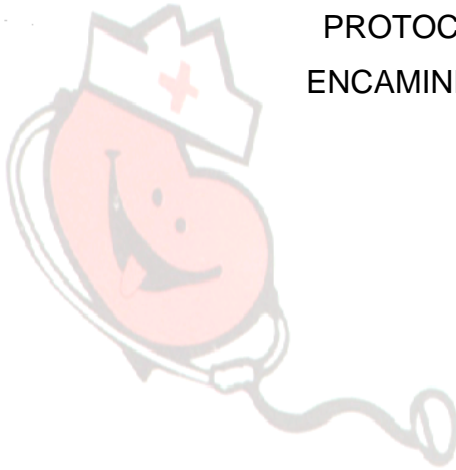




PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS
SETOR ADMINISTRATIVO

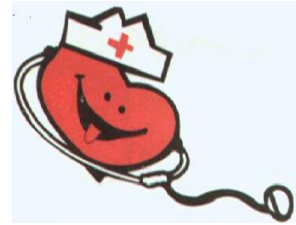


PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO
ENCAMINHAMENTO A ESPECIALIDADES

REBOUÇAS
2023



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



Objetivo geral:

Realizar encaminhamento a especialidades de modelo padrão, com finalidade de reduzir encaminhamentos desnecessários e promover a resolutividade da APS.

Objetivos específicos:

- Elencar documentação mínima para encaminhamentos
- Elaborar critérios de encaminhamento de acordo com as linhas guias vigentes do Estado do Paraná para condições crônicas.
- Reduzir os encaminhamentos desnecessários
- O município conta com profissional médico auditor com a finalidade de avaliar de modo criterioso a necessidade de encaminhamento a especialidade.
- Promover e aumentar a resolutividade da Atenção primária em Saúde.
- Normatizar o fluxo de encaminhamentos e atendimento a especialidades;

1. Organização do atendimento

1.1 Documentos necessários para encaminhamento:

- Encaminhamento realizado pelo sistema E-SUS de modelo digital, devidamente assinado e carimbado pelo profissional solicitante.
- Documento com foto (RG, CNH, carteira de trabalho, carteira profissional).
- Cartão Nacional do SUS (CNS)
- Comprovante de residência
- Dois contatos telefônicos

No caso de crianças menores de 5 anos:

- Registro de Nascimento
- Documento com foto da mãe ou responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



2. Orientações quanto a guia do encaminhamento

2.1 Toda Guia de Referência para especialistas deve ser preenchida: em impresso próprio; de forma correta; legível; e em todos os campos. Não esquecer: da data da solicitação; identificação do profissional, com carimbo e assinatura; e assinatura do Coordenador da Unidade;

2.2 Descrever o quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, especificando a prioridade (P0, P1, P2 ou P3). Descrever resultados de exames prévios, relacionados ao quadro, se realizados e orientar o paciente a levá-los no dia;

2.3 Cada Guia de Referência deve conter apenas 01 (um) encaminhamento;

2.4 A Guia de Referência deverá estar identificada com o carimbo do Estabelecimento de Saúde onde o paciente foi atendido. Essa identificação servirá para a Guia de Contra Referência.

2.5 O encaminhamento deve ser realizado obrigatoriamente no prontuário eletrônico E-SUS.

3. Orientações Gerais para a Contra Referência Observações a serem consideradas no preenchimento de todas as Guias de Contra Referência:

3.1 Nos casos de encaminhamentos a especialidade de Modelo de Atenção a Condições Crônicas (MACC) prestado no município de Irati via consórcio intermunicipal de saúde a contra- referência pode ser lida por meio do acesso ao prontuário do paciente do IDS, no entanto a atenção primária não pode fazer alteração do prontuário do paciente, apenas no plano de cuidado, o qual é compartilhado com as equipes.

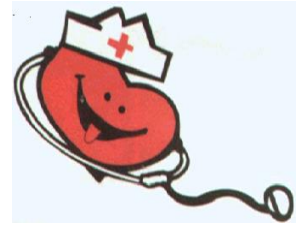
3.2 A busca ativa dos faltosos em atendimento ocorrerá por meio da sinalização no sistema IDS e também via grupo Whatsapp, com os enfermeiros das unidades de saúde do Município.

*SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS
Setor Administrativo*

Rebouças – Paraná – CEP: 84550000 Fone (42) 3457- 2124 e-mail: admsauderebouças@yahoo.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



3.3 As consultas de alta complexidade realizadas via estado, devem encaminhar a contra -referência e ou resumo de alta com o paciente, sendo que os retornos ocorrem no prestador de serviço do estado, deste modo os próximos retornos e exames ficam sob a responsabilidade do estado e seu prestador de serviço. No entanto, o plano de cuidado e acompanhamento e busca ativa do paciente em tratamento fora do domicílio é de responsabilidade da unidade de saúde.

3.4 A unidade por meio do ACS identifica os pacientes em tratamento oncológico e demais tratamentos em hospitais de alta complexidade.

3.5 Os faltosos nas consultas e exames agendados quando não informado previamente da desistência da vaga ou da impossibilidade de comparecimento, retornarão para o final da fila.

4. Classificação De Prioridade Ou Risco:

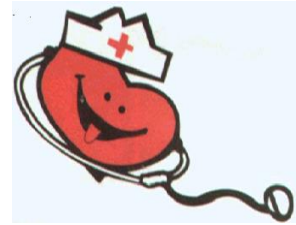
Vermelho - P0 (prioridade zero). Emergência - necessidade de atendimento imediato. Paciente que necessita atendimento imediato, com risco de morte ou risco de grave dano à sua saúde, e deverá ser encaminhado a serviços de urgência ou emergência. Se necessário o parecer do especialista, este deverá ser contatado de imediato, pelo médico da unidade, devido à emergência;

Amarelo - P1 (prioridade um). Urgência - atendimento o mais rápido possível, pois poderá ocorrer sofrimento intenso ou risco de progressão da doença/lesão para quadros mais graves ou irreversíveis;

Verde - P2 (prioridade dois). Não urgente - Atendimento com certo grau de necessidade, e não se enquadra em Emergência ou Urgência. Encaminhamento conforme oferta do serviço e quadro clínico descrito no encaminhamento;



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



Azul - P3 (prioridade três). Não urgente - Atendimento eletivo com baixo grau de comprometimento da saúde. Encaminhamento conforme oferta do serviço e quadro clínico descrito no encaminhamento; Classificar como P segundo quadro clínico/necessidade de prioridade no atendimento, não apenas por diagnóstico, mas por condição clínica do paciente, extensão e repercussão do dano, que devem constar no pedido de encaminhamento.

5. Auditoria Municipal

Todos os encaminhamentos e exames de alta complexidade passam pela auditoria médica municipal, que realiza a avaliação de todo processo e então segue para a 4ª Regional de saúde, onde novamente, passa por avaliação da médica auditora da Regional.

O processo de encaminhamento será devolvido caso apresente:

- Rasura
- Letra ilegível
- Falta de descrição da Anamnese e exame físico
- Falta da assinatura e carimbo
- Falta de exames anexados comprovando a necessidade do encaminhamento
- Falta de documentos pessoais
- Casos onde não existe a especialidade solicitada.

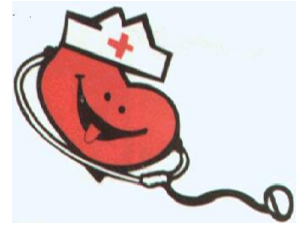
6. Acompanhamento da APS após a consulta com a especialidade

Após a marcação de consultas pela especialidade médica, o ACS responsável pela área de abrangência deverá comunicar o enfermeiro RT da unidade de saúde para dar seguimento e acompanhamento do caso.

Em caso de pacientes oncológicos e insuficientes renais o setor de tratamento fora do domicílio, deve exportar para cada unidade de saúde os agendamentos de consultas e exames dos pacientes, para que a APS possa



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



promover a longitudinalidade e integralidade do cuidado, tendo em vista que o usuário do SUS pertence ao território adscrito e faz parte a UESF.

Como estratégia de acompanhamento após consulta com especialidade fica pactuado os seguintes meios:

- Busca ativa do ACS
- Busca ativa pela equipe de enfermagem e médica
- Retroalimentação do TFD para a APS.
- Contato direto com as clínicas de especialidades

7. Critérios para encaminhamento

7.1 Encaminhamento a cardiologia

a) Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S.) de difícil controle

Encaminhar os pacientes com H.A.S. moderada ou severa, sem controle clínico, associado a alterações em órgão-alvo ou aqueles com comorbidades. Atenção especial aos pacientes hipertensos acima de 60 anos que apresentem alteração em exames de RX ou E.C.G., aos hábitos de atividade de esforço ou histórico familiar de risco ou diabetes. Exame Físico - medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema, visceromegalias, etc.). Paciente deverá levar controle pressórico semanal, com data e horário, realizado na U.B.S. até a data da consulta com o especialista. Exames Complementares Necessários - hemograma, glicemia de jejum, colesterol total, HDL-colesterol, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, urina tipo I, uréia, sódio, potássio, E.C.G., RX de tórax e T.S.H.. Prioridade para a Regulação – H.A.S. severa com sinais de doenças associadas descompensadas (I.C.C., diabetes mellitus (D.M.), doenças vasculares periféricas, doenças cérebro vasculares (acidente isquêmico e hemorrágico), coronariopatias (pós-cirurgia cardíaca), Insuficiência Renal Crônica (I.R.C.). Critério – P2

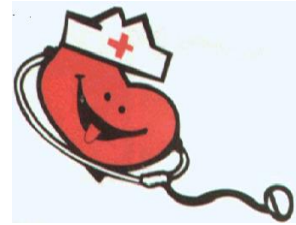
b) Insuficiência Cardíaca Congestiva Encaminhar os pacientes com I.C.C. diagnosticados e para reavaliação anual, devendo o acompanhamento

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS
Setor Administrativo

Rebouças – Paraná – CEP: 84550000 Fone (42) 3457- 2124 e-mail: admsauderebouças@yahoo.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



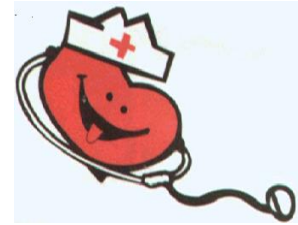
regular e contínuo ser realizado na U.B.S. Especificar os motivos de encaminhamento ao especialista, descrevendo os sinais e sintomas que justifiquem o encaminhamento. Exame Físico – medida da pressão arterial + relatos importantes da ausculta cardiorrespiratória. Descrever a presença de dispnéia, visceromegalias e edema de mmii. Exames Complementares Necessários: hemograma, glicemia de jejum, sorologia para Chagas, T.S.H., colesterol total, HDL- -colesterol, triglicerídeos, creatinina, uréia, potássio, RX e E.C.G.. Prioridade para a Regulação – I.C.C. de difícil controle e/ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (H.A.S., D.M., I.R.C.). Pacientes com I.C.C. independente de classe, apresentando uma ou mais patologias associadas: D.M., obesidade, arritmia, I.R.C.. Critério – P2

c) Insuficiência Coronariana Doenças Coronarianas (D.C.) estabelecidas (pós - I. A.M., pós-revascularização do miocárdio, pós-angioplastia). Exame Físico – Medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença de visceromegalias importantes. Exames Complementares Necessários – hemograma, glicemia de jejum, colesterol total, HDL-colesterol, triglicerídeos, creatinina, uréia, sódio, potássio, RX de tórax e E.C.G.. Prioridade para a Regulação – paciente pós-infarto, pós-revascularização e pós-angioplastia. Critério – P1 dor torácica de início recente (em esforço ou repouso). Angina Estável Critério – P2 Obs.: Angina Instável e Insuficiência Coronária Aguda (ICO), com suspeita de I.A.M., são situações que requerem avaliação de urgência em serviço de urgência / emergência (P.A. / U.P.H. / P.S./U.P.A.). Critério – P0

d) Sopros / Valvulopatias estabelecidas Encaminhar os pacientes com alterações de ausculta, excluindo causas clínicas (ex: anemia) e os pacientes com diagnóstico de valvulopatias pré-estabelecidas. Exame Físico – medida da pressão arterial + relatos importantes. Presença de dispnéia, cianose e visceromegalias importantes. Informar as características do sopro. Obs.: em crianças, se o sopro for observado durante episódio febril, reavaliar após febre. Exames Complementares Necessários – caso tenha feito exames (Rx de



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



Tórax, E.C.G., ECO) e relatórios médicos prévios, orientar o paciente a levá-los ao especialista. Prioridade para a Regulação - pacientes com sinais de descompensação cardíaca. Critério – P2.

e) Miocardiopatias Informar a procedência do paciente e os antecedentes mórbidos importantes e o tratamento realizado. Encaminhar os pacientes para esclarecimento diagnóstico, ou aqueles com sinais de descompensação cardíaca. Exame Físico: medida da pressão arterial + relatos importantes e visceromegalias importantes. Informar as características da ausculta cardíaca. Exames Complementares – RX de tórax, hemograma, ASLO, E.C.G., uréia, creatinina, potássio, sorologia para Chagas, T.S.H., glicemia, colesterol total, HDL-colesterol e triglicerídeos. Prioridade para a Regulação - Pacientes instáveis, com sinais clínicos de descompensação cardíaca. Critério – P2 Obs.: O paciente com sinais de descompensação cardíaca grave deve ser encaminhado para o serviço de Urgência/Emergência (P.A. / U.P.H. / P.S./U.P.A.) Critério - P0

f) Arritmias

Encaminhar os pacientes com diagnóstico estabelecido de arritmia cardíaca, síncope ou pré-síncope, história de marcapasso permanente. Investigar alterações glicêmicas ou neurológicas. Exame Físico - medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias, etc.). Exames Complementares Necessários - hemograma, sorologia para chagas, T.S.H., glicemia de jejum, colesterol total, HDL-colesterol, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, urina I, uréia, sódio e potássio, E.C.G. e RX de Tórax. Prioridade para a Regulação – pacientes com diagnóstico de I.C.C. ou ICO associadas. Critério – P1.

7.2 Protocolo para Consulta com Dermatologista.

Encaminhar somente casos sem causas definidas. Referir data do início dos sintomas, localização, fatores desencadeantes, frequência, intensidade das

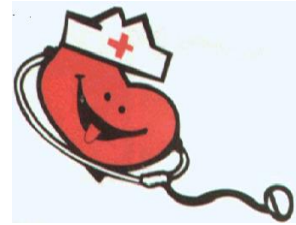
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS

Setor Administrativo

Rebouças – Paraná – CEP: 84550000 Fone (42) 3457- 2124 e-mail: admsauderebouças@yahoo.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



crises, medidas de prevenção adotadas e tratamentos instituídos. Exame físico – descrever aspecto e localização da lesão. Prioridade para a Regulação - Pacientes com queixas e com lesões extensas e/ou graves P3.

7.3 Protocolo para Consulta com Endocrinologista Adulto.

A) Diabetes mellitus tipo 1: Encaminhar todos os pacientes acima de 16 anos. Exames complementares necessários – glicemia de jejum, hemoglobina glicada, creatinina, T.S.H., T4 livre. Exame físico – polifagia, poliúria, polidipsia, emagrecimento. Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados. Critério – P1

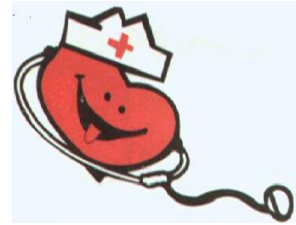
B) Diabetes mellitus tipo 2: Pacientes tratados e não responsivos a terapêutica combinada com glicemia pré-prandial acima de 140-160 mg/dl, hemoglobina glicada aumentada. Comorbidades – cardiopatia, neuropatia, nefropatia, retinopatia, dislipidemia e H.A.S.. Exames complementares necessários – glicemia de jejum, creatinina, hemoglobina glicada, glicemia pós-prandial (02 horas após almoço). Exame físico – citar os achados significativos. Prioridade para a regulação – pacientes com IMC < 20, dislipidemia, H.A.S., glicemia > 200. Critério – P1

C) Dislipidemias Pacientes não responsivos a terapêutica (colesterol total > 240 e/ou triglicérides > 200): Exames complementares necessários – glicemia, T.S.H., T4 livre, colesterol total, HDL-colesterol, triglicérides, TGO, TGP, B.T.F., creatinina, CPK e microalbuminúria em amostra isolada de urina. Exame físico – citar os achados significativos Prioridades para a regulação - pacientes não responsivos a terapêutica de orientação nutricional e farmacológica (colesterol total > 240 e/ou triglicérides > 200).

D) Obesidade com comorbidades Pacientes com IMC > 35 com comorbidades descompensadas (H.A.S., Diabetes, Apnéia do sono, Osteoartrose). Exames complementares necessários – rotina. Exame físico – citar os achados significativos. Prioridade para a regulação – pacientes com IMC > 35 com



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



comorbidades descompensadas (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose). Critério – P3

7.4 Pacientes suspeitos de: Neoplasias, Cushing, Addison, alterações da Paratireoide, Hiperandrogenismo e Hiperaldosteronismo.

Encaminhar todos os pacientes suspeitos. História sucinta constando tempo de evolução, história progressiva, doenças associadas, exame físico. Relatar achados importantes. Exames complementares necessários – Orientar o paciente a levar todos os exames mais recentes que tenha realizado. Na Policlínica serão solicitadas as avaliações hormonais necessárias. Exame físico – citar achados significativos. Prioridade para a regulação Critério - P1.

Protocolo para Consulta com Gastroenterologista

7. 5 Protocolo para Consulta com Gastroenterologista

a) Colelitíase: Encaminhar todos os pacientes com diagnóstico confirmado por U.S.G. abdominal Exames Complementares – U.S.G. abdominal, hemograma, V.H.S.. Exame físico – Cólicas eventuais, náuseas e vômitos ocasionais, pirose, dor no hipocôndrio direito. Prioridade para regulação - todos os casos. Critério: P1 Obs.: Crises agudas (febre, icterícia, dor) – encaminhar para serviço de urgência/emergência (P.A. / U.P.H. / P.S.). Critério - P0

b) Úlcera Péptica Encaminhar os pacientes com Gastrite não responsiva, história de Neoplasia Gástrica, história de Úlcera Gástrica ou Duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2x/semana por 4 semanas. Exames complementares necessários – hemograma. Exame físico – dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal. Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados. Critério - P1.

c) Gastrite atrófica (com comprovação diagnóstica anterior) Encaminhar somente pacientes com Gastrite não responsiva, história de Neoplasia Gástrica, história de Úlcera Gástrica ou Duodenal tratada com recidiva de

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS

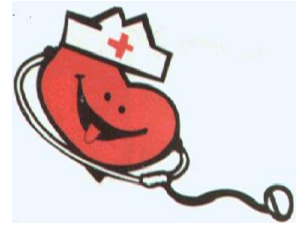
Setor Administrativo

Rebouças – Paraná – CEP: 84550000 Fone (42) 3457- 2124 e-mail: admsauderebouças@yahoo.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



sintomas, desconforto digestivo 2x/semana por 4 semanas. Exames complementares necessários - hemograma. Exame físico - dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal. Prioridade para a regulação - pacientes tratados e descompensados. Critério – P2 Se história de Neoplasia Gástrica Critério – P1.

d) Pancreatite crônica Encaminhar todos os pacientes. Exames complementares necessários – hemograma, V.H.S., Amilase, B.T.F., fosfatase alcalina, glicemia, TGO, TGP, Gama GT, U.S.G. abdominal. Exame físico – dor abdominal difusa e intermitente, emagrecimento, diarreia, intolerância à glicose, dispepsia e vômito. Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados. Critério – P2.

e) Cirrose Hepática Encaminhar todos os pacientes. Exames complementares necessários: anticorpos antimitocondriais, anti-musculo liso, anti-LKM, FAN (se positivo não há necessidade de provas antirreumáticas), ferritina, U.S.G. de abdomen, hemograma, TGO, TGP, gama GT, B.T.F., amilase, glicemia, albumina; T.P.; T.T.P.A., tempo de sangramento (T.S.) e tempo de coagulação (T.C.). Exame físico – estima-se que aproximadamente 40% dos pacientes com cirrose são assintomáticos, mas uma vez que os sintomas se manifestam, no entanto, o prognóstico é severo. Os principais sintomas são: anorexia, vômitos, fraqueza, icterícia, eritema palmar, ginecomastia, hepatoesplenomegalia, ascite, hemorragia digestiva, anemia, neuropatia periférica, hipertensão portal. Prioridade para a regulação – todos os pacientes Critério – P1.

f) Doenças Inflamatórias Intestinais: Colite ulcerativa, Doença de Crohn Encaminhar todos os casos que já tenham diagnóstico de Colite ulcerativa e Doença de Crohn. Nos casos suspeitos, realizar exames de rotina e encaminhar. Exames complementares necessários – hemograma. Exame físico – Colite ulcerativa: diarreia sanguinolenta, muco, febre, dor abdominal, tenesmo, perda de peso e anemia. Doença de Crohn: dor abdominal, diarreia, febre, perda de peso. Pode evoluir com estenose ou fístulas intestinais e para

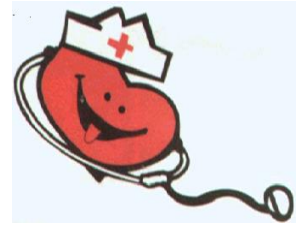
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS

Setor Administrativo

Rebouças – Paraná – CEP: 84550000 Fone (42) 3457- 2124 e-mail: admsauderebouças@yahoo.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



outros órgãos. Abscessos. Prioridade para a regulação – pacientes tratados e descompensados. Critério - P1.

g) Hepatites crônicas: Encaminhar todos os pacientes com casos de hepatite Exames complementares necessários – hemograma, coagulograma, TGO, TGP, Gama GT, B.T.F. e sorologia para Hepatite: Hepatite A: anti-HAV IgM. Hepatite B: HbsAg, anti-HBc IgM, anti-HBe, anti-HBs. Hepatite C: anti-HCV, Proteína C Reativa para HCV no soro. Exame físico – mal-estar, náuseas, vômitos, diarreia, febre, colúria e acolia fecal, icterícia, hepatomegalia dolorosa, artrite, glomerulonefrite, poliarterite nodosa. Prioridade para a regulação – pacientes com Hepatite. Critério – P2

h) Neoplasias: Encaminhar pacientes com suspeita diagnóstica, antecedentes familiares de Câncer de tubo digestivo ou caso confirmado através de exames (casos confirmados não agendar no especialista em Gastro, encaminhar de acordo com Protocolo Rede Hebe Camargo). Exames complementares necessários – U.S.G. Abdominal Total, hemograma. Exame físico – emagrecimento, anorexia, anemia e sinais de icterícia, vômitos, dores epigástricas, diarreia, constipação intestinal, presença de sangue oculto nas fezes. Prioridade para a regulação – todos os pacientes Critério –P1.

i) Hérnias Encaminhar todos os pacientes com diagnóstico confirmado. Exames complementares necessários – U.S.G. da região Exame físico - palpação Prioridade para a regulação – todos os pacientes. Critério – P1 Obs: casos de encarceramento ou estrangulamento devem ser encaminhados ao serviço de urgência/emergência (P.A. / U.P.H. / P.S.). Critério – P0

7.6 Protocolo para Consulta/Procedimento com Ginecologista

Encaminhar para ginecologia somente as pacientes que apresentarem citologia alterada (ASCUS, AGUS, sugestivos de lesão de baixo ou alto grau, sugestivo de Câncer); HPV; Sangramento uterino; ectrópio e pólipos; lesões sugestivas de câncer. Exame Físico - descrever se houver lesão aparente.



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



Exames Complementares Necessários – encaminhar anexo com o exame de Papanicolau. Prioridade para a Regulação – lesões pré-malignas Critério – P2.

7.7 Protocolo para Consulta com Hematologista (adulto e infantil).

Descrever se o paciente apresenta alguma dessas alterações: Anemia; Leucopenia; Plaquetopenia; Doença Falciforme; Coagulopatia; História clínica resumida contendo tempo de evolução, presença de sintomas associados, história de sangramentos, comorbidades e história familiar. Exame físico – palidez, icterícia, sinais de compensação hemodinâmica. Exames complementares necessários - hemograma completo atual (anotar VCM), e hemograma anteriores (sempre que possível, anexar exames). Prioridade para regulação exames alterados.

7.8 Protocolo para Consulta com Nefrologista

Motivos Para Encaminhamento: Alteração persistente de exame de urina; Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado; Lesão renal em Diabetes, Hipertensão, doenças reumatológicas e autoimune. História sucinta constando tempo de evolução, história progressiva e doenças associadas. Exame Físico – relatar os achados importantes, inclusive à medida da pressão arterial. Exames Complementares Necessários - urina I, uréia, creatinina e glicemia de jejum. Prioridade para a Regulação – creatinina $\geq 2,0$ mg/dl.

7.9 Protocolo para Consulta com Neurocirurgia

Motivos Para Encaminhamento para Neurocirurgia: Tumores Cerebrais: Tumores Primários dos SNC (Glioblastoma Multiforme, Astrocitomas, Tumor de Hipófise, Meningiomas; Tumores Metastáticos); Hidrocefalia: Hidrocefalia Aguda, Hidrocefalia de Pressão Normal, Hidrocefalia secundária a quadros neuroinfecciosos ou tumorais; Derivação Ventrículo-Peritoneal: revisão de DVP; suspeita de infecção em portadores de DVP; Aneurismas Cerebrais e/ou Malformações Arteriovenosas; TCE grave: quando houver necessidade de

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS

Setor Administrativo

Rebouças – Paraná – CEP: 84550000 Fone (42) 3457- 2124 e-mail: admsauderebouças@yahoo.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



controle após procedimento neurocirúrgico e/ou acompanhamento no caso de contusões hemorrágicas e/ou hematomas; Hematoma Subdural Crônico; Craniossinostose; Descrever os achados, histórico e exame físico e anexar os exames complementares.

8. Para demais especialidades médicas

Descrever minuciosamente o histórico do paciente, exame físico, exames realizados, frequência de sintomas, tratamento prévio, condutas farmacológicas e complementares; quando houver alterações graves sinalizar com a prioridade.

9. Encaminhamento para especialistas para o consórcio intermunicipal de saúde.

Para encaminhamento ao ambulatório de especialidades modelo de atenção a condições crônicas (MACC) necessita de estratificação de risco de acordo com a condição crônica (modelos em anexo).

A Subpopulação que necessita ser encaminhada ao ambulatório, são aquelas que apresentem alto risco e difícil manejo na APS. Fazem parte das subpopulações atendidas no ambulatório de especialidades:

- Gestantes de alto risco
- Idosos Frágeis ou em risco de fragilização
- Pacientes de saúde mental de alto risco
- Hipertensos de alto risco
- Diabéticos de alto risco
- Crianças de alto risco

O encaminhamento deve ser redigido no sistema E-SUS, seguido da estratificação do paciente e documentos pessoais.

A contra referência será realizada via e-mail e whatsapp, o ambulatório comunicará diretamente a unidade de saúde dos faltosos nas consultas e realizar o reagendamento.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS
Setor Administrativo

Rebouças – Paraná – CEP: 84550000 Fone (42) 3457- 2124 e-mail: admsauderebouças@yahoo.com.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE
REBOUÇAS- PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
REBOUÇAS -PR



ANEXOS DA ESTRATIFICAÇÃO PARA O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE REBOUÇAS
Setor Administrativo

Rebouças – Paraná – CEP: 84550000 Fone (42) 3457- 2124 e-mail: admsauderebouças@yahoo.com.br

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
 Profissional Responsável: _____ Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ Identidade: _____
 Telefone: _____ Data Nasc.: _____ CNS: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - SAÚDE MENTAL

Instruções de preenchimento:

- 1) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma
- 2) Realize a somatória dos números circulados
- 3) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.

Sinais e Sintomas		Não	Sim
Grupo I	Ansiedade com ou sem sensação de pânico	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Fobia (medo intenso de algo sem risco real)	0	2
	Crises conversivas e/ou dissociativas	0	2
	Alterações do apetite ou comportamento alimentar	0	2
	Preocupação excessiva com o peso ou forma corporal	0	2
	Hipocondria e/ou queixas físicas infundadas	0	2
	Pensamento/comportamento obsessivo-compulsivo	0	2
	Pensamento de inutilidade e/ou sentimento de culpa	0	4
	Tristeza persistente com perda de interesse e prazer e/ou desesperança	0	4
	Prejuízo da atividade sexual	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
Grupo II	Ideação suicida sem planejamento	0	4
	Ideação suicida com planejamento ¹ ou recente tentativa de suicídio	0	10
	Apatia com ou sem isolamento social	0	4
	Humor instável com impulsividade ou destrutividade	0	6
	Heteroagressividade e/ou autoagressividade	0	8
	Desinibição social, sexual ou perda de pudor	0	4
	Hiperatividade motora	0	4
	Humor elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
	Delírio (pensamento)	0	8
	Alucinação (sensopercepção)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento	0	6
	Perda da capacidade crítica da realidade	0	8
Alteração da memória	0	2	
Grupo III	<i>Delirium tremens</i>	0	10
	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
	Incapacidade de redução e controle do consumo de álcool e/ou drogas	0	8
	Comportamento de risco, para si ou terceiros, sob efeito de álcool e/ou drogas	0	8
	Tolerância ao efeito do consumo de álcool e/ou drogas	0	6
Uso abusivo de álcool e/ou drogas	0	8	

¹ Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência.

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Alergia Medicamentosa: _____

Automedicação: _____

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

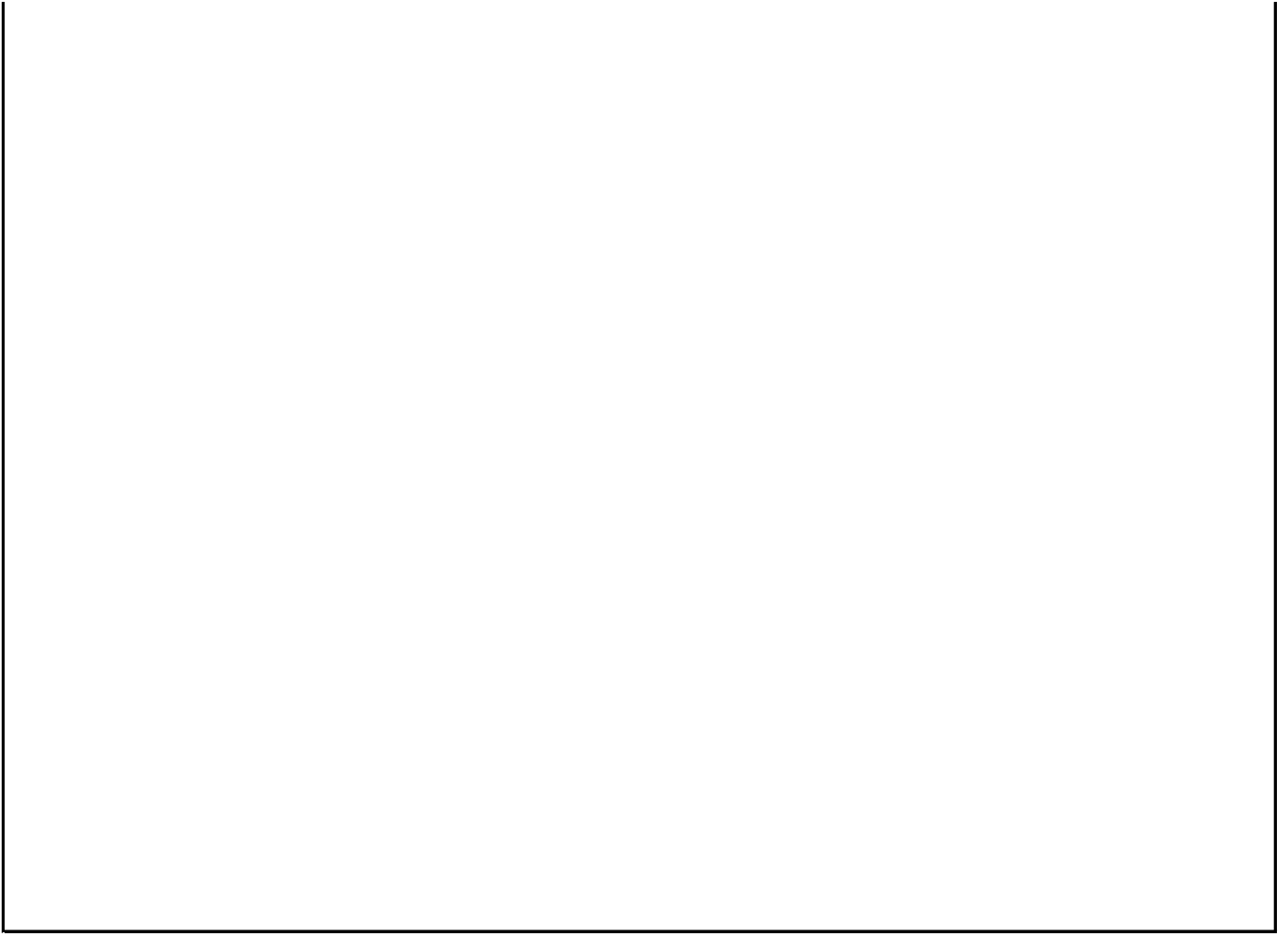
TERAPIA NÃO MEDICAMENTOSA

Modalidade	Sim	Não	Frequência Semanal
Acompanhamento/Orientação Alimentar			
Exercícios Físicos			
Grupo (s):			
Psicoterapia			
Espiritualidade			
Práticas Integrativas Complementares			
Atividades de Lazer			

Local e Data_____
Assinatura/Carimbo do Solicitante**PARA USO DO CONSÓRCIO****DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO**

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____ Assinatura: _____



FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
Enfermeiro Responsável: _____ Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ Identidade: _____
Telefone: _____ Data Nasc.: _____ CNS: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - HIPERTENSO

Fatores de risco	Pontuação 1 ou 0
1. Sexo masculino	
2. Idade: homens ≥ 55 anos mulheres ≥ 65 anos	
3. Tabagismo	
4. História de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau: homens < 55 anos mulheres < 65 anos	
5. Dislipidemia: Colesterol total > 190 mg/dL ou LDL colesterol > 115 mg/dL ou HDL: homens < 40 mg/dL mulheres < 46 mg/dL ou Triglicerídeos > 150 mg/dL	
6. Resistência à insulina: Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dL ou Teste oral de tolerância à glicose: 140-190 mg/dL em 2 horas ou Hemoglobina glicada: 5,7-6,4%	
7. Obesidade Índice de massa corporal (IMC) ≥30 kg/m ² ou Circunf. abdominal: homens ≥ 102cm mulheres ≥ 88cm	
Total:	

Lesão de Órgão Alvo	Sim ou Não
1. Hipertrofia ventricular esquerda <u>Eletrcardiograma:</u> Índice Sokolow-Lyon(SV1+RV5ouRV6) ≥ 35mm RaVL > 11 mm Cornell voltagem > 2440 mm*ms <u>Ecocardiograma:</u> Índice de massa ventricular esquerda >115 g/m ² homens, > 95 g/m ² nas mulheres	
2. Espessura mediointimal da carótida > 0,9mm ou placa carótidea	
3. Velocidade da onda de pulso carótido-femoral > 10m/s	
4. Índice tornozelo-braquial < 0,9	
5. Doença renal crônica estágio 3 (ritmo de filtração glomerular estimado entre 30 e 60 mL/min/1,73m²)	
6. Albuminúria entre 30 e 300 mg/24hs ou relação albuminacreatinina urinária 30 a 300mg	

Doença cardiovascular e doença renal estabelecidas	Sim ou Não
1. Doença cerebrovascular: Acidente vascular encefálico isquêmico, Hemorragia cerebral, Ataque isquêmico transitório	
2. Doença da artéria coronária: Angina estável ou instável, Infarto do miocárdio, Revascularização do miocárdio percutânea (angioplastia) ou cirúrgica, Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada, Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores, Doença renal crônica estágio 4 (ritmo de filtração glomerular estimado entre <30 ml/min/1,73m ² ou albuminúria >300mg/24hs),	

Data da Devolução: _____

Assinatura: _____

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
Enfermeiro Responsável: _____ Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ Identidade: _____
Telefone: _____ Data Nasc.: _____ CNS: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - DIABÉTICO

Quadro clínico do usuário	
Classificação de pré-diabetes	
<input type="checkbox"/> Glicemia de jejum alterada: ≥ 100 a < 126 mg/dl <input type="checkbox"/> Tolerância diminuída à glicose: teste oral de tolerância à glicose de 140 - 200 mg/dl na 2ª hora.	
Diagnóstico	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)	
Classificação do controle metabólico	
<input type="checkbox"/> Adequado: hemoglobina glicada $\leq 7\%$ (considerar $\leq 8\%$ para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossocioeconômicas) <input type="checkbox"/> Inadequado: Hemoglobina glicada $> 7\%$ (considerar $> 8\%$ para idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca capacidade de autocuidado, fracos sistemas de apoio, e na dependência de considerações psicossocioeconômicas)	
Classificação de controle pressórico	
<input type="checkbox"/> Adequado: pressão arterial $\leq 130/80$ mmHg <input type="checkbox"/> Inadequado: pressão arterial $>130/80$ mmHg	
Internação por complicação aguda	
<input type="checkbox"/> Hipoglicemia <input type="checkbox"/> Cetoacidose <input type="checkbox"/> Síndrome hiperosmolar não cetótica	
Complicação crônica	
Microangiopatia	Macroangiopatia
<input type="checkbox"/> Retinopatia diabética	<input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana
<input type="checkbox"/> Doença renal diabética	<input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica	<input type="checkbox"/> Doença vascular periférica
<input type="checkbox"/> Neuropatia Diabética	
<input type="checkbox"/> Pé diabético	
<input type="checkbox"/> Neuropatia sensitivo-motora	
Estratificação de risco do usuário	
Risco baixo	Risco médio
Pessoa com pré-diabetes	Pessoa com DM 2 e: Controle metabólico e pressórico adequados e Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e Sem complicações crônicas
	Risco alto
	<input type="checkbox"/> Pessoa com DM 1 ou <input type="checkbox"/> Pessoa com DM2 e controle metabólico e/ou pressórico inadequados o ou <input type="checkbox"/> Pessoa com DM2 e controle metabólico e pressórico adequados + internações por

complicações agudas nos últimos 12
meses e/ou complicações crônicas

HISTÓRIA PREGRESSA

Descrever resumo histórico progresso da condição de saúde do usuário, todos os dados relevantes, como internamentos e tratamentos realizados. Anexar todos os exames realizados e avaliações ponderais (peso, altura, IMC, CA, HGT, FC, etc).

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Alergia Medicamentosa: _____

Automedicação: _____

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

CONTROLE GLICÊMICO

Data	Jejum	2hrs após café	2hrs após almoço	2hrs após lanche	2hrs após jantar	Outro horário	Outro horário
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							

ADESÃO TERAPÊUTICA

Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____ Assinatura: _____



IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

www.ivcf-20.com.br

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.		Pontuação
IDADE	1. Qual é a sua idade? () 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥ 85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: () Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA <i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	AVD Instrumental 3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ¹ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ¹ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ¹ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁰ () Não	
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não	
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não	
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não	
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça 12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	
	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular 14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês () ; Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . () Sim ² () Não	Máximo 2 pts
	Marcha 15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não	
	Continência esfíncteriana 17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	
Visão 18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.		

COMUNICAÇÃO		<i>Cotidiano. É permitido o uso de óculos ou lençóis de contato.</i> ()Sim ² ()Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. ()Sim ² ()Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas () ; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; • Internação recente, nos últimos 6 meses () . ()Sim ⁴ ()Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

FRAGILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL

▪ Idoso **Frágil** (IVCF-20 ≥15 pontos):

- () Alto potencial de melhora funcior () Fase final de vida
 () Baixo potencial de melhora funcic

▪ Idoso em **Risco de Fragilização** (IVCF-20 entre 7 - 14 pontos), com suspeita de:

- () Incapacidade cognitiva () Sarcopenia () Prescrição inapropriada
 () Insuficiência familiar () Instabilidade postural ou quedas de repetição

ESTRATO (0- 10): _____

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Alergia Medicamentosa: _____

Automedicação: _____

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

* Anexar o controle glicêmico dos insulinizados.

Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____

Assinatura: _____

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	Atividade	Independência	Dependência
	Tomar Banho	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente), ou toma banho sozinho.	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho.
	Vestir-se	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.
	Uso do vaso sanitário	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos).	Utiliza comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
	Transferência	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira,

Ativ	Transferência		sozinho (pode estar usando objeto de apoio).	ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências.
	Continência		Micção e evacuação inteiramente autocontroladas.	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros. Acidentes "ocasionais".
	Alimentar-se		Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação.	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral.

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	Atividade de vida diária	Sem Ajuda	Com Ajuda Parcial	Incapaz
	Você é capaz de preparar as suas refeições?			
	Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e no horário correto?			
	Você é capaz de fazer compras?			
	Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou suas finanças?			
	Você é capaz de usar o telefone?			
	Você é capaz de arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?			
	Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?			
	Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?			

AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE SOCIOFAMILIAR

		Sim	Não	Pontuação
Suporte Familiar	Morar sozinho	2	0	
	Residente em ILPI	4	0	
	Presença de companheiro ou cônjuge	0	2	
	Vuvez recente, no último ano	2	0	
	Presença de familiares ou amigos com disponibilidade para atendê-lo, em caso de necessidade ou presença de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário	0	6	
	Você recebe visitas dos seus familiares ou amigos com regularidade?	0	2	
	Responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa	2	0	
	Total:	20		
	Analfabetismo	2	0	
	Beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC)	4	0	
	Moradia própria	0	2	
	Moradia em boas condições de organização e higiene	0	4	

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

www.ivcf-20.com.br

		Pontuação
<p>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p>		
IDADE	<p>1. Qual é a sua idade?</p> <p>() 60 a 74 anos⁰ () 75 a 84 anos¹ () ≥ 85 anos³</p>	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	<p>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</p> <p>() Excelente, muito boa ou boa⁰ () Regular ou ruim¹</p>	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	<p>AVD Instrumental</p> <p><i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i></p> <p>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim¹ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</p> <p>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim¹ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</p> <p>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim¹ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</p>	Máximo 4 pts
	<p>AVD Básica</p> <p>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim⁰ () Não</p>	
	<p>COGNIÇÃO</p> <p>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim¹ () Não</p> <p>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim¹ () Não</p> <p>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim² () Não</p>	
HUMOR	<p>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim² () Não</p> <p>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim² () Não</p>	
MOBILIDADE	<p>Alcance, preensão e pinça</p> <p>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim¹ () Não</p> <p>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim¹ () Não</p>	
	<p>Capacidade aeróbica e /ou muscular</p> <p>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês () ; Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . <p>() Sim² () Não</p>	Máximo 2 pts
	<p>Marcha</p> <p>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim² () Não</p> <p>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim² () Não</p>	
	<p>Continência esfíncteriana</p> <p>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim² () Não</p>	
OU	<p>Visão</p> <p>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</p>	

COMUNICAÇÃO		<i>Cotidiano. É permitido o uso de óculos ou lençóis de contato.</i> ()Sim ² ()Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. ()Sim ² ()Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas () ; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; • Internação recente, nos últimos 6 meses () . 	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

FRAGILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL

▪ Idoso **Frágil** (IVCF-20 ≥15 pontos):

- () Alto potencial de melhora funcior () Fase final de vida
() Baixo potencial de melhora funcic

▪ Idoso em **Risco de Fragilização** (IVCF-20 entre 7 - 14 pontos), com suspeita de:

- () Incapacidade cognitiva () Sarcopenia () Prescrição inapropriada
() Insuficiência familiar () Instabilidade postural ou quedas de repetição

ESTRATO (0- 10): _____

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Alergia Medicamentosa: _____

Automedicação: _____

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

* Anexar o controle glicêmico dos insulinizados.

Local e Data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____

Assinatura: _____

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	Atividade	Independência	Dependência
	Tomar Banho	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente), ou toma banho sozinho.	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho.
	Vestir-se	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.
	Uso do vaso sanitário	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos).	Utiliza comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
	Transferência	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira,

Ativ	Transferência		sozinho (pode estar usando objeto de apoio).	ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências.
	Continência		Micção e evacuação inteiramente autocontroladas.	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros. Acidentes "ocasionais".
	Alimentar-se		Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação.	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral.

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	Atividade de vida diária	Sem Ajuda	Com Ajuda Parcial	Incapaz
	Você é capaz de preparar as suas refeições?			
	Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e no horário correto?			
	Você é capaz de fazer compras?			
	Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou suas finanças?			
	Você é capaz de usar o telefone?			
	Você é capaz de arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?			
	Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?			
	Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?			

AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE SOCIOFAMILIAR

		Sim	Não	Pontuação
Suporte Familiar	Morar sozinho	2	0	
	Residente em ILPI	4	0	
	Presença de companheiro ou cônjuge	0	2	
	Vuvez recente, no último ano	2	0	
	Presença de familiares ou amigos com disponibilidade para atendê-lo, em caso de necessidade ou presença de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário	0	6	
	Você recebe visitas dos seus familiares ou amigos com regularidade?	0	2	
	Responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa	2	0	
	Total:	20		
	Analfabetismo	2	0	
	Beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC)	4	0	
	Moradia própria	0	2	
	Moradia em boas condições de organização e higiene	0	4	

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
Enfermeiro Responsável: _____ Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS DA GESTANTE

Nome da Gestante: _____

DADOS DA GESTAÇÃO

D.U.M.: _____ D.P.P.: _____ IG: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE ALTO RISCO - CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Motivo (conforme Linha Guia - 8ª Edição)	Justificativa
<input type="checkbox"/> Dependência de drogas ilícitas	
<input type="checkbox"/> Obesidade mórbida (IMC≥40)	

ESTRATIFICAÇÃO DE ALTO RISCO - CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO

Motivo (conforme Linha Guia - 8ª Edição)	Justificativa
<input type="checkbox"/> Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento	
<input type="checkbox"/> Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades)	
<input type="checkbox"/> Cirurgia uterina prévia fora da gestação	
<input type="checkbox"/> Colelitíase com repercussão na atual gestação	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo I e tipo II	
<input type="checkbox"/> Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional)	
<input type="checkbox"/> Doenças hematológicas	
<input type="checkbox"/> Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras)	
<input type="checkbox"/> Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥4	
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial crônica	
<input type="checkbox"/> Hipertireoidismo	
<input type="checkbox"/> Histórico de tromboembolismo	
<input type="checkbox"/> Má formação útero-vaginal	
<input type="checkbox"/> Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação)	
<input type="checkbox"/> Neoplasias	
<input type="checkbox"/> Pneumopatias descompensadas ou graves	
<input type="checkbox"/> Psicose ou depressão grave	

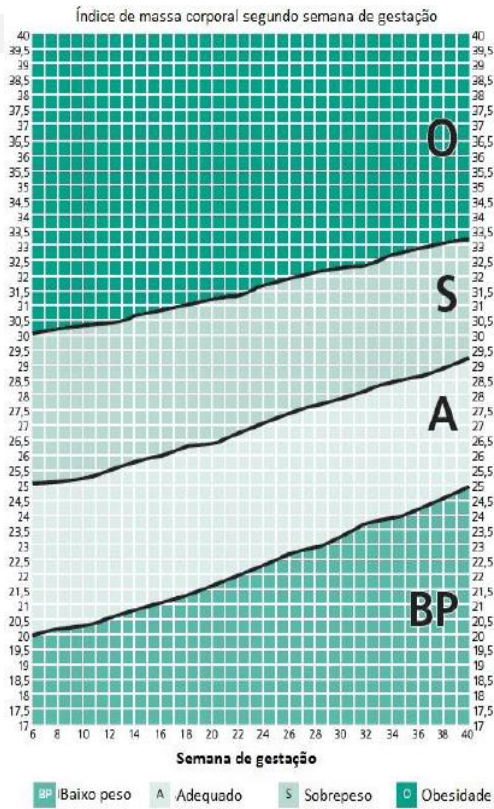
ESTRATIFICAÇÃO DE ALTO RISCO - INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/ OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL

Motivo (conforme Linha Guia - 8ª Edição)	Justificativa
<input type="checkbox"/> Anemia grave (Hemoglobina<8)	
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional insulino dependente	
<input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas	
<input type="checkbox"/> Doença hemolítica perinatal	
<input type="checkbox"/> Gestação gemelar	
<input type="checkbox"/> Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio)	
<input type="checkbox"/> Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo)	
<input type="checkbox"/> Incompetência Istmo-cervical	
<input type="checkbox"/> Má formação fetal confirmada	
<input type="checkbox"/> Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)	
<input type="checkbox"/> Oligodrâmio ou polidrâmio	
<input type="checkbox"/> Placenta acreta/acretismo placentário	
<input type="checkbox"/> Placenta prévia (após 22 semanas)	

() Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)	
() Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia	
() Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário)	
() Tromboembolismo na gestação	
() Trombofilias na gestação	
() Senescência placentária com comprometimento fetal	

HISTÓRIA PREGRESSA E SITUAÇÃO NUTRICIONAL DA GESTANTE

Descrever o resumo da história pregressa da gestação atual e anterior (se houver) informando dados relevantes, como tratamentos realizados e medicamentos utilizados. Anexar todos os exames realizados, independente do resultado e realizar a marcação no quadro ao lado sobre a situação nutricional da gestante.



CIS-AR _____
Local e Data

_____ Assinatura/Carimbo do Solicitante

PARA USO DO CONSÓRCIO

DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____ Assinatura: _____