obstrução Nasal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstrução nasal relacionada a fator estrutural: <ul style="list-style-type: none"> <li>-tumor nasal (obstrução nasal unilateral persistente associada a epistaxe ou drenagem purulenta);</li> <li>-desvio de septo;</li> <li>-hipertrofia de adenoide.</li> </ul> </li> <li>• Obstrução nasal associada a pólipos nasal com potencial indicação cirúrgica (como múltiplos pólipos, sintomas graves refratários ao tratamento conservador (corticoide intranasal).</li> <li>• Obstrução nasal sem etiologia definida após avaliação inicial na APS como medicamentos, rinosinusite crônica e rinite alérgica.</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas (início dos sintomas e duração, obstrução unilateral ou bilateral, presença de rinorreia, roncos, epistaxe, anosmia, desvio de septo, deformidades faciais, entre outros achados relevantes);</p> <p>2. Paciente apresenta diagnóstico de rinite ou rinosinusite crônica (sim ou não) Se sim, descreva tratamento realizado (medicamentos, com posologia e duração);</p> <p>3. Faz uso de medicamentos que causam obstrução nasal (quadro 5) (sim ou não). Se sim, quais;</p> <p>4. Descrição de exames realizados na investigação, com data (como raio-X ou tomografia de seios da face, nasofibrofaringolaringoscopia). Se houver.</p>
Rinosinusite	<p>Rinosinusite crônica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Associada a anormalidades estruturais (desvio de septo, pólipos, entre outros).</li> <li>• Refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses.</li> <li>• Rinosinusite bacteriana recorrente (<math>\geq</math> 4 episódios ao ano).</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas (características do quadro, alterações anatômicas, episódios recorrentes);</p> <p>2. Tratamento em uso ou já realizado para rinosinusite (medicamentos e posologia);</p> <p>3. Descrição de exames realizados na investigação, com data (Raio-X ou tomografia de seios da face, nasofibrofaringolaringoscopia).</p>



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>Ronco e Apneia Obstrutiva do Sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente com suspeita de SAHOS (presença de dois entre os três sintomas: roncos, sonolência diurna excessiva e pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa) associada a fator obstrutivo de via aérea superior, tais como:           <ul style="list-style-type: none"> <li>-desvio de septo nasal;</li> <li>-pólipos nasais;</li> <li>-hipertrofia de amígdalas.</li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas (descreva presença de roncos, sonolência diurna e prejuízo funcional associado, pausas respiratórias durante o sono identificados por outra pessoa, entre outros);</li> <li>Comorbidades (sim ou não). Se sim, quais;</li> <li>IMC;</li> <li>Profissão do paciente;</li> <li>Descrição dos exames realizados, com data (polissonografia, exames de imagem, nasofibrolaringoscopia).</li> </ol>
<p>Otite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membrana timpânica perfurada persistente após 6 semanas do tratamento da otite média aguda.</li> <li>Otite média crônica:           <ul style="list-style-type: none"> <li>-com efusão/otorreia que persiste por mais de 3 meses;</li> <li>-que apresenta alteração estrutural da membrana timpânica ou da orelha média;</li> <li>-com presença de hipoacusia.</li> </ul> </li> <li>Suspeita de colesteatoma (presença de acúmulo epitelial que pode estar associado a otorreia fétida persistente, hipoacusia, perda auditiva condutiva, cefaleia, vertigem).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas (descrever duração, presença de otorreia, perda auditiva, entre outros);</li> <li>Descrição da otoscopia (anormalidades, perfuração da membrana timpânica);</li> <li>Tratamento em uso ou realizado para a condição (descrever medicamentos e posologia).</li> </ol>
<p>Hipoacusia/ Perda Auditiva e Protetização auditiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perdas auditivas condutivas ou mistas com otoscopia normal.</li> <li>Hipoacusia sem alteração de otoscopia e impossibilidade de solicitar audiometria na APS.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas (duração, gravidade dos sintomas, presença de zumbido, plenitude auricular, vertigem);</li> <li>Descrição da otoscopia;</li> <li>Resultado de audiometria, quando realizada, com data.</li> </ol>
<p>Disfonia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disfonia em pessoa com alto risco de</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas (descrever</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>neoplasia (tabagista, etilista, com sintomas associados, como disfagia orofaríngea<sup>1</sup> ou odinofagia).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfonia persistente (<math>\geq 6</math> semanas) sem causa identificável.</li> <li>• Disfonia associada a procedimentos cirúrgicos de pescoço ou tórax.</li> </ul>	<p>duração, presença de sintomas constitucionais, palpação cervical);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fatores de risco: tabagismo, etilismo, profissão;</li> <li>3. História recente de cirurgia de pescoço ou tórax.</li> </ol>
Disfagia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfagia orofaríngea com sinais e sintomas sistêmicos que sugerem neoplasia (sintomas constitucionais, lesão visível a oroscopia, linfonodomegalia cervical ou supraclavicular).</li> <li>• Disfagia orofaríngea persistente com duração maior que 1 mês sem etiologia definida na APS.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever as características, frequência da disfagia, tempo de evolução, fatores desencadeantes e associados, exame físico neurológico);</li> <li>2. Medidas ou tratamentos já realizados para disfagia (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta);</li> <li>3. Comorbidades, fatores de risco e sinais de alerta para neoplasia orofaríngea.</li> </ol>
Suspeita de neoplasia em região de Cabeça e Pescoço	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Linfonodomegalia cervical ou supraclavicular com características de malignidade (<math>&gt; 2</math> cm, indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados) com outros sintomas sugestivos de neoplasia de cabeça e pescoço.</li> <li>• Disfagia orofaríngea (dificuldade para iniciar deglutição, associada à tosse, engasgamento e regurgitação nasal) em pessoa com sintomas e sinais sugestivos de malignidade (emagrecimento, inapetência, vômito sanguinolento, odinofagia).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Fatores de risco para neoplasia de cabeça e pescoço (tabagismo/etilismo);</li> <li>3. Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);</li> <li>4. Resultado de biópsia da lesão, com data (se realizado).</li> </ol>
Lesões em Glândula Salivar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de neoplasia maligna de glândulas salivares (maiores ou menores).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cistos ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares maiores (parótida, sublingual e submandibular).</li> </ul>	<p>3. Resultado de biópsia da lesão, com data (se realizado);</p> <p>4. Se processo infeccioso ou obstrutivo, descreva tratamentos já realizados (descrever tempo de acompanhamento, procedimentos e medicamentos empregados).</p>
--	--	--

### 6.1.15 – Consulta em Pneumologia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- ➔ Doença pulmonar obstrutiva crônica
- ➔ Asma de difícil controle
- ➔ Alterações em exames complementares
- ➔ Tosse crônica e dispneia após investigação inconclusiva na atenção básica e a ausência de resposta ao tratamento para as causas mais comuns
- ➔ Síndrome de apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS)
- ➔ Tabagismo com falência de tratamento na atenção básica (cinco tentativas com tratamento apropriado), e com ausência de comorbidade psiquiátrica ou dependência de drogas incluindo álcool

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Doença pulmonar obstrutiva crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPOC de difícil controle (duas ou mais internações ou idas à emergência por exacerbação de DPOC no último ano, em uso de corticoide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação).</li> <li>• DPOC muito grave (VEF1 menor do que 30% do previsto).</li> <li>• Paciente que persiste sintomático (pontuação maior ou igual a 2 na escala de dispneia mMRC ou pontuação maior ou igual a 10 na Ferramenta de Avaliação do</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas (descrever baseado nas últimas quatro semanas: frequência e intensidade das crises; pontuação na escala de dispneia mMRC ou no instrumento de avaliação do DPOC (CAT); outras alterações relevantes);</p> <p>2. Tabagismo (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços ano);</p> <p>3. Medicações em uso para DPOC</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>DPOC (CAT)), mesmo com tratamento otimizado (em uso de corticoide inalatório e beta-2 agonista de longa ação ou anticolinérgico de longa ação).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de cor pulmonale.</li> <li>• Avaliação para oxigenoterapia domiciliar prolongada (saturação de oxigênio menor ou igual a 92% em repouso no ar ambiente e fora de crise).</li> <li>•</li> </ul>	<p>(profiláticas e de alívio);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Número de exacerbações com uso de corticoide oral e antibioticoterapia, no último ano;</li> <li>5. Quantidade de internações ou atendimentos de emergência no último ano por exacerbação do DPOC;</li> <li>6. Descrição da espirometria, com data;</li> <li>7. Descrição do raio-X de tórax, com data;</li> <li>8. Se avaliação para oxigenoterapia, descrever dois resultados de gasometria ou saturação de oxigênio (paciente respirando em ar ambiente e fora de exacerbação), com data.</li> </ol>
<p>Asma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma de difícil controle (tratamento clínico em estágio 5).</li> <li>• Asma grave (paciente que necessita manter tratamento nos estágios 4 e 5 por mais de 6 meses para controle dos sintomas).</li> <li>• Pacientes com indicadores de fatalidade.</li> <li>• Asma lábil (crises que iniciam abruptamente e de forma grave, principalmente quando o paciente não consegue reconhecer sintomas iniciais da crise).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever baseado nas últimas quatro semanas: frequência e intensidade das crises diurnas e noturnas, frequência de uso de beta-2 de curta ação por semana, limitação a atividade física devido à asma, sintomas associados à exposição ocupacional, outras alterações relevantes);</li> <li>2. Tratamento para asma profilático e de alívio (medicamentos utilizados com dose e posologia);</li> <li>3. Número de exacerbações com uso de corticoide oral no último ano;</li> <li>4. Quantidade de internações ou procura a serviços de emergência</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>no último ano;</p> <p>5. Paciente apresenta indicadores de fatalidade (sim ou não) (ver quadro 3, no anexo). Se sim, quais;</p> <p>6. Descrição da espirometria, com data;</p> <p>7. Descrição do raio-X de tórax, com data.</p>
Alterações em exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações em exames complementares compatíveis com doença pulmonar intersticial.</li> <li>• Alterações em exames complementares que geram dúvida diagnóstica.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Tabagismo atual ou passado (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços/ano);</li> <li>3. Exposição ocupacional ou medicamentosa de risco pulmonar atual ou prévio (sim ou não). Se sim, indicar qual;</li> <li>4. História prévia de neoplasia (sim ou não). Se sim, qual e se realizou radioterapia torácica;</li> <li>5. História familiar de neoplasia pulmonar (sim ou não). Se sim, qual grau de parentesco;</li> <li>6. Descrição do exame de imagem de tórax, com data;</li> <li>7. Descrição de exame de imagem de tórax prévio, quando disponível, com data.</li> </ol>
Tosse crônica e dispneia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com tosse crônica, após investigação inconclusiva na APS e ausência de resposta ao tratamento empírico para as causas mais comuns (síndrome da tosse de vias aéreas superiores, asma, doença do refluxo gastroesofágico, DPOC).</li> <li>• Pacientes com dispneia crônica de provável etiologia pulmonar, após</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (tempo de evolução, atentar principalmente para anamnese e exame físico cardiológico e pneumológico);</li> <li>2. Tabagismo (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em maços/ano);</li> <li>3. Descrição de exame de imagem</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	investigação inconclusiva na APS.	<p>de tórax, com data;</p> <p>4. Descrição de espirometria, com data;</p> <p>5. Se presença de dispneia, resultado de eletrocardiograma em repouso, com data;</p> <p>6. Se presença de tosse:</p> <p>a) escrever resultado do BAAR, com data (se negativo, mínimo dois exames em dias distintos);</p> <p>b) utiliza medicação anti-hipertensiva da classe dos inibidores da ECA (sim ou não). Se sim, qual.</p> <p>7. Tratamentos já realizados ou em uso para o sintoma.</p>
Síndrome de apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes com suspeita de SAHOS na indisponibilidade de solicitar polissonografia na APS.</li> <li>Diagnóstico de SAHOS moderado/grave (maior ou igual a 15 eventos por hora) determinado por polissonografia.</li> </ul>	<p>1. Presença de roncos (sim ou não);</p> <p>2. Presença de sonolência diurna (sim ou não). Se sim, descrever em que períodos/atividades isso ocorre e a frequência semanal;</p> <p>3. Presença de pausas respiratórias durante o sono (sim ou não);</p> <p>4. Comorbidades (sim ou não). Se sim, quais;</p> <p>5. Profissão do paciente;</p> <p>6. Resultado de polissonografia, com data (se realizado).</p>
Tabagismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falência de tratamento na APS (5 tentativas com tratamento apropriado: apoio individualizado ou grupo sistematizado e tratamento farmacológico) ou indisponibilidade deste tratamento.</li> <li>Idade superior a 18 anos.</li> </ul>	<p>1. Número de cigarros/dia e idade de início do tabagismo;</p> <p>2. Pontuação no Teste de Fagerström;</p> <p>3. Estágio de motivação para cessação do tabagismo;</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teste Fagerström acima de 6.</li> <li>• Motivado para cessação do tabagismo (na fase de preparação).</li> <li>• Ausência de comorbidade psiquiátrica importante ou dependência de drogas (incluindo álcool).</li> </ul>	<p>4. Descrição das doenças relacionadas ou agravadas pelo tabagismo, se presentes, incluindo doenças não respiratórias;</p> <p>5. Apresenta comorbidade psiquiátrica (sim ou não). Se sim, está controlada?</p> <p>6. Tratamentos anteriormente realizados para cessação do tabagismo;</p> <p>7. Relato do número de vezes que o paciente já tentou parar de fumar.</p>
--	--	--

\* Ressaltamos que o acompanhamento clínico da asma ocupacional deve ser feito na APS.

\*\* Paciente com suspeita de tuberculose deve ser avaliado, se necessário, em serviço de tisiologia de referência.

### 6.1.16 – Consulta em Reumatologia – Geral

#### Principais Motivos do Encaminhamento

- ➔ Artrite Reumatoide
- ➔ Artrite Psoriásica
- ➔ Lúpus Eritematoso Sistêmico
- ➔ Dor Lombar e alterações em exame de imagem de Coluna Lombar
- ➔ Artrite por deposição de cristais (GOTA)
- ➔ Osteoartrite
- ➔ Fibromialgia

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Artrite reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de artrite reumatoide.</li> <li>• Suspeita de artrite reumatoide.</li> </ul>	<p>1. Manifestações clínicas que sugiram diagnóstico:</p> <p>a) presença de artrite (sim ou não).</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;</p> <p>b) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;</p> <p>c) teste do aperto das articulações metacarpofalangeanas ou metatarsofalangeanas (teste do squeeze) positivo (sim ou não);</p> <p>d) outros sinais ou sintomas.</p> <p>2. Descrição da radiografia das mãos, punhos e pés, com data (se necessário);</p> <p>3. Resultado de fator reumatoide, com data;</p> <p>4. Resultado de proteína c reativa (PCR) ou velocidade de hemossedimentação (VHS/ VSG), com data.</p>
<p>Artrite psoriásica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de artrite psoriásica.</li> <li>• Suspeita de artrite psoriásica.</li> </ul>	<p>1. Manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:</p> <p>a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;</p> <p>b) presença de distrofia ungueal psoriásica típica (onicólise, pitting, hiperkeratose) (sim ou não);</p> <p>c) presença de dactilite ou história recente de edema e eritema de dedos (sim ou não);</p> <p>d) presença de entesite (dor ou aumento de sensibilidade, especialmente no tendão de aquiles e/ou fásia plantar) (sim ou não);</p> <p>e) outros sinais ou sintomas.</p> <p>2. Psoríase cutânea atual (sim ou</p>



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>não);</p> <p>3. História prévia de psoríase cutânea (sim ou não);</p> <p>4. História familiar de psoríase (sim ou não);</p> <p>5. Resultado de fator reumatoide, com data;</p> <p>6. Resultado de exame de imagem da articulação acometida, com data (se necessário), se houver.</p>
<p>Lúpus Eritematoso Sistêmico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de LES.</li> <li>• Suspeita de LES (pelo menos 3 critérios clínicos/laboratoriais).</li> </ul>	<p>1. Manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico;</p> <p>a) presença de exantema malar (sim ou não);</p> <p>b) presença de fotossensibilidade (sim ou não);</p> <p>c) presença de exantema discoide (sim ou não);</p> <p>d) presença de úlcera oral (sim ou não);</p> <p>e) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características e tempo de evolução;</p> <p>f) presença de serosite (pleurite ou pericardite) (sim ou não);</p> <p>g) presença de sinais ou sintomas neurológicos (sim ou não). Se sim, descrever quais;</p> <p>h) presença de outros sinais ou sintomas (sintomas constitucionais, fenômeno de Raynaud). Se sim, descreva quais.</p> <p>2. Resultado proteinúria em EQU/EAS/Urina Tipo 1 ou avaliação quantitativa de proteinúria (relação proteinúria/creatinúria ou</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>microalbuminúria em amostra, conforme disponibilidade local), com data;</p> <p>3. Resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia quando presente), com data;</p> <p>4. Se anemia, resultado de exames para avaliar hemólise (reticulócitos, LDH, bilirrubinas e Coombs direto), com data;</p> <p>5. Resultado de fator antinuclear (FAN), com data.</p>
<p>Dor Lombar e alterações em exames de imagem de coluna Lombar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor lombar crônica (mais de 3 meses) de característica inflamatória.</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas:</p> <p>a) descrever características da dor, presença ou não de cialgia ou claudicação neurogênica, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio;</p> <p>b) presença de alterações em exame físico neurológico(sim ou não). Se sim, descreva;</p> <p>c) outros sinais e sintomas relevantes (sintomas constitucionais).</p> <p>2. Tratamento em uso ou já realizado para dor lombar (não-farmacológico, tipo e duração; e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);</p> <p>3. Resultado de exame de imagem, com data (se realizado);</p> <p>4. Presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual;</p> <p>5. Se suspeita de neoplasia, descreva o motivo;</p> <p>6. Osteoporose prévia (sim ou não). Se sim, descreva como foi feito o</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>diagnóstico;</p> <p>7. Associação do sintoma com atividade laboral (sim ou não). Se sim, descreva a atividade.</p>
Artrite por deposição de cristais (GOTA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de gota e crises recorrentes (3 ou mais no ano) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não-farmacológico e farmacológico).</li> <li>• Diagnóstico de gota e ácido úrico fora do alvo terapêutico (alvo determinado por ácido úrico sérico &lt;6 mg/dL em pessoas sem tofo gotoso e &lt; 5 mg/dL em pessoas com tofogotoso) mesmo com adequada adesão ao tratamento otimizado (não-farmacológico e farmacológico).</li> <li>• Diagnóstico de gota e origem incerta da hiperuricemia (jovens, mulheres pré-menopausa).</li> </ul>	<p>1. Manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:</p> <p>a) presença de artrite (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas, características (calor, rubor, edema) e tempo de evolução do quadro;</p> <p>b) presença de tofo (sim ou não);</p> <p>c) número de crises no último ano;</p> <p>d) outros sinais e sintomas relevantes.</p> <p>2. Resultado de ácido úrico sérico, com data;</p> <p>3. Resultado de creatinina sérica, com data;</p> <p>4. Cor da pele (para cálculo de taxa de filtração glomerular);</p> <p>5. Tratamentos em uso ou já realizados para gota (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose e posologia);</p> <p>6. Outras medicações em uso.</p>
Osteoartrite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de doença articular inflamatória como artrite reumatoide ou artrite psoriásica.</li> <li>• Dor por osteoartrite sem melhora após tratamento clínico otimizado por 6 meses, na ausência de serviço especializado para tratamento de dor crônica.</li> </ul>	<p>1. Manifestações clínicas que sugeriram o diagnóstico:</p> <p>a) dor articular (sim ou não). Se sim, quais articulações acometidas;</p> <p>b) hipertrofia óssea na articulação (sim ou não). Se sim, articulações acometidas;</p> <p>c) presença de rigidez matinal (sim ou não). Se sim, descreva duração;</p> <p>d) presença de crepitação, quando</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>sintoma em articulação de joelho (sim ou não);</p> <p>e) outros sinais e sintomas relevantes (edema da articulação, calor local, deformidade articular);</p> <p>2. Presença de restrição de movimento/prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;</p> <p>3. Resultado de exame de imagem, com data, se houver;</p> <p>4. Resultado de velocidade de hemossedimentação (VSG/VHS), com data;</p> <p>5. Índice de massa corporal (IMC);</p> <p>6. Tratamento em uso ou já realizado para osteoartrite (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);</p> <p>7. Comorbidades associadas (psoríase, doença inflamatória intestinal e outras).</p>
<p>Fibromialgia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspeita de doença articular inflamatória.</li> </ul>	<p>1. Sinais e sintomas:</p> <p>a) citar áreas em que o paciente sente dor, características da dor e tempo de evolução;</p> <p>b) presença de fadiga (sim ou não). Se sim, descreva gravidade;</p> <p>c) paciente apresenta sono reparador (sim ou não). Se não, descreva gravidade;</p> <p>d) presença de sintomas cognitivos (sim ou não). Se sim, descreva-os e a gravidade;</p> <p>e) outros sinais e sintomas gerais (edema articular, fraqueza, fenômeno de Raynaud, alteração</p>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>hábito intestinal, sintomas constitucionais) (sim ou não). Se sim, quais.</p> <p>2. Paciente apresenta comorbidades psiquiátrica (sim ou não). Se sim, qual e medicamentos em uso;</p> <p>3. Tratamento em uso ou já realizado para fibromialgia (não farmacológico (tipo e duração) e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação).</p>
--	--	---

### 6.1.17 – Consulta em Urologia – Geral

#### Principais Motivos de Encaminhamento

- Lesões em pênis
- Hiperplasia prostática benigna (HBP)
- Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)
- Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por três meses
- Disfunção sexual masculina (ejaculação precoce e doença Peyronie)
- Litíase renal
- Cistos/doença policística renal
- Doença renal crônica
- Infecção urinária recorrente (ITU)
- Condiloma acuminado/Verrugas Virais

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Hiperplasia prostática benigna (HBP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical).</li> <li>• HPB com episódio de obstrução urinária</li> </ul>	1. Sinais e/ou sintomas (tempo de início, histórico de retenção urinária, descrição de toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

	<p>aguda (após avaliação na emergência);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HPB e infecção urinária recorrente (ver protocolo infecção urinária recorrente).</li> <li>• Sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria) refratário ao tratamento clínico otimizado (uso de medicamento alfa-bloqueador por pelo menos 30 dias em doses usuais (como doxazosina 4 mg/dia) e, nos casos de próstata maior que 40 g ou PSA total maior que 1,4 ng/ml, uso concomitante de inibidor da 5-alfa redutase (finasterida 5 mg/dia) por pelo menos 6 meses).</li> </ul>	<p>de assimetria ou nódulo);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Tratamento em uso ou já realizado para sintomas urinários (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);</li> <li>3. Resultado do exame de PSA total, com data;</li> <li>4. Resultado de exame de creatinina sérica, com data;</li> <li>5. Cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;</li> <li>6. Resultado de ecografia abdominal ou vias urinárias ou próstata, com data, quando realizada.</li> </ol>
<p>Neoplasia de próstata</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neoplasia em biópsia prostática.</li> <li>• Suspeita clínica (toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria).</li> <li>• Pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade. Nesses casos excluir aumento por infecção urinária ou prostatite e, se infecção, repetir PSA total após um mês do tratamento.</li> <li>• Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ml.</li> <li>• Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total menor do que 10 ng/ml persistentemente elevado para sua idade (repetir PSA total após 1 mês).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);</li> <li>2. Resultado de biópsia prostática, se realizada;</li> <li>3. Resultado de PSA total, com data (se PSA total &lt; 10 ng/mL em paciente assintomático ou PSA elevado para sua idade em pessoa com sintomas de infecção urinária/prostatite, descreva dois exames com intervalo mínimo de um mês);</li> <li>4. Resultado de EQU/EAS/urina tipo 1, com data.</li> </ol>
<p>Patologias escrotais benignas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologias escrotais benignas sintomáticas.</li> <li>•</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sinais e sintomas (incluir tempo de evolução, frequência, fatores desencadeantes ou de alívio);</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>(hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)</p>		<p>2. descrição da ecografia escrotal, com data (se realizado).</p>
<p>Incontinência urinária</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (exercícios para músculo do assoalho pélvico, treinamento vesical e intervenções no estilo de vida (perda de peso quando necessário, diminuição da ingestão de cafeína/álcool).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso);</li> <li>3. Resultado de urocultura, com data;</li> <li>4. Resultado do estudo urodinâmico, com data (se disponível);</li> <li>5. Tratamento em uso ou já realizado para incontinência urinária (medicamentos utilizados com dose e posologia);</li> <li>6. Outros medicamentos em uso que afetam continência urinária (sim ou não). Se sim, quais.</li> </ol>
<p>Disfunção sexual masculina</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 meses.</li> <li>• Disfunção erétil e contraindicação (hipersensibilidade ao fármaco ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5.</li> <li>• Doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Tratamento em uso ou já realizado para disfunção erétil (medicamentos utilizados com dose e posologia);</li> <li>3. Outros medicamentos em uso com posologia;</li> <li>4. Se paciente com doença de Peyronie, apresenta incapacidade para manter relação sexual (sim ou não);</li> <li>5. Se suspeita de hipogonadismo descreva, com data, o resultado de dois exames de testosterona total, coletados em dias diferentes.</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>Litíase renal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cálculo ureteral maior que 10 mm; ou</li> <li>• Cálculo ureteral entre 4 mm e 10 mm que não foi eliminado após 6 semanas de tratamento clínico.</li> <li>• Cálculo vesical.</li> <li>• Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematúria ou infecção de trato urinário).</li> <li>• Cálculo renal assintomático maior que 10 mm.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas;</li> <li>2. Resultado de ecografia urinária ou raio-X, com data (para cálculos menores ou iguais a 10 mm, são necessários dois exames, com no mínimo 6 semanas de intervalo entre eles);</li> <li>3. Resultado de exame de creatinina sérica, com data;</li> <li>4. Cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;</li> <li>5. Tratamentos em uso ou já realizados para litíase renal;</li> <li>6. Investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descrever achados nos exames séricos e de eletrólitos da urina de 24 horas.</li> </ol>
<p>Cistos/doença policística renal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cistos com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F).</li> <li>• Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinais e sintomas (descrever presença de dor lombar ou outro achado relevante);</li> <li>2. Resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia), com data. O exame deve descrever tamanho dos cistos, número e localização;</li> <li>3. Resultado de exame de creatinina sérica, com data;</li> <li>4. Cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;</li> <li>5. Resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1, com data (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 8 semanas entre eles e resultado de hemácias</li> </ol>



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		dismórficas); 6. Presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não), e parentesco com o paciente.
Doença renal crônica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), independente da taxa de filtração glomerular.</li> <li>Alterações que provoquem lesão ou perda da função renal.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de intervalo entre eles);</li> <li>Cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração glomerular;</li> <li>Resultado microalbuminúria em amostra, albuminúria em 24 horas ou relação albuminúria/creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;</li> <li>Resultado EQU/EAS/Urina Tipo 1 (se hematúria, descreva 2 exames com intervalo mínimo de 8 semanas entre eles e resultado de hemácias dismórficas<sup>1</sup>), com data;</li> <li>Resultado de ecografia de vias urinárias, quando realizada, com data.</li> </ol>
Infecção urinária recorrente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano).</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;</li> <li>Resultado de exame de creatinina sérica, com data;</li> <li>Cor da pele (preta ou não), para cálculo da taxa de filtração</li> </ol>



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		<p>glomerular;</p> <p>4. Resultado de ecografia das vias urinárias, com data;</p> <p>5. Descrever se foi realizado profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia);</p> <p>6. Em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retocele ou prolapso uterino.</p>
Condiloma acuminado/Ver rugas Virais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).</li></ul>	<p>1. Descrição da lesão, incluir localização, extensão, evolução, toque retal, (quando condiloma anorretal);</p> <p>2. Resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;</p> <p>3. Tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração).</p>

## 6.2 – CONSULTAS EM ESPECIALIDADES MULTIPROFISSIONAIS

ESPECIALIDADES MULTIPROFISSIONAIS	PROCEDIMENTO – SISREG III
Consulta em Nutrição	0301010048 – CONSULTA EM NUTRIÇÃO
Consulta em Fonoaudiologia	0301010048 – CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA
Consulta em Fisioterapia	0301010048 – CONSULTA EM FISIOTERAPIA

### 6.2.1 – Consulta em Nutrição

#### Principais motivos de encaminhamento:

- ➔ Condições crônicas não transmissíveis de difícil controle: desnutrição, obesidade, diabetes mellitus, cardiopatia, dislipidemias, gestação de alto risco, hepatopatias, síndrome metabólica, osteoporose, nefropatia, doenças pulmonares, neuropatia, neoplasias e outras
- ➔ Distúrbios crônicos do trato gastrointestinal: doença do refluxo gastroesofágico, gastrite, úlceras, doenças inflamatórias intestinais e outras
- ➔ Doenças crônicas não transmissíveis de difícil controle: desnutrição, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemias, síndrome metabólica, osteoporose, neoplasias e outras
- ➔ Gestação de alto risco
- ➔ Alergias e intolerâncias alimentares
- ➔ Doenças inflamatórias intestinais
- ➔ Doenças carenciais: anemias e hipovitaminoses
- ➔ Transtornos alimentares: anorexia e bulimia
- ➔ Insuficiências orgânicas com comprometimento nutricional: renal, hepática, pancreática, cardíaca, pulmonar e outras
- ➔ Pacientes em terapia nutricional: crianças com fórmulas infantis específicas, pacientes com suplementação nutricional via oral e pacientes em uso de dieta enteral

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Condições crônicas não transmissíveis de difícil controle e outros agravos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestabelecidas pelo médico e/ou demais profissionais da Policlínica.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico clínico;</li> <li>2. Estado nutricional antropométrico, de acordo com a classificação do Índice de Massa Corporal;</li> <li>3. Exames laboratoriais recentes relacionados ao motivo do</li> </ol>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

		encaminhamento; 4. Medicamentos em uso.
--	--	--

### 6.2.2 – Consulta em Fonoaudiologia

#### Principais Motivos do Encaminhamento:

- Doenças degenerativas, neuropatias, câncer de cabeça e pescoço e alterações de voz e deglutição comuns no envelhecimento (presbifagia, presbifonia).

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
Doenças degenerativas, neuropatias, câncer de cabeça e pescoço, alterações de voz e deglutição comuns no envelhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestabelecidas pelo médico e/ou demais profissionais da Policlínica.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico clínico;</li> <li>2. Exames laboratoriais recentes relacionados ao motivo do encaminhamento;</li> <li>3. Medicamentos em uso.</li> </ol>

### 6.2.3 – Consulta em Fisioterapia

DIAGNÓSTICO INICIAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO	CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA O ENCAMINHAMENTO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestabelecidas pelo médico e/ou demais profissionais da Policlínica.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico clínico.</li> <li>2. Exames laboratoriais recentes relacionados ao motivo do encaminhamento.</li> <li>3. Medicamentos em uso.</li> </ol>



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

## **7 – SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT**

As solicitações de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT deverão ser lançados previamente no SISREG pelo município após encaminhamento do médico e respeitar os seguintes requisitos para autorização:

### **7.1 – ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

Para solicitar endoscopia digestiva alta o procedimento no SISREG III é: **0209010037 – ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.**

O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo Nº 01.

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia digestiva alta.</li> <li>• Esofagite de refluxo.</li> <li>• Úlcera gástrica com pesquisa de Helicobacter Pylori.</li> <li>• Úlcero duodenal com pesquisa de Helicobacter Pylori.</li> <li>• Câncer gástrico.</li> <li>• Hérnia de Hiato.</li> <li>• Cirrose hepática.</li> <li>• Varizes esofagianas.</li> <li>• Anemia a esclarecer.</li> <li>• Neoplasia a esclarecer.</li> <li>• Dor epigástrica.</li> <li>• Dor abdominal.</li> <li>• Metástases.</li> <li>• Disfagia.</li> <li>• Odinofagia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes não cooperativos.</li> <li>• Diverticuloses esofagianas.</li> <li>• Suspeita de perfuração no trato digestivo.</li> <li>• Cirurgia recente do trato digestivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• História de patologia pregressa e história familiar;</li> <li>• Exames Físico com ênfase no aparelho digestivo.</li> </ul>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

**7.2 – COLONOSCOPIA**

Para solicitar colonoscopia o procedimento no SISREG III é: **020901002-9 – COLONOSCOPIA.**

O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo Nº 01.

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia digestiva baixa.</li> <li>• Doenças inflamatórias intestinais.</li> <li>• Diarreia crônica.</li> <li>• Constipação.</li> <li>• Massa tumoral de cólon</li> <li>• Doença inflamatórias intestinais.</li> <li>• Doenças diverticular do cólon.</li> <li>• Pólipos do cólon.</li> <li>• Corpo estranho.</li> <li>• Doença vascular – Angiodisplasia.</li> <li>• Avaliação preventiva em paciente maior de 40 anos com história familiar de neoplasia de ovários, mama e útero e maior de 50 anos com antecedentes pessoais, pólipos, retocolite e Chron.</li> <li>• Pacientes sem queixa após 60 anos – exame a cada 10 anos.</li> <li>• Retite actínica.</li> <li>• Esquistossomose retal.</li> <li>• Dor retal.</li> <li>• Massa abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente debilitado.</li> <li>• Suspeita de Perfuração de víscera oca.</li> <li>• Cirurgia de alça intestinais recente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História clínica detalha com antecedente pessoal e familiares relacionados à patologia.</li> <li>• Exame físico específico do aparelho digestivo.</li> <li>• Ultrassonografia, retossigmoidoscopia ou exame radiológico.</li> </ul>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

intracavitária. • Dolicocólon. • Patologias congênitas ano retais.		
--	--	--

### 7.3 – ELETROCARDIOGRAMA

Para solicitar eletrocardiograma o procedimento no SISREG III é: **0211020036 – ELETROCARDIOGRAMA.**

O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo Nº 01.

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial cardiológica.</li> <li>• Rotina pré-operatório.</li> <li>• Sincope ou pré-síncope.</li> <li>• Angina Pectoris.</li> <li>• Dor Torácica.</li> <li>• Dispneia.</li> <li>• Fadiga extrema ou inexplicada.</li> <li>• Hipertensão arterial pulmonar.</li> <li>• Arritmias.</li> <li>• Hipertensão Arterial Sistêmica.</li> <li>• AVC recente.</li> <li>• Uso dos medicamentos que possam alterar o ritmo cardíaco.</li> <li>• Sopros.</li> <li>• Doença cardiovascular adquirida ou congênita.</li> <li>• Endocardite Infecciosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há.</li> <li>• Não é exame de escolha no controle terapêutico da doença coronariana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• ECG Prévio.</li> </ul>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesões valvulares inclusive prolapso de válvula mitral.</li> <li>• Prótese valvar, avaliação.</li> </ul>		
---	--	--

#### 7.4 – ULTRASSONOGRAFIA

Para solicitar ultrassonografia o procedimento no SISREG III é: **GRUPO ULTRASSONOGRAFIA.**

0205010040 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS

0205010059 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO

0205020038 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR

0205020046 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL

0205020054 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO

0205020062 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO

0205020070 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL

0205020097 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL

0205020100 ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL

0205020127 ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE

0205020143 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

0205020151 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO

0205020160 ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)

0205020186 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL

O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo Nº 01.

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicação Médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• Raio-X simples.</li> <li>• Conforme o caso.</li> </ul>



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

### 7.5 – CAMPIMETRIA

Procedimento agendado internamente após consulta com profissional médico oftalmologista. O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo N° 01.

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Controle do glaucoma.</li> <li>Doenças de mácula.</li> <li>Doenças retiniana.</li> <li>Doenças neurológicas do trato ótico.</li> <li>Emissão de laudos.</li> <li>Catarata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não há.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História Clínica.</li> <li>Exame Físico.</li> </ul>

### 7.6 – BIOMETRIA

Procedimento agendado internamente após consulta com profissional médico oftalmologista. O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo N° 01.

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pré-operatório de cirurgia de catarata.</li> <li>Controle do glaucoma congênito.</li> <li>Refração em crianças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não há.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não há.</li> </ul>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

### 7.7 – ELETROENCEFALOGRAFIA

Para solicitar eletroencefalografia o procedimento no SISREG III é: **0211050024 – ELETROENCEFALOGRAMA.**

O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo Nº 01.

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilepsias generalizadas e focais</li> <li>• Diagnóstico.</li> <li>• Acompanhamento e planejamento terapêutico.</li> <li>• Investigação de crise epilética.</li> <li>• Encefalopatia metabólica.</li> <li>• Intoxicação por drogas</li> <li>• Ausência (todos os tipos).</li> <li>• Determinar morte cerebral em comatosos.</li> <li>• Investigação de demência rapidamente progressiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica detalhada.</li> <li>• Exame Físico com ênfase nos dados neurológicos principalmente focais.</li> </ul>

### 7.8 – ELETRONEUROMIOGRAFIA

Para solicitar eletroneuromiografia o procedimento no SISREG III é: **0211050083 - ELETRONEUROMIOGRAFIA.**

O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo Nº 01.

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miopatias.</li> <li>• Doença da junção neuromuscular;</li> <li>• Polineuropatias.</li> <li>• Mononeuropatias simples e múltiplas.</li> <li>• Doenças do neurônio motor – ELA e variantes.</li> <li>• Polirradiculoneurites; agudas e crônica, inflamatórias ou não.</li> <li>• Neuropatia do nervo facial;</li> <li>• Radiculopatias cervicais e lombo–sacro.</li> <li>• Plexopatias.</li> <li>• Miotonias.</li> <li>• Neuropatias motoras sensitivas;</li> <li>• Síndrome de Guillan Barré e similares.</li> <li>• Distonias.</li> <li>• Traumatismo sobre nervos, plexos ou coluna.</li> <li>• Pré e pós-operatório de cirurgias de nervos periféricos.</li> <li>• Síndrome do túnel do carpo, do tarso e outras síndromes compressivas focais.</li> <li>• Incontinência esfinteriana anal.</li> <li>• Disfunção erétil.</li> <li>• Mioclonias.</li> <li>• Mio fasciculações de origem recente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portadores de marca-passo e/ou cardiopatias de condução.</li> <li>• Usuários portadores de doença grave consumptiva.</li> <li>• Pneumotórax.</li> <li>• Infecção cutânea no local do exame.</li> <li>• Peritonite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica detalhada.</li> <li>• Exame Físico com ênfase nos dados neurológicos principalmente focais.</li> <li>• Descrição dos resultados de exames prévios relacionados ao quadro.</li> </ul>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclerose múltipla;</li> <li>• Mielopatias.</li> <li>• Perícia Médica.</li> </ul>		
--	--	--

### 7.9 – ESPIROMETRIA

Para solicitar espirometria o procedimento no SISREG III é: **0211080055 – ESPIROMETRIA.**

O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo Nº 01.

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspeita de lesão obstrutiva brônquica.</li> <li>• Dispneia progressiva sem causa aparente.</li> <li>• História de entubação traqueal pregressa.</li> <li>• Hipertensão Pulmonar.</li> <li>• Síndrome hepato pulmonar.</li> <li>• Hipoxemia.</li> <li>• DPOC.</li> <li>• Asma.</li> <li>• Pós Cirurgia de Ressecção pulmonar, brônquica e bronquiectasia.</li> <li>• Enfisema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem contra indicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História clínica.</li> <li>• Exame físico do AP respiratório</li> <li>• Raio X tórax.</li> <li>• Outros exames.</li> </ul>

### 7.10 – HOLTER / MAPA

Para solicitar holter / mapa o procedimento no SISREG III é: **0211020044 – MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS).**

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo Nº 01.

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação de lesão isquêmica no Infarto.</li> <li>• agudo do miocárdio (pós IAM).</li> <li>• Insuficiência cardíaca congestiva (ICC).</li> <li>• Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).</li> <li>• Miocardiopatias</li> <li>• Hipertensão Ventricular Esquerda (HVE).</li> <li>• Arritmias.</li> <li>• Valvulopatias.</li> <li>• Insuficiência Coronariana.</li> <li>• Síncope.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há.</li> <li>• Não é o melhor exame para controle terapêutico da doença coronariana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• ECG.</li> <li>• Teste Ergométrico ou Ecocardiograma.</li> </ul>

### 7.11 – MAMOGRAFIA

Para solicitar mamografia o procedimento no SISREG III é: **0204030188 - MAMOGRAFIA BILATERAL.**

O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo Nº 01.

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres com idade entre 50 e 69 anos bianual.</li> <li>• Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, com fator de risco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• USG ou mamografia prévia (se houver).</li> </ul>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nódulos.</li> <li>• Alterações da pele das mamas, fluxo papilar.</li> <li>• Linfonodo axilar suspeito.</li> <li>• Mulheres em tratamento de Reposição Hormonal.</li> <li>• Achado anormal em mamografia anterior.</li> </ul>		
---	--	--

### 7.12 – URODINÂMICO

Para solicitar urodinâmico o procedimento no SISREG III é: **021109001-8 – AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA.**

O Instrumento de registro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para solicitação é o Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I), conforme anexo N° 01.

INDICAÇÃO	CONTRA INDICAÇÃO	PRÉ-REQUISITO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bexiga neurogênica.</li> <li>• Prostatismo.</li> <li>• Incontinência urinária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>

### 7.13 – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

O procedimento para solicitação SISREG III é: **GRUPO – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA** o código Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) está discriminado na tabela abaixo.

O Instrumento de registro no (SIGTAP) para solicitação é a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (BPA-I) SUS, conforme anexo N° 01.

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<b>Procedimento</b>	<b>Código do Procedimento – SIGTAP</b>	<b>Procedimento no SISREG</b>
Tomografia computadorizada de coluna cervical	020601001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL
Tomografia computadorizada de coluna torácica	020601003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA
Tomografia computadorizada de face/ articulações têmporo-mandibulares	020601004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ ARTICULAÇÕES TÊMPORO- MANDIBULARES
Tomografia computadorizada do pescoço	020601005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO
Tomografia computadorizada de sela túrcica	020601006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA
Tomografia computadorizada do crânio	020601007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO
-Tomografia computadorizada de articulações de membro superior direito -Tomografia computadorizada de articulação de membro superior esquerdo	020602001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
-Tomografia computadorizada de segmentos apendiculares – (braço, antebraço, mão, coxa, perna e pé) direito -Tomografia computadorizada de segmentos apendiculares – (braço, antebraço, mão, coxa, perna e pé) esquerda	020602002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES DIREITO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES ESQUERDO
Tomografia computadorizada de tórax	020602003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX
Tomografia de hemitórax, pulmão ou do mediastino	020602004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITÓRAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO
Tomografia computadorizada de	020603001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

abdômen superior		DE ABDÔMEN SUPERIOR
Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior	020603002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR
Tomografia computadorizada de pelve/ bacia /abdômen inferior	020603003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/ BACIA /ABDÔMEN INFERIOR

- ◆ **Por motivos de especificação do aparelho, encaminhar pacientes até 100 kg para realizarem exames.**
- ◆ **Tomografias realizadas sem a utilização de contraste.**

➔ **Tomografia computadorizada de coluna vertebral**

- Pescoço;
- Cervical;
- Dorsal ou torácica;
- Lombo-sacra.

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fratura (suspeita);</li> <li>• Estenose do Canal Medular (suspeita);</li> <li>• Hérnia Discal;</li> <li>• Má formação congênita (hemi-vértebras);</li> <li>• Tumores (diagnóstico e estadiamento);</li> <li>• Metástases (detecção e acompanhamento);</li> <li>• Processos Expansivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> </ul>

➔ **Tomografia computadorizada de face/ seios da face/ articulações têmporo – mandibulares**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
-----------	------------------	---------------



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinusopatia crônica;</li> <li>• Trauma facial;</li> <li>• Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face;</li> <li>• Tumores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> </ul>
---	--	---

➔ **Tomografia computadorizada de pescoço**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores;</li> <li>• Má formação vascular;</li> <li>• Estadiamento de neoplasias;</li> <li>• Estudo de carótidas e vertebrais;</li> <li>• Processos inflamatórios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> </ul>

➔ **Tomografia computadorizada de crânio e sela túrcica**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismo;</li> <li>• AVCs;</li> <li>• Doenças Degenerativas do Encéfalo;</li> <li>• Aneurismas;</li> <li>• Convulsões recentes a esclarecer;</li> <li>• Cefaleia grave a esclarecer;</li> <li>• Hemorragias;</li> <li>• Tumores (diagnóstico e estadiamento);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> <li>• Exame do Líquor (se doença infecciosa)</li> </ul>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
 Protocolo de Regulação Ambulatorial  
 Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metástases (detecção e acompanhamento);</li> <li>• Processos Expansivos;</li> <li>• Hidrocefalia;</li> <li>• Distúrbio do comportamento;</li> <li>• Alterações endócrinas e estudo da hipófise;</li> <li>• Síndromes demências a esclarecer.</li> </ul>		
--	--	--

➔ **Tomografia computadorizada de articulações**

**Membros superiores**

- Articulações Esternoclaviculares;
- Articulações dos Ombros;
- Articulações dos Cotovelos;
- Articulações dos Punhos.

**Membros inferiores**

- Articulações Sacro-Ilíacas;
- Articulações Coxo-Femorais;
- Articulações dos Joelhos;
- Articulação dos Tornozelos.

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismos;</li> <li>• Tumores (diagnóstico e estadiamento) e metástases (detecção e acompanhamento);</li> <li>• Processos expansivos;</li> <li>• Fraturas (cominutivas);</li> <li>• Artrose.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> </ul>

- ◆ Caso seja necessário fazer exames de membro direito e esquerdo, solicitar o mesmo procedimento duas vezes. Ex: Tomografia computadorizada de articulações de membro direito + Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior esquerdo.

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

➔ **Tomografia computadorizada de segmentos apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, perna e pé)**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>Traumas;</li> <li>Patologias inflamatórias, ósseas e cartilaginosas;</li> <li>Neoplasias;</li> <li>Malformações congênitas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História Clínica.</li> <li>Exame Físico.</li> <li>RX simples com Laudo.</li> <li>USG com laudo, quando indicado.</li> <li>Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> </ul>

➔ **Tomografia computadorizada de tórax**

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>Traumatismo;</li> <li>Sangramentos (vias aéreas);</li> <li>Pneumopatias Intersticiais;</li> <li>Mediastino, Hilos, Pleura (avaliação);</li> <li>Bronquiectasias (acompanhamento);</li> <li>Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural;</li> <li>Tumores (diagnóstico e estadiamento);</li> <li>Metástases (detecção e acompanhamento);</li> <li>Nódulos não-neoplásicos (avaliação e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História Clínica.</li> <li>Exame Físico.</li> <li>RX simples com Laudo.</li> <li>USG com laudo, quando indicado.</li> <li>Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> <li></li> </ul>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>acompanhamento);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de compressão da veia cava superior;</li> <li>• Doenças da aorta; (aneurisma/dissecção);</li> <li>• Tromboembolismo pulmonar;</li> <li>• Investigar comprometimento de órgãos devido: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses.</li> </ul>		
---	--	--

→ Tomografia de hemitórax, pulmão ou do mediastino

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alargamento do mediastino;</li> <li>• Hemoptise;</li> <li>• Bronquiectasias;</li> <li>• Dissecção de aneurisma;</li> <li>• Suspeita clínica em aneurisma de aorta;</li> <li>• Síndrome da compressão de veia cava superior;</li> <li>• Suspeita de mediastinite;</li> <li>• Pesquisa de metástases pulmonares;</li> <li>• Pesquisa de foco de infecção e neoplasias;</li> <li>• Alterações endócrinas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> </ul>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>ou metabólicas de origem mediastinal;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudar transição cervico-torácica ou tóraco- abdominal;</li> <li>• Estadiamento dos tumores do esôfago e pulmão;</li> <li>• Pesquisa de neoplasia em paciente com Osteoartropatia Hipertrófica;</li> <li>• Rouquidão por lesão do laríngeo recorrente;</li> <li>• Pesquisa de adenomegalia;</li> <li>• Diferenciar abscesso de empiema;</li> <li>• Avaliação de enfisema pulmonar para avaliação de cirurgia redutora de pulmão;</li> <li>• Pesquisa neoplasia indeterminada (com radiografia normal);</li> <li>• Estudo parênquima pulmonar (com prova de função alterada);</li> <li>• Trauma.</li> </ul>		
---	--	--

➔ Tomografia de abdômen superior

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abscessos;</li> <li>• Traumatismos;</li> <li>• Tumores (diagnóstico e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> </ul>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>estadiamento);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processos expansivos;</li> <li>• Ruptura de órgãos (suspeita);</li> <li>• Pesquisa de metástases;</li> <li>• Aneurismas;</li> <li>• Pancreatites;</li> <li>• Litíase pancreática;</li> <li>• Linfonodomegalia;</li> <li>• Cálculo renal;</li> <li>• Hemorragias pós-cirurgia, pós-cateterismo, pós-tratamento anticoagulante;</li> <li>• Investigar comprometimento de órgãos: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> <li>•</li> </ul>
---	--	---

→ Tomografia computadorizada de pelve/bacia/abdômen inferior

Indicação	Contra Indicação	Pré-requisito
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismos;</li> <li>• Malformações congênitas;</li> <li>• Tumores (diagnóstico e estadiamento) e metástases (detecção e acompanhamento);</li> <li>• Processos expansivos;</li> <li>• Cálculo renal.</li> <li>• Patologias inflamatórias, ósseas, musculares,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravidez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História Clínica.</li> <li>• Exame Físico.</li> <li>• RX simples com Laudo.</li> <li>• USG com laudo, quando indicado.</li> <li>• Relatório médico (na ausência de RX e USG).</li> <li>•</li> </ul>

Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

<p>ligamentares e cartilaginosas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;</li> <li>• Patologia geniturinária (doença inflamatória/neoplásica);</li> <li>• Patologia uterina e anexos;</li> <li>• Patologia prostática; Patologia na transição retosigmóide;</li> <li>• Neoplasias de partes moles e ósseas; Malformações congênitas.</li> </ul>		
---	--	--

- ◆ Caso seja solicitado abdomen total solicitar: Tomografia computadorizada de abdomen superior + Tomografia computadorizada de pelve/ bacia /abdômen inferior.

## **8 – FLUXO REGULATÓRIO PARA REFERÊNCIA AMBULATORIAL**

As solicitações de consultas e SADT é de responsabilidade da secretaria do município de origem do paciente, que deverá solicitar via sistema SISREG de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas.

- **Solicitação de consulta especializada e SADT via SISREG:** Responsabilidade das Unidades Municipais.

Acessar o SISREG III > Fazer login > Solicitar > Ambulatorial > Inserir CNS do paciente > Pesquisar > Conferir dados > Continuar > Preencher dados do Procedimento Ambulatorial desejado > Preencher CID > Preencher nome do profissional solicitante > Selecionar Central Executante > Selecionar Unidade executante – Policlínica de Posse > Selecionar OK > Conferir dados > Selecionar Solicitar (mesmo que o sistema diga que não há vagas disponíveis) > Conferir dados > Em **destino da solicitação** selecionar “Regulação” > Inserir as observações necessárias



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

para o agendamento da consulta especializada/SADT > Incluir CRM do médico solicitante > Enviar > Anotar número da solicitação para acompanhamento.

As Unidades devem solicitar o tipo de procedimento de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas conforme Protocolo.

- **Avaliação técnica da solicitação de consulta especializada, SADT e autorização:** Responsabilidade do Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

Os médicos reguladores avaliarão todas as solicitações de consulta/SADT, caso não existam as condições necessárias para agendamento, a solicitação será negada via SISREG com justificativa pertinente.

Caso as solicitações estejam de acordo com as indicações clínicas e as condições necessárias para solicitação das vagas, a(o) consulta/exame será agendada(o) via SISREG, na data mais próxima disponível nas agendas dos profissionais da Unidade.

- **Informação do agendamento aos pacientes:** Responsabilidade das Unidades Municipais Solicitantes.

Para verificar o andamento das solicitações deve-se proceder da seguinte maneira: Acessar o SISREGIII > Fazer login > Consulta Amb > Preencher Cód. Solicitação > Pesquisar.

Após verificação do agendamento da consulta especializada/SADT no SISREG, as Unidades Municipais solicitantes procederão ao contato telefônico com os pacientes e realizarão a entrega dos comprovantes de agendamento emitidos pelo SISREG, fazendo todas as orientações necessárias aos pacientes.

No caso de cancelamentos ou desistências, as Unidades Solicitantes deverão enviar de forma eletrônica solicitação de cancelamento da consulta/exame ao Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

O Complexo Regulador em Saúde de Goiás poderá utilizar a vaga liberada para agendamento de outro paciente em aguardo na fila de espera SISREG.

- **Atendimento às consultas agendadas e realização de exames:** Responsabilidade da Policlínica de Goianésia.

A Policlínica Goianésia – Região São Patrício II deve proceder com o atendimento dos pacientes e definir a necessidade de realização de exames complementares para diagnóstico e estadiamento.





SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

**9 – CRÉDITOS**

Elaborado por:	Coordenação de Consultas Especializadas e Procedimentos Ambulatoriais Gerência de Regulação Ambulatorial – GERAM Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás – CRS	28/12/2020
Validado por:		

Elaborado por:	Coordenação de Atenção Ambulatorial Especializada Gerência de Atenção Secundária e Terciária – GERAST Superintendência de Atenção Integral em Saúde – SAIS	28/12/2020
Validado por:		

**10 – OUVIDORIA**

Sugestão, reclamações, elogios e denúncias entre em contato pela ouvidoria da SES – GO no telefone 0800 643 3700.



**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

### **ANEXO Nº 01**

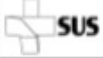
**Modelo do Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados (BPA I) SUS.**



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás  
Protocolo de Regulação Ambulatorial  
Policlínica Goianésia – Região Vale do São Patrício

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL</b>		fil. 1/2
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
3 - NOME DO PACIENTE			4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	8 - 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 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - QTOE
<b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>				
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		23 - QTOE	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTOE	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		29 - QTOE	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTOE	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		35 - QTOE	
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>				
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID10 PRINCIPAL	38 - CID10 SECUNDÁRIO	39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES				
<b>SOLICITAÇÃO</b>				
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
49 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>				
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			55 - CNES	

Fonte: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).