

ANEXO I
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO
AMBULATORIAL (Folha 1/5)**

O *Laudo* é o instrumento para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais em estabelecimento de saúde com atendimento ambulatorial (públicos, federais, estaduais, municipais, privados com ou sem fins lucrativos) integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. O laudo contém informações de identificação do estabelecimento, do doente, exame físico, exames complementares, justificativas da solicitação; dados de identificação do profissional solicitante e do autorizador, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela Unificada do SUS e CID-10.

O laudo deve ser corretamente preenchido em todos os seus campos, com letra legível, e após ser autorizado deve ter o arquivamento de via no prontuário do doente para ficar à disposição de setores de regulação, avaliação e auditoria, cabendo aos gestores locais editar normas referentes à necessidade de dados complementares.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Campo 01 - Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento solicitante.

Campo 02 - CNES: Preencher com o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento solicitante.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Campo 03 - Nome do Estabelecimento Executante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

Campo 04 - CNES: Preencher com o número do CNES do estabelecimento de saúde executante. Repetir caso seja o mesmo do solicitante.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Campo 05 - Nome do Paciente: Preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 06 - Apelido do paciente: Preencher com o apelido (nome diferente do nome constante do registro do paciente), pelo qual o paciente é conhecido entre os familiares ou na comunidade onde reside.

Campo 07 - Nº do Prontuário: Preencher com o número adotado pelo SAME ou setor similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 08 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 09 - Data de Nascimento: Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.

Campo 10 - Sexo: Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um "X" no quadro indicativo: M Masculino ou F Feminino.

Campo 11 - Raça/Cor: Preencher com o tipo de raça/cor do paciente.

Campo 12 - Etnia: Preencher com a etnia do paciente. Campo de preenchimento obrigatório quando a etnia for indígena.

Campo 13 - Nome da Mãe: Preencher com o nome completo da mãe do paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 14 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com familiares do paciente.

Campo 15 - Nome do Responsável: Preencher com o nome completo do responsável pelo paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 16 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com o responsável do paciente.

Campo 17 - Endereço de Residência: Preencher com o endereço completo - rua, número, complemento e bairro. Deve-se considerar como endereço de residência, o fixo do paciente e não o de permanência temporária em outro local/município.

Campo 18 - Número da Residência: Preencher com o número da residência do paciente.

Campo 19 - Nome do Bairro de Residência: Preencher com o nome do bairro de residência do paciente.

Campo 20 - Município de Residência: Preencher com o nome do município de residência do paciente. Não abreviar o nome do município para facilitar pesquisa nos sistemas de informação.

Campo 21 - Código IBGE do Município de Residência: Preencher com o código do IBGE do município de residência do doente.

Campo 22 - UF: Preencher com a sigla do estado (unidade da federação - UF) de residência do paciente. Utilizar a sigla de duas letras.

Campo 23 - CEP: Preencher com o Código de Endereçamento Postal (CEP)

específico do logradouro de residência do paciente. Não deve ser registrado o código genérico, salvo quando não houver código específico.

Campo 24 - Ponto de Referência: Preencher com o nome do ponto de referência da residência do paciente.

Campo 25 - Documento: Assinalar com um "X" no campo correspondente ao tipo de documento apresentado pelo paciente. Registrar o número do documento apresentado. Deve ser preenchido quando não for obrigatório o Cartão Nacional de Saúde – CNS.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Campo 26 - Código do Procedimento Principal: Preencher com o código do procedimento de acordo com a Tabela de Procedimentos do SUS considerado como principal, para o qual está sendo solicitada a autorização.

Campo 27 - Serviço Classificação: Preencher com o código do Serviço.

Campo 28 – Classificação: Preencher com o código da Classificação.

Campo 29 - Nome do Procedimento Principal: Preencher com o nome do procedimento de acordo com a Tabela do SUS considerado como principal para o qual está sendo solicitada a autorização.

Campo 30 - Quantidade: Preencher com a quantidade do procedimento principal a ser realizado de acordo com a legislação específica.

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

Campos 31, 34, 37, 40 e 43 - Código (s) do(s) procedimento(s) secundário (s): Preencher com o(s) código(s) do procedimento(s) secundário(s) de acordo com a tabela de procedimentos do SUS.

Campos 32, 35, 38, 41 e 44 - Nome(s) do(s) procedimento(s) secundário(s): Preencher com o(s) nome(s) do(s) procedimento(s) secundário(s) de acordo com a tabela do SUS.

Campos 33, 36, 39, 42 e 45 - Quantidade (s): Preencher com a (as) quantidade(s) do(s) procedimento(s) secundário(s) a ser(em) realizado(s) de acordo com a legislação específica.

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

Campo 46 - Descrição do Diagnóstico: Preencher com a descrição do diagnóstico.

Campo 47 - CID 10 Principal: Preencher com o código da CID-10 PRINCIPAL que corresponde à doença/lesão de base que motivou, em especial, o atendimento ambulatorial (obrigatório). O carcinoma in situ, que é o estágio 0 do câncer, deve ser codificado com código do capítulo C (por exemplo, C44 –

pele, C50 – mama e C60 – pênis), especificando-se a sua localização no órgão pelo terceiro algarismo, o quarto caracter do código da CID-10.

Campo 48 - CID 10 Secundário: Preencher com o código da CID-10 SECUNDÁRIO, ou seja, o que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base.

Campo 49 - CID-10 Causa(s) Associada(s): Preencher com o(s) código(s) da CID-10 de CAUSAS ASSOCIADAS, ou seja, o(s) o(s) que corresponde(m) ao(s) de outra(s) doenças concomitantes apresentadas pelo doente.

Obs.: Todos os campos de CID-10 são imprescindíveis para avaliação epidemiológica, porém, os campos 48 e 49 não são obrigatórios, exceto nos casos previstos em normalização específica, estabelecida pelo gestor federal, estadual ou municipal.

Campo 50 - Observações: Este campo deve ser preenchido com os principais sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente. Incluir dados do exame físico, as condições clínicas do doente que justificam a realização do procedimento, os principais resultados de provas diagnósticas/exames realizados antes da solicitação do procedimento.

SOLICITAÇÃO

Campo 51 - Nome do Profissional Solicitante: Preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

Campo 52 - Nº. do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional Solicitante: Preencher com o nº do CNS utilizado pelo profissional solicitante.

Campo 53 - Nº. Registro do Conselho: Preencher com o número de registro no Conselho de Classe do profissional solicitante.

Campo 54 - Data da Solicitação: Preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 55 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): Assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do profissional solicitante.

AUTORIZAÇÃO

Campo 56 - Nome do Profissional Autorizador: Preencher com o nome completo do profissional autorizador que deve estar obrigatoriamente cadastrado no CNES da unidade autorizadora/órgão emissor.

Campo 57 - Nº. Nº. do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional Autorizador: Preencher com o nº do CNS utilizado pelo profissional autorizador.

Campo 58 - Data da Autorização: Preencher com a data da autorização, colocando o dia mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 59- Código do Órgão Emissor: Preencher com o código do Órgão Emissor, em conformidade com a Portaria SAS/MS 637, de 11 de novembro de 2005.

Campo 60 - Período de Validade: Registrar as datas no formato dd/mm/aaaa de início e fim do período de validade da APAC, de acordo com as Portarias específicas.

Campo 61 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

Campo 62 - Numeração da APAC: Reservado para registrar o número da APAC quando autorizada (colar a etiqueta com o número da APC autorizada). O Ministério da Saúde recomenda a utilização de aplicativo para emissão e controle da numeração magnética das APAC, seja por meio do Módulo Autorizador disponibilizado pelo DATA SUS/MS, ou aplicativo próprio de que o gestor disponha.

DADOS COMPLEMENTARES (Folha 2/5)

1- ONCOLOGIA

Campo 63 - Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento solicitante.

Campo 64 - Nome do Paciente: Preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 65 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 66 - Nº do Prontuário: Preencher com o número adotado pelo SAME ou setor similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Identificação Patológica do Caso

Campo 67 - Localização do tumor primário: Preencher com o nome do órgão/tecido de origem do tumor primário. Somente quando se desconhece a localização de origem da neoplasia maligna, preencher como localização primária desconhecida, localização não especificada ou localização mal definida.

Campo 68 - CID-10 Topografia: Preencher de acordo com o código topográfico conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. O código da CID-10 deve ser compatível com a localização primária do tumor informada especificando-se a sua localização no órgão pelo terceiro algarismo, o quarto caracter do código da CID-10.

Observação: O carcinoma in situ, que é o estágio 0 do câncer, deve ser codificado com código do capítulo C (por exemplo, C44 – pele, C50 – mama e C60 – pênis), também especificando-se a sua localização no órgão pelo terceiro algarismo, o quarto caracter do código da CID-10.

Campo 69 - Linfonodos Regionais Invadidos: Assinalar com um "X" se existe ou não linfonodos acometidos pelo tumor ou assinalar com um "X" se esta avaliação não pode ser feita.

Campo 70 - Localização de Metástase(s): Preencher com a informação do(s) órgão(s) acometido(s) por lesão(ões) secundárias.

Campo 71 - Estádio do Sistema da União Internacional Contra o Câncer (UICC): Preencher com a informação do estadiamento clínico (0, I, II, III, IV) incluído na publicação TNM Classificação dos Tumores Malignos da União Internacional Contra o Câncer. A menção a subcategorias de T, N e M e de estadiamento patológico só pode ser exigida naqueles casos previstos na tabela de procedimentos do SUS.

- O carcinoma in situ deve ser anotado como estágio 0 (TisN0M0).

- Deve-se considerar que o estadiamento clínico é estabelecido ao tempo do diagnóstico e antes de qualquer procedimento terapêutico ser realizado. Uma vez estabelecido o estágio, este será imutável, ao longo da vida do doente, mesmo que a sua doença recidiva no local do tumor primário ou à distância. Neste caso, o estágio permanece o mesmo, mas deve ser acrescido do símbolo "r". Porém para determinados tumores o estadiamento é estabelecido no ato cirúrgico.

- Uma vez estabelecido o estágio, este será imutável, ao longo da vida do doente, mesmo que a sua doença recidive no local do tumor primário ou à distância.

Neste caso, o estágio permanece o mesmo, mas deve ser acrescido do símbolo "r".

- No caso de recidiva, pode haver informação de estádios I, II ou III, com metástases, situação cuja análise é feita com base nas datas de diagnóstico e de tratamentos anteriores ao atualmente solicitado, seja este de continuidade ou não.

Campo 72 - Estádio (outro sistema): Preencher este campo somente quando a classificação do tumor não consta da classificação pelo Sistema TNM.

Campo 73 - Grau Histopatológico: Preencher com o grau de diferenciação tumoral constante do laudo do exame cito ou histopatológico. Este campo é de preenchimento obrigatório nos casos previstos na tabela SIA/SUS (por ex. neoplasia maligna epitelial de ovário e sarcoma de partes moles).

- No caso de tumores sólidos, os graus são registrados com GX, G1, G2, G3, G4, conforme as definições contidas na classificação pelo TNM.

No caso de alguns tumores, como as leucemias e linfomas, o tipo celular já define a diferenciação tumoral.

Campo 74 - Diagnóstico Cito ou Histopatológico: Preencher com a denominação do tumor que consta no laudo do exame cito- ou histopatológico.

Observação 1: Cópia do laudo diagnóstico cito- ou histopatológico é exigida de todos os casos, para a primeira autorização. Ver em TNM – Classificação de Tumores Malignos (UICC 2002; INCA 2004) que a confirmação histológica pode ser dispensada, se a dosagem da gonadotrofina coriônica humana (HCG) estiver anormalmente elevada, em casos de Tumores Trofoblásticos Gestacionais (coriocarcinoma, mola hidatiforme invasora e tumor trofoblástico de localização placentária).

Observação 2: Também, exige-se cópia do laudo de exame específico, dependendo do diagnóstico e do procedimento solicitado, como exame de receptores tumorais hormonais (estrogênios e progesterona), para a autorização de hormonioterapia do carcinoma de mama e do adenocarcinoma do endométrio; de cromossoma Philadelphia ou bcr-abl, para a autorização de procedimentos específicos da Leucemia Mieloide Crônica; e do antiCD117/cKIT, para a autorização do procedimento específico do Tumor do Estroma Gastrointestinal (GIST), e outros que venham a se estabelecer em portarias específicas.

Campo 75 - Data do Diagnóstico: Preencher com a data (dd/mm/aaaa) da emissão do diagnóstico cito- ou histopatológico.

É obrigatório anexar ao laudo, cópia do laudo cito ou histopatológico.

- A data do diagnóstico deve ser anterior, ou no máximo igual, as demais datas informadas no Laudo.

Em casos excepcionais, a data do diagnóstico na primeira APAC, poderá ser do diagnóstico clínico que justificou o início do tratamento solicitado, inclusive o de emergência, ainda sem confirmação de malignidade.

1.1 - QUIMIOTERAPIA

Campo 76 - Tratamento(s) Anterior (es): Assinalar com um "X" se houve ou não tratamento(s) anterior (es).

Não deve se confundir o(s) tratamento(s) anterior (es) com a continuidade do tratamento atual solicitado.

Campo 77 - Descrição: Preencher com a descrição do(s) tratamento(s) anterior(es) - (nome da cirurgia – terapêutica, não biopsia - quimioterapia, hormonioterapia ou radioterapia).

Campo 78 - Data de Início: preencher com a(s) respectiva(s) data(s) de início do (s) tratamento (s) anterior (es), registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Tratamento Solicitado - Planejamento Terapêutico Global

Campo 79 - Continuidade de tratamento: Assinalar com um "X" se o tratamento solicitado já vem sendo feito ou se trata de início de tratamento.

Campo 80 - Data de Início do tratamento solicitado: Preencher com a data do início do tratamento solicitado, registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 81 - Esquema (sigla ou abreviatura): Preencher com as siglas do medicamento ou denominar abreviadamente o esquema quimioterápico.

Campo 82 - Número total de meses planejados: Preencher com o número de meses que o tratamento demandará, e não com o número de ciclos de quimioterapia.

Campo 83 - Número de Meses Autorizados: Preencher com o número de meses de tratamento já transcorridos.

Campo 84 - Finalidade: Assinalar com um "X" o tipo de finalidade do tratamento.

1.2 - RADIOTERAPIA

Campo 85 - Tratamento(s) Anterior (es): Assinalar com um "X" se houve ou não tratamento(s) anterior (es). Não deve se confundir o(s) tratamento(s) anterior (es) com a continuidade de tratamento atual solicitado.

Campo 86 - Descrição: Preencher com a descrição do (s) tratamento (s) anterior (es) (nome da cirurgia – terapêutica, não biopsia -, quimioterapia, hormonioterapia ou radioterapia).

Campo 87 - Data de Início: preencher com a(s) respectiva(s) data(s) de início do (s) tratamento (s) anterior (es), registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).
Tratamento Solicitado - Planejamento Terapêutico Global

Campo 88 - Continuidade de Tratamento: Assinalar com um "X" se o tratamento solicitado já vem sendo feito ou se trata de início de tratamento.

Campo 89 - Data de Início do tratamento solicitado: Preencher com a data do início do tratamento solicitado, registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 90 - Finalidade: Assinalar com um "X" a finalidade da radioterapia, se curativa, adjuvante, anti-álgica, paliativa, prévia ou anti-hemorrágica. Assinala-se a finalidade curativa, quando a radioterapia for exclusiva (radical).

Área Irradiada

Campo 91 - CID Topográfico: Preencher com o(s) código(s) da CID-10 referente(s) à (s) localização(ões) da(s) lesão (ões) irradiada(s). Pode-se autorizar irradiação simultânea de até três áreas.

Campo 92 - Descrição: Preencher com o(s) nome(s) do(s) locais do tumor primário ou metastático correspondentes ao(s) código(s) da CID-10 utilizados para informar a(s) localizações da(s) lesão(ões) irradiada(s).
A irradiação simultânea de mais de uma área requer informações em separado de todos os itens seguintes de preenchimento sobre cada área.

Campo 93 - Número Campo(s)/Inserções: Preencher com o número de campos por área tratada, ou com o número de inserções de braquiterapia de alta taxa de dose.

Campo 94 - Data de Início: Preencher por área a data do início do tratamento, registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

Campo 95 - Data de Término: Preencher por área a data do término do tratamento, registrando o dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

2. NEFROLOGIA

Campo 96 - Primeiro Atendimento: Os dados a seguir relacionados devem ser preenchidos somente para usuários que estão realizando a 1ª diálise durante ao longo da sua vida. Usuários que já estão em programa dialítico não devem ter os 57 dados deste campo preenchidos, bem como para os que mudam temporariamente ou em definitivo para outro estabelecimento.

- **Data da 1ª diálise:** Preencher com a data da 1ª diálise realizada registrando dia, mês e ano (dd/mm/aaaa).

- **Índice de Massa Corpórea (IMC) inicial:** É o indicador do estado nutricional do (a) usuário: $IMC (kg/m^2) = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (metros)}^2$

- **O peso inicial em kg** deve ser registrado com números inteiros sem referência de decimais.

- **A altura** deve ser registrada em metro com 03 dígitos (0,00);

- **Diurese em mililitros (ml):** Volume urinário de 24 horas. A presença de uma diurese residual é indicador de sobrevida;

- **Glicose (mg/dl):** Preencher apenas para usuários diagnosticados com diabetes mellitus;

- **Hemoglobina (g%);**

- **Albumina (g%);**

- **Anticorpos HIV e HCV:** Assinalar respectivamente com um “X” se positivo ou negativo;

- **Antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HbsAg):** Assinalar com um X se positivo ou negativo;

- **Acesso vascular:** Assinalar com um “X” se houve ou não a confecção de fístula artério venosa;

- **Ultra-sonografia Abdominal (de rim e vias urinárias):** Assinalar com um “X” se realizada ou não. Fornece dados de uropatia obstrutiva, como presença de cálculos, cistos, neoplasia, etc, importantes para o seguimento do tratamento;

- **Volume Urinário de 24 horas:** A presença de uma diurese residual é indicador de sobrevida.

Campo 97 - Seguimento: Preencher com os resultados das provas diagnósticas realizadas no seguimento do tratamento.

- **Taxa de Redução da Uréia (TRU %):** Indicador da eficácia do tratamento dialítico. A taxa é obtida através da seguinte equação: $TRU = \frac{\text{Uréia pré-hemodiálise (mg/dl)} - \text{Uréia pós-hemodiálise (mg/dl)}}{\text{Uréia pré-hemodiálise (mg/dl)}} \times 100$;

Uréia pré-hemodiálise (mg/dl)

- **Hemoglobina (g%);**

- **Anticorpos HIV e HCV:** Assinalar respectivamente com um “X” se positivo ou negativo.
- **Antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HbsAg):** Assinalar com um “X” se positivo ou negativo.
- **Transplante Renal:** Assinalar com um “X” se o usuário está inscrito na lista das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO).

OBSERVAÇÃO: Os campos:

47 - CID-10 Principal: deve ser preenchido apenas com o de código N18.0 – Insuficiência renal crônica.

48 - CID-10 Secundário: deve ser preenchido apenas com um dos códigos da CID a seguir relacionados:

- . I10 – Hipertensão essencial primária
- . E14 – Diabetes mellitus não especificado
- . N03 – Síndrome nefrítica crônica (nefrite crônica)
- . Q61.3 – Rim policístico não especificado
- . T86.1 – Falência ou rejeição de transplante renal
- . N18.8 – Outra insuficiência renal crônica (quando a insuficiência renal crônica decorre de outras doenças diagnosticadas que não as supra relacionadas)
- . N18.9 – Insuficiência renal crônica não especificada (quando a insuficiência renal é de causa desconhecida)

49 - CID-10 Causas Associadas: deve ser preenchido apenas com um dos de códigos a seguir relacionados:

- . I10 – Hipertensão essencial primária
- . E14 – Diabetes mellitus não especificado
- . Z86.7 – História pessoal de doença do aparelho circulatório (doenças cardiovasculares).
- . Z22.5 – Portador de hepatite viral
- . Z85 – História pessoal, de neoplasia maligna

3 – PRÓTESE MAMÁRIA

Campo 98 - Marca da Prótese: Marcar o quadro correspondente a marca da prótese.

Campo 99 – Ano de Implantação da Prótese: Preencher com ano de implantação da prótese (aaaa).

Campo 100 – CNES do Estabelecimento de Saúde: Preencher com o número do CNES do Estabelecimento que realizou o implante da prótese.

Seção Solicitação/Autorização

Campo 101 - Assinatura e Carimbo: Assinatura e carimbo com nº do Registro do Conselho Profissional do solicitante.

Campo 102 - Assinatura e Carimbo: O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o número de registro do Conselho de Classe.

DADOS COMPLEMENTARES (Folha 3/5)

1- ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PRÉ CIRURGIA BARIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Campo 01 - Nome do Estabelecimento Executante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde executante.

Campo 02 - CNES: Preencher com o número do CNES do estabelecimento de saúde executante.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Campo 03 - Nome do Paciente: Preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 04 - Nº do Prontuário: Preencher com o número adotado pelo SAME ou setor similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 05 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 06 - Data de Nascimento: Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.

Campo 07 - Sexo: Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um "X" no quadro indicativo: M Masculino ou F Feminino.

Campo 08 - Nome da Mãe: Preencher com o nome completo da mãe do paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 09 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com familiares do paciente.

Campo 10 - Nome do Responsável: Preencher com o nome completo do responsável pelo paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 11 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com o responsável do paciente.

Campo 12 - Dados do paciente: Preencher com os dados data da 1ª avaliação, com o IMC em Kg/m², Peso em Kg, data da avaliação atual e IMC em Kg/m²

Campo 13 – Comorbidades: Preencher os campos relacionados as comorbidades.

Campo 14 - Fase Inicial: Preencher os campos correspondentes.

Campo 15 - Fase Secundária: Preencher os campos correspondentes.

Campo 16 - Exames Complementares: Preencher os campos correspondentes.

Campo 17 – Apto para Procedimento Cirurgico: Preencher os campos correspondentes.

SOLICITAÇÃO

Campo 18 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

AUTORIZAÇÃO

Campo 19 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no Conselho de Classe.

DADOS COMPLEMENTARES (Folha 4/5)

2- ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Campo 01 - Nome do Estabelecimento Executante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde executante.

Campo 02 - CNES: Preencher com o número do CNES do estabelecimento de saúde executante.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Campo 03 - Nome do Paciente: Preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 04 - Nº do Prontuário: Preencher com o número adotado pelo SAME ou setor similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 05 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 06 - Data de Nascimento: Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.

Campo 07 - Sexo: Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um "X" no quadro indicativo: M Masculino ou F Feminino.

Campo 08 - Nome da Mãe: Preencher com o nome completo da mãe do paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 09 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com familiares do paciente.

Campo 10 - Nome do Responsável: Preencher com o nome completo do responsável pelo paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 11 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com o responsável do paciente.

Campo 12 - Dados do paciente: Preencher com o IMC Atual em Kg/m², Percentual de Excesso de Peso Perdido em % e Quilogramas Perdidos (Kg).

Campo 13 - Procedimento Cirúrgico Bariátrico: Preencher marcando o quadro correspondente ao código do procedimento bariátrico, data da cirurgia e nº da AIH.

Campo 14 - Cirurgia(s) Plástica(s) Reparadora(s) Pós Cirurgia Bariátrica: Preencher marcando com “x” o quadro correspondente ao código do procedimento e tempo pós cirurgia bariátrica em meses.

Campo 15 - Periodicidade do Acompanhamento: Preencher com o mês de acompanhamento, até o 18º mês e com o ano de acompanhamento, a partir do 2º ano.

Campo 16 - Comorbidades: Assinalar com um “X” no quadrado, a situação com comorbidade ou sem comorbidade, conforme o caso, e, assinalar um dos outros quadros de acordo a classificação descrita.

SOLICITAÇÃO

Campo 17 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

AUTORIZAÇÃO

Campo 18 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no Conselho de Classe.

DADOS COMPLEMENTARES – Doença Renal Crônica (Folha 5/5)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Campo 01 - Nome do Estabelecimento Executante: Preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde executante.

Campo 02 - CNES: Preencher com o número do CNES do estabelecimento de saúde executante.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Campo 03 - Nome do Paciente: Preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 04 - Nº do Prontuário: Preencher com o número adotado pelo SAME ou setor similar do estabelecimento de saúde para identificar o paciente.

Campo 05 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): Preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 06 - Data de Nascimento: Preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.

Campo 07 - Sexo: Preencher com o sexo do paciente, assinalando com um "X" no quadro indicativo: M Masculino ou F Feminino.

Campo 08 - Nome da Mãe: Preencher com o nome completo da mãe do paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 09 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com familiares do paciente.

Campo 10 - Nome do Responsável: Preencher com o nome completo do responsável pelo paciente. Se indispensável, abreviar somente o sobrenome do meio.

Campo 11 - Telefone de Contato: Preencher com número de telefone que possa ser acionado para possíveis contatos com o responsável do paciente.

TRATAMENTO DIALÍTICO

Campo 12 - Características do Tratamento: Preencher os dados correspondentes.

Campo 13 - Acesso Vascular: Preencher os dados correspondentes.

Campo 14 - Caso Novo: Preencher os dados correspondentes somente se for caso novo.

Campo 15 - Situação de Transplante: Preencher os dados correspondentes.

Campo 16 - Resultado dos Exames Realizados no Mês: Preencher os dados correspondentes.

Campo 17 - Intercorrência Clínica: Preencher os dados correspondentes.

ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Campo 18 - Característica do Tratamento: Preencher os dados correspondentes.

Campo 19 – Situação Vacinal: Preencher os dados correspondentes.

Campo 20 - Resultado dos Exames Realizados no Mês: Preencher os dados correspondentes.

Campo 21 - Uso de Medicamento: Preencher os dados correspondentes.

CONFECÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Campo 22 – Confecção de Fístula Arteriovenosa: Preencher os dados correspondentes.

SOLICITAÇÃO

Campo 23 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional solicitante deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no conselho de classe.

AUTORIZAÇÃO

Campo 24 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): O profissional autorizador deve obrigatoriamente assinar e apor o carimbo com o nº do registro no Conselho de Classe.