

GUIA FACILITADOR DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE SÃO LEOPOLDO



AUTORA

MD ANDREA KUADA COIADO

Médica auditora da Central de Regulação Municipal
de São Leopoldo

Médica auditora da Unimed Vale dos Sinos

Médica auditora da Unimed Federação/RS

MBA Auditoria em Saúde - IHACS

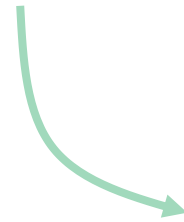
Especialização Saúde da Família e da Comunidade -
UNISINOS

Especialização em Preceptoria de Residência Médica no
SUS - Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

GUIA FACILITADOR DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE SÃO LEOPOLDO



POPULAÇÃO ALVO



TRABALHADORES DA REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVO

O **guia** foi desenvolvido para **informar e orientar os trabalhadores em saúde** sobre a composição da rede, fluxo e rotinas realizadas no **Sistema Único de Saúde (SUS)** pela Secretaria de Saúde do Município de São Leopoldo (SEMSAD).



REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

ATENÇÃO PRIMÁRIA – AP

- Unidade Básica de Saúde (UBS)
- Equipe de Atenção Primária (EAP)
- Equipe de Saúde da Família (ESF)
- Equipe de Saúde Prisional
- Consultório na Rua
- Ambulatório LGBT+
- Núcleo de Atenção a Pessoa Idosa (NAPI)
- Núcleo de Apoio a Atenção Básica

ATENÇÃO ESPECIALIZADA – AE

- Centro Médico Capilé
- SAE

REDE DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA – RUE

- Centro de Saúde Feitoria
- UPA
- SAMU
- Fundação Hospital Centenário
- Melhor em casa

VIGILÂNCIA EM SAÚDE – VISA

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

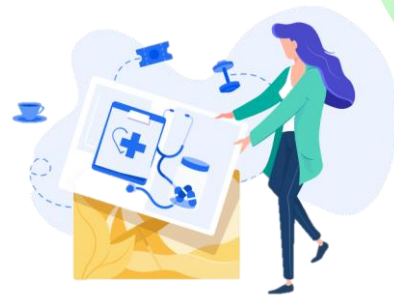
- CAPS AD, IJ e Adulto

GESTÃO DO SUS

- Central de Regulação Municipal

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Farmácia Móvel
- Farmácia Municipal
- Farmácia Distrital
- Farmácia Estadual



CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL

AV DOM JOÃO BECKER,
754 - 4º ANDAR



CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL



A Central de Regulação tem como objetivo principal **unir as ações voltadas para a regulação do acesso nas áreas hospitalar e ambulatorial**, propiciando o ajuste da oferta disponível às necessidades imediatas da população.

CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL

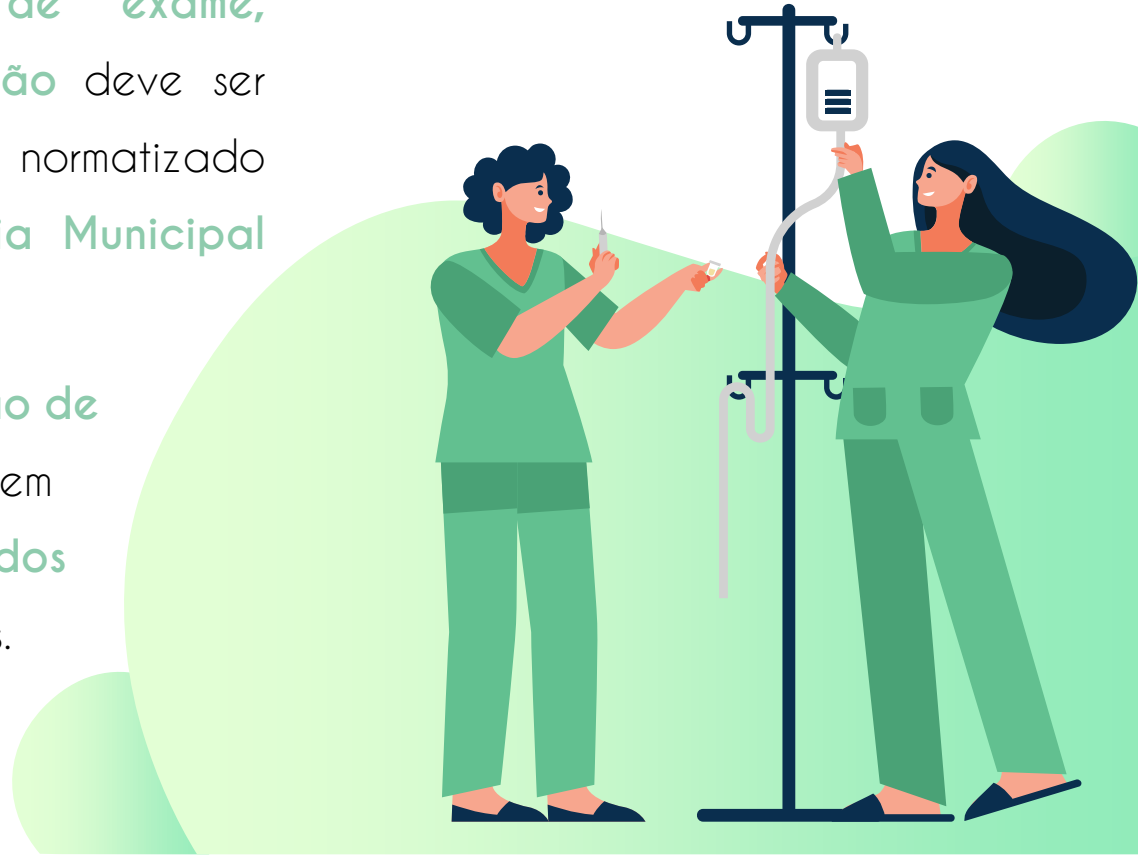
- Médico auditor
- Médicos autorizadores
- Coordenador Faturamento
- Coordenador GERCON
- Coordenador Regulação
- Coordenador Agendamento (cirurgia e oncologia)
- Coordenador Exames



GUIA DE EXAMES E LAUDOS

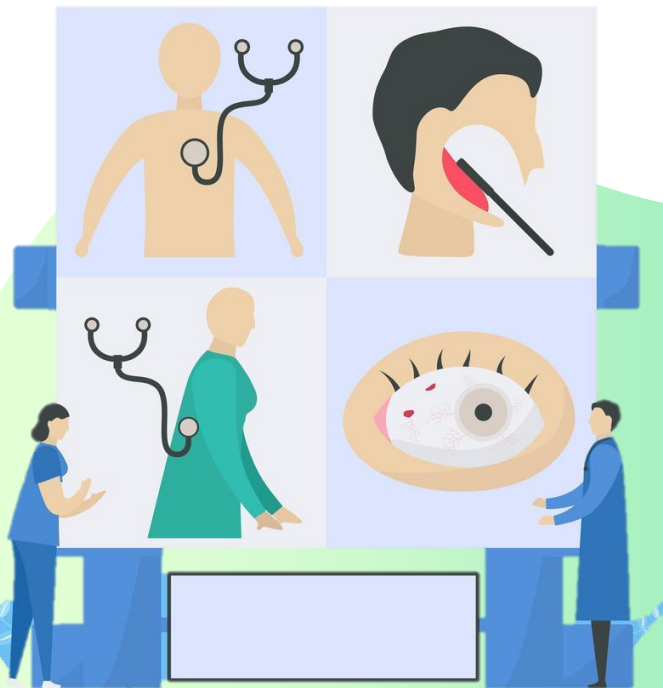
A solicitação de exame, procedimento ou internação deve ser feita em documento próprio normatizado e regulado pela **Secretaria Municipal de Saúde**.

Os laudos de solicitação de exames e procedimentos para serem autorizados devem estar **preenchidos corretamente** em todos os campos.



EXAMES DE URGÊNCIA

- Hemograma
- VSG
- EQU / Urocultura
- TGO / TGP
- Bilirrubinas
- Amilase / Lipase
- Fosfatase alcalina
- Uréia / Creatinina
- Troponina / CPK
- TP
- LDH
- NA / K
- Gasometria arterial



SOLICITAÇÃO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO



Exames laboratoriais,
radiológicos e ecografia
obstétrica – solicitar na aba
EXAMES.

Demais exames – solicitar na
aba **ENCAMINHAMENTO.**



SOLICITAÇÕES ESPECÍFICAS

BIÓPSIA



Solicitado e preenchido um laudo para cada segmento a ser estudado

Solicitado e preenchido um laudo para ecografia, outro para a biópsia e outro para o anatomopatológico

TC OU RM DE ABDÔMEN TOTAL



Solicitado e preenchido um laudo para cada segmento a ser estudado

TC COLUNA VERTEBRAL



Solicitado e preenchido um laudo para pelve e outro para abdômen superior

ECOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES



SOLICITAÇÕES ESPECÍFICAS

**ECODOPPLER
VENOSO**



Solicitado um laudo individual para cada membro

Solicitado um laudo individual para cada membro

**ECODOPPLER
ARTERIAL**



**CINTILOGRAFIA DO
MIOCÁRDIO**

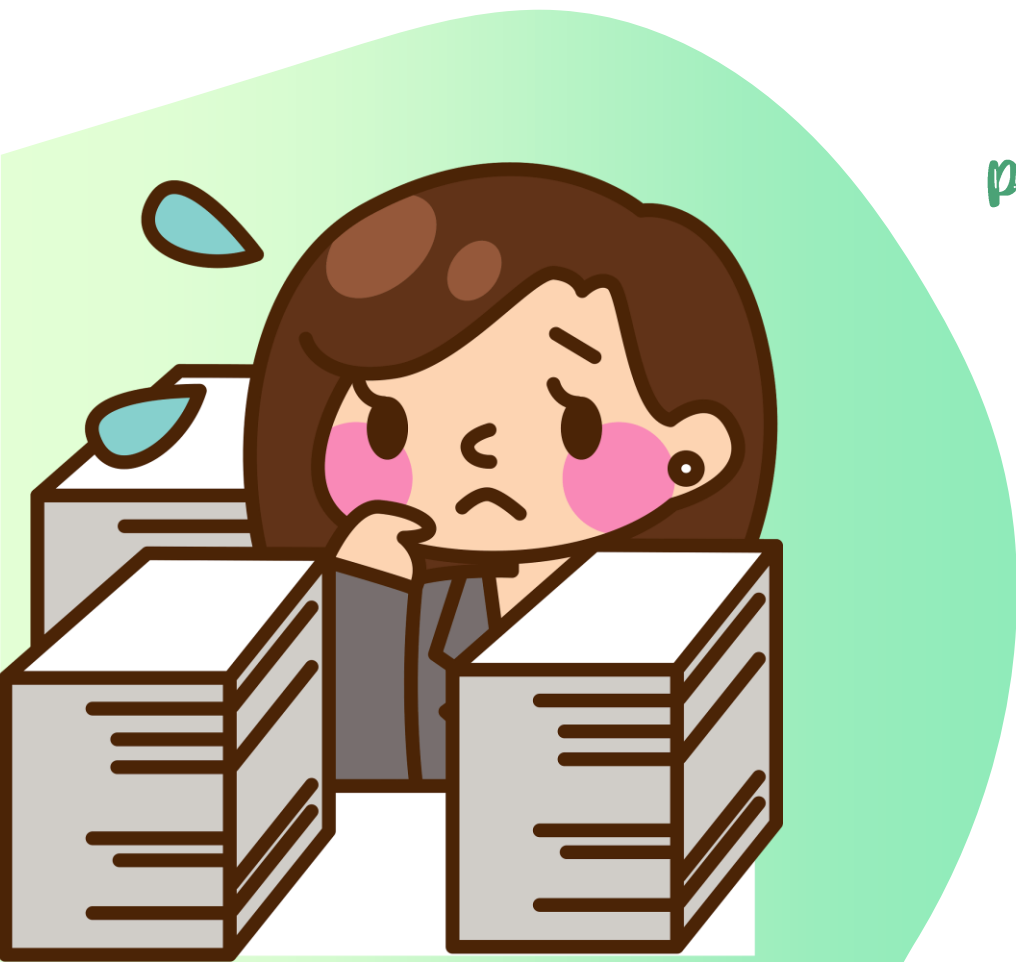


Solicitado e preenchido um laudo para repouso e outro para estresse

Solicitado e preenchido um laudo para fêmur e/ou coluna lombar conforme critério de avaliação

**DENSITOMETRIA
ÓSSEA**



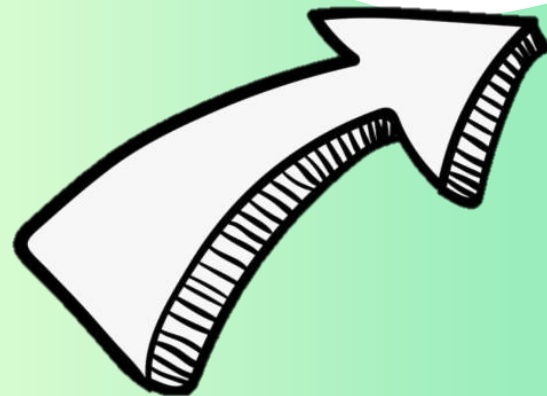


ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALIDADES DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Deverão ser realizados via
G-MUS na aba **ENCAMINHAMENTO
MUNICIPAL.**

ENCAMINHAMENTOS DE RETORNO À ESPECIALIDADE

Havendo a necessidade de retorno à especialidade, **obrigatoriamente** o especialista deverá registrar no prontuário, informar o tempo previsto de retorno e orientar o paciente a se dirigir a recepção do CMC para agendamento do mesmo.



CONCEITOS PARA ORGANIZAÇÃO DA MARCAÇÃO DA CONSULTA

ROTINA



São aqueles encaminhamentos que não possuem nenhuma referência quanto à gravidade e/ou prioridade de marcação. Deverão seguir rigorosamente a ordem cronológica de entrada na lista de espera.

PRIORIDADE



São aqueles cuja demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida, ou cuja demora implique em quebra do acesso a outros procedimentos como a realização de cirurgias. A prioridade de atendimento com sua justificativa poderá estar registrada pelo médico assistente do paciente, sendo obrigatório o preenchimento de sua justificativa.

URGENTE



São aqueles que não podem, em hipótese alguma, aguardar a espera através da lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao paciente. Os encaminhamentos deverão ser registrados exclusivamente pelo médico assistente do paciente, onde deverá estar descrita a justificativa clínica e hipótese diagnóstica obrigatoriamente. Os encaminhamentos urgentes serão sempre regulados. Cabe aos médicos reguladores a organização do acesso à estes casos urgentes.

FLUXO DE AGENDAMENTO

Após o preenchimento do protocolo de encaminhamento das especialidades deverão ser encaminhadas à Central de Regulação Municipal via G-MUS.

Após autorizada a consulta, o usuário é comunicado por telefone a data, horário e local da consulta no município ou retirar o protocolo de autorização de consulta nas referências regionais na SEMSAD (4º andar).



AVISO DE CONSULTA

Serão realizadas três tentativas de contato telefônico e comunicado equipe de apoio.

Caso não haja sucesso, a consulta solicitada será excluída do sistema.



CANCELAMENTO OU TROCA DE HORÁRIO DE CONSULTA

Cancelar ou trocar a consulta em até 48
horas antes através do fone:

2200-0733 ou 2200-0700

Segunda à sexta das 8:00
às 14:00 horas.



CONSULTA NÃO COMPARECIDA



○ cancelamento ou não comparecimento na consulta implica na **exclusão** do encaminhamento no sistema.

CANCELAMENTO DE AGENDA



Quando houver **cancelamento da agenda de algum profissional por motivo de doença** a consulta será reagendada pelo Centro Médico Capilé que informará ao usuário nova data e horário.

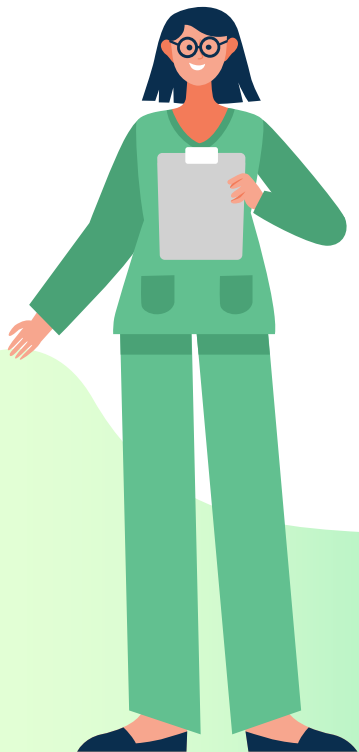
REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA REGIONAL



Na demanda de consulta não ofertada pela rede pública local, **preencher o encaminhamento** conforme os Protocolos do TelessaúdeRS.

Tais solicitações deverão ser **encaminhadas à Central de Regulação Municipal**, via G-MUS, para serem digitadas no sistema **GERCON**.

PROTÓCOLOS REGULADOS



- Andrologia
- Cardiologia
- Cirurgia buco-maxilofacial
- Cirurgia geral
- Cirurgia plástica
- Cirurgia torácica
- Cirurgia vascular
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Endocrinologia
- Estomatologia
- Gastroenterologia
- Genética
- Ginecologia
- Hematologia
- Infectologia
- Mastologia
- Nefrologia
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Neurologia
- Obstetricia
- Oftalmologia
- Oncologia
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Pneumologia
- Proctologia
- Psiquiatria / Saúde Mental
- Reabilitação
- Reumatologia
- Tratamento da dor/ Cuidados paliativos
- Urologia

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE REFERÊNCIA MUNICIPAL

Deverá ser consultada no serviço de saúde via G-MUS nas UBS.

Solicitação de atestado de que está aguardando agendamento de consulta nas UBS.



SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES

SOBRE REFERÊNCIA REGIONAL

Encaminhar a Central de Regulação Municipal via e-mail:

informacoesregulacao.sl@saoleopoldo.rs.gov.br

Solicitação de atestado de que está aguardando agendamento de consulta.

Informações referente ao cadastro no GERCON.



REALIZAÇÃO DE CADASTRO INDIVIDUAL

A **abertura de prontuário** deverá ser realizada na UBS de referência.



Quando realizado em outro serviço de saúde será considerado provisório e o paciente deverá procurar a UBS de referência para cadastro definitivo e atualização quando necessário.

LAUDO MÉDICO FISIOTERAPIA



○ número de sessões de fisioterapia para cada segmento por laudo está restrito a 10 sessões.

Encaminhar para Central de Regulação Municipal via G-MUS.

LAUDO MÉDICO FISIOTERAPIA DOMICILIAR

Os médicos só poderão solicitar a **Avaliação de Fisioterapia**.

A **competência da prescrição de sessões solicitadas** e o **número de sessões** que serão realizadas serão definidas pelo fisioterapeuta.

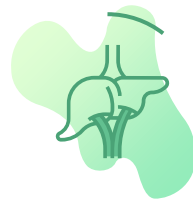
Após a avaliação, **se não for indicado manter fisioterapia domiciliar**, o paciente deverá solicitar nova requisição para fisioterapia ao médico assistente apresentando o laudo da avaliação realizado.



CRITÉRIOS DE SOLICITAÇÃO



Pacientes
restritos ao
leito



Pós
operatório
ortopédico
recente



Dependentes
de oxigênio



Até 3 meses
após AVC



Fixador
externo que
impossibilite
deambular

LAUDO MÉDICO FISIOTERAPIA PÉLVICA

- Incontinência urinária ou fecal
 - Bexiga hiperativa
 - Constipação
- Prolapso de órgãos pélvicos
- Dor na região do assoalho pélvico
- Dispareunia, vaginismo ou vulvodínea
 - Dor anorretal
- Gestação, parto e puerpério
 - Endometriose
 - Disfunção erétil
- Recuperação cirurgia prostática

Solicitação via G-MUS.

Realizado pelos
fisioterapeutas da
Unisinos.



Os **laudos de APAC** deverão ser encaminhados, via malote, à Central de Regulação Municipal.



- Quimioterapia
- Radioterapia
- Hemodiálise
- Escleroterapia
 - PET CT
 - Vasectomia
- Cirurgia de catarata



VALIDADE DE 90 DIAS

APAC

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | **LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL** fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2- END. _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3- NOME DO PACIENTE _____ 4- SEXO _____ 5- TIPO DE PROCEDIMENTO _____
6- DATA DE NASCIMENTO _____ 7- ENDEREÇO _____ 8-1- END. _____ 8-2- END. _____
9- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 10- TELEFONE DE CONTATO _____
11- NOME DA MÃE _____ 12- TELEFONE DE CONTATO _____
13- NOME DO RESPONSÁVEL _____ 14- TELEFONE DE CONTATO _____
15- ENDEREÇO DO V. SURTIÇÃO _____ 16- NOME DO RESPONSÁVEL _____
17- CIDO. RES. MUNICIPAL _____ 18- UF _____ 19- CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 20- NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 21- DTOR _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

22- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 23- NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 24- DTOR _____
25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 26- NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 27- DTOR _____
28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 29- NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 30- DTOR _____
31- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 32- NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 33- DTOR _____
34- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 35- NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 36- DTOR _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

37- DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ 38- CIDO PRINCIPAL _____ CIDO SECUNDÁRIO _____ CIDO ASSOCIADO _____
39- OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

40- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 41- ENDEREÇO DA SOLICITAÇÃO _____ 42- ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____
43- DOCUMENTO _____ 44- Nº DOCUMENTO CATEGÓRICO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____
45- () CNB () CIP _____ 46- () CNB () CIP _____

AUTORIZAÇÃO

47- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 48- CIDO. ORGÃO EMISSOR _____ 49- Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____
50- DOCUMENTO _____ 51- Nº DOCUMENTO CATEGÓRICO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____
52- () CNB () CIP _____ 53- () CNB () CIP _____

54- DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 55- ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 56- PERÍODO DE VALIDADE _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

57- NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 58- END. _____

A I H

AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do SUS. O formulário contém campos para identificação do estabelecimento de saúde, identificação do paciente, justificativa da internação, procedimento solicitado, e informações de contato. O título do formulário é 'LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR'.

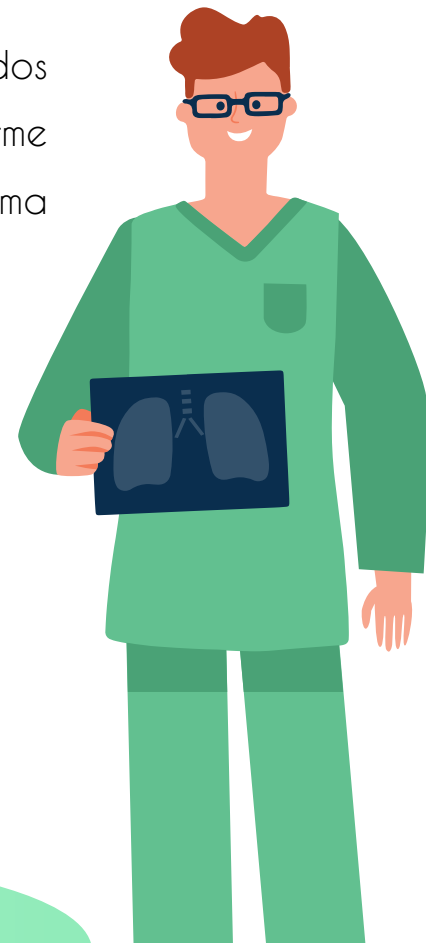
- Deverá ser solicitado em **2 (duas) vias**.

- **Laudos com rasuras** serão rejeitados pelo médico autorizador conforme Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS).

- Os **laudos de AIH de procedimentos eletivos** deverão ser encaminhados, via malote, à Central de Regulação Municipal.



VALIDADE DE 90 DIAS



CIRURGIAS ELETIVAS

As cirurgias eletivas são realizadas no **Hospital Centenário** e reguladas pela **Central de Regulação Municipal**.



- Colecistectomia
- Herniorrafia
- Cirurgia ginecológica
- Cirurgia cabeça e pescoço
- FACO e pterígio
- Cisto pilonidal
- Cirurgia oncológica
- Cirurgia urológica

EXAMES OFERTADOS

- Exames de laboratório de análises clínicas
- Exames de Rx não contrastados
- Exames de patologia
- Tomografia
- Ressonância
- Ecografia
- Ergometria
- MAPA - monitorização pressão arterial
- Holter
- Densitometria óssea
- Laringoscopia
- Mamografia
- ECG - eletrocardiograma
- EEG - eletroencefalograma
- Audiometria
- EDA - endoscopia digestiva alta
- Colonoscopia
- Cintilografia
- Espirometria
- Broncoscopia
- Ecocardiografia
- Teste da orelhinha
- Teste do olhinho
- Teste do pezinho
- Teste da linguinha
- Teste do coraçãozinho
- Testes rápidos
- Colposcopia



GERCON

GERENCIAMENTO DE CONSULTAS ESTADUAL

Sistema usado para **qualificar a gestão das consultas** especializadas não ofertadas pelo município de São Leopoldo.



O **agendamento** ocorre de acordo com a complexidade e a regionalização.

G - M U S

O sistema contempla desde o **atendimento primário à gestão estratégica da Saúde**. Garantindo assim, a qualidade na assistência ao cidadão, o controle e a redução de custos para a gestão e a efetividade às exigências Ministeriais.

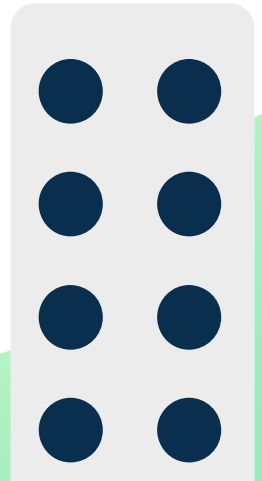


TABELA SIGTAP



CÓDIGOS DE EXAMES



BIÓPSIA (SOLICITAÇÃO EM 2 LAUDOS + ETC – BIÓPSIA + ECO + AP)

- Mama - 02.01.01.0569 + eco mama 02.05.02.0097
- Tireoide - 02.01.01.0470 + eco tireoide 02.05.02.0127
- Hepática - 02.01.01.0208 + eco abdômen superior 02.05.02.0038
- Próstata - 02.01.01.0410 + eco próstata 02.05.02.0119

ECOGRAFIA

- Aparelho urinário - 02.05.02.0054
- Próstata via abdominal - 02.05.02.0100
- Próstata via transretal - 02.05.02.0119
- Abdômen total - 02.05.02.0046
- Articulação - 02.05.02.0062 (uma solicitação para cada segmento)
- Bolsa escrotal - 02.05.02.0070
- Abdômen superior - 02.05.02.0038
- Tireoide - 02.05.02.0127
- Órgãos e estruturas superficiais - 02.05.02.0062
- Transfontanelar - 02.05.02.0178
- Ecocardiograma - 02.05.01.0032
- Ecocardi transesofágico - 02.05.01.0024
- Obstétrica com doppler - 02.05.02.0151
- Glândulas salivares - 02.05.02.0062
- Ecodoppler de vasos - 02.05.01.0040
- Transvaginal - 02.05.02.0186
- Pélvica - 02.05.02.0160
- Obstétrica - 02.05.02.0143
- Morfológica - mesmo código da eco obstétrica
- Mama - 02.05.02.0097

CÓDIGOS DE EXAMES

ENDOSCOPIAS

- Colonoscopia - 02.09.01.0029
- Retosigmoidoscopia - 02.09.01.0053
- Digestiva alta - 02.09.01.0037
- Broncoscopia - 02.09.04.0017
- Laringoscopia - 02.09.04.0025

CINTILOGRAFIAS

- Miocárdio Estresse - 02.08.01.0025
- Miocárdio Repouso - 02.08.01.0033
- Tireóide - 02.08.03.0026
- Sistema urinário/renal - 02.08.04.0056
- Óssea - 02.08.05.0035
- Pulmonar - 02.08.07.0044

FISIOTERAPIA - (UMA SOLICITAÇÃO PARA CADA SEGMENTO)

- Neurologia - 03.02.06.0030
- Ortopedia - 03.02.05.0027
- Pré e pós operatório ortopedia - 03.02.05.0019
- Pneumologia - 03.02.04.0021



CÓDIGOS DE EXAMES

RESSONÂNCIAS

- Cranio e face - 02.07.01.0064
- Angioressonância cerebral - 02.07.01.0013
- Lombo sacra - 02.07.01.0048
- Torácica - 02.07.01.0056
- Cervical - 02.07.01.0030
- Membros Superiores - 02.07.02.0027
- Membros Inferiores - 02.07.03.0030
- Abdômen Superior - 02.07.03.0014
- Pelve - 02.07.03.0022

TESTE ERGOMÉTRICO

02.11.02.0060

MAPA

02.11.02.0052

HOLTER

02.22.02.0044

MAMOGRAFIA

- Unilateral - 02.04.03.0030 (sexo masculino)
- Bilateral - 02.04.03.0188



CÓDIGOS DE EXAMES

HEPATITE B OU C

- Carga viral - Qualitativo - 02.02.03.0059
- Genotipagem - Quantitativo - 02.02.03.0210

DENSITOMETRIA ÓSSEA

- 02.04.06.0028 (uma solicitação para cada segmento)



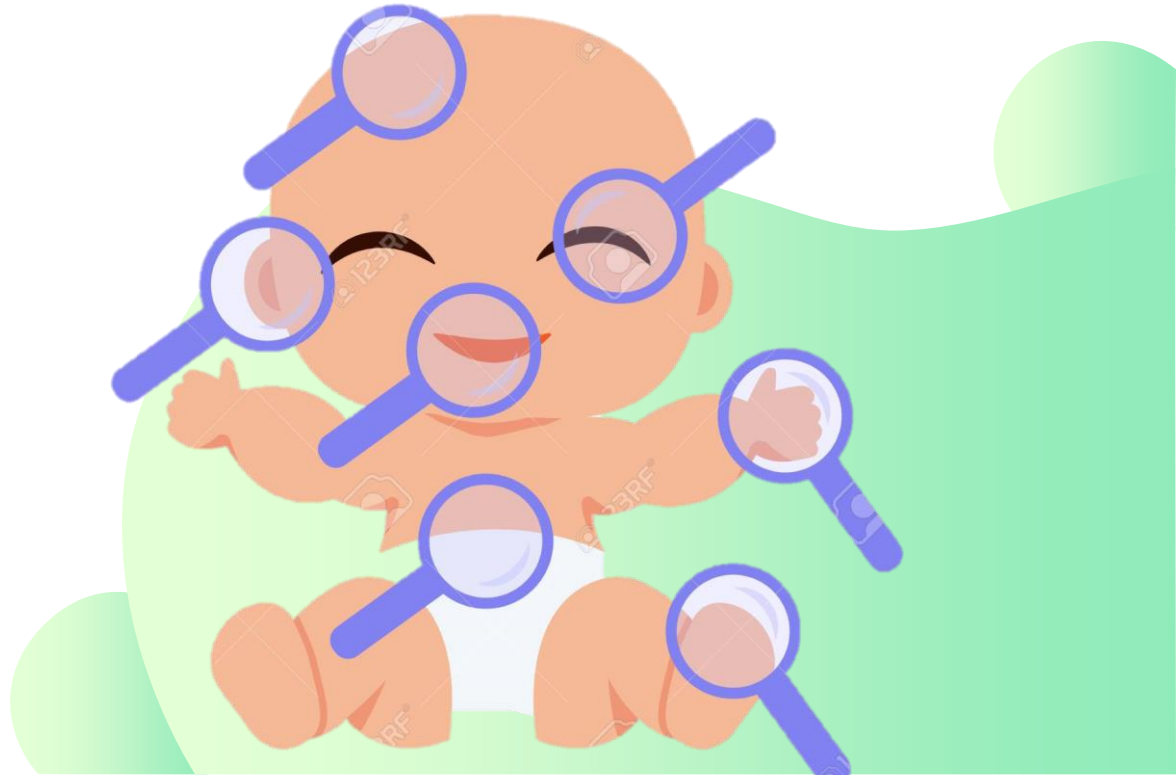
OFTALMOLOGIA

- Paquímetria - 02.05.02.0020
- Campimetria - 02.11.06.004-6
- Mapeamento de retina - 02.22.06.0127
- Retinografia colorida binocular - 02.11.06.0178
- Retinografia fluorescente binocular - 02.11.06.0186
- Topografia de córnea - 02.11.06.0267

CÓDIGOS DE EXAMES

TOMOGRAFIAS

- Tórax- 02.06.02.0031
- Mediastino - 02.06.02.0040
- Seios da face - 02.06.01.0044
- Abdômen Superior - 02.06.03.0010
- Pelve - 02.06.03.0037
- Crânio - 02.06.01.0079
- Pescoço - 02.06.01.0052
- Coluna Lombo sacra - 02.06.01.0028
- Coluna Torácica - 02.06.01.0036
- Coluna Cervical - 02.06.01.0010
- Membros Inferiores - 02.06.03.0029
- Membros Superiores - 02.06.02.0015



REABILITAÇÃO FÍSICA

CADEIRA DE RODAS, CADEIRA MOTORIZADA, CADEIRA DE BANHO, BENGALAS, COLETES, ÓRTESES,
PRÓTESES PEIRNA E PÉ, BRAÇO E MÃO

Pacientes que necessitam de pelo menos **duas especialidades de reabilitação** e/ou tenham indicação de uso de tecnologias assistivas e não cirúrgicas como **Órteses, Próteses ou Meios Auxiliares de Locomoção (OPM)**.

Preenchimento do encaminhamento pelo médico (qualquer especialidade) via G-Mus.





ACADEF

Após o primeiro atendimento na ACADEF, o usuário terá garantia de atendimento durante **5 anos** e **NÃO** necessitará de novo encaminhamento neste período.

REABILITAÇÃO VISUAL

Pacientes que já tenham passado por **tratamentos clínicos** e/ou **correções cirúrgicas** e que tenham indicação de uso de tecnologias assistivas e não cirúrgicas como **Órteses, Próteses ou Materiais Especiais** e crianças de até 03 anos de idade com suspeita ou diagnóstico de **atraso global do desenvolvimento (AGD)** em virtude do déficit visual e/ou com fatores de risco para deficiência visual.

Preenchimento do encaminhamento pelo oftalmologista via G-Mus.



PRÓTESE OCULAR

Elegíveis para prótese ocular: **enucleação, evisceração**
e pós traumatismo ocular.

Se estiver apto a receber a prótese ocular
encaminhar via G-MUS para PRÓTESE
OCULAR. Após avaliação com oftalmo no
Centro Médico Capilé será encaminhado via
G-MUS ao SERVIÇO DE PRÓTESE OCULAR na
UBS Campina.



REABILITAÇÃO AUDITIVA

Pacientes com indicação de avaliação para **implante coclear** ou **com outras deficiências** associadas.

Pacientes pediátricos com falha na **Triagem Auditiva Neonatal (TAN)** por **Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE)** ou **com outras deficiências** associadas.

Preenchimento do encaminhamento pelo otorrino ou fonoaudiólogo via G-Mus e anexar obrigatoriamente a audiometria.



REABILITAÇÃO INTELECTUAL

Crianças que apresentam atraso global de desenvolvimento (AGD), transtorno do espectro autista (TEA), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtorno específico de aprendizagem, AGD associado à microcefalia.

Preenchimento do encaminhamento pelo médico assistente via G-Mus.



TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

Propor, elaborar, implementar e gerir ações e projetos que utilizam as tecnologias digitais para qualificação dos serviços e como vetor de transformação da saúde, em cumprimento aos princípios e normas do SUS.



SISTEMA GMUS SUPORTE

PARA DÚVIDAS USUAIS:

+55 49 99919-3107

(WhatsApp)

PARA DÚVIDAS, CONFIGURAÇÕES E

TREINAMENTO:

rhayane@inovadora.com.br

(com cópia para Gustavo)

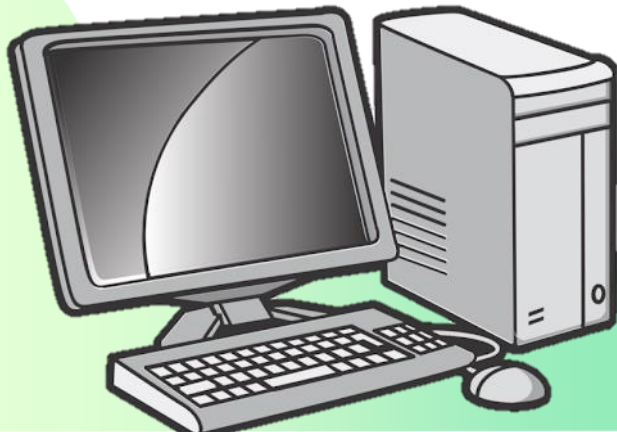
PARA MATERIAIS DE APOIO, MANUAIS E VÍDEOS:

<https://1drv.ms/f/s!Ao2aKJ5dFlwje4KvQE7Q9o-1uLncw?e=BV5UkQ>



CRIAÇÃO DE USUÁRIO DE REDE

- Nome completo do profissional
 - CPF
- Matrícula (servidores concursados)
- E-mail pessoal
- CNES do Estabelecimento de Saúde



O gestor deve enviar os seguintes dados para:

gustavo.dasilva@saoleopoldo.rs.gov.br e

tiago.machado@saoleopoldo.rs.gov.br

CRIAÇÃO DE ACESSO

- Nome do profissional
 - CPF
 - CNS
- E-mail pessoal
 - CBO
- CNES do Estabelecimento de Saúde
 - INE da Equipe de Saúde
 - Conselho de Classe e N°



O gestor deve enviar os seguintes dados para:

rhayane@inovadora.com.br

gustavo.dasilva@saoleopoldo.rs.gov.br e

tiago.machado@saoleopoldo.rs.gov.br

criação de agenda

- Nome completo do profissional
 - CNES
- Horários da agenda

O gestor deve enviar os seguinte
dados para:

rhayane@inovadora.com.br

gustavo.dasilva@saoleopoldo.rs.gov.br

tiago.machado@saoleopoldo.rs.gov.br



CARTÃO SUS

Documentos necessários:

- Comprovante de residência (água, luz ou telefone) no nome do usuário ou declaração de residência escrita de próprio punho com cópia da carteira de identidade para maiores de 18 anos.
 - CPF obrigatório em qualquer idade
- Carteira de identidade ou certidão de nascimento



Realizado nas UBS.

CAD SUS WEB

(CARTÃO SUS)



Operação do CadSUS WEB nos Serviços de Saúde (Memorando 02/2024):

<https://1drv.ms/b/s!Ao2aKJ5dFlIwjoInq9uLsnsrY2lVXA?e=nsF8bD>

Manual de Solicitação de Acesso:

<https://1drv.ms/b/s!Ao2aKJ5dFlIwjoJuFUgpQ-cizV6iww?e=cCtFZi>

Modelo de Ofício para o Ministério da Saúde:

<https://1drv.ms/w/s!Ao2aKJ5dFlIwjoJv4jHjrTvIFDjN9w?e=E7yTOc>

Manual de Operação:

<https://1drv.ms/b/s!Ao2aKJ5dFlIwjoJtnuVjZ-SRFOzJnA?e=hBZJUB>

RESPONSABILIDADE PELO USO DE SENHAS

Cada usuário é responsável pelo uso exclusivo e intransferível de suas senhas de acesso.



As senhas, seja para Sistemas de Informações, uso de rede ou e-mail institucional, são de uso pessoal e não devem ser compartilhadas sem o consentimento dos gestores.

LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (LGPD)



A LGPD regula o tratamento de
dados pessoais.

Os usuários devem cumprir todas as
normas estabelecidas pela LGPD
(Lei 13,709/2018).

SIGILO PROFISSIONAL

É essencial manter sigilo sobre todas as informações acessadas durante o desempenho do trabalho.

Não é permitido divulgar, veicular, copiar ou comentar, durante ou após o término do relacionamento profissional, sobre qualquer informação confidencial.

Isso inclui documentos, dados, nomes, papéis, estudos, figuras, formulários, sistemas e programas administrativos e gerenciais, ou quaisquer assuntos técnicos relacionados aos interesses da Administração Municipal.

Todas as informações tratadas são consideradas privilegiadas, sigilosas, confidenciais e/ou indisponíveis a terceiros, devendo-se observar a legislação aplicável.



REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

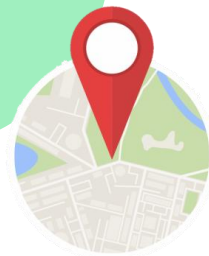
Visa a **articular e integrar todos os equipamentos de saúde** para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.



CENTRO DE SAÚDE FEITORIA



RUA JOÃO
ALGAYER, 71



UPA ZONA NORTE



RUA LEOPOLDO ALBINO
SCHERER, 374



FUNDAÇÃO HOSPITAL CENTENÁRIO



AVENIDA THEODOMIRO PORTO
DA FONSECA, 799



SAMU

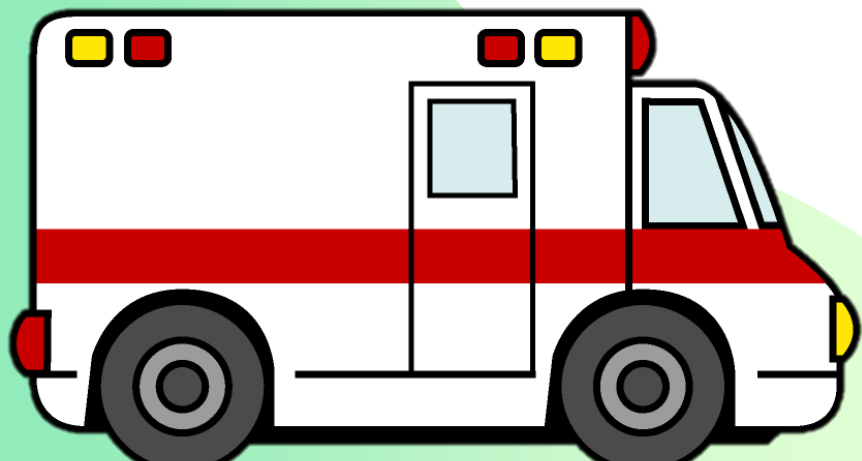
Atendimento pré-hospitalar primário – quando solicitado pelo usuário.



Atendimento pré-hospitalar secundário – quando solicitado por serviço de saúde para continuidade do cuidado.

S A M U

Equipe de **suporte básico** – técnico em enfermagem
emergencista e condutor socorrista.



Equipe de **suporte avançado** – médico,
enfermeiro e condutor socorrista.

Equipe de **motolância** – enfermeiro ou
técnico em enfermagem emergencista.

MELHOR EM CASA / SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR (SAD)

Visa a proporcionar ao paciente um **cuidado mais próximo da rotina da família**, evitando hospitalizações desnecessárias e/ou prolongadas e diminuindo o risco de infecções.

Formada por uma equipe multiprofissional de atenção especializada composta por **médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social e técnico de enfermagem.**



MELHOR EM CASA / SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR (SAD)

COMO ENCAMINHAR?

Preencher o formulário de encaminhamento através do sistema G-MUS.

PASSO A PASSO:

Prontuário do paciente

Encaminhamento

Especialidade

Prioridade

Critérios de Elegibilidade EMAD AD2/AD3

Preencher as perguntas

Adicionar

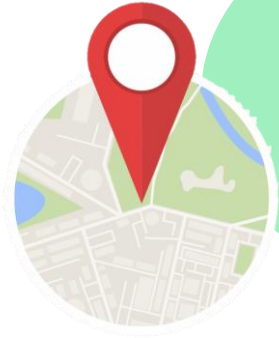


ATENÇÃO ESPECIALIZADA (AE)



Conjunto de procedimentos que envolve **alta tecnologia e alto custo** objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)

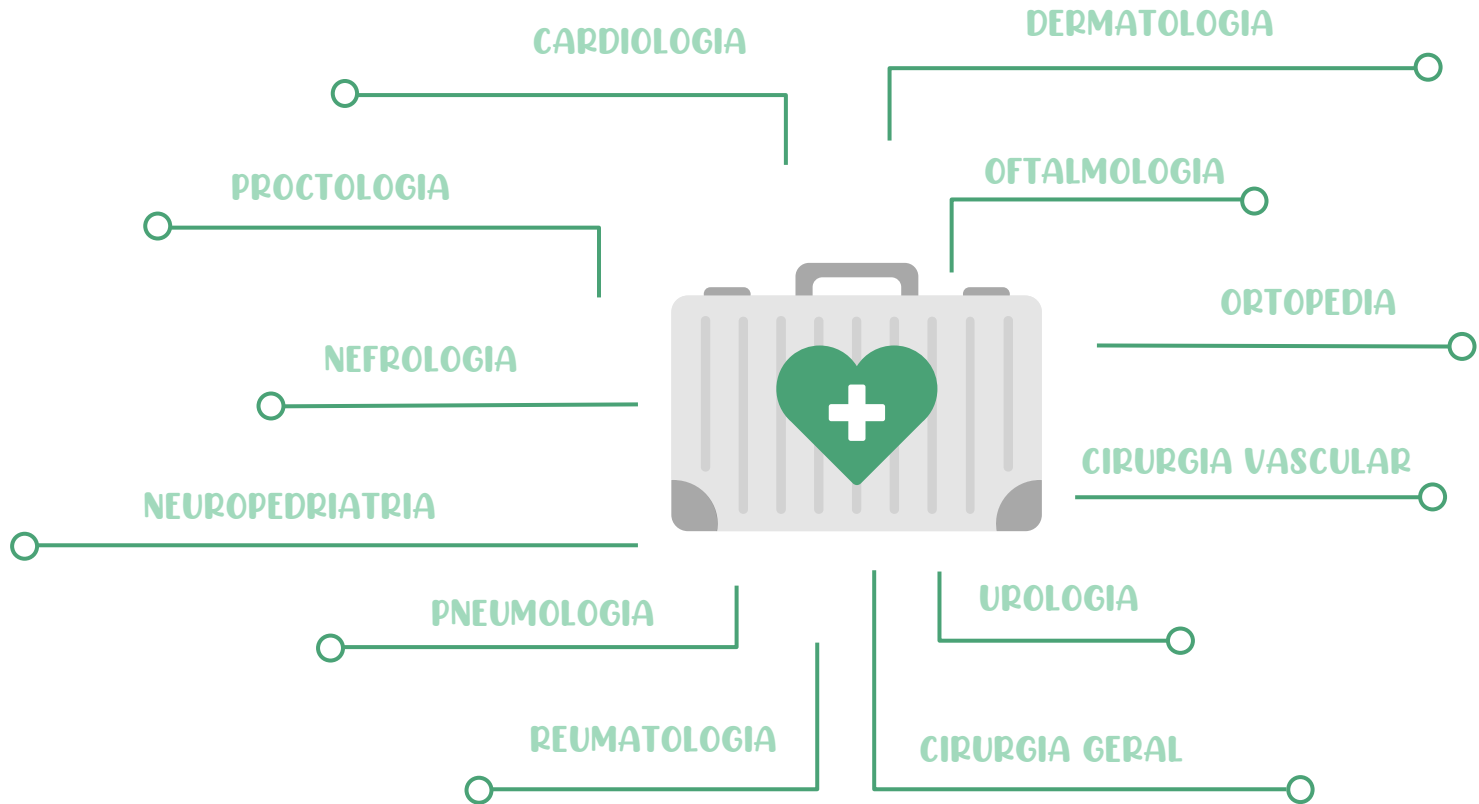
CENTRO MÉDICO CAPILÉ



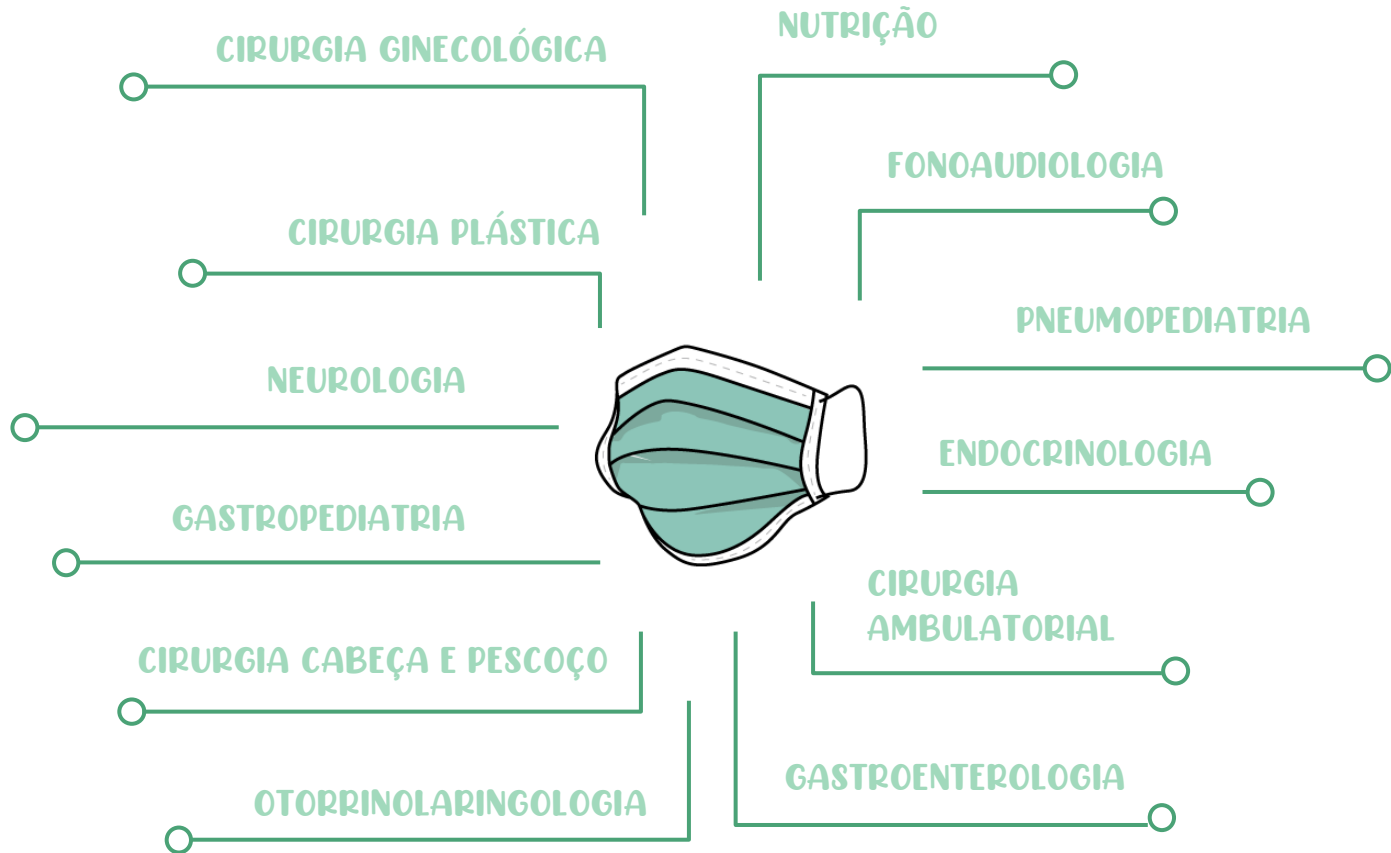
RUA CONCEIÇÃO, 679
DAS 7:00 ÀS 18:00 HORAS



ESPECIALIDADES



ESPECIALIDADES



EXAMES RADIOLOGICOS

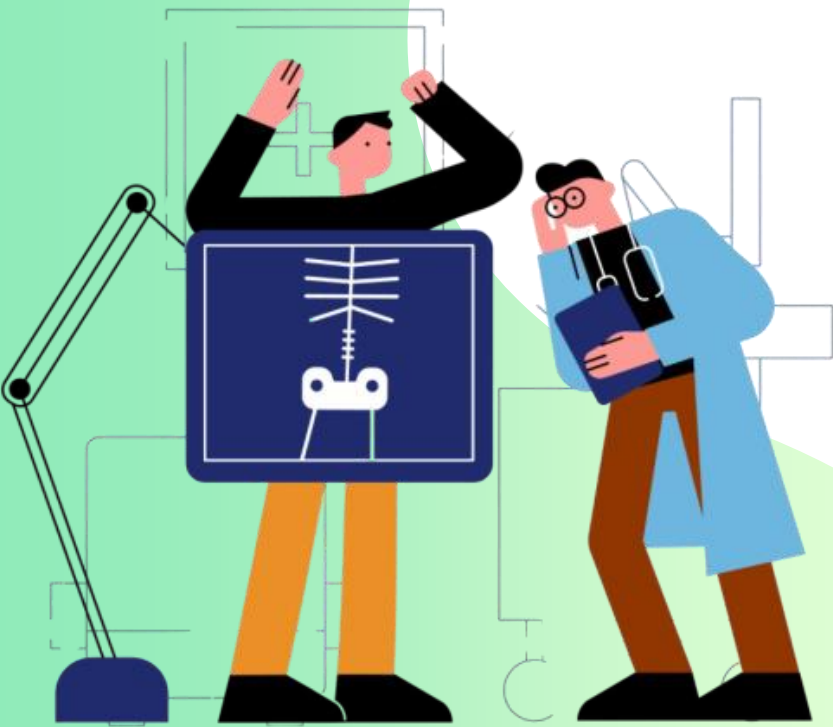
Segunda à sexta das 7:00 às 17:00 horas.

Realizados no Centro Médico Capilé

Solicitação via G-MUS.

· **Sem** autorização prévia.

Quando solicitado de urgência **NÃO**
será emitido laudo.

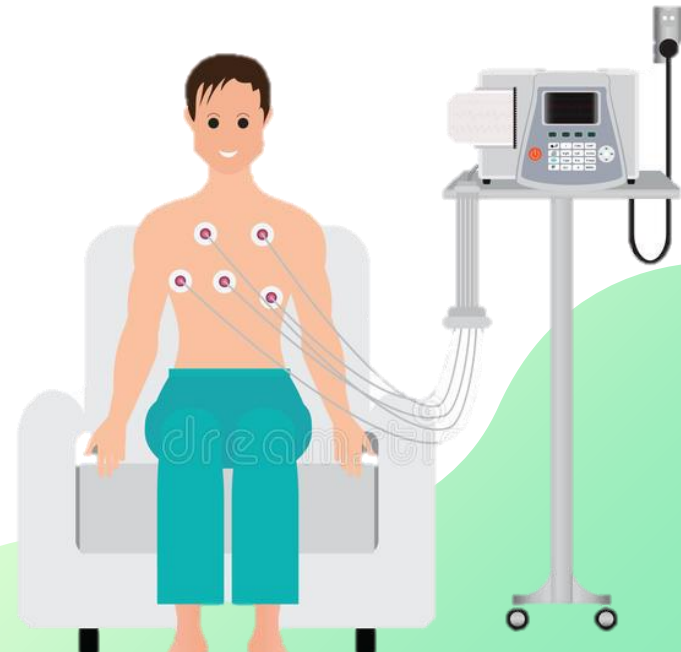


E C G

ELETROCARDIOGRAMA

Solicitação via G-MUS.

Realizado no Centro Médico Capilé.



EEG

ELETRONECEFALOGRAMA



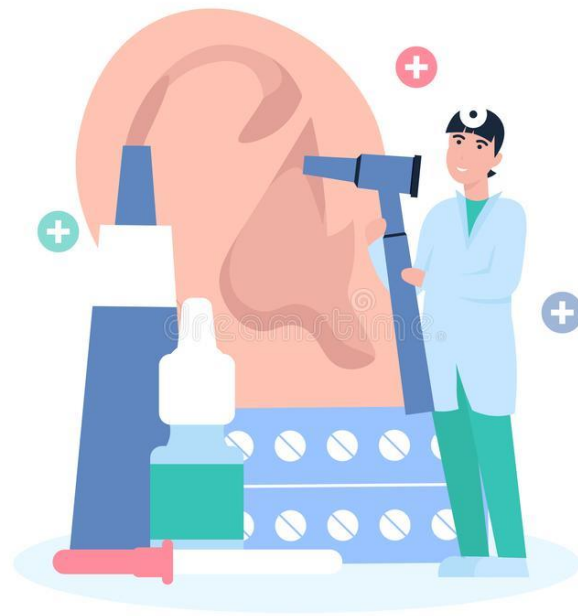
Solicitação via G-MUS.

Realizado no Centro Médico Capilé.

AUDIOMETRIA

Solicitação via G-MUS após avaliação do **otorrino**.

Realizado no Centro Médico Capilé pelas
fonoaudiólogas.



LARINGOSCOPIA

Solicitação via G-MUS após avaliação do **otorrino**.

Realizado no Centro Médico Capilé pelos
otorrinolaringologistas.



ESPIROMETRIA

Solicitação via G-MUS.

Realizado pelo **Projeto Abraçar** para pacientes acima de 40 anos.



COLPOSCÓPIA


Solicitação via G-MUS.

Realizado no Centro Médico Capilé.



LAUDO DE COLPOSCOPIA



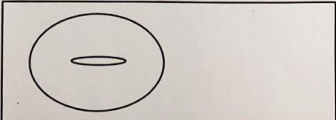
 **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO**
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

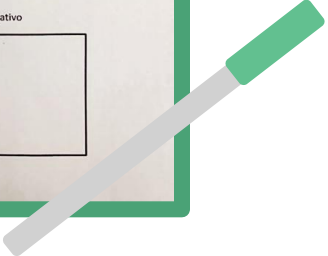
COLPOSCOPIA

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____
CNS: _____ DUM: ____/____/____ MAC: _____
Indicação para Colposcopia: _____

ACHADOS COLPOSCÓPICOS:

- Achados colposcópicos normais com ZIT ()
 - Achados colposcópicos normais dentro da zona de transformação:
 - () epitélio acetobranco plano () epitélio acetobranco micropapilar
 - () pontilhado () mosaico
 - () leucoplasia () epitélio lodo-negativo
 - () vasos atípicos
- Achados colposcópicos anormais fora da zona de transformação (actócervice, vagina):
 - () epitélio acetobranco plano () epitélio acetobranco micropapilar
 - () pontilhado () mosaico
 - () leucoplasia () epitélio lodo-negativo
 - () vasos atípicos
- Colposcopia insatisfatória:
 - () junção escamocolumnar não-visível
 - () inflamação grave ou atrofia grave
 - () cérvix não visível
- Miscelânea:
 - () superfície micropapilar não-acetobranca () condiloma exofítico
 - () inflamação
 - () úlcera
 - () atrofia
 - () outros: _____
- Teste de Shiller: () positivo () negativo

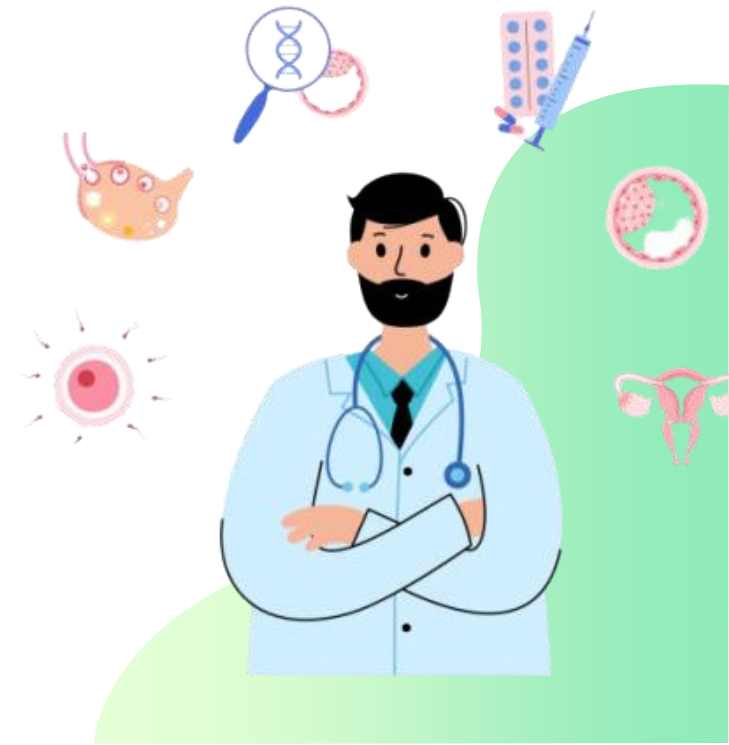




QUANDO ENCAMINHAR COLPOSCOPIA?

CONFORME PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA

- Atipias de significado indeterminado em células escamosas quando não se pode afastar lesão de alto grau
- Atipias de significado indeterminado em células glandulares provavelmente não neoplásica e quando não se pode afastar lesão de alto grau
- Atipias de significado indeterminado de origem indefinida provavelmente não neoplásica e quando não se pode afastar lesão de alto grau
- Lesão intraepitelial de alto grau
- Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor
- Adenocarcinoma in situ ou invasor



E COGRAFIAS

Solicitação via G-MUS.

Realizada no Clínica Wagner, Disiuta e
Clínica SIDI.



ECOGRAFIA MAMÁRIA E OBSTÉTRICA

Solicitação via G-MUS.

Realizada no Centro Médico Capilé pelo
Md Luis lochins.



ECOGRÁFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER

Ecografias solicitadas pelos ginecologistas e médicos
do **pré natal de alto risco**.

Solicitação via G-MUS.

Realizada no Centro Médico Capilé.



PADRONIZAÇÃO DAS REQUISIÇÕES DE ECOGRAFIAS OBSTÉTRICAS

ECOGRAFIA OBSTÉTRICA

- Deve ser requisitada na primeira consulta de pré-natal
- Se realizada entre a 11^ª e 13^ª semana de gestação possibilitará a medida da translucência nugal

ECOGRAFIA MORFOLÓGICA

- Realizada entre a 18^ª e 24^ª semana de gestação



E C O C A R D I O G R A F I A

Ecocardiografias solicitadas pelos **cardiologistas**

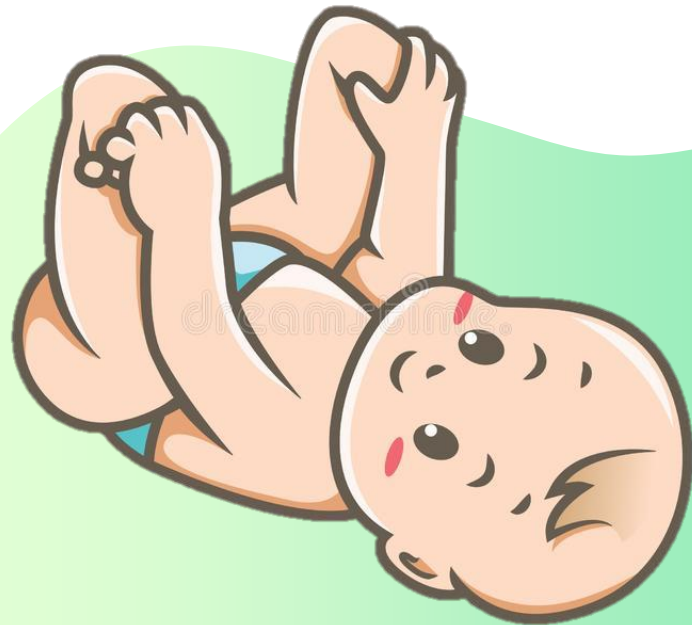


Solicitação via G-MUS.

Realizada no Centro Médico Capilé e Clínica SIDI.

TESTE DO PEZINHO

Coletado do 3^º ao 5^º dia de vida em todas as UBS de segunda à sexta das 8:30 às 11:30 horas e das 13:30 às 16:30 horas.



TESTE DO ORELHINHA

Realizado no Hospital Centenário pela fonoaudióloga Aline Stanislawski.

Ao avaliar as **otoemissões acústicas**, caso alterado, indica-se a realização de BERA.



TESTE DA LINGUINHA

Realizado no Hospital Centenário pelo
pediatra.

Ao verificar **frênulo lingual**, se alterado
encaminhar para odontopediatra ou
fonoaudióloga.



TESTE DO CORAÇÃOZINHO

Realizado no Hospital Centenário pela **enfermeira** entre 24 e 48 horas de vida.

Ao verificar a **saturação diferencial entre membro superior direito e membro inferior**, se abaixo de 95% ou com uma diferença igual ou acima de 3%, repetir em 1 hora e, se persistir, realizar ecocardiograma.



TESTE DO OLHINHO

Realizado no Hospital Centenário pelo
pediatra.

Ao observar o **reflexo da luz** emitida, se
alterado encaminhar ao oftalmologista.



LAVAGEM OTOLÓGICA



Agendamento presencial no CMC de segunda à sexta das 8:00 às 11:30 horas após 10 dias da solicitação pelo otorrino via G-MUS.

Realizado no Centro Médico Capilé pela Md Cintia Cirne e também pode ser feito nas UBS.

PEQUENOS PROCEDIMENTOS CIRURGIA AMBULATORIAL

Solicitação via G-MUS.

Realizado no Centro Médico Capilé
pelos Md Mauro Siebert e Md Carlos
Antônio Arpini.



PEQUENOS PROCEDIMENTOS DERMATOLOGIA



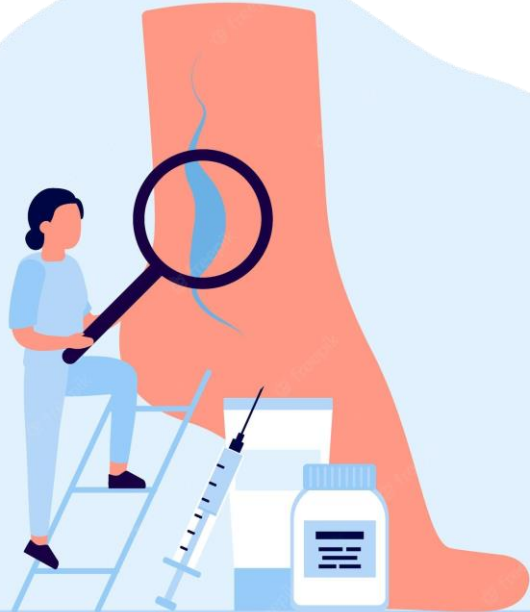
Solicitação via G-MUS após avaliação do
dermatologista.

Realizado no Centro Médico Capilé pelas
Md Rose Milizewski.

PEQUENOS PROCEDIMENTOS VASCULAR

Solicitação via G-MUS após avaliação do
cirurgião vascular.

Realizado no Centro Médico Capilé.



AMBULATÓRIO DE EGRESSOS DA UTI NEONATAL

Após alta do Hospital Centenário, o **prematuro é encaminhado** para o primeiro atendimento no Centro Médico Capilé **já com a consulta agendada** e, quando oriundo de outro hospital, o agendamento será presencial no Centro Médico Capilé.

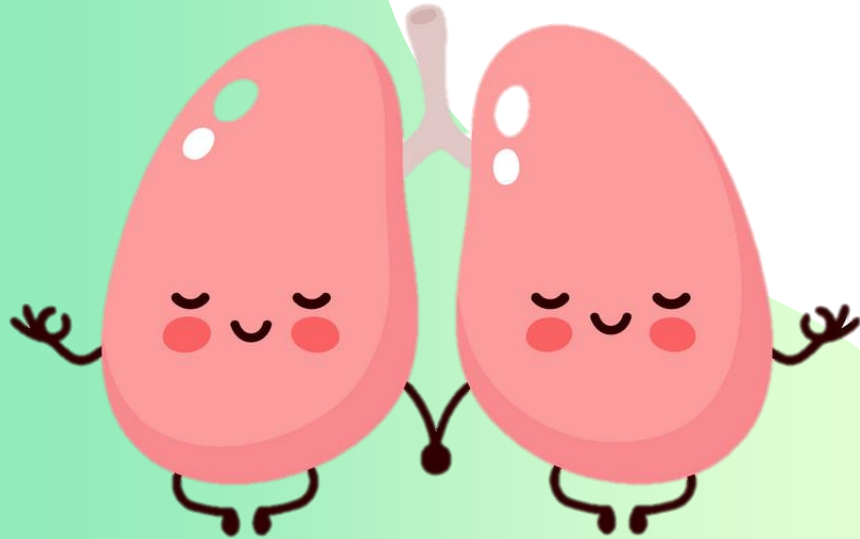
De segunda à sexta das 8:00 às 11:30.

Realizado no Centro Médico Capilé pela
Md Marcia Santos.



AMBULATORIÓRIO DE ASMA

ATENDIMENTO PEDIÁTRICO



Solicitação via G-MUS.

Realizado no Centro Médico Capilé pela
Md Daniela Weck.

AMBULATÓRIO DE ESTOMIA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Após alta hospitalar, o paciente é **orientado a comparecer no CMC** no turno da tarde de segunda a sexta feira trazendo cópias do **CPF, RG, cartão SUS, comprovante de residência com CEP, prescrição médica do serviço de origem e nota de alta com CID** para realização do cadastro e dispensação de kits para pacientes estomizados ou com incontinência urinária, orientações para o autocuidado, prevenção de complicações e trocas de bolsas.



Realizado no Centro Médico Capilé pela **enfermeira** Isadora Lempek.

AMBULATÓRIO DE CURATIVOS ESPECIAIS



Encaminhado pelo **cirurgião vascular**
e enfermeiras das UBS via G-MUS.

Realizado no Centro Médico Capilé pela
enfermeira Isadora Lempek.

COBERTURAS DISPONÍVEIS

- Alginato de cálcio e sódio
- Tela de silicone não aderente
- Hidrogel associado ou não
 - Placa de hidrocoloide
 - Solução de PHMB
 - Bota de unha



AMBULATÓRIO DE EGRESSOS DE TRAUMATOLOGIA

Para o agendamento da consulta **trazer a radiografia e o boletim de atendimento do hospital** que consta quantos dias após o atendimento deverá ser agendada a consulta.

Retirar o Rx quando realizado no FHC na recepção do
SIDI em **5 (cinco) dias**.

No dia da consulta ter em mãos a **radiografia, o boletim de atendimento e o cartão SUS**.

Agendamento presencial no CMC de segunda à sexta das 8:30 às 11:30 horas.

Realizado no Centro Médico Capilé pela Clínica Feitoria.



AMBULATÓRIO DE DIETAS ESPECIAIS

- Pacientes oncológicos
- Pacientes em uso de terapia nutricional enteral e/ou oral
- Pacientes ostomizados
- Pacientes com insuficiência renal crônica
- Gestantes de alto risco com necessidade de acompanhamento nutricional
- Egressos da UTI neonatal
- Pacientes diabéticos
- Pacientes com agendamento de cirurgia bariátrica
- Pacientes obesos com IMC maior que 35
- Pacientes com doenças crônica não transmissíveis
- Pacientes com doenças auto imunes

PREFEITURA DE SÃO LEOPOLDO
Administração: 2017/2020
SECRETARIA DA SAÚDE – SEMSAD

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO
Especialidade: NUTRIÇÃO – DIETAS ESPECIAIS

UNIDADE SOLICITANTE: _____ CARTÃO SUS: _____
CPF: _____

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____
NOME DA MÃE: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ BAIRRO: _____
ENDEREÇO: _____ Nº: _____ FONE: (____) _____

ENCAMINHAMENTO – ASSINALAR

Pacientes oncológicos;
 Pacientes ostomizados;
 Pacientes com insuficiência renal crônica;
 Gestantes de alto risco com necessidade de acompanhamento nutricional;
 Egressos da UTI-Neo, encaminhados após a avaliação médica;
 Pacientes com agendamento de cirurgia bariátrica (1 consulta pré operatória – 15 dias antes da cirurgia e 6 consultas pós operatória);
 Paciente obesos com comorbidades;
 Pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis
 Pacientes com doenças autoimunes

OBSERVAÇÕES: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA/ CARIMBO DO PROFISSIONAL _____

AMBULATÓRIO DE DIETAS ESPECIAIS

Solicitação via G-MUS.

Realizado no Centro Médico Capilé
pela **nutricionista** Rogiane Bressan.



SOLICITAÇÃO DE DIETAS ESPECIAIS VIA NÍVEL CENTRAL



O profissional médico que realizar o encaminhamento do paciente para a nutricionista em decorrência da necessidade do uso de Terapia Nutricional, deverá encaminhar em anexo o **Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais - LFN**.

Deverá **obrigatoriamente** preencher os campos:

- Informações sobre a doença
- Dados de identificação do profissional solicitante

SOLICITAÇÃO DE DIETAS ESPECIAIS VIA NÍVEL CENTRAL

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome completo: _____
Sexo: () M () F Data de nascimento (D/M/): _____
CPF: _____ RG: _____ CNS: _____
Nome completo da Mãe: _____
Responsável: _____ DN do Responsável: _____
CPF: _____ RG: _____ CNS: _____
Endereço (rua, nº, bairro, município): _____
Telefone(s): _____ UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____
Assinatura do Paciente: _____ Assinatura do Responsável: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doença principal: _____ CID: _____
Outro(s) Diagnóstico(s): _____ CID: _____

Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:
() Alagria / Distúrgia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo () Síndrome de má absorção
() Alagria / Distúrgia por doença neurológica () Diminuição moderada a grave () Outros: _____
() Transtorno de mobilidade intestinal

AValiação Nutricional

Peso (kg): _____ () atual () estimado Estatura (cm): _____ () atual () estimado IMC: _____
Laudo nutricional: _____

VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

() VO () TNE-VO () TNE EXCLUSIVA () TNE+TPP

Via de acesso: _____
Sonda: () Nasogástrica () Nasoentérica () Gastrostomia () Jejunostomia

Descritivo da fórmula solicitada: _____ Volume e fracionamento: _____ Total / Mãe: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do estabelecimento: _____ CNES: _____
Nome do profissional: _____ CRM/CRN: _____
CPF: _____ CNS: _____
Endereço (rua, nº, bairro, município): _____
Telefone(s): _____ UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____

Assinatura e carimbo (Médico) _____ Assinatura e Carimbo (Nutricionista) _____
(casos de alergia à proteínas do leite de vaca - preencher também o folha 2)

Casos para preenchimento em caso de Alergia às Proteínas do Leite de vaca

Quilíbrio clínico

Alergia Alimentar Classificação:
() IgE Mediada () Não IgE Mediada () Mista () Sem definição
Data de início do quadro: ____/____/____

Manifestações cutâneas:
() urticária () prurido () angiodema () dermatite () outras
Observações: _____

Manifestações gastrointestinais:
() dor abdominal () diarreia () constipação () vômitos/diúses () refluxo
() Distúrgia abdominal () sangue nas fezes () outros
Observações: _____

Manifestações respiratórias:
() broncoespasmo () tosse () inala () edema de laringe () outros
Observações: _____

Exames Complementares (atuais)

IgE específica in vivo (PRICK TEST)
() lactoalbumina () beta-lactoglobulina () caseína () leite de vaca () soja
Data: ____/____/____

IgE específica in vitro (RAST)
() lactoalbumina () beta-lactoglobulina () caseína () leite de vaca () soja
Data: ____/____/____

Avaliação gastrointestinal:
() sangue oculto () alfa-1-antitripsina fecal () relação albumina/globulina
Data: ____/____/____

Anatomopatológico:
() estômago () esôfago () údadero () reto
Data: ____/____/____

Prova de provocação oral / Teste de desensateamento
() Sim, data ____/____/____ () Não

Assinatura e carimbo (Médico) _____ Assinatura e Carimbo (Nutricionista) _____
(casos de alergia à proteínas do leite de vaca - preencher também o folha 2)

Formulários estão disponíveis na farmácia de medicamentos especializados do município e através do site

<https://farmaciadigital.rs.gov.br/consultar>

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO



Todo homem ou mulher com idade igual ou superior a 21 anos independente do número de filhos vivos pode ser encaminhado para agendamento via G-MUS para vasectomia, DIU ou laqueadura tubária.

Deverá ser cumprido o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico.

Realizado no Centro Médico Capilé.



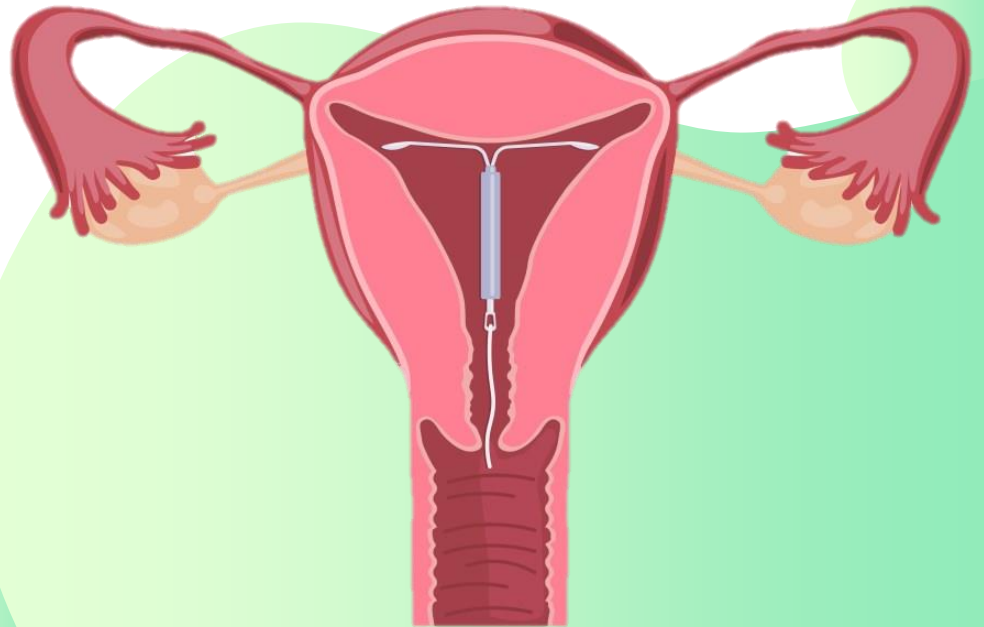
VASECTOMIA



Realizado no Hospital Centenário
pelo Md Jose Paulo Martini.

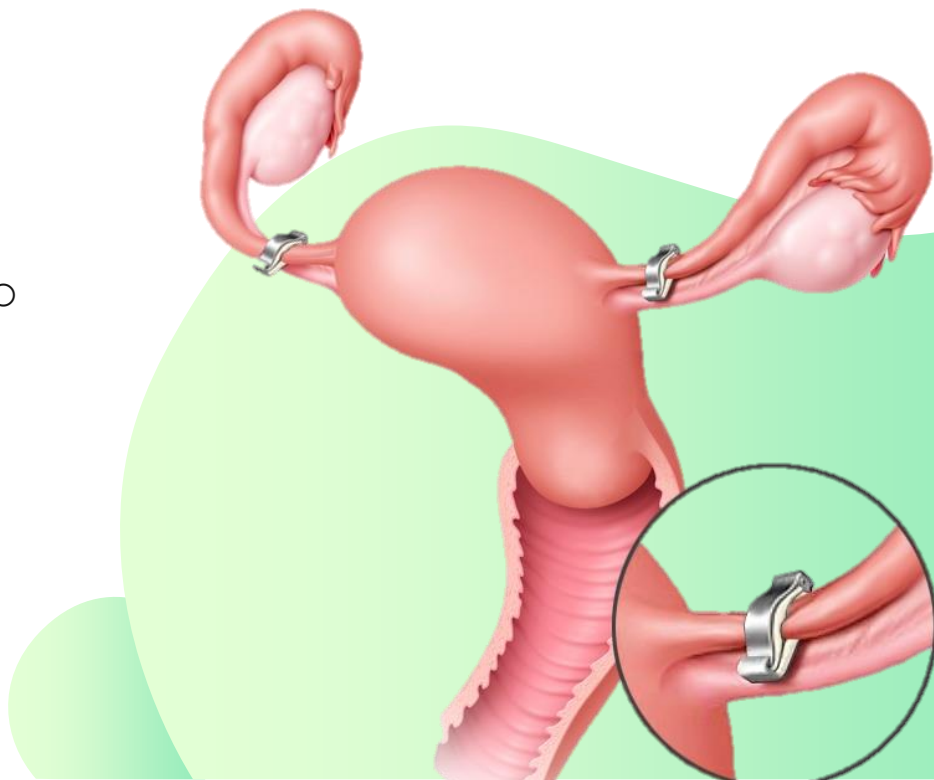
DIU

Realizado no Centro Médico
Capilé pelo Md André Mello.



LAQUEADURA TUBÁRIA

Realizada no Hospital
Centenário pelo Md Revelino
de Souza.



PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO



Solicitação via G-MUS.

Realizado no Ambulatório do Hospital
Centenário.

QUANDO ENCAMINHAR?

CONFORME GUIA DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA – SES

- HAS em gestante
- DM em gestante
- Hipotireoidismo e Hipertireoidismo
- História de abortamento recorrente
- Condiloma acuminado / verrugas virais
- Sífilis em gestante
- Toxoplasmose



- Alterações ecográficas na gestação
- Fatores relacionados a gestação atual – condições fetais e condições maternas
 - Isoimunização RH
- Condições clínicas de risco em gestação prévia

CEO



RUA DR JOÃO DUTRA, 41

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

ENDODONTIA

Stavros Georgiadis e Pamela Tasch

PERIODONTIA

Breno Bulcão

BUCO MAXILO FACIAL

Vanderle Orso e Marco Andreola

Solicitação via G-MUS pelos cirurgiões
dentistas.



CIRURGIÃO DENTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA

- UBS Vicentina/Paulo Couto
- UBS Rio Branco
- UBS Imigrante
- UBS Trensurb
- UBS Rio do Sinos
- UBS Santos Dumont
- UBS Campina
- UBS Santo André
- UBS Paim
- UBS Cohab Duque
- UBS Cohab Feitoria
- UBS Padre Orestes
- UBS Brás
- UBS Scharlau
- UBS Parque Mauá
- UBS São Cristovão
- UBS Madezatti
- UBS Centro do Idoso



PRÓTESE DENTÁRIA

PRÓTESE TOTAL / PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL



É necessário ser encaminhado pelo **cirurgião dentista** via G-MUS.

ATENDIMENTO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS



É necessário ser encaminhado pelo
cirurgião dentista via G-MUS.

PLANTÃO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA

UBS IMIGRANTE FEITORIA

- Rua João Algayer, 71 - entrada pelo CS Feitoria
- Segunda à sexta das 18:00 às 21:30 horas.

UPA

- Rua Leopoldo Albino Scherer, 374
- Sábados e domingos das 7:00 às 19:00 horas.



REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Instituída pela Portaria MS 3088/2011 estabelece que a escuta, o acolhimento e o acompanhamento às pessoas em condição de sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas deve se dar, de forma qualificada, em todos os pontos de atenção da rede. A finalidade da RAPS é garantir o direito à convivência comunitária por meio de novo modelo de atenção a saúde mental.



CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)



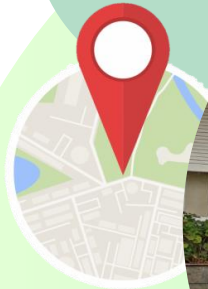
Serviço estratégico no âmbito do RAPS, de caráter territorial e aberto, possui duas missões fundamentais: responsabilizar-se pela atenção intensiva a usuários em condição de grave sofrimento psíquico e/ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e pela ativação da rede de atenção psicossocial.

CAPS CAPILÉ

Serviço de referência para o acompanhamento de pessoas adultas em condição de grave sofrimento psíquico.

Caracteriza-se pelo acolhimento aberto, com disponibilidade de escuta imediata e sem a necessidade de encaminhamento ou agendamento prévio.

RUA BENTO
GONÇALVES, 891

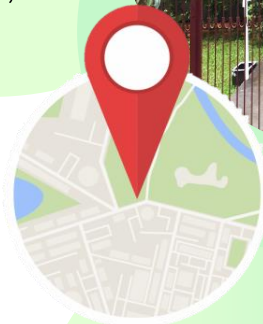


CAPS ÁLCOOL E DROGAS

Serviço de referência para o acompanhamento de pessoas adultas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, trabalhando na perspectiva da redução de danos.

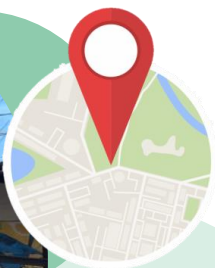
Caracteriza-se pelo acolhimento aberto, com disponibilidade de escuta imediata e sem a necessidade de encaminhamento ou agendamento prévio.

RUA SATURNINO
DE BRITO, 68



CAPS AQUARELA

Serviço de referência para o acompanhamento de crianças e adolescentes em condições de sofrimento psíquico intenso e/ou com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas.



RUA SÃO
FRANCISCO, 807

Caracteriza-se pelo acolhimento aberto, com disponibilidade de escuta imediata e sem a necessidade de encaminhamento ou agendamento prévio.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

RUA PRIMEIRO DE MARÇO, 957



CENTRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

vigilanciasanitaria@saoleopoldo.rs.gov.br

VIGILÂNCIA AMBIENTAL

vigilanciaambiental@saoleopoldo.rs.gov.br

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

epidemio@saoleopoldo.rs.gov.br

IMUNIZAÇÃO

imunizacoes@saoleopoldo.rs.gov.br

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

visat@saoleopoldo.rs.gov.br



NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS, ACRAVOS E EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA

- Preencher a **ficha de notificação**.
- Comunicar por email a Vigilância Epidemiológica imediatamente:
epidemiio.sl@gmail.com.
- Encaminhar a ficha de notificação para **Vigilância Epidemiológica** imediatamente.



DISPENSAÇÃO DE RECEITUÁRIO AZUL

Os talões azuis (notificação de receitas B e B2) confeccionados pelo município serão entregues mediante memorando interno da unidade de saúde digitalizado descrevendo a quantidade de talões pretendida, assinado e carimbado pelo chefe ou coordenador ou responsável e enviados por e-mail.

A retirada poderá ser feita pessoalmente pelo administrador ou alguém da unidade de saúde na VISA mediante agendamento por email ou enviada pelo malote.

vigilanciasanitaria@saolopoldo.rs.gov.br

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF - NÚMERO **B**

de _____ de _____ Paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura do Emitente _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade Nº: _____ Orgão Emissor: _____

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor _____ Data _____

Numeração desta Impressão: de _____ a _____

DISPENSACÃO DE RECEITUÁRIO AMARELO

Devido as constantes trocas de profissionais da rede, passamos a adotar o carimbo da Prefeitura, não sendo mais necessário o cadastro do médico na Vigilância Sanitária.

Estes talões são de **uso exclusivo** do profissional durante seu expediente na unidade de saúde pública

Devem ser solicitados também por **memorando interno da unidade de saúde digitalizado**, descrevendo a quantidade de talões pretendida, **assinado e carimbado pelo chefe ou coordenador ou responsável e enviados por e-mail.**



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF NÚMERO A

Data ___ de ___ de ___

Paciente _____

Endereço _____

Assinatura do Emitente _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA

Nome: _____

Qualidade e Apresentação _____

Forma Fam. Concert. Unid. Posologia _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Paciente _____

Endereço _____

Identidade _____ Órgão Emissor _____ Telefone _____


Dados da Gráfica: Nome - Endereço - CGC

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome _____

Data ____/____/____

DISPENSAÇÃO DE RECEITUÁRIO



**REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A
(AMARELA) – P ARA REDE PÚBLICA**

Nome do Requirante: _____

CRM: _____

Unidade de Saude: _____

Nº de Maricula: _____

Pelo presente autorizo o (a) Sr (a) _____
RG: _____ Data de Emissão: _____
Residente à: _____

() Para receber talonário A com numeração de _____ a _____

São Leopoldo, ____/____/____



**SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
São Leopoldo/RS**

**CADASTRO DE PROFISSIONAIS PARA NUMERO DE VISA CONFORME
PORTARIA 344/98**

A autorização para confecção da Notificação de Receita "B1" e "B2", de cor azul, impressa às expensas do profissional prescriptor, está sujeita ao cadastro prévio do médico prescriptor no órgão de vigilância sanitária municipal, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- * Trazer Cópia da Carteira do Conselho
- * Preencher e assinar e carimbar a REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

M.S. VISA ____/____/____ Data: _____

NOME: _____

CRMV/CRMV/CRO _____

ESPECIALIDADE: _____

Endereço Profissional: _____

Endereço Residencial: _____

Telefone: _____

Email: _____

Assinatura: _____

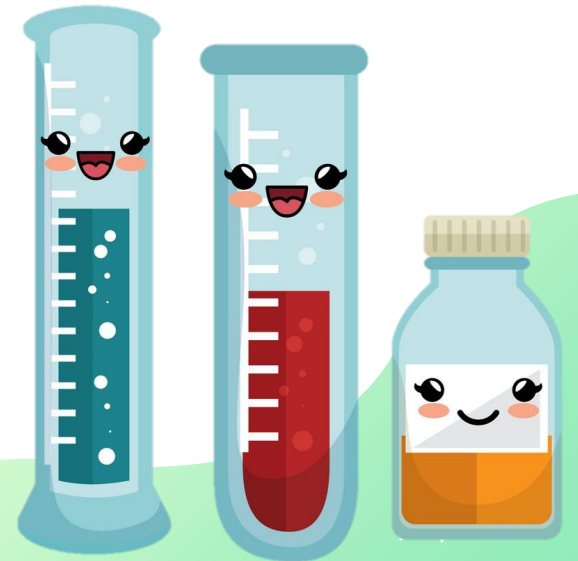
Carimbo: _____

ENTREGA DE VACINAS

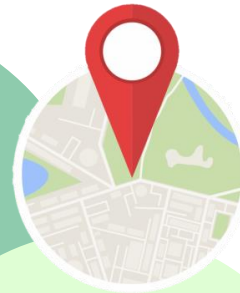
Será realizada nas segundas-feiras de 15/15 dias.

A entrega está diretamente relacionada a entrega dos relatórios e pedidos nos prazos estabelecidos:

- Vacinas - quartas feiras de 15/15 dias



S A E

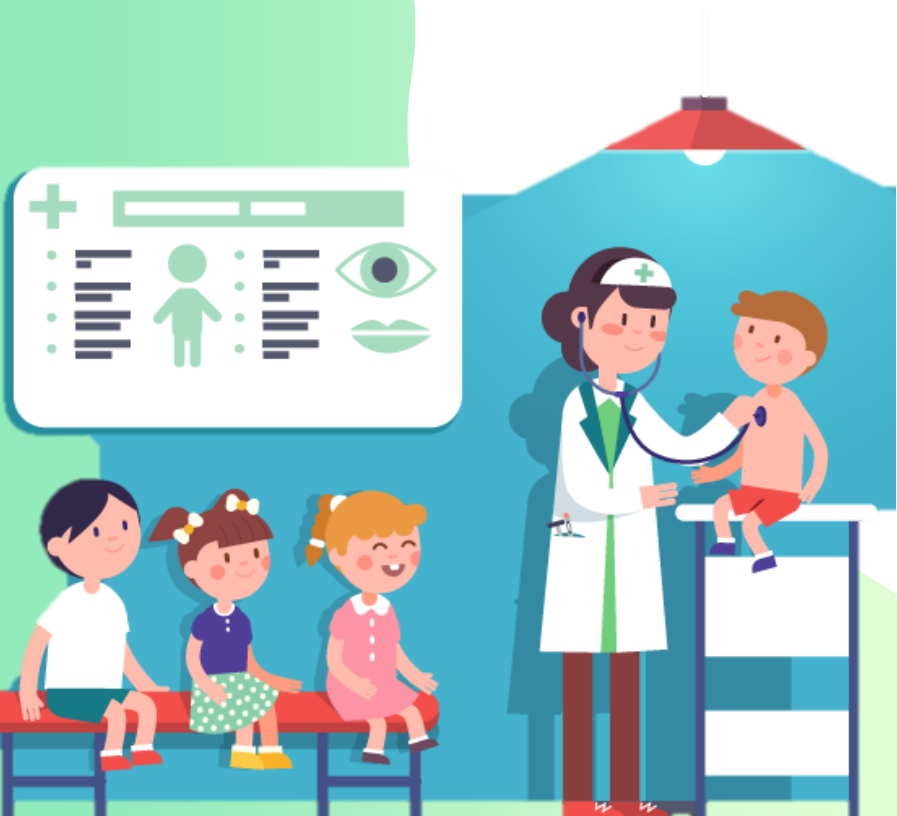


2200-0900

RUA OSWALDO
ARANHA, 779

SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE)

Realizar ações de prevenção e assistência através do atendimento integral e qualificado as pessoas vivendo com HIV/AIDS, IST, hepatites virais e tuberculose.



UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS



Dispensa de medicamentos para os
três programas ao público alvo do
serviço.

LABORATÓRIO MUNICIPAL ESPECIALIZADO

RUA OSWALDO ARANHA, 779

Referência para Novo Hamburgo,
Campo Bom, Estância Velha e
Sapiranga.

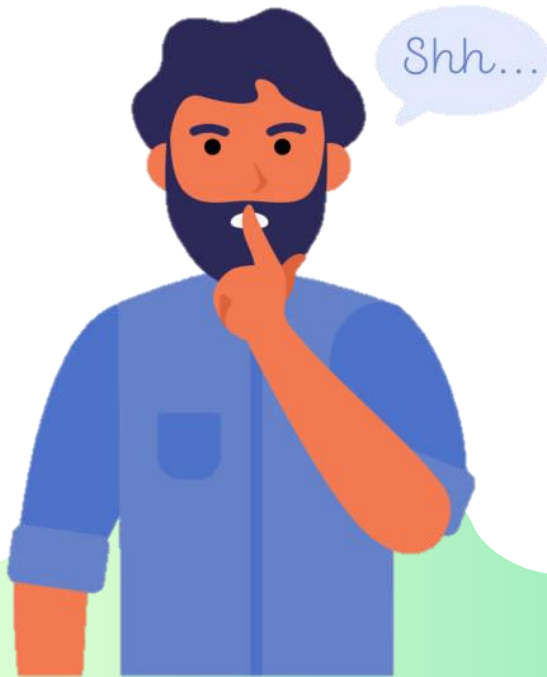


- HIV – carga viral, CD4 e CD8
- Tuberculose – baciloscopia, cultura de escarro
- VDRL
- Hepatite C – carga viral



CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

O atendimento é inteiramente sigiloso e oferece a quem realiza o teste a possibilidade de vir a ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde que orientará sobre o resultado do exame independente dele ser positivo ou negativo.



Realiza ações de diagnóstico e prevenção de IST.

São ofertados testes para HIV, sífilis, hepatite B e C.

Coletas de exames de CD4, carga viral para HIV e hepatites.

VDRL para controle de tratamento de sífilis.

VIOLÊNCIA SEXUAL

GUIA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

- Acolhimento
- Preenchimento da ficha de notificação
- Anticoncepção de emergência para todas adolescentes e mulheres com contato certo ou duvidoso com sêmen
- Solicitação e realização de testes rápidos
- Profilaxia para outras ISTs
- Prescrição de antirretrovirais
- Seguimento do cuidado - retornar ao serviço que iniciou o PEP em 30 e 90 dias para realização de testes rápidos



EM CASO DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS OU ABUSO/VIOLÊNCIA

SE CRIANÇA, NOTIFICAR O CONSELHO TUTELAR

- Centro - 3592-9599 ou 98924-6360
- Norte - 3588-1759 ou 98924-7303

SE IDOSO, NOTIFICAR O CONSELHO DO IDOSO

- 2200-0589 ou cmddi@saoleopoldo.rs.gov.br
- Disque 100 e acionar Ministério Público.



PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

Priorizar as primeiras horas após o ocorrido até no **máximo 72 horas**.

- Acolhimento
- Preenchimento da **ficha de atendimento e acompanhamento**
 - Solicitação e realização de **testes rápidos**
- Preenchimento do formulário de **solicitação** de antirretrovirais
 - **Retirada** dos antirretrovirais
- **Seguimento** do cuidado - retornar ao serviço que iniciou o PEP em 30 e 90 dias para realização de testes rápidos

Os medicamentos serão entregues de segunda a sexta feira no **SAE, Farmácia Municipal e Farmácia Distrital** e na **UPA e Hospital Centenário** a noite e finais de semana e feriados.



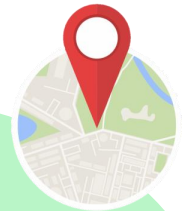
ENTREGA DE TESTES RÁPIDOS DE IST E DE PRESERVATIVOS



A entrega está diretamente relacionada a entrega dos relatórios e pedidos nos prazos estabelecidos:

Solicitar via G-MUS até o dia 10 de cada mês.

FARMÁCIA MUNICIPAL



RUA DOM JOÃO BECKER, 313 – SALA 10

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUNE)

Atualmente conta com 109 medicamentos.

A lista está disponível na [página da Prefeitura Municipal de São Leopoldo](#).



FARMÁCIA MÓVEL



Fornece **medicamentos da lista básica** do município.

As **regras para receber** os medicamentos da farmácia móvel são as **mesmas da Farmácia Municipal**.



FARMÁCIA DISTRITAL

RUA JOÃO ALGAYER, 71 DAS 8:00 ÀS 12:00 HORAS

Fornece **medicamentos da lista básica** do município.

As **regras para receber** os medicamentos da farmácia distrital são as **mesmas da Farmácia Municipal**.



FARMÁCIA ESTADUAL

RUA DOM JOÃO BECKER, 313 – SALA 10 DAS DAS 8:00 ÀS 12:00 HORAS

O **componente especializado da assistência farmacêutica** visa garantir no âmbito do SUS o acesso ao tratamento medicamentoso de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário cujas linhas de cuidado estão definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.



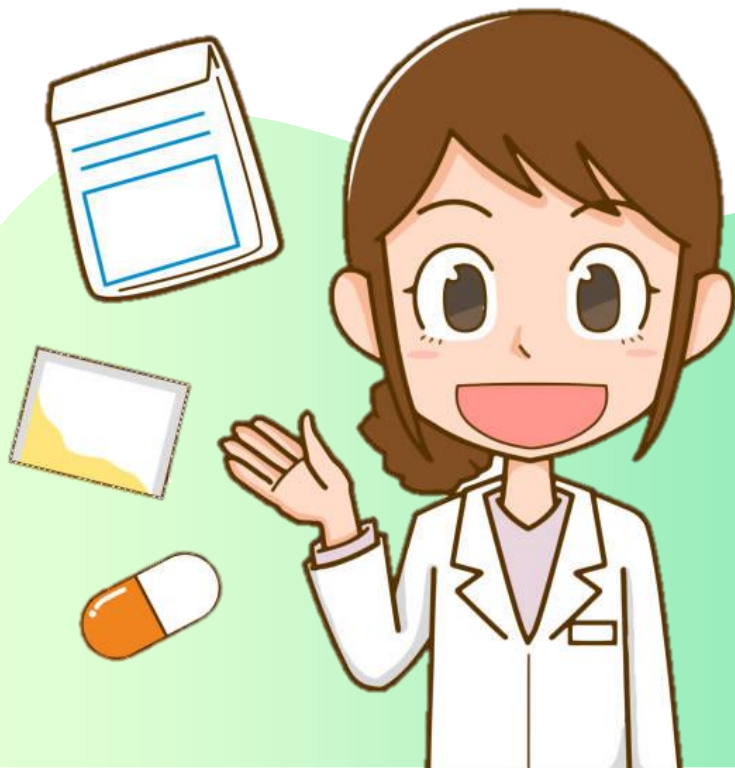
Os **medicamentos são solicitados** através de processo administrativo onde para cada medicamento são necessários exames e documentos seguindo protocolos específicos.

Os **formulários e lista de medicamentos do Estado podem ser solicitados** diretamente na farmácia ou através do site.

farmaciadigital.rs.gov.br

CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO

- Atendimento pacientes diabéticos
 - Livre demanda
 - Dificuldades no uso da medicação
- Organização dos medicamentos
 - Educação em saúde
- Farmácia Viva - apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS



RECEBIMENTO DOS MEDICAMENTOS DA LISTA BÁSICA DO MUNICÍPIO

Apresentar **receituário médico do SUS** emitido via G-MUS e **cartão SUS** do paciente.

Validade dos receituários:

- Medicamentos de uso contínuo - 6 meses
- Medicamentos de uso controlado - 30 dias
- Antibióticos - 10 dias
- Pomadas de uso contínuo - 3 meses
- Anticoncepcional e lidocaína gel - 1 ano

Pacientes com **dificuldade no uso de medicamentos** pode ser encaminhado para consulta farmacêutica.



FITAS DE HGT E GLICOSIMETRO

Solicitação deverá ser realizada **via G-MUS – encaminhamento HGT.**

Após situação DEFERIDA o paciente deverá ir na farmácia retirar o aparelho e passar na consulta farmacêutica para orientação.

Solicitação poderá ser feita por médicos,
enfermeiros e farmacêuticos.



FRALDAS DESCARTÁVEIS

Solicitação poderá ser feita **via formulário ou via G-MUS.**



- Requerimento padrão preenchido
- Documentos do paciente: RG, CPF e cartão SUS
 - Comprovante de residência
- Comprovação de renda: carteira de trabalho assinada, declaração de imposto de renda ou declaração de isento, contracheque, benefício do

ATENÇÃO BÁSICA (AB)

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a **promoção e a proteção da saúde**, a **prevenção de agravos**, o diagnóstico, o tratamento, a **reabilitação**, a **redução de danos e a manutenção da saúde** com o objetivo de desenvolver uma atenção integral.



UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

DAS 8:00 ÀS 12:00 E DAS 13:00 ÀS 17:00

- UBS São Cristóvão
 - UBS Campestre
 - UBS Rio do Sinos
- UBS Cohab Feitoria
 - UBS Brás
 - UBS Imigrante
- UBS Padre Orestes
- UBS Jardim América
- UBS Santa Marta/Tancredo Neves
 - UBS Volante
 - UBS Santo André
- UBS Feitoria Madezatti



- UBS Trensurb
- UBS Paim
- UBS Baum
- UBS Materno Infantil
- UBS Cohab Duque
- UBS Santos Dumont
- UBS Vicentina - *exceção (19:00)*
- UBS Scharlau
- UBS Parque Mauá
- UBS Campina - *exceção (19:00)*
- UBS Pinheiro
- UBS Rio Branco
- UBS Centro do Idoso
- UBS São Geraldo

EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (EAP)

Composta por equipe multiprofissional que possui um *médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.*



- UBS Baum
- UBS Paim
- UBS Volante
- UBS Imigrante
- UBS Padre Orestes
- UBS São Cristovão
- UBS Scharlau
- UBS Trensurb
- UBS Campina
- UBS Rio Branco
- UBS Jardim América
- UBS Pinheiro
- UBS Vicentina
- UBS Centro do Idoso
- UBS São Geraldo
- UBS Feitoria Madezatti

EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Composta por equipe multiprofissional que possui um **médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.**

Também há equipe de saúde bucal composta por cirurgião dentista e técnico em saúde bucal.

- UBS Brás
- UBS Santos Dumont
- UBS Cohab Feitoria
- UBS Cohab Duque
- UBS Vicentina
- UBS Paim
- UBS Santo André
- UBS Parque Mauá
- UBS Trensurb
- UBS Rio do Sinos



CONSULTÓRIO NA RUA



Composta por equipe multiprofissional que possui um **assistente social, enfermeiro, psicólogo e técnico de enfermagem** que trabalhará em conjunto com as equipes das UBS.

AMBULATÓRIO LGBT+

Composta por equipe
multiprofissional que possui um
assistente social, nutricionista,
psicólogo e psiquiatra.

Atendimento de segunda a sexta-
feira das 13-19 horas (exceto
quinta-feira das 15-9 horas) na UBS
Campina.

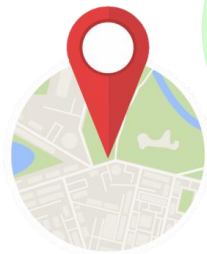


NÚCLEO DE APOIO A ATENÇÃO BÁSICA

Serviço composto por equipe multiprofissional que funciona de forma regionalizada ofertando apoio e suporte à atenção básica com o objetivo de ampliar as condições de atendimento aos casos leves e de média complexidade junto ao território, bem como de facilitar o acesso dos usuários ao acompanhamento em saúde mental. O acesso a este ponto de atenção dá-se através da solicitação da equipe de atenção básica em reunião de apoio matricial.



NÚCLEO DE ATENÇÃO A PESSOA IDOSA (NAPI)



EM FRENTE AO HOSPITAL
CENTENÁRIO



NÚCLEO DE ATENÇÃO A PESSOA IDOSA

Idoso **pré-vulnerável** (3-6 pontos no VES-13) e **vulnerável** (maior que 7 pontos no VES-13) com múltiplas necessidades deverão ser encaminhados ao NAPI conforme protocolo via G-MUS.



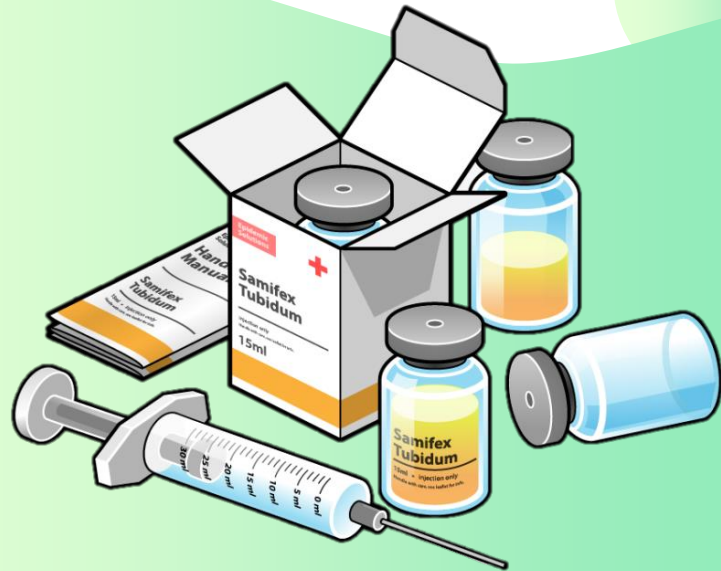
EXAMES SOLICITADOS POR ENFERMEIRO



Conforme Protocolo Municipal da Saúde da Mulher; Protocolo de Enfermagem – Guia de consulta Rápida HAS e DM; Protocolo de demanda espontânea e acolhimento e Decreto nº 10,098 08/04/2022 que normatiza e estabelece fluxo aos usuários com suspeita de dengue na rede de atenção à saúde de São Leopoldo.

MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR ENFERMEIRO

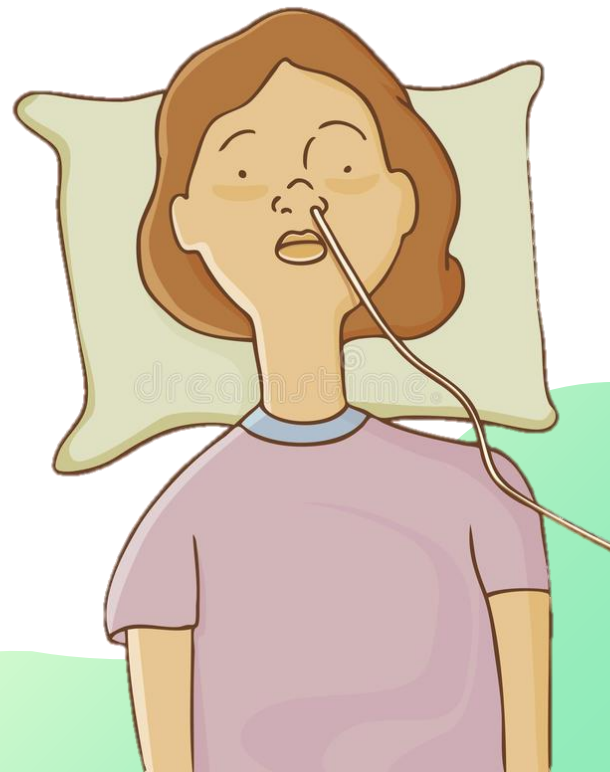
Conforme Protocolo Municipal da Saúde da Mulher; Protocolo Municipal da Saúde da Criança, Protocolo de Pele, e Decreto nº 10,098 08/04/2022 que normatiza e estabelece fluxo aos usuários com suspeita de dengue na rede de atenção à saúde de São Leopoldo.



QUANDO A UNIDADE DE SAÚDE PRESCREVER ALIMENTAÇÃO POR SNE

SERÁ DE SUA **RESPONSABILIDADE:**

- A passagem da sonda
- Orientações quanto aos cuidados
- Prescrição da LNF deverá ser preenchida pelo médico em conjunto com a nutricionista
- Encaminhar para controle radiológico na UPA Zona Norte
- Seguimento



QUANDO A UNIDADE DE SAÚDE RECEBER O PACIENTE JÁ COM SNE

SERÁ DE SUA RESPONSABILIDADE:

Apenas o **seguimento do paciente**.

As demais ações serão de
responsabilidade da **equipe do local que
a indicou**.

Final de semana e feriados, para
seguimento e intercorrências procurar as
unidades de pronto-atendimento.



PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

Tem como objetivo contribuir para a **formação integral dos estudantes** por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao **enfrentamento das vulnerabilidades** que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Ciclo 2024/2025 - 35 escolas



BOLSA FAMÍLIA

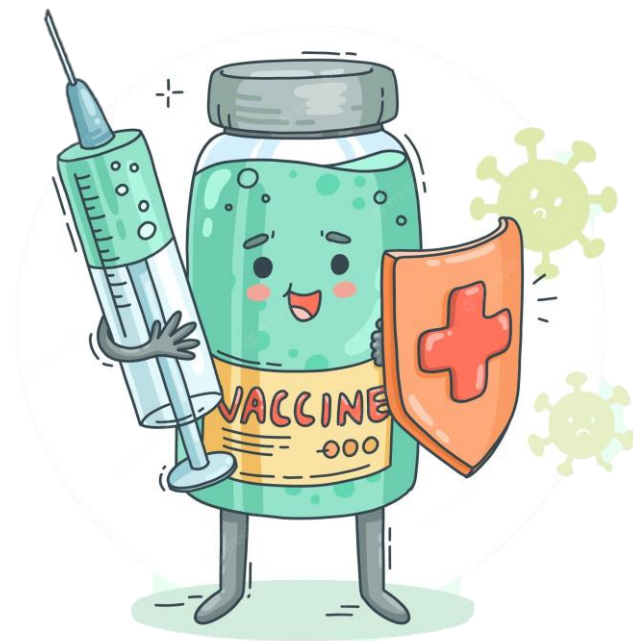
Os beneficiários do Bolsa Família devem comparecer a unidade de saúde **2x ao ano para avaliação antropométrica** (peso e altura) de crianças até 7 anos, mulheres e gestantes.

Para as crianças é necessário o acompanhamento vacinal e as gestantes devem estar com as consultas de pré-natal em dia.



VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL

- Antirrábica
- BCG
- DTP triplice
- Dt dupla adulto
- Febre amarela
- Hepatite A
- Hepatite B
- Rotavírus
- HPV
- COVID 19



- Salk (VIP)
- Sabin (VOP)
- Pentavalente
- Tríplice viral
- Tetraviral
- Pneumo 10
- Meningo ACWY
- Meningo C
- Sazonal
- Varicela

Observar que na UBS Centro do Idoso tem somente Dt dupla adulto, hepatite B, Sazonal e COVID.



VACINAS ESPECIAIS

- DTPa
- Hib
- Hexavalente acelular
- Palivizumabe
- Imunoglobulinas
- Pneumo 13
- Pneumo 23

Para solicitar o imunizante na Vigilância em Saúde, é necessário levar **documento de identificação, laudo médico, solicitação médica e exames complementares.**



VACINA BCG

- UBS Materno Infantil - segunda-feira das 13:00 às 16:30 horas
- UBS Padre Orestes - quarta-feira das 8:30 às 11:30 horas
- UBS Imigrante - quinta-feira das 8:30 às 11:30 horas
- UBS Campina - sexta-feira das 13:00 às 16:30 horas



VACINA ANTIRRÁBICA

Deve ser indicada conforme esquema de profilaxia antirrábica.

Caso necessite de soro antirrábico, o local onde o paciente está sendo atendido deve encaminhar a Ficha de Notificação devidamente preenchida para Coordenação de Imunizações via e-mail e realizar contato telefônico:

imunizações@saoleopoldo.rs.gov.br

(51) 99739-1453

Realizada exclusivamente na UBS Padre Orestes.



SORO ANTIRRÁBICO

O local onde o paciente está sendo atendido deve encaminhar a Ficha de Notificação devidamente preenchida para Coordenação de Imunizações via email e realizar contato telefônico:

imunizações@saoleopoldo.rs.gov.br

(51) 99739-1453 ou (51) 99339-7885 (finais de semana e feriados)



Soro será liberado pela Antropozoonoses Estadual e encaminhado ao **Hospital Centenário** para aplicação.

DEMAIS SOROS ANTIVENENOS

O soro antiescorpiônico fica disponível na Farmácia do Hospital Centenário para caso de acidente com escorpião.

Os demais soros antivenenos devem ser verificados junto ao CIT:

(51) 0800-7213000

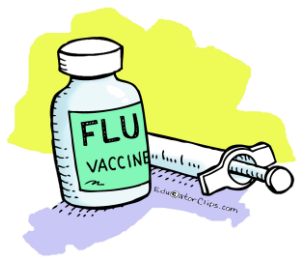


TERMO DE RECUSA DE VACINAÇÃO

É obrigatório a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias, bem como as vacinações na primeira infância.

www.brasil.gov.br

Caso não concorde em vacinar, será necessário preencher o termo de recusa de vacinação.

A clipboard with a green border containing a form titled "TERMO DE RECUSA DE VACINAÇÃO". At the top center is the coat of arms of the Municipality of São Leopoldo. Below it, the text reads: "ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Centro de Vigilância em Saúde, Coordenação de Imunizações". The form title is "TERMO DE RECUSA DE VACINAÇÃO". It starts with "Prezado (a):" followed by an explanatory paragraph: "Vacinar a criança é um ato de amor! A garantia de proteção contra doenças graves. Esta ação é um dever dos responsáveis, pois é garantido como direito do menor no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.090/90, onde no Art.14, Parágrafo único, diz: 'É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias, bem como as vacinações na primeira infância'. Fonte: www.brasil.gov.br". Below this, it says "Caso não concorde em vacinar, será necessário preencher o Termo de Recusa de Vacinação abaixo:". The form contains several fields for personal information: "Eu (nome do pai/mãe/responsável) _____ inscrito sob RG nº _____, residente e domiciliado(a) na Rua/Av _____, nº _____, Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____/RS.", followed by "NÃO AUTORIZO que (nome da criança), nascido(a) em ____/____/____, seja vacinado." There are lines for "Parentesco: _____" and "Motivo: _____". A statement follows: "Estou ciente de que o presente Termo será arquivado junto à Secretaria Municipal de Saúde, bem encaminhado ao conhecimento das autoridades competentes. São Leopoldo, ____ de ____ de 20 ____". At the bottom, there is a line for "Assinatura do Responsável" and a note: "Obs: Caso o motivo seja contra indicação, por favor preencher: Nome de quem contra indicou: _____ Local que recebeu a contra indicação: _____ Profissional/Servidor que aplicou o Termo: _____ Local/Unidade: _____". A large green checkmark is drawn over the bottom right corner of the form.

SONDAS

ASPIRAÇÃO, URETRAL E NASOENTERAL

As sondas serão dispensadas aos usuários nas unidades de saúde mediante **preenchimento da Ficha de requisição de materiais** via G-MUS para dispensação a usuários e encaminhada ao Almoxarifado após avaliação da enfermagem ou médica.

Os frascos de alimentação e equipo para SNE são fornecidos na Farmácia de medicamentos especializados no momento da entrega da dieta (15 frascos, 5 equipos e 2 seringas de 20ml).



FORNECIMENTO DE MATERIAL PARA CURATIVO EM PACIENTES NÃO ACAMADOS

Os curativos devem ser realizados na **unidade básica de saúde mais próxima** da residência do usuário.

Somente realizar curativos no Centro de Saúde Feitoria aos finais de semana e feriados.

Poderão ser **dispensados materiais** para realização de curativo em casa no final de semana **quando a unidade básica de saúde estiver fechada.**

Conforme Guia de Solicitação de Insumos em Saúde.



FORNECIMENTO DE MATERIAL PARA CURATIVO EM PACIENTES ACAMADOS

- A equipe de saúde deverá avaliar o paciente de acordo com a gravidade e tamanho da lesão.
- Preencher o instrumento de Avaliação do perfil dos usuários com lesão de pele da rede de atenção a saúde de São Leopoldo.
- Solicitar os materiais no formulário Requisição de materiais para dispensação a usuários via G-MUS.
- Encaminhar ao Almoxarifado com assinatura e carimbo do responsável pela solicitação.



- Fazer a prescrição médica em receituário para retirar os medicamentos (pomadas) na Farmácia Municipal ou Farmácia Móvel.
- O fornecimento dos materiais deverá ser realizado mensalmente ao responsável.
- Obrigatoriamente o paciente deverá ser reavaliado em atendimento domiciliar a cada 60 dias.

Conforme Guia de Solicitação de Insumos em Saúde.

SUSPEITA DE GESTAÇÃO

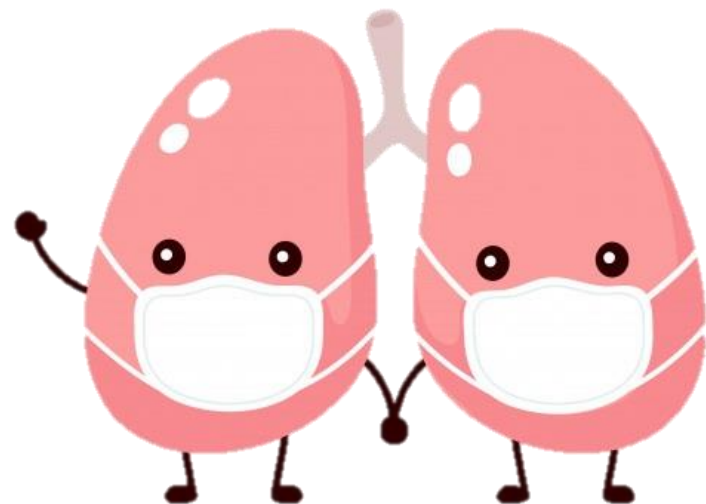
ATRASO MENSTRUAL DE MAIS DE 15 DIAS

- Acolhimento
- Atendimento em consulta de enfermagem ou médica
- TIG - teste imunológico de gravidez e testes rápidos
- Se positivo iniciar pré-natal com agendamento imediato conforme disponibilidade da agenda
- Se negativo agendar consulta de enfermagem ou médica
- Não há necessidade de BHCG confirmatório



TUBERCULOSE

- Identificado paciente sintomático respiratório agilizar atendimento
- Registrar no Livro Registro e Sintomáticos Respiratórios (SR)
- Coletar a primeira amostra no mesmo dia e em local arejado
- Preencher o Formulário de Solicitação de Exames para Tuberculose
- Encaminhar o material para a Unidade de Referência da Tuberculose (URTB) o mais rápido possível e mantido em geladeira de uso exclusivo



IMPORTANTE



Pacientes com **história prévia de tratamento para tuberculose** devem coletar duas amostras de escarro em dias alternados e identificar o pote com o nome completo e informações da amostra (D1 e D2).

Pacientes que **nunca trataram tuberculose** coletam apenas uma amostra desde que com qualidade e volume suficientes e identificar o pote com o nome completo e informações da amostra (D1).

TESTES RÁPIDOS

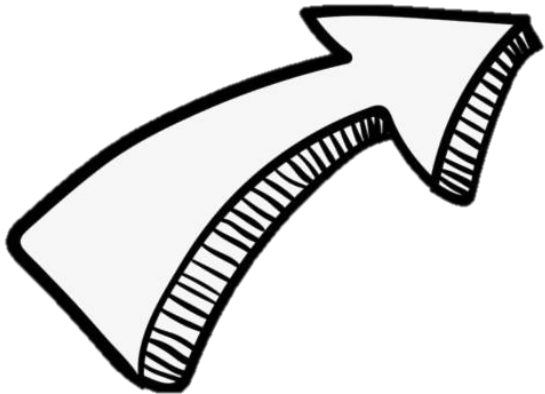


Realizado em **todas** as unidades de saúde.

- Hepatite B
- Hepatite C
 - Sífilis
 - HIV
- TIG se atraso menstrual de mais de 15 dias
 - COVID conforme portaria

ATENÇÃO

Não realizar teste rápido de HIV em pacientes já diagnosticados com HIV/AIDS e em tratamento.



O QUE FAZER QUANDO REAGENTE?

HEPATITE B OU C

Confirmar o diagnóstico, solicitar exames e carga viral e agendar no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no SAE.

GRAVIDEZ

Agendar primeira consulta de pré-natal.

HIV

Oferecer se quer continuar na atenção básica ou ser encaminhado ao ambulatório de HIV/AIDS no SAE.

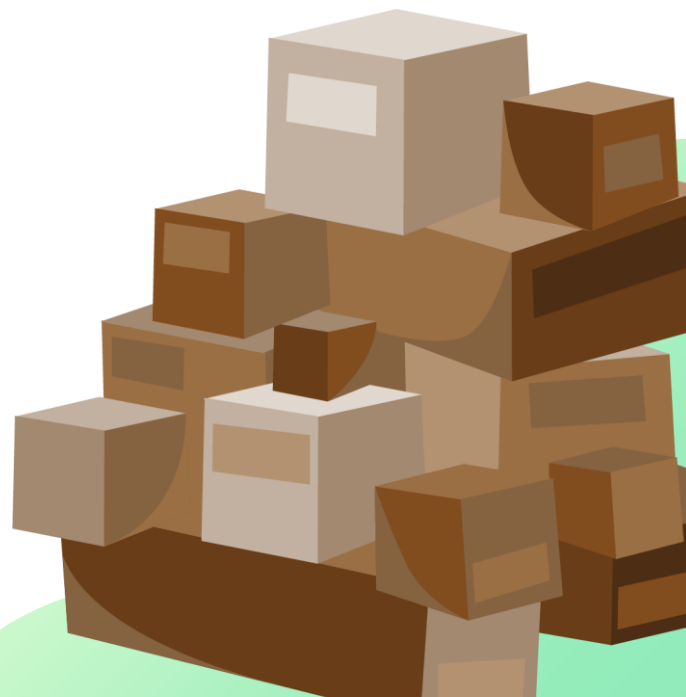
SÍFILIS

Se gestante tratar e solicitar VDRL para iniciar monitoramento e se não gestante consultar nota técnica.



REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL PARA ALMOXARIFADO

- Solicitação via G-MUS
- Feita quinzenalmente
- Material com validade a expirar e excedente deve ser devolvido 30 dias antes da data referida ao almoxarifado ou farmácia
- Entregas serão realizadas nas sextas-feiras



USO DA BENZILPENICILINA

SÍFILIS, FEBRE REUMÁTICA E ERISIPELA

O **pedido da medicação** será feito no pedido quinzenal da farmácia via G-MUS.

É necessário que todas as unidades de saúde tenham um **estoque mínimo de 2 tratamentos** completos para início de tratamento.

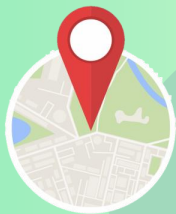
(12 ampolas = 7.200.000 UI)

A farmácia **não distribui Benzetacil** para os pacientes.

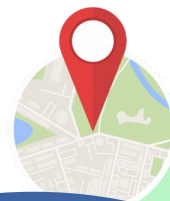
A **medicação e aplicação** deverá ser feita em qualquer **unidade de saúde**.



LABORATÓRIOS CONVENIADOS



RUA INDEPENDÊNCIA, 201

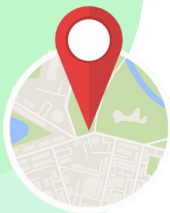


RUA CONCEIÇÃO, 946



LABORATÓRIOS CONVENIADOS

RUA BENTO GONÇALVES, 784

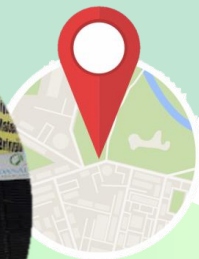


RUA SÃO CAETANO

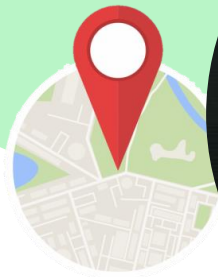


LABORATÓRIOS CONVENIADOS

RUA PRIMEIRO DE MARÇO,
544

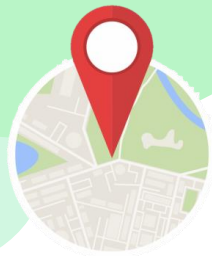


RUA BENTO
GONÇALVES, 1001 SALA 03



LABORATÓRIOS CONVENIADOS

AVENIDA JOÃO CORRÊA, 20
(EM FRENTE À RÓTULA DA
AVENIDA SÃO BORJA)



MAMOGRAFIA

DISIUTA & MARTINS REFERÊNCIA PARA AS UBS:



RUA CONCEIÇÃO, 679



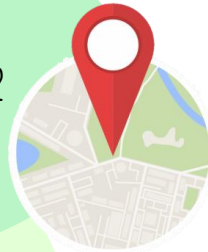
- Centro Médico Capilé
 - Aposentados
 - CS Feitoria
- Hospital Centenário
 - UBS Imigrante
- UBS Materno Infantil
 - UBS Rio Branco
 - UBS Scharlau
 - UBS Baum
- UBS Padre Orestes
- UBS Santos Dumont
- UBS Centro do Idoso
 - UBS Madezatti
 - SAE
 - Sindicatos
 - Volante

MAMOGRAFIA

CLÍNICA WAGNER REFERÊNCIA PARA AS UBS:



RUA OSWALDO ARANHA, 312

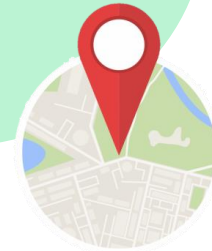


- AFMSL
- UBS Brás
- UBS Campestre
- UBS Cohab Duque
- UBS Cohab Feitoria
- UBS Jardim América
 - UBS Paim
- UBS Parque Mauá
 - UBS Pinheiro
- UBS Rio dos Sinos
- UBS Santa Marta
- UBS Santo André
- UBS São Cristovão
- UBS Trensurb
- UBS Vicentina

ONCOLOGIA CENTENÁRIO



AVENIDA OITAVO BC, 111



UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE (UNACON)

COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA



AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA

- Onco geral
- Onco mama
- Onco gineco
- Onco pele
- Onco uro
- Onco cirurgia torácica

ONCOLOGIA HOSPITAL CENTENÁRIO

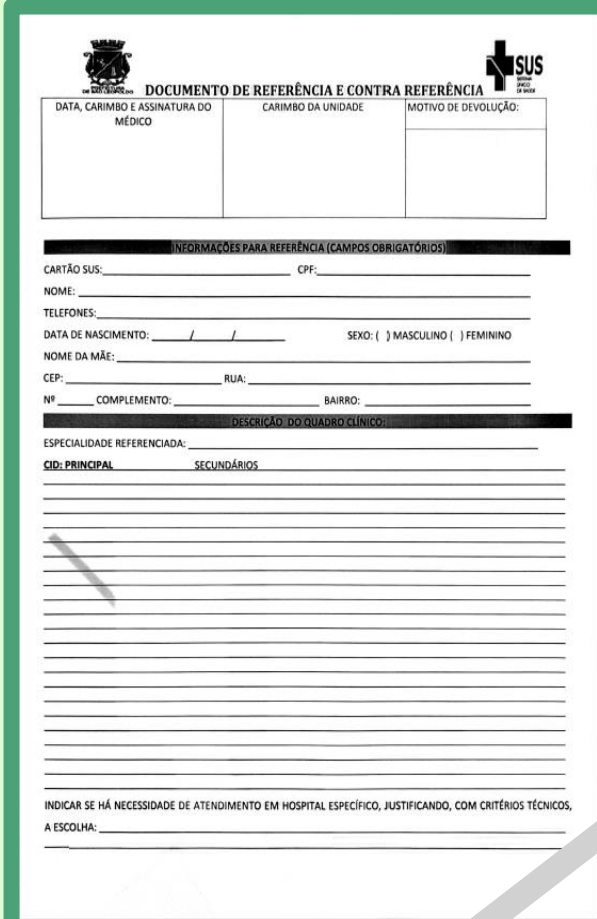
- Quimioterapia
- Radioterapia

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO ONCOLÓGICA

Preencher o laudo de referência e contra referência regional conforme os Protocolos do TelessaúdeRS e após encaminhar para **Central de Regulação Municipal** via G-MUS.

O **retorno da avaliação** será dado por telefone diretamente ao paciente.

Anexar cópia de todos os exames realizados,



O formulário é intitulado "DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA" e contém os seguintes campos e seções:

- Logos:** Coats of arms of the state of Rio Grande do Sul and SUS (Serviço Único de Saúde).
- Table:** A table with three columns: "DATA, CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO", "CARIMBO DA UNIDADE", and "MOTIVO DE DEVOLUÇÃO:". The table is currently empty.
- Section Header:** "INFORMAÇÕES PARA REFERÊNCIA (CAMPOS OBRIGATORIOS)".
- Fields:** "CARTÃO SUS:", "CPF:", "NOME:", "TELEFONES:", "DATA DE NASCIMENTO:" (with slashes for day/month/year), "SEXO: () MASCULINO () FEMININO", "NOME DA MÃE:", "CEP:", "RUA:", "Nº COMPLEMENTO:", and "BAIRRO:".
- Section Header:** "DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:".
- Fields:** "ESPECIALIDADE REFERENCIADA:" and "CID: PRINCIPAL" / "SECUNDÁRIOS". Below these are several horizontal lines for text entry.
- Footer:** "INDICAR SE HÁ NECESSIDADE DE ATENDIMENTO EM HOSPITAL ESPECÍFICO, JUSTIFICANDO, COM CRITÉRIOS TÉCNICOS, A ESCOLHA:" followed by a line for text entry.

PET CT

Oncologia Centenário encaminha laudo do exame para a Central de Regulação Municipal e cadastra no GERCON.



Quando vier o agendamento do exame, a Central de Regulação Municipal informa a Oncologia, que entrará em contato com o paciente.

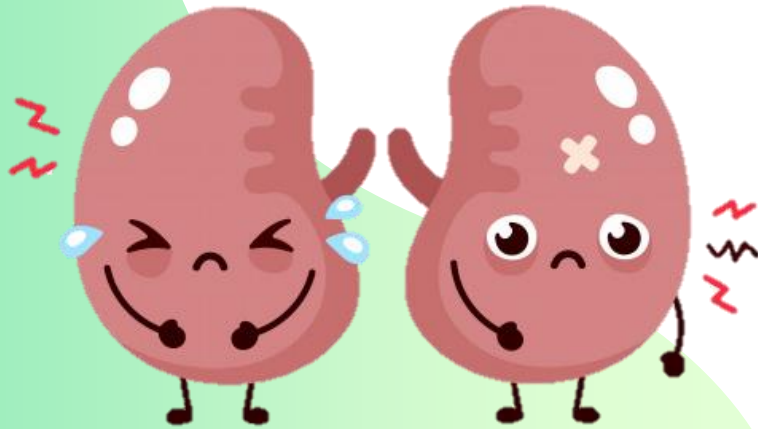
Realizado em Porto Alegre.

REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA PARA:

- Barão
- Brochier
- Capela de Santana
- Estância Velha
- Esteio
- Harmonia
- Maratá
- Montenegro
- Novo Hamburgo
- Pareci Novo
- Portão
- Salvador do Sul
- São José do Hortencio
- São José do Sul
- São Leopoldo
- São Pedro da Serra
- São Sebastião do Cai
- Sapucaia do Sul
- Tabai
- Tupandi



REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA PARA:



- Ivoti
- Estancia Velha
- Lindolfo Collor
 - Portão
- Presidente Lucena
 - São Leopoldo

OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR

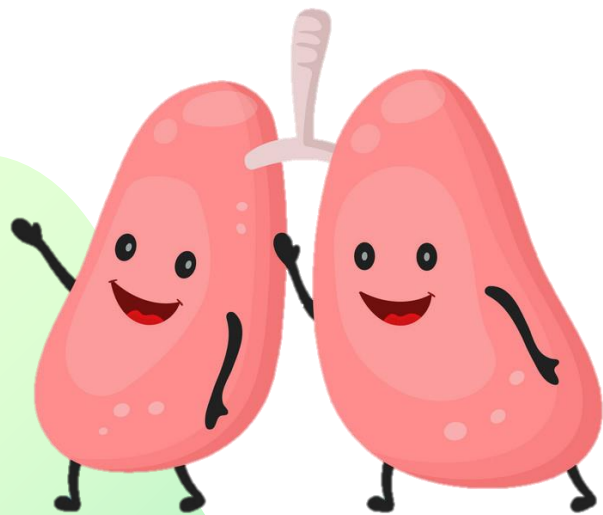
Pode ser solicitada via **Secretaria Municipal** e, se atender critérios abaixo, pode ser solicitada via **Secretaria Estadual**.

- PaO₂ menor que 55mmHg e/ou SpO₂ menor que 88%.
- PaO₂ entre 56 e 59mmHg na presença de eritrocitose, insuficiência cardíaca congestiva ou cor pulmonale.



OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR

O **familiar ou responsável** deve se dirigir a SEMSAD e buscar atendimento com a Assistente Social, munido de:



- Laudo médico com diagnóstico e CID
- Prescrição de forma e fluxo de oxigênio
 - RG, CNS e CPF do paciente
 - Comprovante de residência
 - RG e CPF do familiar ou responsável
- Exames se realizados anteriormente ou com solicitação, válidos por 90 dias

Após a solicitação e assinatura do Termo de Empréstimo de Equipamento de Oxigênio, o kit (máquina, cilindro grande e cilindro de transporte) é **instalado na residência em 48 horas.**

BI P A P

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA DOMICILIAR

O **familiar ou responsável** deve se dirigir a SEMSAD e buscar atendimento com a Assistente Social, munido de:

- Laudo médico com diagnóstico e CID
- Prescrição dos parâmetros ventilatórios
- RG, CNS e CPF do paciente
- Comprovante de residência
- RG e CPF do familiar ou responsável
- Espirometria e gasometria arterial ou oximetria noturna

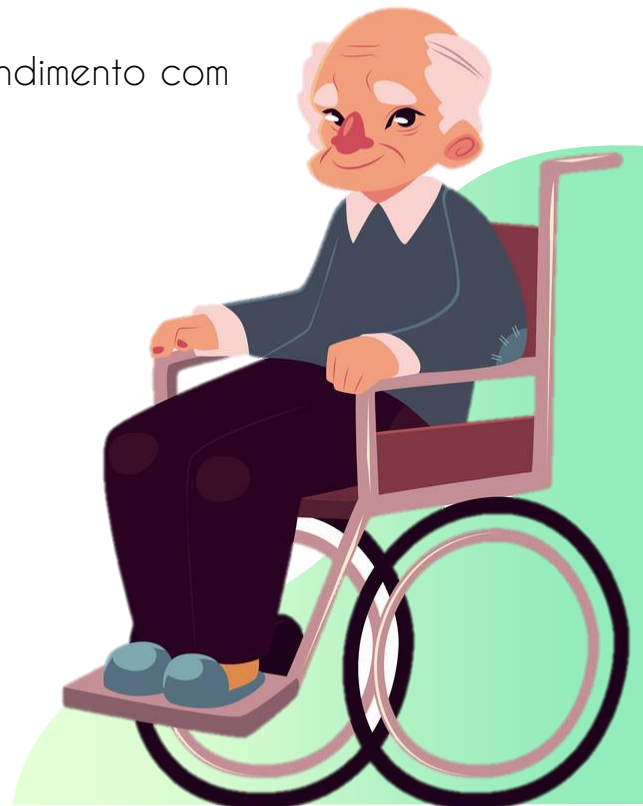


BANCO MUNICIPAL DE CADEIRA DE RODAS E EQUIPAMENTOS DOMICILIARES

O **familiar ou responsável** deve se dirigir a SEMSAD e buscar atendimento com a Assistente Social, munido de:

- Laudo médico com diagnóstico e CID
 - RG
- Comprovante de residência
 - RG do responsável

Após a **assinatura do Termo de Compromisso**, o equipamento poderá ser retirado no Centro de Eventos de São Leopoldo.



BANCO MUNICIPAL DE CADEIRA DE RODAS E EQUIPAMENTOS DOMICILIARES



- Cadeira de rodas
- Colchão piramidal
 - Andador
- Cadeira de banho
 - Bengala

O empréstimo será por **3 meses** e se necessário prorrogado por mais 3 meses.

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE PELA UNIDADE DE SAÚDE EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL

- Realizar contato telefônico com o serviço para passar o caso

3590-6646

UPA

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL

- Chamar o SAMU 192 e solicitar atendimento



SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE DE USUÁRIO



Comparecer a **Central de Transporte** com os documentos abaixo para cadastro e agendamento.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- CPF
- Cartão SUS
- RG do acompanhante
- Comprovante de residência
- Comprovante de consulta
- Laudo médico com CID

CNES

CADASTRO NACIONAL ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

01

UBS Brás - 2230585
UBS Cohab Duque - 2230615
UBS Parque Mauá - 2230623
UBS Vicentina- 5007585
UBS Rio Branco - 2230658
UBS Paim - 2230666
UBS Jardim América - 2230682
UBS Santos Dumont - 2230690
UBS Baum - 2700891
SAE - 2230712



02



UBS Volante - 5045363
UBS Pinheiro - 5761573
UBS São Cristóvão - 6245285
UBS Cohab Feitoria - 6289096
UBS Padre Orestes - 7131852
UBS Imigrante - 7772114
UBS Rio do Sinos - 2230739
UBS Santo André - 2230747
CAPS Infantil - 6850804
CAPS AD - 6850812
CAPS Capilé - 2230755

03

UBS Trensurb - 2230720
UBS Campestre - 2230771
UBS Materno Infantil - 2231948
UBS Scharlau - 2230801
UBS Campina - 2230836
UBS Sta Marta/Tancredo Neves - 9035532
UBS Madezati - 2882108
UBS São Geraldo -
CS Feitoria - 2230844
Centro Médico Capilé - 7548486
UBS Centro do Idoso - 2875853
CEO - 9396322
UPA - 7953917
Laboratório Municipal - 2231999

CNES

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Para **inclusão do profissional** preencher as Fichas nº 20 e 21.

Para **alteração**, quando o profissional já estiver cadastrado e for remanejado para uma nova unidade ou **exclusão** encaminhar email para o Setor de Faturamento da Central de Regulação Municipal.

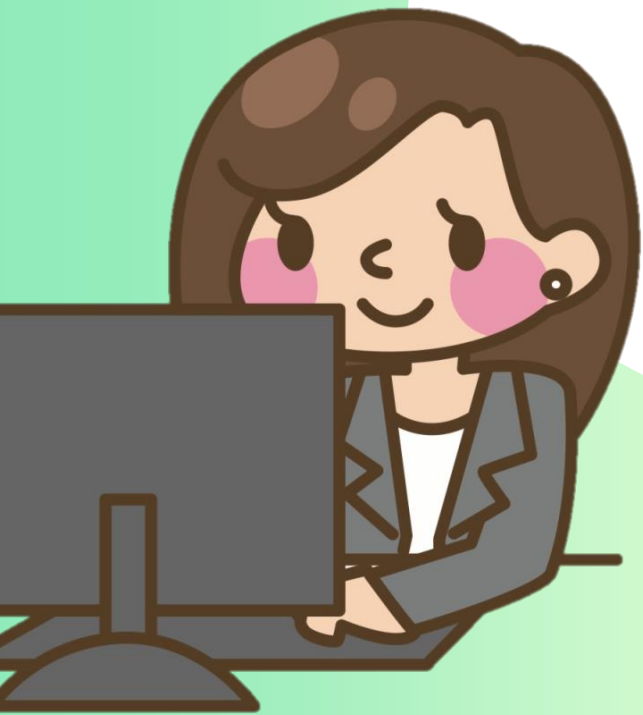
marinescassol@saoleopoldo.rs.gov.br



SISCAN

Foi desenvolvido com a finalidade de **identificar e acompanhar mulheres com laudos alterados** (busca ativa e seguimento), importante ferramenta para o gestor planejar as ações de controle e combate ao câncer de colo do útero e mama.

Deverá ser preenchido sempre que solicitado **CP ou AP de colo de útero, CP ou AP de mama e mamografia** pela enfermeira ou médica das UBS.



OBRIGADA!



AUTORA

Md Andrea Kuada Coiado

andrea.kuada@gmail.com

COLABORADORES

Md Lisiane Bitencourt da Silva

Md Maria Salete Macedo

ORGANIZAÇÃO E DESIGN

Mayumi Coiado Charão

Acadêmica Medicina PUCRS ATM 2024

Permitida a reprodução para fins educativos e de informação, com indicação da autoria. Vedada qualquer utilização comercial ou com fins lucrativos.