

Sistema de Informação **AMBULATORIAL** **SIASUS**

Vanderlei Soares Moya

Novembro 2019

AGRADECIMENTO AO Dr JOSE DOS SANTOS POR
COMPARTILHAR O MATERIAL DA APRESENTAÇÃO

DOCUMENTOS DO SISTEMA

 APAC

 Laudo Médico/Técnico – Emissão de APAC

 Controle de Frequência

 FPO

 BPA

 FAA

 Requisição de SADT

Registro Ambulatorial

- ▶ 1- Boletim de produção ambulatorial consolidado (BPA-C)
- ▶ 2. Boletim de produção ambulatorial individualizado (BPA-I) (2008)
- ▶ 3. Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)
(Instituído pela Portaria nº 276, de 30/03/2012)
- ▶ 4. Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – (APAC)
APAC principal
APAC secundário

APAC

- 1996
- Inicialmente para TRS. Em seguida para oncologia
- Introduz no SIA a identificação de usuários com respectivos diagnósticos e procedimentos realizados, antes uma exclusividade do Sistema de Informações Hospitalares - SIH

Procedimentos APAC

- Nefrologia/ TRS
- Oncologia
- Medicamentos
- Transplante
- Atenção a Saúde Auditiva
- CAPS
- Hemodinâmica
- Cirurgias
- OPM
- PET-CT
- Acompanhamentos

LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC

- Documento que justifica perante ao órgão autorizador a solicitação dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, devendo ser corretamente preenchido em todos os seus campos pelo responsável pelo paciente.
- O Laudo será preenchido em duas vias, sendo a 1a. anexada ao prontuário do paciente juntamente com a APAC-I formulário e a 2a. Via arquivada no órgão autorizador.
- REVOGADO (portaria 1011 de outubro de 2014)
- Somente os profissionais não vinculados ao SUS como prestadores de serviços poderão ser autorizadores;
- Tempo de guarda?

APAC MAGNÉTICO

- ▶ APAC Única – só pode ser apresentada uma única vez. O período de validade é de 1(uma) ou até de 03(três) competências, a partir da data de autorização.
- ▶ APAC Inicial/Continuidade – Significa que a APAC terá três competências, sendo apresentada como: (Inicial, 1ª continuidade, 2ª continuidade)

A sistemática APAC é toda descrita em portarias:

- Procedimentos Principais;
- Procedimentos Secundários;
- Procedimentos Concomitantes;
- Se APAC: Inicial, Continuidade ou Única;
- Quantidade Máxima permitida;
- CID compatível;
- Motivo de Cobrança;
- Documentos necessários
- O que cobrar na APAC e no BPA
- Se é alta complexidade ou estratégico

RESOLUÇÃO CFM 1614

- Art. 6º, Parágrafo 3º Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.
- Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.
- Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Autorização de procedimento

- Inexiste norma ou regulação do SUS que impeça o médico assistente a prescrever ao seu doente o tratamento que acreditar indicado.
- É necessário esclarecer que o autorizador/auditor não autoriza o tratamento, mas apenas o seu registro no sistema de informação para futuro ressarcimento ao prestador.
- A competência para indicar uma modalidade de tratamento a um paciente é tão somente de seu médico assistente, assim como a responsabilidade ética e legal sobre este tratamento.
- O Autorizador não deve acreditar que está autorizando tratamentos, se age como tal, pode dar ao Médico Assistente/Estabelecimento de Saúde a falsa idéia de que a responsabilidade pelo tratamento dos doentes admitidos em sua instituição é compartilhada com o Gestor.

SIA/SUS
SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS

ONCOLOGIA

MANUAL DE BASES TÉCNICAS

APAC ONCO - FINALIDADES

- cobrança de procedimentos de quimioterapia e de radioterapia
- controle e avaliação em oncologia
- auditoria
- consultoria à distância
- pareceres técnicos
- planejamento e programação físico-orçamentários
- reorganização da assistência oncológica a partir da capacidade instalada dos serviços
- fonte de dados epidemiológicos e de sistemas de informação
- produção científica
- avaliação de resultados terapêuticos

APAC ONCO - RADIOTERAPIA

Pela Portaria SAS/MS 263/2019(*), todos os procedimentos de radioterapia foram reformulados em suas concepção e lógica, revogando-se diversas partes da Portaria SAS/MS 346/2008 e também a Portaria 757/2005.

Um único procedimento para cada tratamento do paciente como um todo

APAC Única e com validade fixa e máxima de três meses.

APAC ONCO - RADIOTERAPIA

- A radioterapia é o método de tratamento local ou loco-regional que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas
- Tipos de radiação incluem: raios x, electrons, raios gama, neutrons, protons
- Substâncias radiativas incluem cobalto, iridium e césio

FINALIDADES DA RADIOTERAPIA

- PALIATIVA
- PRÉ-OPERATÓRIA
- PÓS-OPERATÓRIA
- CURATIVA
- ANTI-ÁLGICA
- ANTI-HEMORRÁGICA

ANÁLISE DO LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC/RADIOTERAPIA

- Tipo: externa ou braquiterapia (intra-cavitária ou intersticial).
- Associação: se está associada a outro tratamento e em que seqüência ela se associará (pré, pós e per-operatória, pré, pós e per-quimioterapia e pré ou pós-irradiação interna ou braquiterapia).

Se exclusiva (no sistema APAC-ONCO, deve-se entender como exclusiva a radioterapia de finalidade paliativa, ou curativa, que não se associa a outra modalidade terapêutica, independentemente de se aplicar a dose máxima).

Devendo ser compatível com a informação sobre Tratamento(s) Anterior(es)

- Finalidade: curativa ou paliativa, se prévia, adjuvante, anti-álgica ou anti-hemorragica.
- CID Topográfico/Área Irradiada: podendo ser um código de localização principal (primária) e dois de localização secundária (metástase) ou todos de localização secundária.

APAC ONCO - RADIOTERAPIA

CONCEITOS

- CAMPOS - unidade de cobrança/pagamento da RT externa – nº de incidências diárias de aplicações
- INCIDÊNCIA – direção que a RT externa é aplicada
- FRAÇÃO – o nº de vezes em que a dose total é dividida em doses diárias
- SESSÃO – é o número de vezes em que a RxT é aplicada num dia

APAC ONCO - RADIOTERAPIA

CONCEITOS

- **INSERÇÃO** - são os dispositivos guias, para órgãos, cavidades, para introdução de fontes RxT – braquiterapia/rRxT interna
- **VERIFICAÇÃO POR IMAGEM EM RADIOTERAPIA (CHECK-FILM)** avalia se a área delimitada está no campo de irradiação
- **MÁSCARA** – imobilizar o órgão ou a parte local do tumor primário
- **BLOCOS DE COLIMAÇÃO** – invasão de SNC, D.Hodgkin, meduloblastoma

OS PROCEDIMENTOS FORAM EXCLUÍDOS DA TABELA MAS NÃO DA ASSISTÊNCIA

▶ Número de Blocos Personalizados:

É imprescindível na:

- profilaxia ou tratamento da invasão do sistema nervoso central em caso de leucemia aguda, meduloblastoma
- doença de Hodgkin (técnica do manto ou Y invertido)
- irradiação de meio corpo superior (para proteger o conteúdo orbitário e os pulmões).

▶ Número Total de Campos Previstos: multiplica-se o número de campos utilizados num dia de tratamento pelo número de dias em que o paciente será submetido a radioterapia. No caso de duas ou três diferentes áreas de um mesmo paciente serem irradiadas simultaneamente, as informações e cálculos devem ser feitos também isoladamente

O número de campos autorizados não pode ultrapassar o número máximo de campos de radioterapia de tumores malignos (incluindo o reforço ou “boost”) vide tabela.

- **Número de Inserções:** assinalado no caso de braquiterapia máximo de quatro inserções/paciente.
- **Datas (início e término):** Estas datas referem-se ao planeamento terapêutico global e não aos dias de início e término da radioterapia aplicada dentro da APAC única
- **Máscara:** é personalizada e um procedimento unitário por tratamento, e deve ser considerada de uso rotineiro nos casos da radioterapia de cânceres localizados na cabeça ou no pescoço (laringe, cavum, seio da face).
- Os procedimentos secundários estão contemplados no procedimento principal.

APAC ONCO - RADIOTERAPIA

CONCEITOS PARA AUTORIZAÇÃO mas NÃO PARA FATURAMENTO

- PLANEJAMENTO DE RADIOTERAPIA
 - * avaliação do tumor, localização, extensão
- PLANEJAMENTO – SIMULAÇÃO : para que só a área desejada seja precisamente marcada e localizada
- DOSE DO CAMPO/DIA – 180 a 200 cGy
 - varia de 1 a 6 campos/dia
 - Tempo : 4 a 5 semanas
- DOSE TOTAL – segue os protocolos:
 - em geral dose terapêutica/dose tóxica
- dose total dividido dose aplicada/dia = nº dias
- Nº dias x campos/dia = total de campos

RADIOTERAPIA

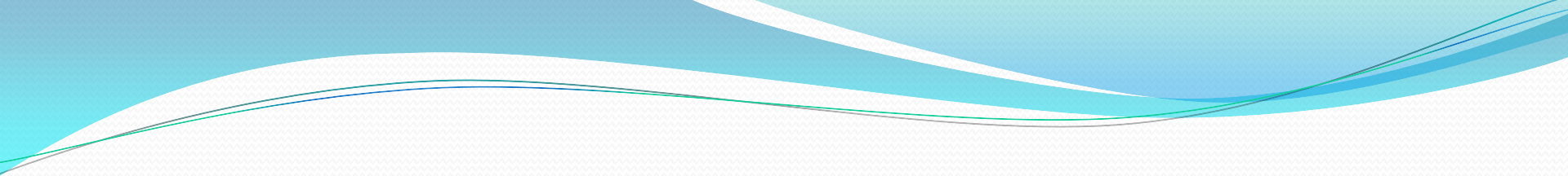
- RESSARCIMENTO : POR TRATAMENTO
- Em APAC única apresentada ao final do tratamento
- O ressarcimento é diferente da Quimioterapia
- A RT é remunerada pelo procedimento principal.

PT SAS/MS 263/2019

Art.5º Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS, os procedimentos relacionados no Anexo a esta Portaria.

§1º Cada procedimento radioterápico será registrado de acordo com a localização do tumor, sendo autorizado apenas um procedimento para cada sítio tumoral, salvo as condições discriminadas por esta Portaria.

§2º Procedimentos de radioterapia que, em sua descrição, incluem a irradiação da cadeia de drenagem linfática não devem ser autorizados concomitantemente com o procedimento 0304010545 Radioterapia de cadeia linfática ; no caso dos procedimentos cuja descrição especificam não a incluir, a concomitância com o procedimento 0304010545 Radioterapia de cadeia linfática não é geral nem obrigatória, aplicando-se apenas quando indicada.

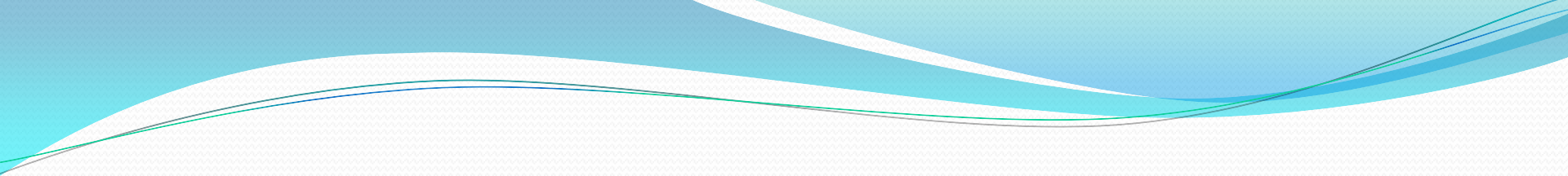


De modo geral, a radioterapia de uma área já irradiada para a chamada “radioterapia de resgate” poderá ser autorizada, somente uma vez, para um mesmo procedimento radioterápico para re-irradiação de um mesmo sítio anatômico em um mesmo paciente, desde que respeitado o período mínimo de 6 (seis) meses entre o término do primeiro tratamento e o início do segundo.

Isso porque, uma vez administrada a dose total máxima para uma determinada região do organismo, não é recomendado que esta seja ultrapassada, salvo em situações em que exista claro e indiscutível benefício ao paciente apesar da toxicidade de uma nova irradiação, como para finalidade anti-hemorrágica, ou anti-álgica, em doentes incuráveis ou terminais.

Também, como tratamento de resgate de tumor localmente recidivado de forma localizada, sendo este um tratamento de exceção.

Assim, as exceções para a indicação de re-irradiação devem ser analisadas e autorizadas como exceções.



Dois procedimentos de radioterapia realizados em um mesmo paciente, de forma sequencial, em uma mesma localização ou em localizações distintas deverão ser registrados em APAC únicas distintas.

Quando for o caso, a autorização deve observar as descrições dos procedimentos e as concomitâncias estabelecidas no Anexo II (APAC Principal X APAC Principal Concomitante) da Portaria SAS/MS 263/2019(*).

Em caso de óbito do paciente ou suspensão no transcurso do tratamento, o procedimento registrado será ressarcido integralmente, desde que se tenham iniciado as aplicações da radioterapia planejada (Planejamento Terapêutico Global) de forma que a duração da radioterapia seja compatível com a expectativa de vida do paciente e a finalidade da radioterapia.

Radioterapia Intraoperatória Mamária - CONITEC

- Base de elétrons : A técnica de radioterapia intraoperatória (em dose única e antes do fechamento da ferida operatória), na sala cirúrgica e imediatamente adjuvante à exérese do tumor por mastectomia conservadora, pode ser registrada como 03.04.01.029-4-RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR DE FÓTONS E ELÉTRONS (EXCLUÍDO) guardando-se o máximo de 120 campos para a radioterapia externa do câncer de mama e os procedimentos secundários compatíveis necessários, com a utilização de uma só competência de uma única APAC, registrando-se as outras duas competências zeradas.
- Base de fótons : idem. 03.04.01.028-6 - RADIOTERAPIA COM ACELERADOR LINEAR SÓ DE FÓTONS (EXCLUÍDO)
- NOVO: 03.04.01.041-3 - RADIOTERAPIA DE MAMA

RIO MAMARIA

- A radioterapia parcial da mama tem por objetivo limitar o volume de irradiação unicamente ao leito tumoral. Pode ser realizada por meio de diversas técnicas.
- Esse tipo de radioterapia, que é reservada para casos de câncer de mama de baixo risco de recorrência local, em estágios iniciais sem acometimento linfático axilar, e é aplicada em dose única, na sala cirúrgica, imediatamente adjuvante à exérese do tumor por mastectomia conservadora e antes do fechamento da ferida operatória, pode ocorrer com diferentes equipamentos (Intrabeam - à base de fótons ou ELIOT - à base de elétrons), não sendo recomendável no setor de radioterapia.
- Portaria SAS/MS 263/2019(*) = APAC de radioterapia passa a ser única, com validade fixa e máxima de 3 (três) meses, por situação tumoral (caso)

QUIMIOTERAPIA

- dose: por superfície corpórea
- aplicação: em ciclos regulares
- planejamento terapêutico define total de meses
- mudança de esquema terapêutico envolve novo planejamento

FINALIDADES da QT

- PALIATIVA
- PRÉVIA
- ADJUVANTE
- CURATIVA

Define-se como adjuvante a QT indicada após tratamento cirúrgico curativo, quando o doente não apresenta qualquer evidência de neoplasia maligna detectável pelo exame físico e exames complementares indicados para o caso.

A quimioterapia adjuvante deve ser iniciada, no máximo, entre 30 a 60 dias do pós-operatório, e tem por finalidade aumentar o intervalo livre de doença e a sobrevida global dos doentes.

É de longa duração (de 6 a 12 meses para quimioterapia não hormonal e 60 meses para a hormonioterapia do câncer de mama).

Conforme estabelecido pelas normas do SUS, para ser considerado um procedimento de finalidade adjuvante é obrigatório ser realizado em um período de até 60 dias após a realização de um procedimento locorregional e deverá o doente estar sem evidências de neoplasia maligna detectável no período de tempo programado, para realização do tratamento adjuvante.



QT Ressarcimento pelo SUS

- Apesar de o tratamento ser feito de forma contínua ou por ciclos, a tabela de procedimentos do SUS refere-se a um valor médio mensal de um esquema terapêutico, e não ao valor diário ou de um ciclo, seja ele aplicado em que intervalo for.
- Isto significa que o valor total do tratamento é dividido pelo número de meses em que ele é feito e o resultado desta divisão é a quantia a ser ressarcida a cada mês independentemente de quantos ciclos sejam feitos no mês.

TRATAMENTO DO CÂNCER

QUIMIOTERAPIA

- Dosagem

Dose básica de mono- ou de poliquimioterapia ajustada pela superfície corporal mg/m^2 (peso e altura), por kilo de peso corporal ou dose fixa em miligramas ou unidades.

- Intervalo de aplicação

Dia, semana, quinzena, 3/3 semanas, 4/4 semanas, 6/6 semanas...

- Via de administração

Oral, venosa, subcutânea, intramuscular, arterial, intratecal, intravesical ou intracavitária.

- **Tratamento** \longrightarrow Por ciclos

- **Ressarcimento** \longrightarrow Por competência

APAC QT

- 1ª LINHA : INICIAL
- 2ª / 3ª LINHA : no caso de progressão da doença ou em recidivas em menos de 2 anos
- Esquema terapêutico não permite passar de 2ª linha para 1ª ou 3ª para 2ª, porem permite iniciar pela 2ª linha

O fornecimento de medicamentos antineoplásicos não ocorre por meio de programas de dispensação de medicamentos (Assistência Farmacêutica) do SUS, mas integram a Assistência Oncológica e estão incluídos em procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema APAC-SIA/SUS,

Devendo ser fornecidos pelos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia, sendo ressarcidos conforme o código do procedimento registrado na APAC;

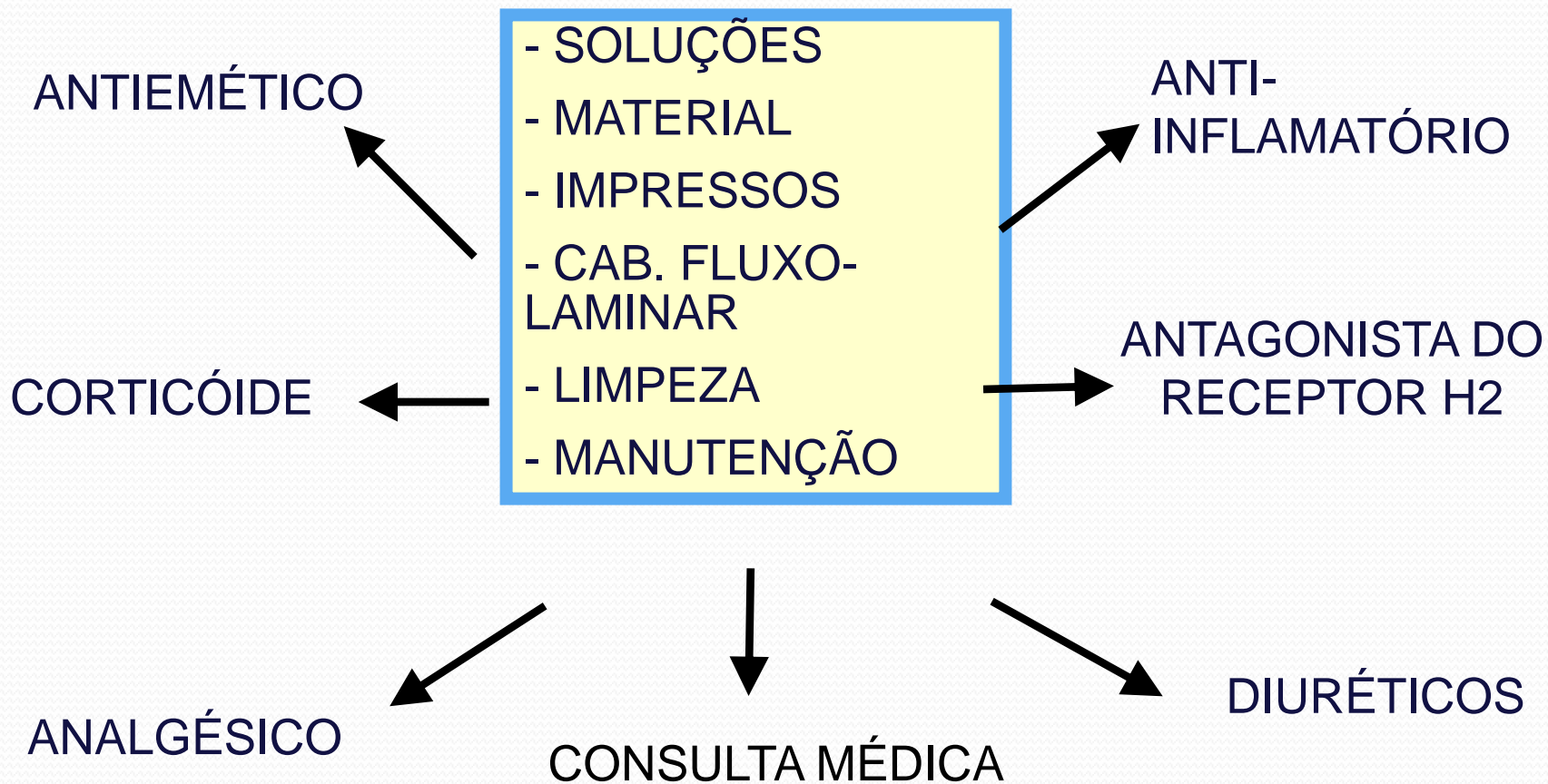
É a respectiva Secretaria de Saúde gestora que repassa o recurso recebido do Ministério da Saúde para o hospital conforme o código do procedimento informado.

Cabe exclusivamente ao corpo clínico do estabelecimento de saúde credenciado e habilitado a prerrogativa e a responsabilidade pela prescrição, conforme as condutas adotadas no hospital.

TEM EXCEÇÕES

EXCEÇÃO

- Talidomida
- Trastuzumabe
- Mesilato de Imatinibe
- Dasatinibe
- Cloridrato de Nilotinibe
- Rituximabe
- Estes medicamentos, que são comprados pelo Ministério da Saúde e distribuídos pelas Secretarias Estaduais de Saúde aos respectivos hospitais
- A Exceção se dá pela indicação e não pelo medicamento em si
- RELAÇÃO DE PACIENTES FORNECIDA PELO HOSPITAL



PORTARIA SAS nº 649, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2008, revogada pela Portaria SAS/MS 1.219, de 04/11/2013, retificada em 07/01/2015

- Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, as Diretrizes para o tratamento da Leucemia Mielóide Crônica do adulto.
- Parágrafo único - As diretrizes, objetos deste Artigo, que contêm o conceito geral da Leucemia Mielóide Crônica, os critérios de diagnóstico, indicações terapêuticas, critérios de inclusão de doentes no tratamento medicamentoso e de mudança de tratamento e mecanismos de acompanhamento e avaliação dos tratamentos - são de caráter nacional, devendo ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios, **na regulação do acesso assistencial e autorização, codificação e remuneração dos procedimentos correspondentes.**

Critérios Mínimos de Indicação do Tratamento Medicamentoso

- Idade maior do que 18 anos.
- Diagnóstico de LMC:
 - em fase crônica,
 - de transformação ou
 - blástica,por hemograma, plaquetometria, mielograma e biópsia de medula óssea.
- Marcador positivo (cromossoma Philadelphia em amostra de medula óssea ou gene Bcr-Abl) em amostra de sangue periférico

Critérios de Mudança de Esquema Terapêutico

- Graus de **toxicidade 3 e 4** - Determinantes da interrupção do Inibidor da tirosino-quinase ou do Alfa-Interferon (e, portanto, da mudança de esquema terapêutico), conforme os parâmetros mensuráveis do *National Cancer Institute* - NCI, de uso internacional.
- **Capacidade funcional** do doente caracterizada como 3 e 4, utilizando-se os critérios propostos pelo *Eastern Cooperative Oncology Group* - ECOG.
- **Falta de aderência ao tratamento.**
- **Recaída hematológica** em qualquer tempo ou **ausência de resposta** hematológica completa dentro de 3 (três) meses, na vigência do uso de Inibidor da tirosino-quinase ou de Alfa-Interferon.
- **Recaída citogenética** em qualquer tempo ou **ausência de resposta citogenética** completa ou maior, após, no mínimo, 12 (doze) meses de uso de Alfa-Interferon (LMC em fase crônica).
- **Progressão de fases da LMC** com ou sem recaída hematológica, na vigência do uso de Inibidor da tirosino-quinase ou de Alfa-Interferon.

Exames Mínimos de Controle

- Todas as fases:

- Exame físico, Hemograma completo, Contagem de plaquetas, Desidrogenase láctica, Ácido úrico, Uréia, Creatinina e Provas funcionais hepáticas – Semanalmente, até a estabilização das anormalidades provocadas pela leucemia ou pelo(s) antilblástico(s).
- Outros, conforme a gravidade clínica e o grau de toxicidade medicamentosa.

- Por fase:

- **Fase Crônica** – Hemograma de 1/1mês e mielograma com exame de citogenética (inclusive com percentual de células com o cromossoma Philadelphia) de 6/6 meses ou à suspeita de recaída pós-remissão.
- **Fase de Transformação** – Hemograma de 1/1 mês e mielograma com exame de citogenética (inclusive com percentual de células com o cromossoma Philadelphia) de 3/3 meses ou à suspeita de recaída pós-remissão.
- **Fase Blástica** – Hemograma semanal até a remissão hematológica; depois, mensal. Mielograma com exame de citogenética (inclusive com percentual de células com o cromossoma Philadelphia) de 3/3 meses, se mantiver remissão hematológica, ou à suspeita de recaída pós-remissão.

IMATINIBE

- 03.04.02.031-1 Quimioterapia paliativa do Tumor do Estroma Gastrintestinal avançado
- 03.04.03.009-0 Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Blástica – Marcador positivo - Sem fase crônica ou detransformação anterior - 1ª linha
- 03.04.03.011-2 Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase Crônica - Marcador positivo - 1ª linha
- 03.04.03.015-5 Quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica em Fase de Transformação - Marcador positivo – Sem fase crônica anterior - 1ª linha

DASATINIBE / NILOTINIBE

- 03.04.03.008-2 Quimioterapia da Leucemia Mielóide Crônica em Fase Blástica – 2ª linha
-
- 03.04.03.014-7 Quimioterapia da Leucemia Mielóide Crônica em Fase de Transformação – 2ª linha
-
- 03.04.03.022-8 Quimioterapia da Leucemia Mielóide Crônica em Fase Crônica – 2ª linha

PARAMETROS LMC

- máximo de 20% para os procedimentos de quimioterapia da LMC em fase de transformação
- máximo de 5% para os de em fase blástica;
- máximo de 15% dos procedimentos de 2ª linha de quimioterapia da LMC.
- Esses parâmetros aplicam-se à produção dos procedimentos de quimioterapia da LMC que especificam fases e linhas em suas descrições, devendo ser continuamente aplicados pelo Controle e Avaliação das secretarias de saúde na sua função gestora do SUS.

PORTARIA Nº 122, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2012

- Art. 1º Fica estabelecido que, a partir da competência janeiro/2012 os procedimentos de quimioterapia de Leucemia Mieloide Crônica que ultrapassarem os limites estabelecidos, passarão a ser criticados como ADVERTÊNCIA no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA.
- Art. 2º Estabelecer que as respectivas Secretarias de Saúde gestoras procedam, por hospital, à auditoria da produção dos procedimentos de quimioterapia da Leucemia Mieloide Crônica, e ao DRAC/SAS/MS o acompanhamento com monitoramento periódico da mesma produção.
- Que seja apresentado, com a solicitação de encontro de contas trimestral, um documento assinado pelo diretor do hospital habilitado na alta complexidade em oncologia, responsabilizando-se pela veracidade das codificações informadas nas respectivas APAC registradas no mês, tanto daquelas que se incluíram nos limites das advertências como daquelas que extrapolaram estes limites.

SEM APAC

- Nos casos de **anemia refratária** tratados com talidomida e
- de **síndrome hipereosinofílica** tratada com mesilato de imatinibe, não podem ser autorizadas APAC com procedimento de quimioterapia de adulto ou de criança e adolescente, e
- O atendimento ambulatorial pode ser ressarcido como consulta especializada.
- Medicamento fornecido pelo MS sem APAC

- A Portaria Conjunta SAS e SCTIE/MS 5/2019 mantem as indicações do trastuzumabe na quimioterapia prévia, adjuvante e paliativa e
- Inclui a associação do trastuzumabe com o pertuzumabe, na quimioterapia paliativa.
- A utilização dos procedimentos de poli- e de monoquimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo dar-se-á conforme os esquemas terapêuticos estabelecidos, devendo os hospitais informarem no APAC-SIA/SUS conforme os procedimentos

TRASTUZUMABE no SUS

- Protocolo de uso do trastuzumabe na quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo.
- Devem ser observadas as normas de autorização e codificação dos respectivos procedimentos
- Aplicados os mecanismos de monitoramento e de avaliação de resultados
- máximo de 30% dos procedimentos referentes à QT de mama

- Portaria SAS/MS 73/2013 estabelece parâmetros para crítica da produção dos procedimentos de quimioterapia do carcinoma de mama HER-2 positivo, devendo ser continuamente aplicados pelo Controle e Avaliação das secretarias de saúde na sua função gestora do SUS:
- A soma das frequências procedimentos
(03.04.04.018-5, 03.04.05.026-1, 03.04.05.027-0, 03.04.05.028-8, 03.04.05.029-6, 03.04.05.030-0 e 03.04.05.031-8)
- deve representar no máximo 30% da soma das frequências de todos os procedimentos de quimioterapia (inclusive de hormonioterapia) do câncer de mama
- (03.04.02.013-3, 03.04.02.014-1, 03.04.02.033-8, 03.04.02.034-6, 03.04.04.002-9, 03.04.05.004-0, 03.04.05.006-7, 03.04.05.007-5, 03.04.05.011-3, 03.04.05.012-1, 03.04.05.013-0, 03.04.04.018-5, 03.04.05.026-1, 03.04.05.027-0, 03.04.05.028-8, 03.04.05.029-6, 03.04.05.030-0, 03.04.05.031-8).

A Portaria Conjunta SAS e SCTIE 5, de 18/04/2019, revoga a Portaria Conjunta SAS e SCTIE 19/2018 e aprova, atualizando, as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama, considerando o Registro de Deliberação Nº 428/2019 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC),

Dispensa a obrigatoriedade da realização de exame molecular para confirmação de HER-2 quando o resultado do exame de imuno-histoquímica for de 3 cruces.

Com isso, a Portaria SAS/MS 523, de 23/04/2019, altera as descrições dos procedimentos de quimioterapia do câncer de mama HER-2 positivo da Tabela de Procedimentos do SUS.

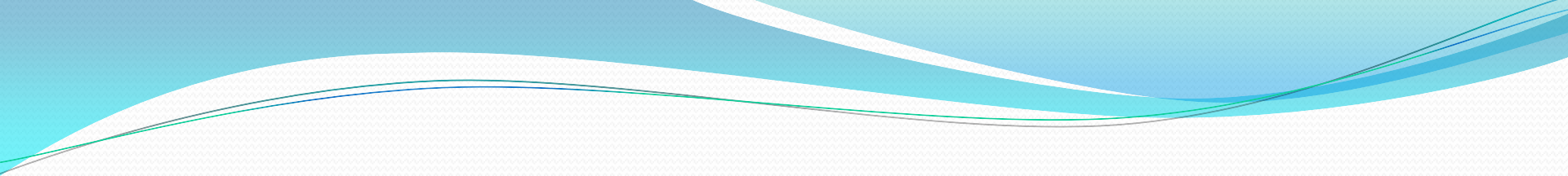
tabela

- § 1º O valor dos procedimentos de poliquimioterapia é mensal e inclui os itens abaixo relacionados, das aplicações, fases e ciclos que se repitam dentro de um mesmo mês, para os respectivos tumores:
- Consulta médica;
- Medicamentos antitumorais (antineoplásicos), exceto o trastuzumabe; Medicamentos utilizados em concomitância à quimioterapia: antieméticos (antidopaminérgicos, anti-histamínicos, corticóides e antagonistas do receptor HT₃), analgésicos, antiinflamatórios, diuréticos, antagonistas dos receptores H₂ e outros;
- Soluções em geral (soros glicosado e fisiológico, ringer, eletrólitos e outros);
- Material em geral (equipos, luvas, escalpes, seringas, agulhas, dispositivos de microgotejamento, máscaras, aventais e outros); Impressos; Capela de fluxo laminar; Limpeza e manutenção do serviço.

BULA- Indicações

- É indicado para o tratamento de pacientes c/ câncer de mama metastático que apresentam tumores c/ superexpressão do HER 2:
- 1. como monoterapia para o tratamento daqueles pacientes que receberam um ou mais tratamentos de quimioterapia para suas doenças metastáticas;
- 2. em combinação para o tratamento daqueles pacientes que não receberam quimioterapia para suas doenças metastáticas.

- A poliquimioterapia (PoliQT) adjuvante do carcinoma de mama HER+ em estágios I, II ou III, que inclui o trastuzumabe, tem duração de três meses, por causa dos antineoplásicos que não o trastuzumabe.
- Ela se segue da monoterapia (MonoQT) adjuvante com trastuzumabe (ver os procedimentos de monoterapia adjuvante, também para os estágios I, II e III), que tem a duração máxima de 09 (se houve a poliquimioterapia adjuvante com trastuzumabe) ou 12 meses (se não houve a poliquimioterapia adjuvante com trastuzumabe).



ESTÁGIO	POLIQUIMIOTERAPIA	QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE	
	PRÉVIA	POLIQUIMIOTERAPIA	MONOQUIMIOTERAPIA
I	Não	Sim	Sim e Não (*)
II	Não	Sim	Sim e Não (*)
III	Sim	Não	Sim e Não (*)
	Não	Sim	Sim e Não (*)

- O máximo de meses de uso do trastuzumabe vai depender:
- a) se houve poliquimioterapia adjuvante anterior (nos estágios I, II ou III) ou poliquimioterapia prévia (no estágio III, caso em que não se procede à poliquimioterapia adjuvante) e
- b) do esquema terapêutico:

ADJUVANTE:

Esquema abreviado (concomitante à quimioterapia com docetaxel ou vinorelbina): total de 9 semanas de tratamento.

Esquema estendido de 26 semanas (início concomitante à quimioterapia com taxano):

Esquema estendido de 52 semanas (12 meses):

PRÉVIA (neoadjuvante ou citorrredutora, pré-operatória - início concomitante à quimioterapia com antraciclina ou taxano):

Portaria Conjunta n° 19/SAS e SCTIE

- O Ministério da Saúde publicou em 16/07/18, no Diário Oficial da União, a Portaria Conjunta n° 19/SAS e SCTIE, de 3 de julho de 2018, que aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama.
- Esta portaria revogou a anteriormente publicada em fevereiro, a Portaria Conjunta n° 4, de 23 de janeiro de 2018.
- A Portaria Conjunta inclui dois novos procedimentos:
- • 03.04.02.043-5 - Poliquimioterapia com duplo anti-HER-2 do carcinoma de mama HER-2 positivo – 1ª linha.
- • 03.04.02.044-3 - Quimioterapia com duplo anti-HER-2 do carcinoma de mama HER-2 positivo – 1ª linha.

- A atualização das Diretrizes se impôs por conta da incorporação do pertuzumabe, para uso associado ao trastuzumabe na quimioterapia do carcinoma metastático de mama, após a recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.
- O Relatório de Recomendação é o de nº 319 Dezembro/2017,

PRODUTOS DE ANÁLOGOS DE LH-RH

Hormonioterapia de câncer de próstata

O intervalo de aplicação depende da dose da apresentação do medicamento. Por exemplo, a apresentação de 3,6 mg de goserrelina ou de 7,5 mg de leuprorrelina é de aplicação mensal; a de 10,8 mg de goserrelina ou de 22,5 mg de leuprorrelina é de aplicação trimestral; e a de 45 mg de leuprorrelina, semestral.

No caso, a APAC continua a ser mensal, a consulta também (ou a critério médico) . Apenas a aplicação do medicamento é trimestral.
Uma aplicação corresponde a 3 APAC mensais.

Com isto, uma APAC para procedimento de hormonioterapia de câncer de próstata, que é de ressarcimento mensal, pode corresponder tanto aos casos de aplicação mensal como os de aplicação trimestral ou semestral.

Assim, poderá haver meses em que haverá a APAC sem a correspondente administração do análogo.

Atente-se que esses intervalos não devem corresponder às consultas médicas, previstas no procedimento, ou seja, mensalmente. Porém, a depender das condições clínicas do doente, o intervalo entre as consultas pode ficar a critério médico, não podendo ser maior do que três meses.

PET-CT

A Portaria SAS/MS 601, de 26/06/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma colorretal, sendo revogada pela Portaria SAS 958, de 26/09/2014, que atualiza e inclui nessas diretrizes a indicação de uso da Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT), incluída na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS pela Portaria SAS 1.340, de 01/12/2014.

A Portaria SAS/MS 600, de 26/06/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de pulmão, sendo revogada pela Portaria SAS 957, de 26/09/2014, que atualiza e inclui nessas diretrizes a indicação de uso da Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT),

A Portaria SAS/MS 621, de 05/07/2012, estabelece o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do linfoma difuso de grandes células B, sendo revogada pela Portaria SAS 956, de 26/09/2014, que inclui no protocolo a indicação de uso da Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT), revogada pela Portaria SAS/MS 956, de 26/09/2014, que atualiza o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do linfoma difuso de grandes células B, incluindo no protocolo a indicação de uso da Tomografia por emissão de pósitrons.

0206010095 -TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)
Deve ser autorizada, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde:

- Para o estadiamento clínico do câncer de pulmão de células não pequenas potencialmente ressecável;
- Para a detecção de metástase(s) exclusivamente hepática(s) e potencialmente ressecável(eis) de câncer colorretal; e
- Para o estadiamento e avaliação da resposta ao tratamento de linfomas de Hodgkin e não Hodgkin

COMPATIBILIDADE COM CID

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

PRINCIPAIS CAUSAS

- **HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Atinge cerca de 35% da população brasileira acima de 40 anos é hipertensa;

- **DIABETES MELLITUS**

Cerca de 11% da população brasileira acima de 40 anos é portadora de diabetes;

Cerca de 2,7 milhões de pacientes com as duas patologias

Outras causas importantes: Litíase renal e as glomerulonefrites

Causas menos comuns: nefropatias familiares e hereditárias

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL

PRINCIPAIS OBJETIVOS

- Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida.
- Organizar uma linha de cuidados integrais – inversão do modelo baseado apenas nos procedimentos de média e alta complexidade.
- Definir critérios técnicos mínimos para funcionamento dos serviços públicos e privados que realizam diálise e mecanismos de sua monitoração.
- Ampliar a cobertura no atendimento aos portadores de IRC, nas diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS).
- Ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil.
- Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem a custo efetividade, eficácia, incorporação tecnológica do processo TRS
- Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos.
- Implementar e aperfeiçoar a produção de dados garantindo a democratização das informações.

a) A ATENÇÃO BÁSICA

ações de promoção da saúde,

- identificação de grupos de risco para as doenças renais (hipertensos, portadores de diabetes, litiásicos, e parentes de portadores dessas patologias),
- vincular os pacientes à unidade para acompanhamento clínico e laboratorial sistemático,
- garantir assistência farmacêutica básica
- referenciar os casos que necessitem de atendimento especializado.

b) A MÉDIA COMPLEXIDADE (ambulatórios de especialidades, os centros de diabetes e hipertensão e os hospitais),

- ações de prevenção, educação, confirmação diagnóstica e estadiamento do grau de disfunção renal e terapêutica.

ESPECIFICIDADES DO FINANCIAMENTO

A partir da publicação da Portaria GM/MS n. 1112/2002, os procedimentos da tabela do SIA/SUS, do grupo de Terapia Renal Substitutiva (TRS), cobrados na APAC, passaram a ser financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), com o estabelecimento de um limite, calculado sobre a média de produção e um acréscimo, para contemplar expansão, por gestor (municipal/estadual).

A partir de janeiro de 2004, por meio da Portaria GM/MS n. 278/2004, o Ministério da Saúde redefine os limites financeiros para TRS, reiterando que os valores excedentes aos limites seriam de responsabilidade de cada gestor.

O assunto foi pautado pelos gestores estaduais e municipais, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), pleiteando ao Ministério da Saúde estabelecer mecanismo de correção dos valores, contemplando o total de assistência prestada .

PRINCIPAIS FUNÇÕES RENAIS

- **Filtrar todos os líquidos corporais** com a produção da urina para exercer sua função principal que é de desintoxicação e excreção;
- **Eliminar substâncias tóxicas endógenas** oriundas do metabolismo, como por exemplo, a **uréia e a creatinina**;
- **Eliminar substâncias exógenas** como medicações, antibióticos, aditivos químicos e drogas;
- **Manter o equilíbrio de eletrólitos no corpo humano**, tais como sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, bicarbonato, hidrogênio, cloro e outros;
- **Regular o equilíbrio ácido-básico**, buscando manter constante o pH ideal do organismo que deve ser levemente alcalino, idealmente entre 7,36 a 7,42;
- **Regular a pressão e o volume de líquido corporal**, retendo ou eliminando o excesso de água do organismo, ou seja, manter a pressão e o volume hídrico constante;
- **Produção de hormônios** como a **eritropoietina** que estimula a produção de hemácias (células vermelhas do sangue), a renina que eleva a pressão arterial, a **vitamina D (calcitriol)** que atua no metabolismo dos ossos e regula a concentração de cálcio e fósforo no organismo, além das **cininas e prostaglandinas**. (**funções endócrinas**)

INSUFICIÊNCIA RENAL

Perda das funções dos rins:

- **INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA**

Os rins podem parar de funcionar de maneira rápida, porém temporária.

- **INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

Insuficiência renal crônica é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais.

Quando se perde irreparavelmente a função renal, temos hoje dois métodos de tratamento:

- **DIÁLISE:**

- Diálise Peritoneal
- Hemodiálise

- **TRANSPLANTE RENAL.**

RINS

Perda da função

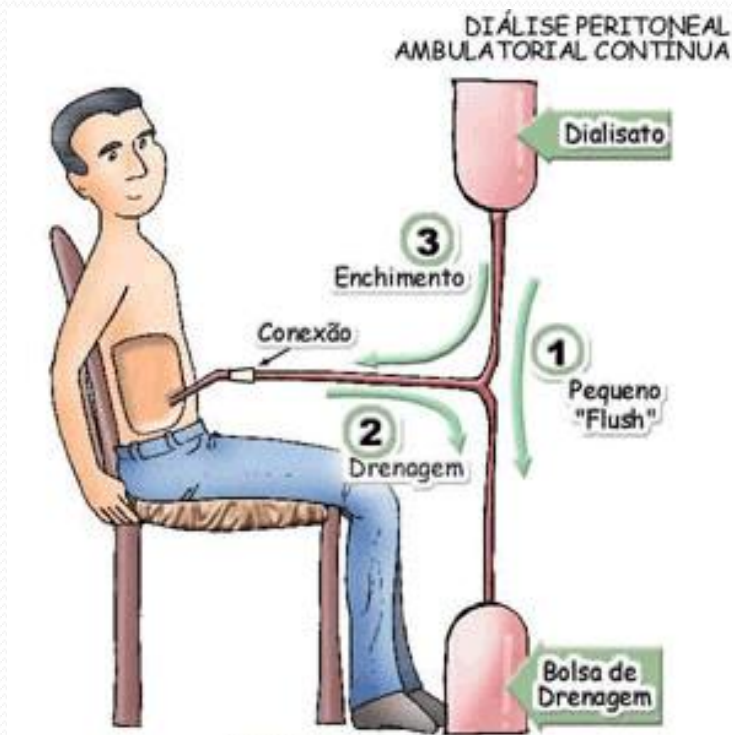
Insuficiência renal – Aguda ou crônica

DIÁLISE

Insuficiência renal crônica terminal

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - TRS

Diálise Peritoneal



Hemodiálise



<http://www.rim-online.com.br>

TRANSPLANTE RENAL

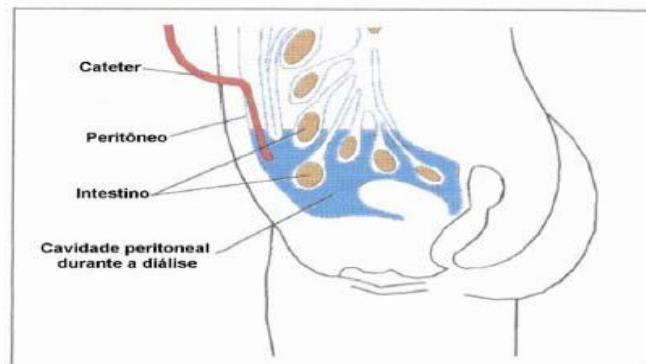
DIÁLISE PERITONEAL

- Aproveita a membrana peritoneal (membrana que reveste o abdômen e recobre os órgãos abdominais), para filtrar o sangue.
- Essa membrana se fosse totalmente estendida, teria uma superfície aproximada de dois metros quadrados, área de filtração suficiente para cumprir a função de limpeza das substâncias retidas quando os rins estão insuficientes.
- Para realizar a mesma função de um rim normal trabalhando durante vinte e quatro horas, são necessárias 24 horas de diálise peritoneal ou 4 horas de hemodiálise.
- A diálise peritoneal pode ser realizada no hospital ou no domicílio do paciente, em local limpo e bem iluminado.
- A diálise peritoneal pode ser usada cronicamente por anos, exigindo do paciente somente visitas médicas periódicas.

DIÁLISE PERITONEAL

ACESSO PARA DIÁLISE PERITONIAL

- Para realizar a diálise peritoneal é necessária a introdução de um catéter especial dentro da cavidade abdominal
- O acesso à cavidade peritoneal é feito através de uma pequena incisão cirúrgica, ou pela abertura de um pequeno orifício, através do instrumento chamado trocater, que dará acesso permanente a cavidade peritoneal onde será inserido o cateter de diálise (**Cateter Tenckhoff**; Cateter T. W. H. com 2 discos perpendiculares; Cateter Swan-Neck Missouri)
- **Após sua implantação, o catéter é exteriorizado em alguns centímetros para fora do abdome e é devidamente fechado por um pequeno equipo de transferência e uma tampinha, que uma vez fechados e fixos s**

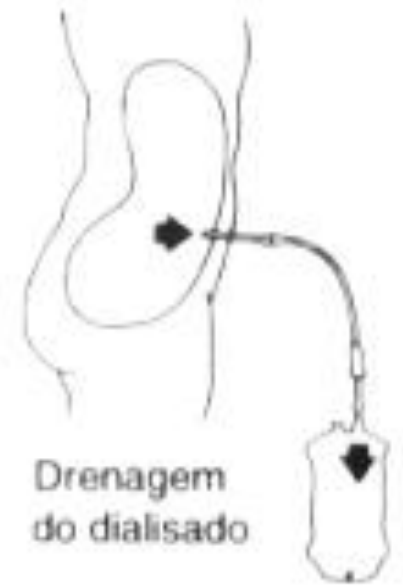


PRINCIPAIS MODALIDADES DE DIÁLISE PERITONEAL

- DPAC (DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA) :
Realizada no domicílio do paciente com trocas realizadas pelo próprio paciente ou cuidador.
- DPA (Diálise Peritoneal Automática) :
Realizada no domicílio do paciente com trocas controladas por uma máquina cicladora automática.
- DPI (Diálise Peritoneal Intermitente):
Realizada em serviços de saúde com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática

O método de eleição para tratamento de crianças que necessitem terapia dialítica é a Diálise Peritoneal nas mesmas modalidades, mas ,também, pode ser realizado com hemodiálise.

DIÁLISE PERITONEAL



PROCEDIMENTOS TABELA SUS - SIGTAP

04.18.01.008-0 - IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC

07.02.10.003-0 - CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA P/ DPI/DPAC/DPA

04.18.02.003-5 - RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA

03.05.01.018-2 - TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS)

03.05.01.016-6 - MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC

07.02.10.006-4 - CONJUNTO DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES

07.02.10.007-2 - CONJUNTO DE TROCA P/ TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA / DPAC (9 DIAS)CORRESPONDENTE A 36 UNIDADES

07.02.10.008-0 - CONJUNTOS DE TROCA P/ PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE/15 DIAS)

07.02.10.003-0 - CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA P/ DPI/DPAC/DPA

•03.05.01.002-6 - DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MAXIMO 2 SESSOES POR SEMANA)

•03.05.01.001-8 - DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSAO POR SEMANA -EXCEPCIONALIDADE)

04.18.01.007-2 - IMPLANTE DE CATETER TENCKHOFF OU SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA NA IRA (INCLUI CATETER)

03.05.01.003-4 - DIALISE PERITONEAL P/ PACIENTES RENAIIS AGUDOS

HEMODIÁLISE

- **É UM PROCESSO DE “CIRCULAÇÃO EXTRA-CORPÓREO “**, ONDE PEQUENAS QUANTIDADES DE SANGUE (+/- 150ML) PASSAM PELO DIALISADOR (FILTRO CAPILAR) PARA SER FILTRADO E RETORNAR AO ORGANISMO.
- NA HEMODIÁLISE É USADA UMA MEMBRANA DIALISADORA ARTIFICIAL FORMADA POR UM CONJUNTO DE TUBOS FINOS, CHAMADOS DE DIALISADOR (FILTROS CAPILARES).
- **“O DIALISADOR** É FORMADO POR UM CONJUNTO DE PEQUENOS TUBOS CHAMADOS "LINHAS". DURANTE A DIÁLISE, PARTE DO SANGUE É RETIRADO DO CORPO, PASSA ATRAVÉS DA LINHA EM UM LADO, ONDE O SANGUE É FILTRADO E RETORNA AO PACIENTE PELA LINHA DO LADO OPOSTO. ATUALMENTE TEM HAVIDO UM GRANDE PROGRESSO EM RELAÇÃO A SEGURANÇA E A EFICÁCIA DAS MÁQUINAS DE DIÁLISE, TORNANDO O TRATAMENTO BASTANTE SEGURO. EXISTEM ALARMES QUE INDICAM QUALQUER ALTERAÇÃO QUE OCORRA NO SISTEMA (DETECTORES DE BOLHAS, ALTERAÇÃO DE TEMPERATURA E DO FLUXO DO SANGUE, ETC)”.

• **O RIM ARTIFICIAL** , (MÁQUINA DE HEMODIÁLISE), CONTROLA A PRESSÃO DO FILTRO, A VELOCIDADE E O VOLUME DE SANGUE QUE PASSA PELO CAPILAR E O VOLUME E A QUALIDADE DO LÍQUIDO QUE BANHA O FILTRO.
“ Planejado apenas para filtrar o sangue, porque os rins têm também a capacidade de produzir hormônios e vitamina D, controlar a pressão arterial e mandar a medula óssea fabricar sangue. Por isso, quase 100% dos pacientes com insuficiência renal têm anemia não por falha da fábrica de sangue, mas por falha na ordem para fabricá-lo¹

DISPONÍVEL COMO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENA TERMINAL DESDE OS ANOS 60.

Dr. Elias David Neto - médico nefrologista, responsável pelo setor de transplantes de rins do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo

ACESSOS PARA HEMODIÁLISE:

- É FUNDAMENTAL UM ACESSO QUE FORNEÇA FLUXO SUFICIENTE , SEJA RESISTENTE E DURADOURO O SUFICIENTE PARA POSSIBILITAR PUNÇÕES SUCESSIVAS COM AGULHAS ESPECIAIS (EM MÉDIA TRÊS VEZES POR SEMANA).

PODE SER:

- **Temporário**

- **Cateter venoso central DE DUPLO LUMEN– (SHILLEY)**

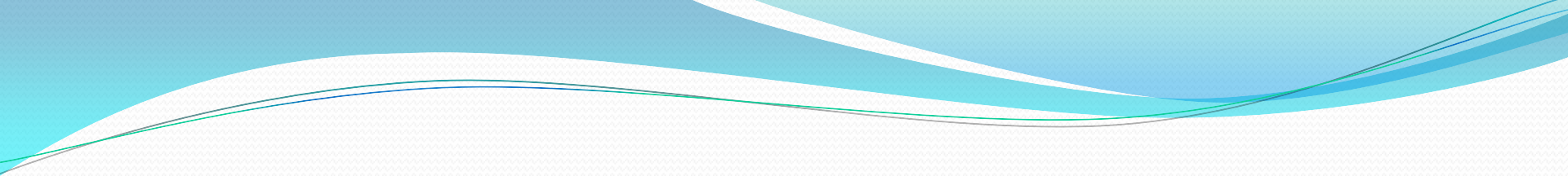
- **Permanentes:**

- **Fístulas Arteriovenosas – FAV- com ou sem enxertos;**

Cateteres de Longa Permanência para hemodiálise.

O Acesso permanente ideal que fornece fluxo adequado, longo tempo de duração, baixo índice de complicações é a Fistula Arterio Venosa

A FAV é feita por um cirurgião vascular unindo uma veia e uma artéria superficial do braço ou outro local de modo a permitir um fluxo de sangue superior a 250 ml/minuto.



Os acessos vasculares podem ser de curta permanência, tipo Jelco, Scalp, Butterfly entre outros, os quais são passados em veias periféricas e são utilizados por poucos dias.

Há também os acessos vasculares temporários, passados em veias centrais, porém com durabilidade média de 21 a 30 dias, e ainda os acessos vasculares definitivos para tratamentos prolongados e que apresentam durabilidade de meses ou anos.

O melhor acesso vascular é o port-o-cath, pois apresenta baixos índices de infecção, evita flebites e lesões na pele, permite a coleta de exames, além de ter grande durabilidade, ficando implantados sem intercorrências, quando se faz uma rigorosa manutenção, por 5 anos ou mais.

Acessos para hemodiálise

Os cateteres venosos centrais para hemodiálise podem ser de curta (Shilley) ou longa permanência (Permcath) e geralmente são implantados nas veias jugular, subclávia ou femoral.

As fístulas artério-venosas são confeccionadas através da união entre uma artéria e uma veia.

Cateter não tunelizado

Nesse grupo de cateteres estão o duplo-lúmen, o cateter venoso central de inserção periférica (PICC) e o Shilley .

Esses cateteres estão indicados em pacientes que apresentam necessidade de acesso vascular por um curto período, aproximadamente 21 a 30 dias, como no caso de pacientes que necessitam de hemodiálise de urgência,

Esses cateteres são inseridos diretamente nas veias femoral, subclávia e jugular interna, após assepsia local, anestesia local, punção e passagem do fio-guia.

A veia jugular deve ser a veia de primeira escolha, pois apresenta baixo índice de complicações e, na maioria das vezes, não é de difícil punção.

A veia femoral é a mais fácil de puncionar, porém o acesso femoral tem maior índice de infecção e trombose, além de limitar os movimentos e deambulação do paciente.

O acesso subclávio, apesar de ser mais confortável ao paciente, está associado a maiores índices de complicações e, tardiamente, à estenose do vaso, o que pode comprometer acessos futuros.

Esse grupo de cateteres deve ser passado com técnica asséptica, utilizando-se campos e materiais estéreis, porém é possível passá-los no leito com anestesia local, havendo a colaboração do paciente

PERMCATH

O Permcath é um cateter de longa permanência implantado em uma veia de grosso calibre central, geralmente através da veia jugular interna.

Pode também ser introduzido em outras veias como a subclávia, ou na femoral além de outros locais menos comuns.

Acesso definitivo ou tunelizado.

Esses cateteres são usados em pacientes que necessitam de um bom acesso vascular, por um período prolongado.

Apresentam um cuff no terço médio do cateter, o qual fica no túnel subcutâneo ou são totalmente implantados, o que os protege da infecção.

Esses dispositivos devem ser implantados em ambiente totalmente estéril, ou seja, no centro cirúrgico, com a ajuda de uma escopia e com o paciente sedado ou com anestesia geral

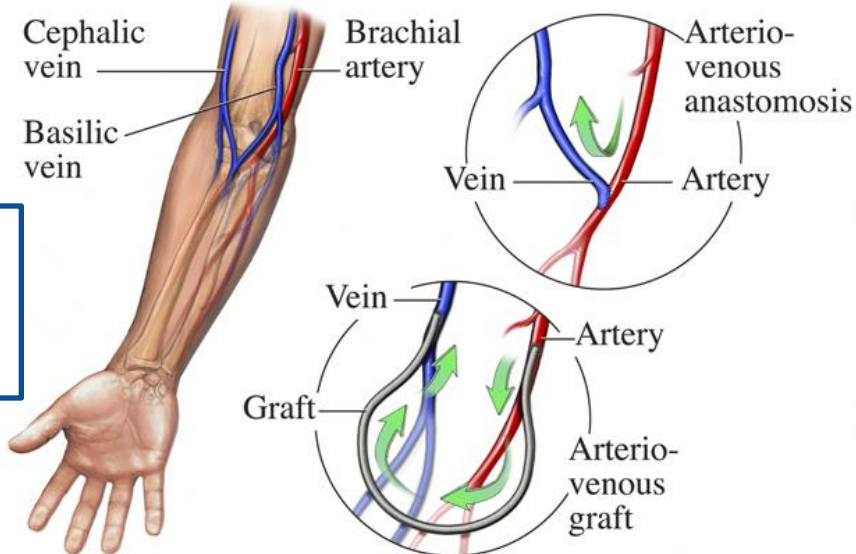
Este cateter é colocado através de um túnel feito em microcirurgia com saída em um local diferente do que foi implantado, oferecendo mais conforto ao paciente e, mais importante, menor índice de infecções

0418010048 - IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/
HEMODIALISE

0418010064 - IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE

0702100021 - CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE

0418010056 - IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN NA IRA (INCLUI
CATETER)



FAV

CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA

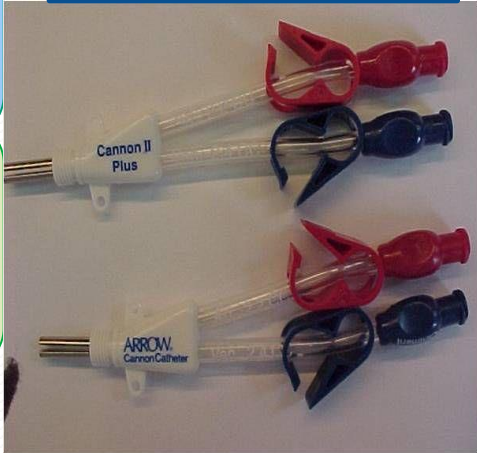
TIPO SHILLEY



APRESENTAR BAIXO ÍNDICE DE COMPLICAÇÕES

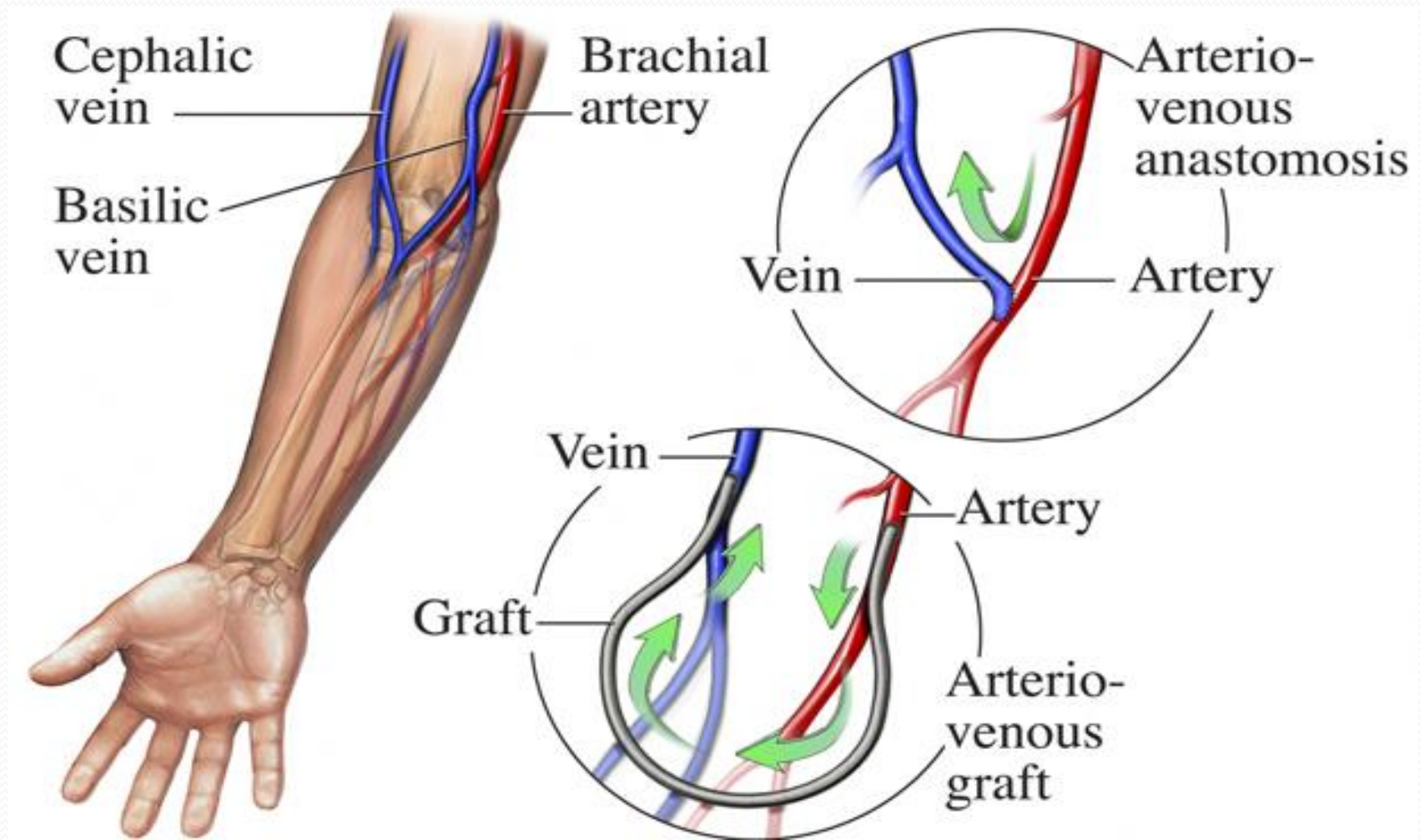
TER UMA MEIA-VIDA LONGA

OFERECER UM FLUXO SANGUÍNEO SATISFATÓRIO



FISTULA ARTERIOVENOSA – FAV

Acesso preferencial para hemodiálise



BEM CUIDADA PODE DURAR VÁRIOS ANOS

CATETER VENOSO CENTRAL DE LONGA PERMANÊNCIA - LOCALIZAÇÃO

FEMURAL:

- Vantagens : Inserção fácil, baixo risco
- Desvantagens Imobilidade, alto risco de infecção, alta recirculação

Subclávia:

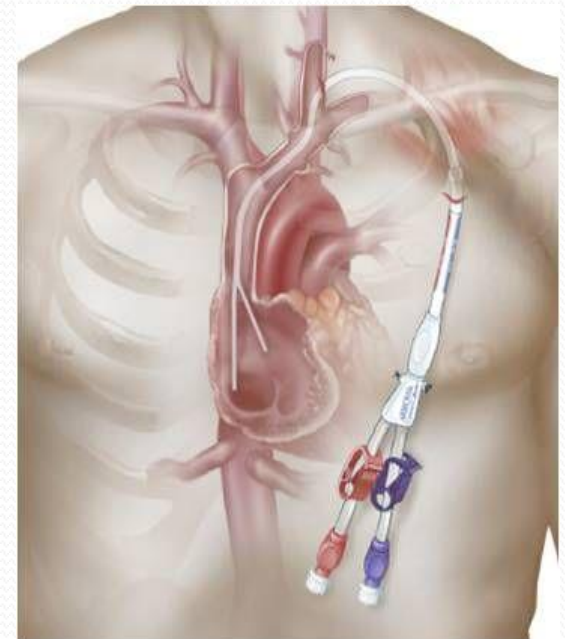
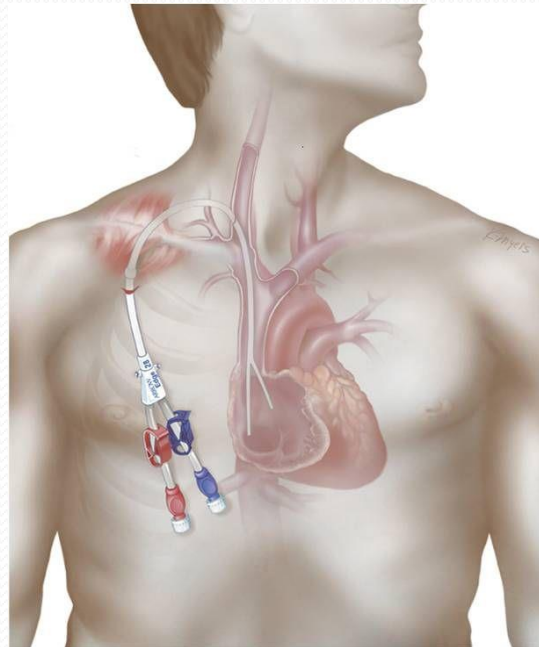
- Vantagens: Confortável, uso prolongado
- Desvantagens: Alto índice de estenose da veia, complicações na inserção

Jugular:

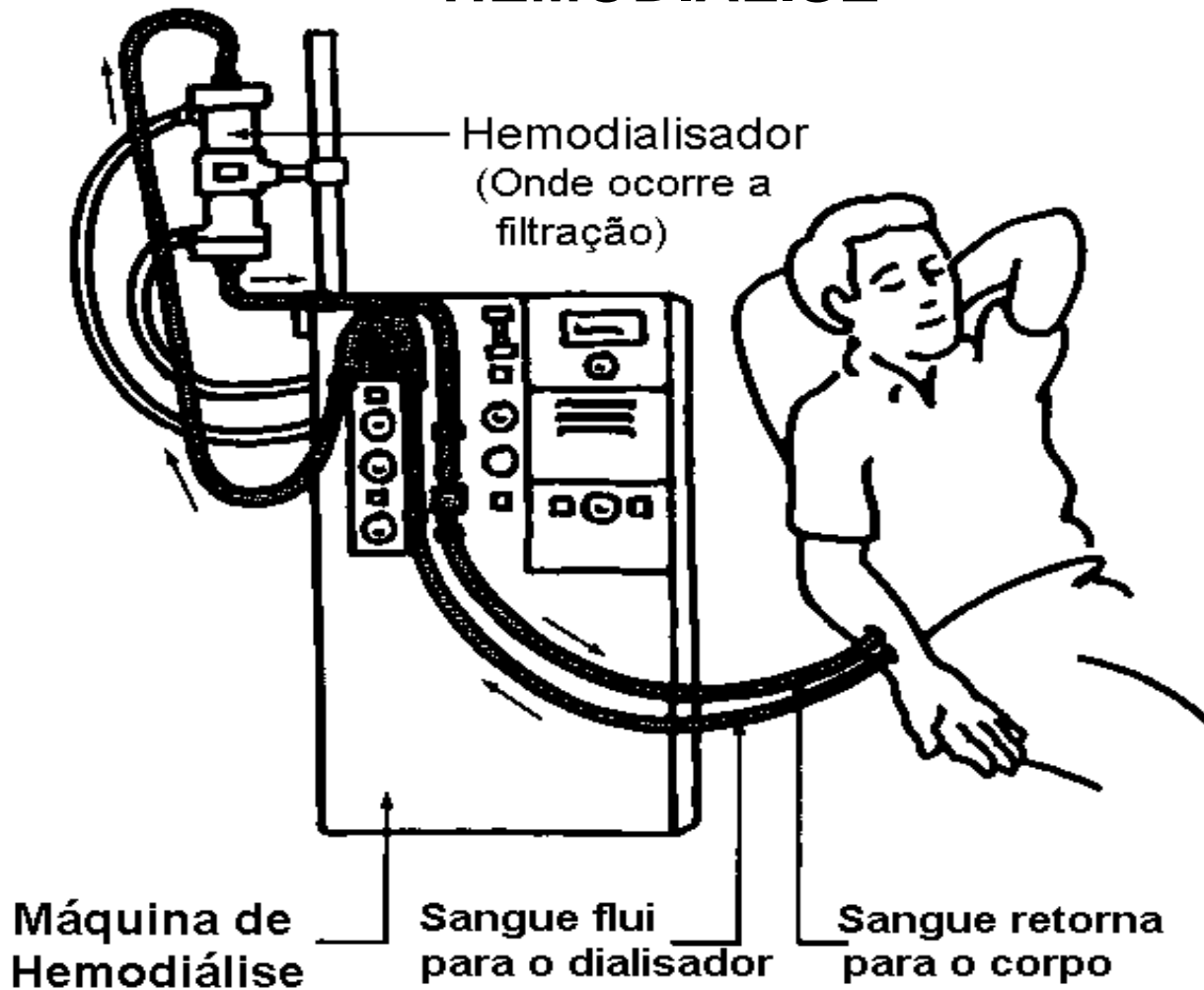
- Vantagens: Baixo risco, uso prolongado
- Desvantagens: Dificuldade na inserção

Principais Complicações:

- Punção arterial
- Pneumotórax
- Hemotórax
- Embolia gasosa
- Hemorragia mediastinal
- Tamponamento cardíaco
- Lesão do plexo braquial
- Arritmias
- Infecções



HEMODIÁLISE



CARACTERÍSTICAS DE COBRANÇA

- Na internação do paciente por Insuficiência Renal Aguda, as sessões de Hemodiálise ou DPI serão cobradas na AIH
- As sessões de diálise em renais crônicos são cobradas exclusivamente por APAC
- Quando paciente submetido a TRS tiver indicação de mudança de procedimento, será necessário solicitar nova APAC-I/Formulário, mediante apresentação de Laudo Médico.
- Será obrigatória a emissão de APAC-I/formulário distintas para o paciente que necessitar de procedimento de TRS e de fornecimento de medicamentos excepcionais, mesmo que seja atendido em unidade que presta os dois tipos de atendimento.

OBSERVAÇÕES

Os casos caracterizados como excepcionalidade, terão que ser comprovados mediante justificativa médica anexada no prontuário do paciente, contendo os dados que determinam a excepcionalidade do caso, para fins de auditorias.

- A UPS deverá manter arquivado:
 - a APAC-I/formulário autorizada;
 - o Relatório Demonstrativo de APAC-II/Meio Magnético;
 - os resultados dos exames

PRINCIPAIS PONTOS A CONSIDERAR NA AUDITORIA

RELATIVOS ÀS COBRANÇAS:

- COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO NÚMERO DE SESSÕES COBRADAS
- COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DOS EXAMES
- COMPROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DOS ACESSOS COBRADOS

RELATIVOS À QUALIDADE DA ATENÇÃO

- MANEJO DA ÁGUA E DEMAIS EQUIPAMENTOS
- SUPORTE PARA URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
- CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO
- VACINAÇÃO E INSCRIÇÃO PARA TRANSPLANTE
- REALIZAÇÃO DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS E OUTROS NECESSÁRIOS
- PRESCRIÇÕES DOS MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS
- QUANTIDADE E JUSTIFICATIVAS DAS SESSÕES EXCEPCIONAIS
- FORNECIMENTO DE DIETA E APOIO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
- INDICADORES DE “EFICÁCIA” DAS DIÁLISES
- INDICADORES DA RDC
- PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Anexo V à Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018

Procedimento:	03.05.01.021-2 - IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE SOB TRATAMENTO DIALÍTICO EM TRÂNSITO
Descrição:	Procedimento registrado para identificar o paciente sob tratamento dialítico que se encontra em trânsito, visando a continuidade do tratamento em estabelecimento de saúde situado em localidade que não a do estabelecimento de saúde que originalmente se submete, em um período máximo de 30 dias. Este procedimento deve ser registrado em conjunto com um dos seguintes procedimentos principais: 03.05.01.010-7 - Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana) ou 03.05.01.011-5 - Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV ou 03.05.01.020-4 - Hemodiálise pediátrica (máximo 04 sessões por semana).

PORTARIA Nº 3.415, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018

Art. 1º O Anexo IV à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 66.

I - Atenção Especializada em DRC nos estágios 4 e 5 - Pré-Dialítico - código 15.06;.....

§ 2º Os estabelecimentos de saúde a serem habilitados no código 15.06 deverão ser, preferencialmente, de natureza pública ou filantrópica.

§ 3º Os estabelecimentos de saúde de Atenção Especializada em DRC poderão ser habilitados de forma concomitante nos códigos 15.04, 15.05 e 15.06." (NR)

"Art. 92. O procedimento referente ao acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 4 pré-diálise deverá ser realizado trimestralmente com APAC única de validade de 3 (três) competências. " (NR)

PORTARIA Nº 425, DE 19 DE MARÇO DE 2013 (cirurgia bariátrica)

DÚVIDA

- O procedimento da tabela do sus 03.01.12.008-0 - acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional – é realizado em apenas uma APAC, visto que não é de continuidade?
- Quando fala equipe profissional é referente a cada profissional - então pode confeccionar uma APAC por profissional?
- O procedimento 03.01.12.005-6 - acompanhamento de paciente pós-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional são quantas APAC: 08 no máximo ou são 06?

A assistência pré operatória deve ser realizada em duas fases:

Fase inicial

Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e quando necessário pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.

Indivíduos com $IMC \geq 35$ kg/m² recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do excesso de peso no pré-operatório.

Reuniões do grupo multiprofissionais, realizadas mensalmente, devem enfatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.

Fase secundária

Avaliação do risco cirúrgico

Exames pré- operatórios: Radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdômen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTP, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T₄, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós dextrosol, insulina, hemoglobina glicosilada, (sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B₁₂, 25 (OH) vitamina D₃).

Assistência pós-operatória deve ser realizada da seguinte forma:

A assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade grau III e grau II com comorbidades deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses.

No primeiro ano pós-operatório, diante da perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente:

CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO PÓS OPERATÓRIOS

Entre 15 a 30 dias (1º mês) Consulta com cirurgião e nutricionista.

No 2º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.

No 3º mês Consulta com clínico, psicólogo e nutricionista.

No 4º mês Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo.

No 6º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós operatórios.

No 9º mês Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós operatórios.

Entre 12º e 15º meses Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós operatórios.

18º mês Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.

OBSERVAÇÕES BÁSICAS SOBRE ALGUNS PROCEDIMENTOS

- Acolhimento de risco
- Atendimentos e consultas
- atendimento clínico com observação
- aplicação de medicamento
- fisioterapia
- procedimentos oftalmológicos
- procedimentos ortopédicos
- cirurgias ambulatoriais
- outros : biopsia, exames de imagem,

03.01.06.011-8 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- *ACOLHIMENTO DO PACIENTE IDENTIFICANDO E CLASSIFICANDO O GRAU DE RISCO, VULNERABILIDADE E SOFRIMENTO DE MODO A ESTABELEECER A ORDEM DE PRIORIDADE E O TEMPO LIMITE PARA O ATENDIMENTO MÉDICO/ODONTOLÓGICO, UTILIZANDO-SE DE PROTOCOLO SEGURO.*
- *CONSIDERA-SE UM ÚNICO PROCEDIMENTO MESMO QUE HAJA OUTRAS CLASSIFICAÇÕES DO MESMO PACIENTE.*
- PORTARIA GM nº 1442 de 17/12/14

ACOLHIMENTO DE RISCO

- Resolução COFEN 423/2012 estabelece que o acolhimento de risco é privativo da enfermeira
- HumanizaSUS considera o acolhimento consulta de enfermagem.
- Apesar de controverso: o acolhimento de risco pode ser lançado como consulta de enfermeira se realizado dentro dos padrões do humanizaSUS, quando realizado em hospitais.

 **Procedimentos: / Detalhes**

Procedimento: 0301010048 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos

Sub-Grupo: 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos

Forma de Organização: 01 - Consultas médicas/outros profissionais de nível superior

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Sexo: Ambos

Média de Permanência:

Quantidade Máxima:

Idade Mínima: 0 meses

Idade Máxima: 130 anos

Pontos: 0

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 6,30

Serviço Hospitalar: R\$ 0,00

Total Ambulatorial: R\$ 6,30

Serviço Profissional: R\$ 0,00

Total Hospitalar: R\$ 0,00

Modalidade Instrumento de Registro Atributo Complementar CID Principal CID Secundário **CBO** Especialidade do Leito Habilitação Incremento Serviço-Classificação Origem Origem SIA/SIH

 Voltar

ATENDIMENTO

- 03.01.06.009-6 - ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - BPA

(Consolidado) BPA (Individualizado)

Atendimento prestado em unidades/serviços que funcionam nas 24 horas, hospitalares ou não, mas que não apresentam retaguarda diagnóstica, área física, equipamentos e recursos humanos conforme a especificação constante na legislação vigente para as unidades habilitadas a atendimento especializado as urgências.

- 03.01.06.006-1 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA - BPA (Consolidado) BPA (Individualizado)

Procedimento a ser utilizado para registro das consultas médicas/odontológicas realizadas nas unidades hospitalares ou não de atendimento as urgências, pronto socorros especializados e/ou serviços de atenção as urgências.

- 03.01.06.002-9 - ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA –
- BPA (Consolidado)BPA (Individualizado)

Compreende o atendimento prestado, em unidades hospitalares ou não de atendimento as urgências, pronto socorros especializados e/ou serviços de atenção as urgências que necessitem permanecer em leito de observação para tratamento e/ou elucidação diagnóstica, até 24 horas.

Procedimentos / Detalhes

Procedimento: 0301060029 - ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA

COMPREENDE O EXAME INICIAL E O ACOMPANHAMENTO AO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA. NESTE CASO O ATENDIMENTO VAI ALÉM CONSULTA, POIS O PACIENTE PERMANECE EM OBSERVAÇÃO POR ATÉ NO MÁXIMO 24 HORAS. NESTE TEMPO PODE SER ADMINISTRADO MEDICAÇÃO CONFORME O QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE, OU AINDA PODEM SER REALIZADOS EXAMES PARA ESCLARECIMENTO DIAGNÓSTICO. ATÉ 24 HORAS O PACIENTE PODE TER CONDIÇÕES DE SER LIBERADO E SE ULTRAPASSAR AS 24 HORAS ELE DEVE SER INTERNADO OU TRANSFERIDO. ESTE ATENDIMENTO PODE SER PRESTADO NO SETOR DE URGÊNCIA DE UNIDADES HOSPITALARES, PRONTO SOCORRO OU OUTROS SERVIÇOS DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS COMO AS UPAS. NESTE PROCEDIMENTO NÃO ESTÃO INCLUIDOS OS EXAMES REALIZADOS DURANTE AS 24 HORAS PREVISTAS, PODENDO ESTES EXAMES SEREM APRESENTADOS EM SEPARADO, OU SEJA, ADICIONALMENTE NA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DA UNIDADE.

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos

Sub-Grupo: 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos

Forma de Organização: 06 - Consulta/Atendimento às urgências (em geral)

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Sexo: Ambos

Média de Permanência:

Quantidade Máxima:

Idade Mínima: 0 meses

Idade Máxima: 130 anos

Pontos: 0

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 12,47

Serviço Hospitalar: R\$ 0,00

Total Ambulatorial: R\$ 12,47

Serviço Profissional: R\$ 0,00

Total Hospitalar: R\$ 0,00

 Voltar

ATENDIMENTO CLÍNICO COM OBSERVAÇÃO

- A unidade deve dispor de leito específico para observação;
- É obrigatório haver registros de enfermagem: sinais vitais, medicação administrada com vias e locais utilizados, eliminações;
- Deve haver registro da evolução clínica do paciente e sua permanência em observação.
- Permanência mínima?
- E se gerar internação?
- O atendimento/consulta que deu origem a uma internação faz parte do período de internação (da AIH) e não pode ser informado no SIA

Estamos em processo de implantação de um novo software aqui no município e com este nos foram trazidas algumas informações que não são compatíveis com as codificações realizadas até então

1º) Qual o código SIGTAP deve estar vinculado a uma CONSULTA MÉDICA realizada no "Pronto Atendimento Municipal"? A empresa utiliza o código: 03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Descrição CONSULTA CLÍNICA DO PROFISSIONAL MÉDICO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

2º) Como devemos codificar uma "CONSULTA MÉDICA COM OBSERVAÇÃO"? Devemos atribuir apenas um código (segue abaixo) OU devemos atribuir a este atendimento o código da consulta utilizado no Pronto Atendimento MAIS o código da observação? 03.01.06.002-9 - ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA



O procedimento adequado é 03.01.06.009-6 - ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO = “CONSISTE NO ATENDIMENTO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, ENTENDIDO COMO O ESTABELECIMENTO AUTÔNOMO NÃO-HOSPITALAR QUE POSSUI APENAS LEITOS DE OBSERVAÇÃO EM SUA INSTALAÇÃO FÍSICA, NÃO SE ADMITINDO LEITOS DE INTERNAÇÃO..... . INCLUI A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H) IMPLANTADA EM CONFORMIDADE COM A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.”

De qualquer forma, o procedimento 03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA não deve ser considerado nos atendimentos de urgência , pronto socorro.

No caso de OBSERVAÇÃO, o atendimento com observação é apenas UM atendimento, que inclui todo o atendimento.

FAA

- Pode ser registrado mais de uma consulta em um mesmo atendimento?
- E no caso de paciente em observação?
- Atendimento dos diversos profissionais (como registrar)

Aplicação de medicamento

030100012

O registro desse procedimento só deve ser feito quando for utilizado recurso terapêutico imediatamente após a consulta.

O fornecimento de medicação ou a prescrição não caracterizam a aplicação de medicamento.

Consiste no ato de administrar medicamentos, por paciente, independente da quantidade de medicação administrada, prescritos nas consultas/atendimentos.

FISIOTERAPIA

- Registro por atendimento (“sessão”)
- Paciente deve passar pelo médico no início
- O atendimento envolve uso de um ou mais aparelhos
- Máximo de um atendimento diário/ paciente ambulat
- Não é permitida a utilização de estagiários
- Classificação pela indicação clínica
- Quantidade máxima ambulatorial : 20 sessões/mês

ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA

- Compreende-se por ATENDIMENTO, a utilização de todas as técnicas necessárias a mais pronta recuperação do paciente, sendo, em média, utilizadas três técnicas em período de uma hora diária.
- Inclui todos os segmentos do corpo

Grupo:
 Sub-Grupo:
 Forma de Organização:

Procedimento

Código: Nome: 

Busca Avançada...



Consultar



Relatório...



Limpar

Código	Nome
03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR
03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR
03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS
03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS
03.02.05.003-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO-ESQUELETICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR
03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO
03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA
03.02.07.001-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUETADO



Exibir

Cirurgias ambulatoriais

- Descrição das cirurgias na FAA
- Incisão cirúrgica inclui a sutura da pele e curativo
- Procedimento inclui os cuidados pré e pós-operatórios.
- Anestesia local está incluída no procedimento

ANESTESIA GERAL 04.17.01.004-4

- Anestesia geral para atos cirúrgicos e exames em crianças e em deficientes físicos ou mentais
- Atual : indicação clínica
- Este código é aplicável somente para realização de atos cirúrgicos e/ou exames em AIH.
- Sedação - 0417010060
- Bloqueios - 0417010052 = ANESTESIA REGIONAL

CURATIVO

- 04.01.01.002-3 - CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

Tratamento de lesão aberta, caracterizada por pequena área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (grau I), com a finalidade de promover cicatrização, evitar contaminação e/ou tratar infecção. realizado em serviços de saúde e no ambiente domiciliar.

BPA (Consolidado) BPA (Individualizado) AIH (Proc. Secundário) RAAS (Atenção Domiciliar)

- 04.01.01.001-5 - CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

- BPA (Individualizado) AIH (Proc. Especial) RAAS (Atenção Domiciliar)


Tratamento de lesão aberta, em que há grande área de tecido afetado nos aspectos de extensão, profundidade e exsudato (grau II), com a finalidade de promover cicatrização, evitar contaminação e/ou tratar infecção. Necessitando de cuidados mais complexos.

LESÕES

- 04.01.01.011-2 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO
BPA (Consolidado) BPA (Individualizado)
- 04.01.01.007-4 - EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA –
BPA (Consolidado) BPA (Individualizado)
- 04.01.01.005-8 - EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA
BPA(Individualizado) AIH (Proc. Especial)
- 04.01.02.010-0 - EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO –
AIH (Proc. Principal)

RETIRADA DE LESAO POR SHAVING

- Neste procedimento, a lesão é removida utilizando-se lâmina de bisturi ou tesoura fina. A incisão é feita paralelamente à pele, de forma semelhante ao ato de barbear (shaving).
- Pode-se usar a eletrocoagulação leve, logo em seguida, de modo a apenas parar o sangramento.
- É necessária a utilização de anestesia local e o procedimento é ideal para lesões benignas, que elevam-se acima da superfície da pele, como nos casos de nevos melanocíticos intradérmicos.
- 04.01.01.012-0 - RETIRADA DE LESAO POR SHAVING –
BPA (Consolidado)BPA (Individualizado) ATE 05 LESOES

 **Procedimentos: / Detalhes**

Procedimento: 0408060352 - RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos

Sub-Grupo: 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular

Forma de Organização: 06 - Gerais

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Sexo: Ambos

Média de Permanência: 1

Quantidade Máxima: 2

Idade Mínima: 0 meses

Idade Máxima: 130 anos

Pontos: 50

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 28,42

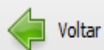
Serviço Hospitalar: R\$ 95,70

Total Ambulatorial: R\$ 28,42

Serviço Profissional: R\$ 55,96

Total Hospitalar: R\$ 151,66

Modalidade | Instrumento de Registro | Atributo Complementar | CID Principal | CID Secundário | CBO | Especialidade do Leito | Habilitação | Incremento | Serviço Classificação | Origem | Origem SIA/SIH



Voltar



03.01.01.011-0

CONSULTA PRE-NATAL – ATENÇÃO BÁSICA

- verificação da pressão arterial
- exame especular, quando necessário
- medição do fundo do útero
- peso
- ausculta dos batimentos cardíofetais
- palpação, percussão
- solicitação dos exames complementares de rotina.

Procedimentos: / Detalhes

Procedimento: 0301010110 - CONSULTA PRE-NATAL

INCLUI A AVALIAÇÃO DO ESTADO GERAL DA GESTANTE, DE PROGRESSÃO DO ESTADO GESTACIONAL E DE AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO FETAL.

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos

Sub-Grupo: 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos

Forma de Organização: 01 - Consultas médicas/outros profissionais de nível superior

Complexidade: *Atenção Básica*

Tipo de Financiamento: *Atenção Básica (PAB)*

Sub-Tipo de Financiamento:

Sexo: *Feminino*

Média de Permanência:

Quantidade Máxima:

Idade Mínima: *9 anos*

Idade Máxima: *60 anos*

Pontos: *0*

Valores

Serviço Ambulatorial: *R\$ 0,00*

Serviço Hospitalar: *R\$ 0,00*

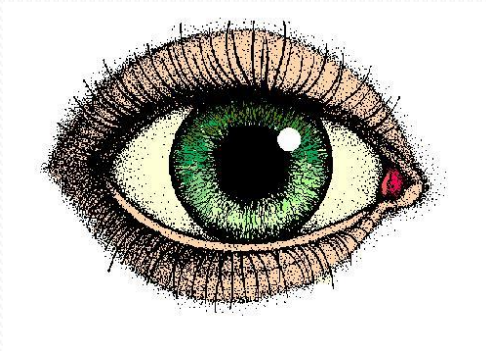
Total Ambulatorial: *R\$ 0,00*

Serviço Profissional: *R\$ 0,00*

Total Hospitalar: *R\$ 0,00*



Voltar



Oftalmologia

Na Oftalmologia, uma dúvida freqüente refere-se a definição: se o procedimento é considerado

Binocular ou Monocular.



No que consiste a consulta
de oftalmologia?

A consulta oftalmológica consiste de anamnese, inspeção, refração, exame das pupilas, acuidade visual, retinoscopia, ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e sensocromático



atenção!

- A fundoscopia (procedimento binocular) faz parte da consulta oftalmológica e está incluída no valor desta;
- O código referente a Fundoscopia, só poderá ser utilizado quando da sua realização fora da consulta oftalmológica;
- A tonometria de aplanção (procedimento binocular) poderá ser realizada fora da consulta em acompanhamento

MONOCULARES

São procedimentos que possuem sua remuneração através de códigos lançados com quantitativo proporcional a Realização por olho examinado.

Usuário: Vanderlei Moya

■ Procedimento

Procedimento: 04.05.03.013-4 - VITRECTOMIA ANTERIOR

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos
 Sub-Grupo: 05 - Cirurgia do aparelho da visão
 Forma de Organização: 03 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera

[Recorte de Tela Cheia](#)

 Competência:  09/2019  [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia
 Complexidade: Média Complexidade
 Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal) APAC (Proc. Principal)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência: 1
 Tempo de Permanência:

Quantidade Máxima: 1

Idade Mínima: 8 meses

Idade Máxima: 130 anos

Pontos: 236

Atributos Complementares: Inclui valor da anestesia Cirurgias Eletivas Permite Informação de Equipe Cirúrgica

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 381,08	Serviço Hospitalar: R\$ 271,08
Total Ambulatorial: R\$ 381,08	Serviço Profissional: R\$ 110,00
	Total Hospitalar: R\$ 381,08

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA PARA REMOÇÃO DE VÍTREO EM CÂMARA ANTERIOR (PÓS TRAUMÁTICO OU COMO COMPLICAÇÃO DE CIRURGIA DE CATARATA POR ROTURA DE CÁPSULA POSTERIOR). PODE SER ASSOCIADO A FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO, FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LIO E FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LIO.




Vitrectomia posterior

- No descritivo do código temos barras (/) entre PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER
- Podemos interpretar como e/ou, ou seja no procedimento realizado pode ter somente 01 desses itens (Perfluo, o óleo ou o endolaser), ou necessariamente tem que ter realizado os 03 juntos?

■ Procedimento

Procedimento: 04.05.03.017-7 - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos
Sub-Grupo: 05 - Cirurgia do aparelho da visão
Forma de Organização: 03 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera

Competência: 03/2019  [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Hospitalar Hospital Dia
Complexidade: Alta Complexidade
Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:
Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)
Sexo: Ambos
Média de Permanência: 1
Tempo de Permanência:
Quantidade Máxima: 2
Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 130 anos
Pontos: 450
Atributos Complementares: Admite permanência à maior Cirurgias Eletivas

Valores

Serviço Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Hospitalar:	R\$ 2.583,06
Total Ambulatorial:	R\$ 0,00	Serviço Profissional:	R\$ 700,35
		Total Hospitalar:	R\$ 3.283,41

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

Consiste de procedimento cirúrgico hospitalar com finalidade terapêutica, sob anestesia local ou geral (crianças e pacientes especiais), para tratamento de descolamento de retina com trações vítreas e/ou proliferação vítreoretiniana. Inclui infusão de Perfluorocarbono quando necessário.

Ortopedia





Atendimento ortopédico com imobilização provisória:

03.01.06.010.0

Consiste em exame clínico com obrigatória imobilização provisória, inclusive se utilizada a tala gessada.

 **Procedimentos: / Detalhes**

Procedimento: 0301060100 - ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA

COMPREENDE A CONSULTA COM A IMOBILIZACAO PROVISORIA, NAO INCLUINDO O EXAME RADIOLOGICO. O EXAME RADIOLOGICO AO SER REALIZADO DEVERA SER REGISTRADO EM CODIGO ESPECIFICO.

Grupo: 03 - Procedimentos clínicos

Sub-Grupo: 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos

Forma de Organização: 06 - Consulta/Atendimento às urgências (em geral)

Complexidade: Média Complexidade

Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)

Sub-Tipo de Financiamento:

Sexo: Ambos

Média de Permanência:

Quantidade Máxima:

Idade Mínima: 0 meses

Idade Máxima: 110 anos

Pontos: 0

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 13,00

Serviço Hospitalar: R\$ 0,00

Total Ambulatorial: R\$ 13,00

Serviço Profissional: R\$ 0,00

Total Hospitalar: R\$ 0,00



Voltar

ORTOPEDIA – retirada de material

- 04.08.06.035-2 - RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO
BPA (Individualizado) AIH (Proc. Principal)
- Todos os demais são AIH principal

- Talas gessadas e velpeau não gessados deverão ser registrados como - imobilização provisória;
- A realização de curativo + fratura podem ser registrados quando em segmentos diferentes;
- É considerada consulta ortopédica com tratamento provisório, quando realizado exame clínico, radiológico e/ou terapia medicamentosa, com obrigatória imobilização provisória, inclusive se utilizada a tala gessada;
- O atendimento realizado pelo ortopedista, caso o paciente não necessite de imobilização provisória, deve ser considerada consulta médica

Grupo:

Sub-Grupo:

Forma de Organização:

Procedimento

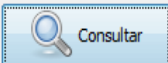
Código:

Nome: computadorizada de coluna

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA



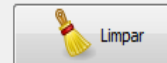
Busca Avançada...



Consultar



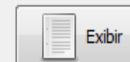
Relatório...



Limpar

Código	Nome
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE

COM OU SEM CONTRASTE



Exibir



Patologia Clínica e Biópsias

- No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, desde a coleta até a entrega dos resultados dos exames
- Os exames para fins de internação estão incluídos no valor da AIH correspondente
- Coleta fora do laboratório
- Total de procedimentos em biópsias
- Exceção : SISCAN

- 02.01.01.054-2 - BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONANCIA MAGNETICA / RAIOS X.
- Podemos lançar separado a biópsia e o exame de imagem?
- SIGTAP: *NO VALOR DESTES PROCEDIMENTOS NÃO ESTÃO INCLUÍDOS OS VALORES DOS EXAMES DE IMAGEM*
- 02.01.01.047-0 - *Biópsia de tireoide ou paratireoide – PAAF*

Biópsia percutânea e PAAF

- São técnicas distintas, ou seja, ao realizar a PAAF o código adequado é 02.01.01.047-0 - Biópsia de tireoide ou paratireoide – PAAF.
- A Punção Aspirativa com Agulha Fina pode ser feita ao mesmo tempo que o ultrassom da tireoide (neste caso podendo associar o código da USG) ou apenas com a palpação do nódulo.
- Esse é o método mais comum, as vezes realizado sem anestesia local, e parece ser este o caso citado.
- O mesmo raciocínio é válido para a biópsia percutânea de tireóide, método menos utilizado atualmente, que envolve a retirada de uma amostra de tecido tireoidiano para exame histológico. Esse tecido da tireóide pode ser obtido com uma agulha grossa oca sob anestesia local.
- Se associado ao exame de imagem, este pode ser registrado conjuntamente.

- **02.01.01.058-5 - Punção aspirativa de mama por agulha fina - BPA (Individualizado) AIH (Proc. Secundário) - R\$ 33,24**

Procedimento indicado não só para as displasias, mas principalmente na suspeita de neoplasia maligna (C50) e para diagnóstico de neoplasia benigna (D24), que comumente se apresentam como lesão única. O resultado do exame citológico pode, em uma minoria de casos, não ser de malignidade

- **02.01.01.060-7 - Punção de mama por agulha grossa - BPA (Individualizado)AIH (Proc. Secundário) - R\$ 68,43**

Consiste de procedimento cirúrgico ambulatorial, sob anestesia local, indicado para o diagnóstico de lesão mamaria impalpável ou palpável com mais de 02 (dois) cm, com suspeita de câncer que utiliza agulha grossa, específica, descartável, acoplada a pistola dedicada a esta finalidade e fornece fragmentos tissulares (04 no mínimo), para exame histopatológico, cujo resultado do exame patológico pode, em uma minoria de casos, não ser de malignidade.

- **02.01.01.056-9 - Biópsia/exerese de nódulo de mama - BPA (Individualizado) AIH (Proc. Especial) R\$ 35,00**

Qualquer procedimento cirúrgico da mama com finalidade diagnóstica ou terapêutica, quando se tratar de lesões não palpáveis ou palpáveis de até 03 (três) cm no seu maior diâmetro com diagnóstico clínico, radiológico, ultrassonográfico, citológico ou histopatológico de lesão benigna ou maligna. Inclui a nodulectomia.

MAMMOGRAFIA

- A lei nº 11.664 (art. 2º Parágrafo III) permite que todas as mulheres a partir dos 40 anos possam realizar o exame de Mamografia.
- Pacientes que não apresentam sintomas, devem ter entre 50 a 69 anos.
- As que tem idade entre 35 a 49, precisam ter risco elevado.
- Como devemos proceder com as pacientes que querem realizar a mamografia de rastreamento com idade inferior a 50?

02.04.03.018-8 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

- *EXAME RADIOLÓGICO DE BAIXA DOSE DE RADIAÇÃO, REALIZADO MEDIANTE COMPRESSÃO DA MAMA SOBRE UMA PLATAFORMA, COM A FINALIDADE DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA ENTRE MULHERES ASSINTOMÁTICAS, SEM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE CÂNCER DE MAMA E COM MAMAS SEM ALTERAÇÕES AO EXAME CLÍNICO, CONFORME OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.*
- *É UM EXAME BILATERAL E APLICA-SE PRIORITARIAMENTE A MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 50 A 69 ANOS DE IDADE, COM PERIODICIDADE BIANUAL.*
- Quantidade Máxima: 1
- Idade Mínima: 35 anos
- Idade Máxima: 130 anos

02.04.03.003-0 - MAMMOGRAFIA

- *EXAME RADIOLÓGICO DE BAIXA DOSE DE RADIAÇÃO, REALIZADO MEDIANTE COMPRESSÃO DA MAMA SOBRE UMA PLATAFORMA, COM A FINALIDADE DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA DE MULHERES DE ALTO RISCO DE CÂNCER DE MAMA, DIAGNÓSTICO EM MULHERES COM MAMAS ALTERADAS AO EXAME CLÍNICO, ESTADIAMENTO (AVALIAÇÃO DA EXTENSÃO DE UM TUMOR MALIGNO JÁ DIAGNOSTICADO) E ACOMPANHAMENTO DE DOENTE OPERADO DE CÂNCER DE MAMA. PODE SER REALIZADA UNILATERALMENTE OU BILATERALMENTE E APLICA-SE A HOMENS E MULHERES, EM QUALQUER FAIXA ETÁRIA.*
- Quantidade Máxima: 2
- Idade Mínima: 10 anos
- Idade Máxima: 130 anos

USG obstétrico morfológico

Existe proposta para que o procedimento a ser utilizado como referência para USG obstétrica morfológica, seja:

02.05.02.015-1 - ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO que tem em sua descrição:

“Avalia o crescimento e vitalidade fetal com a utilização do recurso do Doppler colorido. Permite a análise básica da anatomia fetal, a avaliação cardíaca das artérias umbilicais, das artérias renais e inserção do cordão umbilical...”

Por se tratar de um sistema de informação há necessidade de consenso pelo MS sobre essa CLASSIFICAÇÃO para que todos os serviços apresentem a mesma informação.

ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO

- É O ESTUDO ARTERIOGRÁFICO DE UM MEMBRO SUPERIOR OU DE UM MEMBRO INFERIOR. O CÓDIGO DEVE SER UTILIZADO POR CADA MEMBRO.
- A ARTERIOGRAFIA CONSISTE NUM MÉTODO DIAGNÓSTICO, MINIMAMENTE EVASIVO, REALIZADO PARA ESTUDO DAS DOENÇAS ARTERIAIS. O EXAME ACESSA O ESPAÇO INTRAVASCULAR DE UMA ARTÉRIA ATRAVÉS DE PUNÇÃO, COM O USO DE CATETERES ESPECIAIS E GUIAS, NAVEGA POR DENTRO DAS ARTÉRIAS PARA OS MAIS DIVERSOS LOCAIS DO CORPO, ORIENTANDO-SE POR IMAGENS EM TEMPO REAL NA TELA DO COMPUTADOR. UMA VEZ ATINGIDO O LOCAL DE INTERESSE, É INJETADO CONTRASTE RADIOLÓGICO E ADQUIRIDAS IMAGENS DIGITAIS.
- A ARTERIOGRAFIA PODE SER ELETIVA OU DE URGÊNCIA.
- ELETIVA: INDICADA PRINCIPALMENTE PARA O DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA DOENÇA VASCULAR CEREBRAL DA AORTA E DE ARTÉRIAS PERIFÉRICAS, INVESTIGA ANEURISMAS E MÁ FORMAÇÃO ARTERIAL.
- NA EMERGÊNCIA É INDICADA PARA DOENÇAS AGUDAS COMO A DISSECÇÃO AÓRTICA, EMBOLIAS OU TROMBOSES.

02.10.01.001-0 –

ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)

- Descrição: ESTUDO ANGIOGRAFICO INTRACRANIANO DAS ARTERIAS CAROTIDAS E VERTEBRAIS
- 1. Artéria carótida interna direita
- 2. Artéria carótida interna esquerda
- 3. Artéria vertebral direita
- 4. Artéria vertebral esquerda

O Hospital começou a realizar o exame duplex scan, que na tabela SUS o código é 02.05.01.004-0 - ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS

Quando realizar duplex scan venoso e ARTERIAL no MMII .

Paga-se o valor SIGTAP x quatro?

É pago por membro ?

Arterial separado do venoso?

Consta no atributo " DESCRIÇÃO" deste procedimento no SIGTAP, que se deve registrar apenas dois procedimentos em membros inferiores e não 04, pois o exame em questão analisa as características do fluxo sanguíneo em **artérias e veias** (e não artérias ou veias) no diagnóstico de doenças vasculares periféricas e de órgãos abdominais. Estabelece ainda que a quantidade de procedimento realizado independe da quantidade de vasos estudados.

A quantidade máxima/atributo (05) corresponde às regiões estudadas (... *Pode ser feito nas pernas, braços, pescoço, abdômen, vasos umbilicais e placenta durante a gestação...*) e não aos vasos, ou seja, um exame por região estudada. Então, unilateral, no caso de membros, por isso a quantidade 2 em MMII.

Essa dúvida se deve ao fato que na TUSS há códigos para USG venoso e USG arterial como sendo dois exames distintos.

02.06.01.009-5 - TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)

- Incluída na Tabela de Procedimentos do SUS pela Portaria SAS 1.340, de 01/12/2014.
- Deve ser autorizada, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde:
- Para o **estadiamento clínico** do câncer de pulmão de células não pequenas potencialmente ressecável;
- Para a detecção de metástase(s) **exclusivamente hepática(s)** e potencialmente ressecável(eis) de câncer colorretal; e
- Para o **estadiamento e avaliação da resposta** ao tratamento de linfomas de Hodgkin e não Hodgkin.
- Compatibilidade com os CID e com a descrição.

Alta Complexidade

Tipo de Financiamento: Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)

Instrumento de Registro: APAC (Proc. Principal)

portarias

- A Portaria SAS/MS 600, de 26/06/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de pulmão, sendo revogada pela Portaria SAS 957, de 26/09/2014, que atualiza e inclui nessas diretrizes a indicação de uso da Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT)
- A Portaria SAS/MS 601, de 26/06/2012, estabelece diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma colorretal, sendo revogada pela Portaria SAS 958, de 26/09/2014, que atualiza e inclui nessas diretrizes a indicação de uso da Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT)
- A Portaria SAS/MS 621, de 05/07/2012, estabelece o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do linfoma difuso de grandes células B, sendo revogada pela Portaria SAS 956, de 26/09/2014, que inclui no protocolo a indicação de uso da Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT)

Procedimento

Procedimento: 02.06.02.001-5 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR

Grupo: 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica
Sub-Grupo: 06 - Diagnóstico por tomografia
Forma de Organização: 02 - Tomografia do torax e membros superiores

Competência: 11/2019  [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia
Complexidade: Alta Complexidade
Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
Sub-Tipo de Financiamento:
Instrumento de Registro: BPA (Individualizado) AIH (Proc. Especial)
Sexo: Ambos
Média de Permanência:
Tempo de Permanência:
Quantidade Máxima: 2
Idade Mínima: 0 meses
Idade Máxima: 130 anos
Pontos:
Atributos Complementares:

Valores

Serviço Ambulatorial:	R\$ 86,75	Serviço Hospitalar:	R\$ 86,75
Total Ambulatorial:	R\$ 86,75	Serviço Profissional:	R\$ 0,00
		Total Hospitalar:	R\$ 86,75

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSISTE NO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM QUE ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS PROPORCIONA ESTUDO DETALHADO DE DIFERENTES ESTRUTURAS DO CORPO HUMANO, FACILITA A LOCALIZAÇÃO, DETECTA ALTERAÇÕES MUITO PEQUENAS EM OSSOS, TECIDOS, ÓRGÃOS E OUTRAS ESTRUTURAS DO CORPO E PROPORCIONA MAIOR PRECISÃO NAS INTERVENÇÕES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS. CORRESPONDE ÀS ARTICULACOES ESTERNO-CLAVICULAR, OMBRO, COTOVELO E PUNHO.

RELATÓRIO DE SAÍDA SIASUS

PRODUCAO COM QUANTIDADE MAXIMA EXCEDENTE POR
PACIENTE

```

1 ***** 04.06
SES-SP                SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS                SAS/DATASUS/RQTDPA
28/08/2017            PRODUCAO COM QUANTIDADE MAXIMA EXCEDENTE POR PACIENTE/COMPETENCIA - JUL/2017            14:30
*****
CNS PACIENTE  COMPT.  PROCEDIM.  CNES    APAC/CNS MED.  CBO    FLH SQ MOVTO.  QUANT.  SUB-TOTAL MENSAGEM
*****

100338609280008 07/2017 020403003/0 7560435 210158475540006 225320 700 03 07/2017      1      1
100338609280008 07/2017 020403003/0 7560435 210158475540006 225320 700 28 07/2017      2      3 EXCEDE QTD.MAX.

100581820870008 07/2017 060413001/5 2747863 3517236340630    223405    01 07/2017      60     60
100581820870008 07/2017 060413001/5 2747863 3517236340904    223405    01 07/2017      60    120 EXCEDE QTD.MAX.

100681738380018 07/2017 041701006/0 2077396 204314434530006 225151 058 06 07/2017      1      1
100681738380018 07/2017 041701006/0 2077396 204314434530006 225151 058 11 07/2017      1      2 EXCEDE QTD.MAX.

100866417910007 07/2017 020502003/8 6335497 204463868330005 225320 160 95 07/2017      1      1
100866417910007 07/2017 020502003/8 6335497 204463868330005 225320 160 96 07/2017      1      2 EXCEDE QTD.MAX.

102552555320006 07/2017 020501003/2 2077485 121713883170006 225120 177 03 07/2017      1      1
102552555320006 07/2017 020501003/2 2077485 121713883170006 225120 177 04 07/2017      1      2 EXCEDE QTD.MAX.

102876655820001 07/2017 020501004/0 6166598 190147641300007 225203 001 03 07/2017      1      1
102876655820001 07/2017 020501004/0 6166598 190147641300007 225203 001 04 07/2017      5      6 EXCEDE QTD.MAX.

102887036740006 07/2017 070106004/2 2044412 204311084170003 2235C3 004 04 07/2017      10     10
102887036740006 07/2017 070106004/2 2044412 204311084170003 2235C3 004 05 07/2017      10    20 EXCEDE QTD.MAX.
102887036740006 07/2017 070106004/2 2044412 204311084170003 2235C3 004 06 07/2017      10    30 EXCEDE QTD.MAX.

```

Recortar Copiar Pincel de Formatação

Courier New 8

Fonte Parágrafo

AaBbCcDc AaBbCcDc AaBbC AaBbC A

¶ Normal ¶ Sem Esp... Título 1 Título 2

4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

104242785420001	06/2017	021106025/9	2079798	170021129270006	225265	041	18	06/2017	1
104242785420001	06/2017	021106025/9	2079798	170021129270006	225265	087	06	06/2017	1
104260551250000	06/2017	021106026/7	2077485	980016004125992	225265	241	67	06/2017	1
104260551250000	06/2017	021106026/7	2077485	980016004125992	225265	241	68	06/2017	1
104276796880002	06/2017	021106017/8	2077485	980016004125992	225265	264	47	06/2017	1
104276796880002	06/2017	021106017/8	2077485	980016004125992	225265	264	48	06/2017	1
104285203800003	06/2017	021106025/9	2082810	209716235750005	225265	137	12	06/2017	1
104285203800003	06/2017	021106025/9	2082810	980016281266795	225265	282	12	06/2017	1

03.05.01.010-7 - HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)

104288415860002	06/2017	030501010/7	2064502	3517226661069	225109		01	06/2017	6
-----------------	---------	-------------	---------	---------------	--------	--	----	---------	---

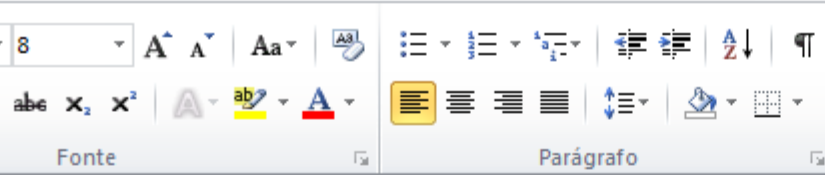
Pagina : 5 *****

SES-SP SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS

20/07/2017 PRODUCAO COM QUANTIDADE MAXIMA EXCEDENTE POR PACIENTE/COMPETENCIA - JUN/2017

CNS PACIENTE	COMPT.	PROCEDIM.	CNES	APAC/CNS MED.	CBO	FLH	SQ	MOVTO.	QUANT.	SUB
104288415860002	06/2017	030501010/7	2806126	3517225275311	225109		01	06/2017	12	

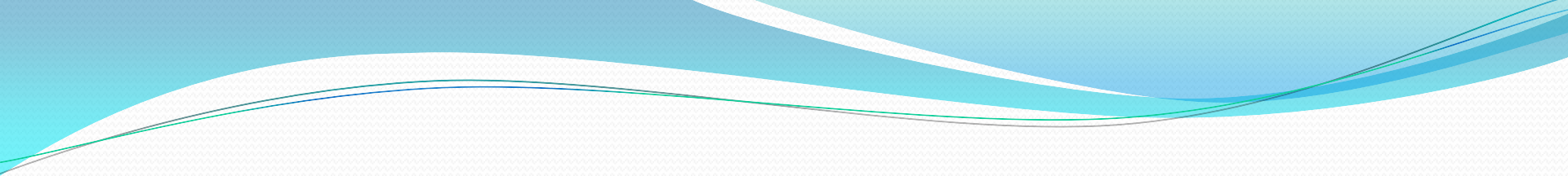
104320449540002	06/2017	021106025/9	6523536	204463982890006	225265	308	19	06/2017	1
104320449540002	06/2017	021106025/9	6523536	204463982890006	225265	309	20	06/2017	1
104320449540002	06/2017	021106025/9	6523536	204463982890006	225265	311	05	06/2017	1



na : 4 ***** 04.05
 SP SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS SAS/DATASUS/RQTDPA
 07/2017 PRODUCAO COM QUANTIDADE MAXIMA EXCEDENTE POR PACIENTE/COMPETENCIA - JUN/2017 10:43

03.09.07.002-3 - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)

17993280018	06/2017	030907002/3	6166598	204313819110006	225203	001	09	06/2017	1	1
17993280018	06/2017	030907002/3	6166598	980016005194432	225203	001	09	06/2017	1	2 EXCEDE QTD.MAX.
17993280018	06/2017	030907002/3	6166598	980016005194432	225203	001	10	06/2017	1	3 EXCEDE QTD.MAX.
35406740006	06/2017	020801002/5	2071568	170323366100006	225315	001	33	06/2017	1	1
35406740006	06/2017	020801002/5	2071568	170323366100006	225315	001	34	06/2017	1	2 EXCEDE QTD.MAX.
35406740006	06/2017	020801003/3	2071568	170323366100006	225315	006	69	06/2017	1	1
35406740006	06/2017	020801003/3	2071568	170323366100006	225315	006	70	06/2017	1	2 EXCEDE QTD.MAX.
41415280000	06/2017	020902001/6	6523536	980016286775744	225285	392	01	06/2017	1	1
41415280000	06/2017	020902001/6	6523536	980016286775744	225285	393	03	06/2017	1	2 EXCEDE QTD.MAX.
90313990008	06/2017	020603001/0	2077523	207271101810007	225320	021	27	06/2017	1	1



CONSISTE NA UTILIZAÇÃO DE AGENTE ESCLEROSANTE, QUÍMICO OU FÍSICO, PARA TRATAMENTO NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES, COM OU SEM ÚLCERA, COMO ALTERNATIVA OU UM PROCEDIMENTO ADJUVANTE AO TRATAMENTO CIRÚRGICO. INCLUI EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS E ADJUVANTES COMPRESSIVOS. MÁXIMO DE 1 PROCEDIMENTO


```

41 ***** 04.05
          SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS          SAS/DATASUS/RQTDPA
          PRODUCAO COM QUANTIDADE MAXIMA EXCEDENTE POR PACIENTE/COMPETENCIA - JUN/2017          10:43
*****
ENTE  COMPT.  PROCEDIM.  CNES  APAC/CNS MED.  CBO  FLH SQ MOVTO.  QUANT.  SUB-TOTAL  MENSAGEM
*****
40001 06/2017 041701005/2 6335497 980016285387317 225203 198 21 06/2017          1          1
40001 06/2017 041701005/2 6335497 980016285387317 225203 198 22 06/2017          1          2 EXCEDE QTD.MAX.
  
```

ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS X.

```

60003 06/2017 020501004/0 6258484 980016285926706 225320 211 62 06/2017          1          1
60003 06/2017 020501004/0 6258484 980016285926706 225320 211 63 06/2017          1          2
60003 06/2017 020501004/0 6258484 980016285926706 225320 211 64 06/2017          1          3
60003 06/2017 020501004/0 6258484 980016285926706 225320 211 65 06/2017          1          4
60003 06/2017 020501004/0 6258484 980016285926706 225320 211 66 06/2017          1          5
60003 06/2017 020501004/0 6258484 980016285926706 225320 211 70 06/2017          1          6 EXCEDE QTD.MAX.

80004 06/2017 020501003/2 2077485 106659832950007 225320 116 39 06/2017          1          1
80004 06/2017 020501003/2 2077485 106659832950007 225320 116 40 06/2017          1          2 EXCEDE QTD.MAX.

60000 06/2017 070105004/7 2044412 204311084170003 2235C3 007 16 06/2017          5          5
60000 06/2017 070105004/7 2044412 204311084170003 2235C3 007 15 06/2017          10         15 EXCEDE QTD.MAX.

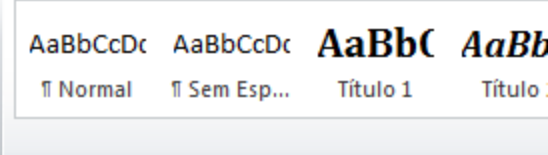
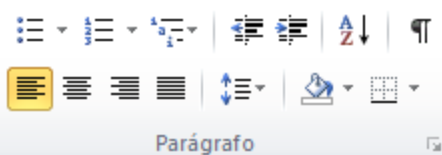
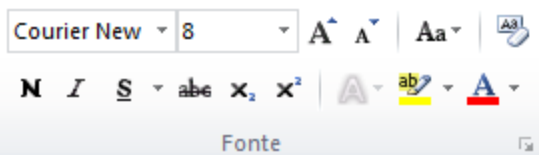
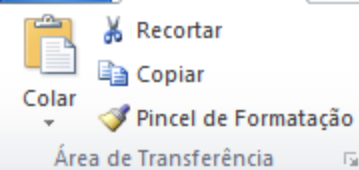
70003 06/2017 021106025/9 2079593 210163647000018 225265 070 07 06/2017          2          2
70003 06/2017 021106025/9 2079593 980016002748771 225265 076 12 06/2017          2          4 EXCEDE QTD.MAX.

30007 06/2017 021106025/9 2079593 210163647000018 225265 067 71 06/2017          2          2
30007 06/2017 021106025/9 2079593 210163647000018 225265 067 79 06/2017          2          4 EXCEDE QTD.MAX.

10003 06/2017 020502003/8 6335497 207273906480001 225103 180 16 06/2017          1          1
10003 06/2017 020502003/8 6335497 207273906480001 225103 180 18 06/2017          1          2 EXCEDE QTD.MAX.

90008 06/2017 020501003/2 2080680 190029925590002 225120 301 04 06/2017          1          1
90008 06/2017 020501003/2 2080680 980016286179068 225120 107 15 06/2017          1          2 EXCEDE QTD.MAX.
  
```

É o método mais integrado e preciso no diagnóstico de diversas patologias vasculares. Pode ser feito nas pernas, braços, pescoço, abdômen, vasos umbilicais e placenta durante a gestação. Analisa as características do fluxo sanguíneo em artérias e veias no diagnóstico de doenças vasculares periféricas e de órgãos abdominais. Disponibiliza informações sobre a velocidade de determinado fluxo, e mostra a direção e a magnitude dessa velocidade. Permite mapear em cores os vasos sanguíneos de uma região anatômica e torna possível a identificação de diminutos vasos que não seriam visualizados pela escala de cinza. A codificação da frequência média do fluxo é traduzida em duas cores dominantes (vermelho para as correntes que se aproximam da sonda e azul para as que se afastam), e as tonalidades diferentes representam velocidades diferentes. Variação nas velocidades, as quais podem ser vistas em áreas de turbulência, pode ser representada por cores mais claras (amarelo e verde), e quanto maior a velocidade, mais clara é a tonalidade da cor. O mapeamento de fluxo a cores analisa o fluxo sanguíneo em duas dimensões e as cores determinam a sua direção dentro das veias e artérias. Permite a investigação detalhada e não invasiva da hemodinâmica corporal, quantitativa e qualitativamente do ponto de vista morfológico (órgão e suas partes) e funcional. Pode ser feito em mulheres grávidas sem nenhum prejuízo ao feto, e não utiliza irradiações. Para efeito de registro no Sistema de Informação Hospitalar, o procedimento pode ter a quantidade máxima de 5 procedimentos realizados em uma AIH. No caso de o paciente necessitar de realizar mais de 5 procedimentos na mesma internação, o gestor pode autorizar o registro de mais de 5 procedimentos. No caso do Sistema de Informação Ambulatorial pode informar no BPAI até 5 procedimentos para o mesmo paciente na mesma competência. Estas quantidades de procedimento realizado, independem da quantidade de vasos estudados.



Página : 300 *****
 SES-SP SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS
 20/07/2017 PRODUCAO COM QUANTIDADE MAXIMA EXCEDENTE POR PACIENTE/COMPETENCIA - J

CNS	PACIENTE	COMPT.	PROCEDIM.	CNES	APAC/CNS MED.	CBO	FLH	SQ	MOVTO.	QUANT.
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	074	25	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	074	26	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	074	27	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	074	28	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	074	29	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	074	30	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	074	31	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	60	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	61	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	62	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	63	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	64	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	65	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	66	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	67	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	68	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	69	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	70	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	71	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	72	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	73	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	74	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	75	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	76	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	77	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	78	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	79	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	80	06/2017	1	
709005878021119	06/2017	030205002/7	2750546	980016281483931	223605	077	81	06/2017	1	

CNS_PACIENTE

0201010046 BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL 06/2017 1 R\$ 18,46
0201010046 BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL 06/2017 1 R\$ 18,46
0201010046 BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL 06/2017 1 R\$ 18,46
0201010046 BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL 06/2017 1 R\$ 18,46
0201010046 BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL 06/2017 1 R\$ 18,46
0201010046 BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL 06/2017 1 R\$ 18,46
0201010046 BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL 06/2017 1 R\$ 18,46

0211060259 TONOMETRIA 06/2017 2 R\$ 3,37
0211060259 TONOMETRIA 06/2017 2 R\$ 3,37
0211060259 TONOMETRIA 06/2017 2 R\$ 3,37
0211060259 TONOMETRIA 06/2017 2 R\$ 3,37
0211060259 TONOMETRIA 06/2017 2 R\$ 3,37

QT_MAXIMA_EXECUCAO 2 10 R\$ 33,70

0211030074 AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR 05/2017 1 R\$ 1,26
0211030074 AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR 05/2017 1 R\$ 1,26
0211030074 AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR 05/2017 1 R\$ 1,26
0211030074 AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR 05/2017 1 R\$ 1,26
0211030074 AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR 05/2017 1 R\$ 1,26

QT_MAXIMA_EXECUCAO 1 43 R\$ 54,18

ERRO

Juízo incorreto acerca de uma coisa ou de um fato derivado da ignorância ou do imperfeito conhecimento da realidade das circunstâncias concretas ou dos princípios legais aplicáveis. Ato involuntário de omissão, desatenção, desconhecimento ou má interpretação de fatos na elaboração de registros e demonstrações contábeis. Engano; equívoco

FRAUDES

Atos voluntários de omissão e manipulação de transações, adulteração de documentos, registros e demonstrações contábeis, tanto em termos físicos, quanto monetários. Logro; ação praticada de má fé.



OBRIGADO

vsmoya@saude.sp.gov.br