

Sistema de Regulação

Sisreg

 DATASUS

**Manual do Regulador / Autorizador
SISREG III**

**Brasília
Setembro/2008**

José Gomes Temporão

Ministro de Estado da Saúde

Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli

Secretária Executiva

Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo

Secretária de Atenção a Saúde

Claudio Lucio Brasil da Cunha

Coordenador do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

Ernani Bento Bandarra

Diretor de Departamento de Informação e Informática do SUS

Ministério da Saúde

ÁREA TÉCNICA:

Dr. Claudio Lucio Brasil da Cunha
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

- TÉCNICOS

Donizetti José de Almeida Júnior
João Marcelo Barreto Silva
Maria das Graças Lopes dos Santos Junqueira
Maria de Lourdes de Sousa Ornelas
Miriam Vieira

ÁREA DE DESENVOLVIMENTO:

Francisco José Marques
CAIVS - Coordenação de Atenção Individual e Vigilância à Saúde.
DATASUS – Departamento de Informática do SUS

- ANALISTAS DE SISTEMA:

Daniel Rodrigues dos Passos Luck
Diego Gottselig
Gustavo Chaves de Carvalho Meireles
Juliano Ferreira Hallac
Manoel Ramos de Oliveira Neto
Marcio de Oliveira Miranda Lopes
Raquel Soares Marra Molina
Renata Trein Neira
Renato Gonçalves Lopes Junior
Ronaldo Victor de Oliveira
Tiago Ventura Costa

Sumário

Capítulo 01 – Introdução	
O que é o SISREG.....	Página 07
Capítulo 02 – O Regulador/Autorizador SISREG.	
2.1 – Quem é o Regulador/Autorizador SISREG	Página 08
2.2 – São Atribuições Básicas do Regulador Autorizador SISREG	Página 08
2.3 – Como o Regulador/Autorizador terá acesso ao SISREG.....	Página 08
Capítulo 03 – Requisitos Mínimos.	
3.1 - Requisitos mínimos para o acesso ao SISREG.....	Página 09
Capítulo 04 – Acessando o Sistema.	
4.1 - Como acessar o Sistema de Regulação – SISREG	Página 10
Capítulo 05 – A Tela do Regulador/Autorizador	Página 11
Capítulo 06 – Menus de Acesso.	
6.1 – Solicitar	Página 12
Fluxo de uma Solicitação Ambulatorial	
Solicitação com CNS e com Vaga.....	Página 13
Solicitação com CNS procedimento sem Vaga ou Regulado	Página 15
6.1.A – Solicitação Ambulatorial	Página 17
6.1.A1 – Resposta de Pesquisa CNS Nacional com Vaga	Página 18
6.1.A2 – Resposta de Pesquisa CNS Nacional sem Vaga	Página 19
6.1.A3 – Resposta de Pesquisa CNS SISREG com Vaga.....	Página 20
6.1.A4 – Resposta de Pesquisa CNS SISREG sem Vaga.....	Página 21
6.1.A5 – Confirmação de Resposta CNS ou SISREG com vaga.....	Página 22
6.1.A6 – Cadastro para Paciente não Encontrado ou Nenhum Deles	Página 25
6.1.A7 – Confirmando Dados para Solicitações com Vaga.....	Página 26
6.1.A8 – Confirmando Dados para Solicitações sem Vaga.....	Página 29
6.1.A9 – Confirmação de Resposta CNS ou SISREG sem Vaga	Página 31
6.1.A10 – Formulário de Solicitação de Procedimento para Regulação.....	Página 34
Fluxo para Solicitação de AIH	
Solicitação de AIH via CNS	Página 36
Solicitação de AIH sem CNS	Página 39
6.1.B – Solicitação de Internação	Página 42
6.1.B1 – Resposta para Busca CNS	Página 44
6.1.B2 – Resposta CNS para Busca Via Número de 15 Dígitos.....	Página 44
6.1.B3 – Resposta CNS para Busca Via Nome + Nome da Mãe + Data de Nascimento	Página 46
6.1.B4 – Confirmação	Página 48
6.1.B5 – Cadastrando Laudo de AIH.....	Página 50
6.1.B6 – Laudo de Solicitação de AIH.....	Página 53
Fluxo da Autorização Ambulatorial	
Autorização Ambulatorial.....	Página 55
Enviando da Regulação para a Fila.....	Página 57
Devolução de Solicitação de Procedimento	Página 59
Negação de Solicitação de Procedimento.....	Página 61
6.2 – Autorizar	
6.2.A – Autorizar AMB	Página 63
6.2.A1 – Laudo de Autorização de Procedimento	Página 65
6.2.A2 – Enviando para a Fila de Espera	Página 69
6.2.A3 – Autorizando uma Solicitação de Procedimento	Página 70
6.2.A4 – Vaga Não Encontrada	Página 71
6.2.A5 – Devolvendo uma Solicitação	Página 72
6.2.A6 – Negando uma solicitação	Página 73

Fluxo da Autorização de AIH

Autorização de AIH	Página 75
Devolução de AIH	Página 76
Negação de AIH.....	Página 77
Autorizando Troca de Procedimento	Página 78
Devolução de Troca de Procedimento.....	Página 79
Cancelamento de Troca de Procedimento	Página 80
Autorizando Procedimento Especial	Página 81
Negando Procedimento Especial.....	Página 82
6.2 – Autorizar	
6.2.B – Autorizar Internação.	Página 83
6.2.B1 – AIH Urgente ou Eletiva	Página 84
6.2.B1.1 – Laudo de Solicitação de AIH	Página 85
6.2.B1.2 – Vagas Disponíveis	Página 89
6.2.B1.3 – Nenhuma Vaga Encontrada	Página 89
6.2.B1.4 – Devolvendo uma Solicitação de AIH	Página 90
6.2.B1.5 – Negando uma solicitação de AIH	Página 91
6.2.B2 – Autorizando Mudança de Procedimento	Página 92
6.2.B2.1 – Laudo de Solicitação de Mudança de Procedimento	Página 93
6.2.B2.2 – Alertas.....	Página 98
6.2.B2.3 – Devolução e Cancelamento de Troca	Página 98
6.2.B3 – Autorizando Procedimento Especial	Página 99
6.2.B3.1 – Laudo de Autorização de Procedimento Especial.....	Página 100

Capítulo 01 – Introdução

O que é o SISREG

SISREG – Sistema Nacional de Regulação. Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

Este manual tem por objetivo orientar aos Operadores Reguladores/Autorizadores quanto às ações necessárias para Solicitar, Autorizar, Negar ou Devolver Solicitação de Procedimentos na Central de Regulação com auxílio da Ferramenta Tecnológica SISREG, a fim de que sejam integrados às novas tecnologias e possam tornar-se parceiro mais ativos de sua clientela e gestores.

Capítulo 02 – O Regulador/Autorizador SISREG.

2.1 - Quem é o Regulador/Autorizador SISREG

- Profissional de Saúde da Área Médica, subordinado ao departamento de Regulação, Controle e Avaliação Municipal e/ou Estadual.
- Operador responsável pela Elaboração e Aplicação de Protocolos de Regulação, Solicitação de Procedimentos em vagas de reserva e Julgamento dos Laudos de Solicitação de Procedimentos Regulados para Aprovação, Negação ou Devolução através da Ferramenta Tecnológica SISREG.

2.2 – São Atribuições Básicas do Regulador/Autorizador SISREG

- Auxiliar na construção e aplicação dos protocolos de regulação;
- Realizar solicitações de procedimentos em casos específicos quando não permitido para operadores solicitantes;
- Realizar análise de solicitações de procedimentos regulados pendentes, autorizando, negando ou devolvendo;
- Preencher sempre os campos de justificativa das ações realizadas
- Excluir solicitações já autorizadas quando houver coerência e justificar a exclusão;

2.3 - Como o Regulador/Autorizador terá acesso ao SISREG

- Após passar pelo treinamento específico para sua função dentro da ferramenta tecnológica, o colaborador será cadastrado como Operador Regulador/Autorizador do Sistema de Regulação – SISREG, e estará habilitado a receber um LOGIN e uma SENHA, que serão usados no acesso ao site: www.saude.gov.br/sisregIII, através de um computador conectado a Internet.

Capítulo 03 – Requisitos Mínimos.

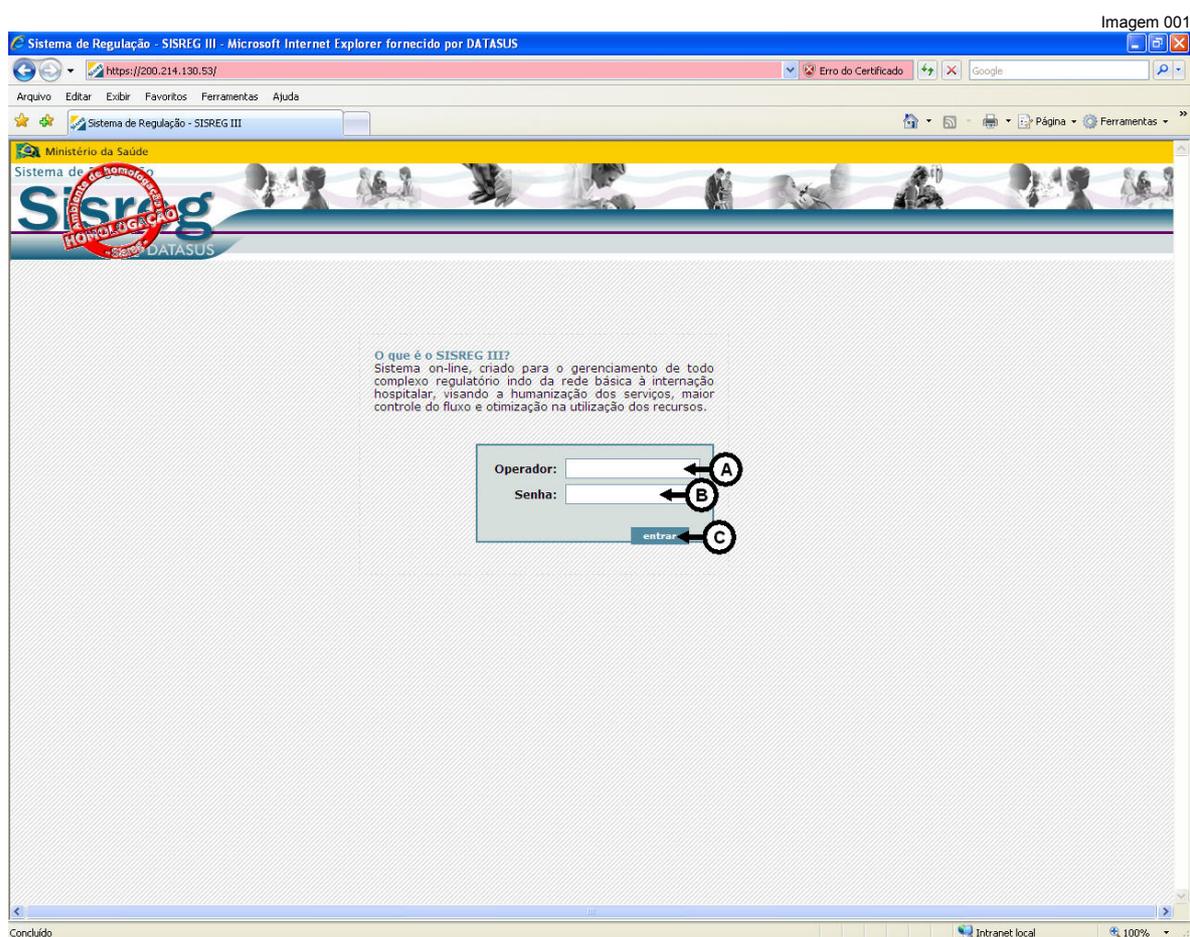
3.1 - Requisitos mínimos para o acesso ao SISREG.

- Computador com processador acima de Pentium III com 500 Mhz e 128 Megas de Memória RAM;
- Sistema Operacional com navegador Internet Explorer ou similar;
- Possuir acesso a Internet discada ou banda larga;
- Estar devidamente cadastrado no sistema;
- Ter participado do treinamento;
- Ser responsável por seu LOGIN e SENHA de acesso.

Capítulo 04 – Acessando o Sistema.

4.1 - Como acessar o SISREG:

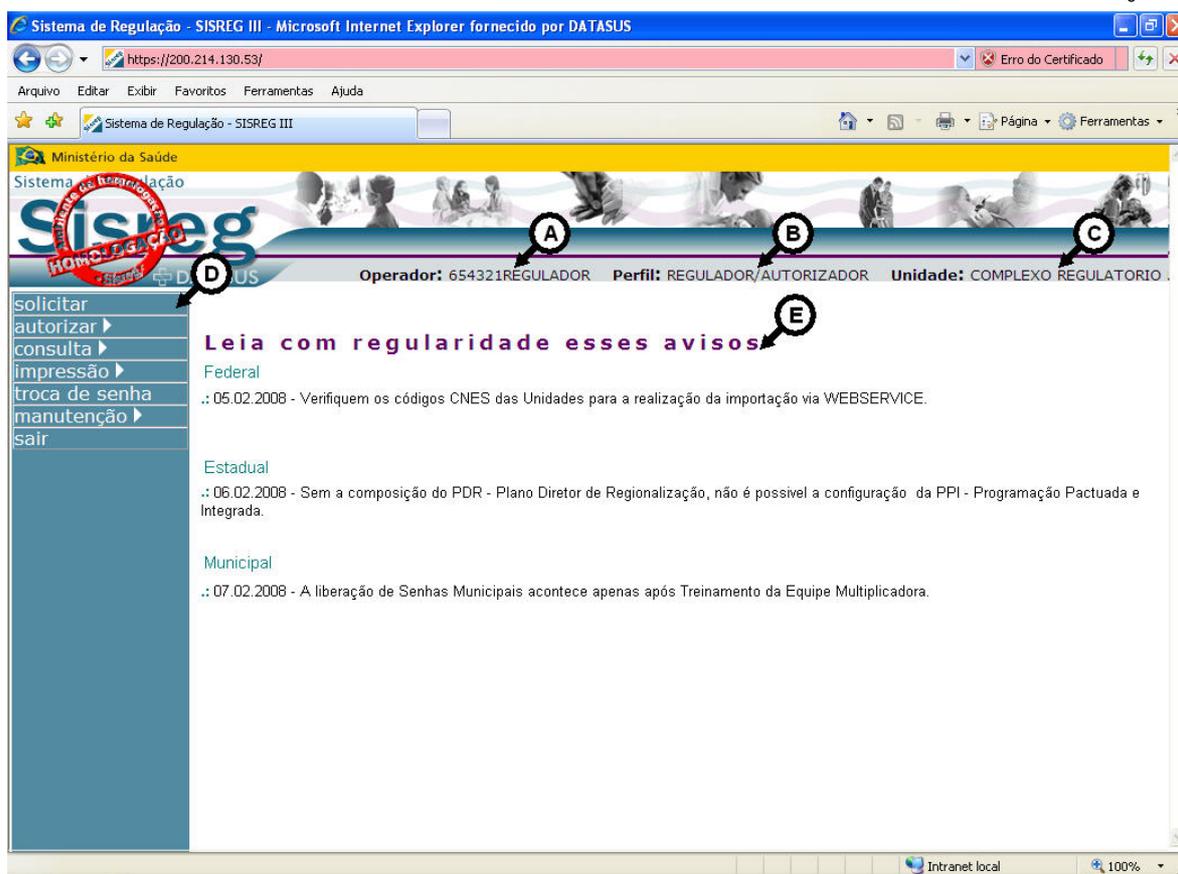
- Após configuração e liberação do uso do módulo acesso pelo Gestor Municipal ou Estadual;
- Abra o programa de navegação de Internet;
- Acesse o site: **www.saude.gov.br/sisregIII**



- A. Insira a Identificação do Operador (Login);
- B. Insira a Senha do Operador;
- C. Clique em “Entrar” para confirmar os dados e realizar o acesso.

Capítulo 05 – A Tela do Regulador/Autorizador.

Imagem 002



- A - Operador** – Identificação ou Login do operador responsável pelo acesso ao sistema.
- B - Perfil** – Identificação do perfil de acesso do operador.
- C - Unidade** – Identificação da Unidade de Saúde de vínculo do operador composta pelo nome fantasia e código CNES.
- D - Menu de Acesso** – Conjunto dos menus de acesso as funcionalidades.
- E - Tela de Avisos** – Tela contendo avisos informativos para os gestores e operadores.

Capítulo 06 – Menus de Acesso.

Os menus de acesso estarão dispostos na lateral esquerda da tela conforme imagem:

Imagem 003



6.1. SOLICITAR

Aplicação através da qual o operador Regulador/Autorizador irá inserir informações de Laudos Ambulatoriais e de AIH no sistema para a realização de Solicitações Ambulatoriais ou de Internação Hospitalar, conforme a configuração do operador.

Imagem 004

Imagem 004: Tela de Solicitação. No topo, há uma barra de título 'Solicitação' com duas setas circulares rotuladas 'A' e 'B' apontando para as opções 'Ambulatorial' e 'Internação' respectivamente. Abaixo, há campos para 'Cartão Nacional de Saúde', 'Nome', 'Nome da Mãe' e 'Data de Nascimento'. Uma seção intitulada 'Informações da Solicitação' contém campos para 'CID', 'Escolha o Procedimento' (menu suspenso), 'Profissional Solicitante' (menu suspenso) e um campo 'Retorno' com uma caixa de seleção. Um botão 'Ok' está na base da tela.

- A. Ambulatorial** – Identifica que o operador terá acesso a realizar solicitações ambulatoriais e apresenta a configuração dos campos na tela para preenchimento apenas em caso de solicitações ambulatoriais;
- B. Internação** – Indica que o operador terá acesso a realizar solicitações de Internação Hospitalar e apresenta a configuração dos campos na tela para preenchimento apenas em caso de solicitações de Internação Hospitalar.

FLUXO DE UMA SOLICITAÇÃO AMBULATORIAL

Após ter efetuado o login do sistema, selecionado o menu solicitar (Imagem 003/Campo 6.1) e informado o tipo de solicitação a ser executada, Ambulatorial (Imagem 004/Campo A) siga os seguintes passos:

SOLICITAÇÃO COM CNS E COM VAGA

Passo 1:

- ✓ Insira o número de CNS (Imagem 004A/Campo 1) p.12;
- ✓ Insira o CID (Imagem 004A/Campo 5);
- ✓ Selecione o Procedimento (Imagem 004A/Campo 6)
- ✓ Selecione o Nome do Profissional Solicitante (Imagem 004A/Campo 7);

Passo 2A

- ✓ Resposta do CNS Positiva (Imagem 005A p.18 ou 007A p.20);
 - **Caso apareça número CNS** (Campo 3), resposta da base SISREG;
 - **Caso número CNS não apareça** (Campo 3), resposta da Base Nacional CNS;
- ✓ Selecione os dados do paciente (Usuário SUS) (Imagem 005A p.18 ou 007^a p.20/Campo 1);
- ✓ Selecione uma das Unidades Executantes para a visualização do Nome do Profissional, Data e Horário para atendimento (Imagem 005A p.18 ou 007A p.20/Campo 4);

Passo 2B

- ✓ Resposta do CNS Negativa;
 - **Caso “Paciente Não Encontrado”**;
- ✓ Selecione uma das Unidades Executantes para a visualização do Nome do Profissional, Data e Horário para atendimento (Imagem 005A p.18 ou 007A p.20/Campo 4);
 - **Caso “Nenhum Deles”** (Imagem 005A p.18 ou 007A p.20/Campo 2);

- ✓ Selecione uma das Unidades Executantes para a visualização do Nome do Profissional, Data e Horário para atendimento (Imagem 005A p.18 ou 007A p.20/Campo 4);
- ✓ Selecione a vaga disponível (Imagem 015A p.20/Campo 7)
- ✓ Clique em Cadastro (Imagem 005A p.18 ou 007A p.20/Campo 6)

Passo 3

○ **Caso Paciente Já Cadastrado**

- ✓ Confira os dados (Imagem 009A p.22/Campos 1 a 22);
- ✓ Clique em marcar para confirmar os dados (Imagem 009A/Campos 24);

○ **Caso Paciente Novo**

- ✓ Preencha o formulário (Imagem 010A p.25/Campos 5 a 25);
- ✓ Clique em Marcar para confirmar os dados (Imagem 010A/Campos 24);

○ **Em Caso Dados Não Corretos**

- ✓ Clique em Voltar para verificar se algo foi esquecido (Imagem 010A p.25/Campos 23);
- ✓ Se necessário retorne até o passo onde a falha for encontrada;

Passo 4:

- ✓ Confira os Dados (Imagem 011A p.26/Campo 1 a 33);
- ✓ Imprima a Autorização (Imagem 011A p.26/Campo 34);
- ✓ Siga para uma Nova Solicitação (Imagem 011A p.26/Campo 36);

SOLICITAÇÃO COM CNS, PROCEDIMENTO SEM VAGA OU REGULADO

Passo 1:

- ✓ Insira o número de CNS (Imagem 004A p.12/Campo 1);
- ✓ Insira o CID (Imagem 004A p.12/Campo 5);
- ✓ Selecione o Procedimento (Imagem 004A p.12/Campo 6)
- ✓ Selecione o Nome do Profissional Solicitante (Imagem 004A/Campo 7);

Passo 2A

- ✓ Resposta do CNS Positiva (Imagem 006A p.19 ou 008A p.21);
 - **Caso apareça número CNS** (Campo 3), resposta da base SISREG;
 - **Caso número CNS não apareça** (Campo 3), resposta da Base Nacional CNS;
- ✓ Selecione os dados do paciente (Usuário SUS) (Imagem 006A p.19 ou 008A p.21/Campo 1);
- ✓ Verifique a não existência de unidade executante (Imagem 006A p.19 ou 008A p.21/Campo 4);

Passo 2B

- ✓ Resposta do CNS Negativa;
 - **Caso “Paciente Não Encontrado”**;
- ✓ Clique em Cadastro para a inserção dos dados do paciente (Imagem 006A p.19 ou 008A p.21/Campo 6);
 - **Caso “Nenhum Deles”** (Imagem 006A p.19 ou 008A /Campo 2);
- ✓ Clique em Cadastro para a inserção dos dados do paciente (Imagem 006A p.19 ou 008A p.21/Campo 6);

Passo 3

- **Caso Paciente Já Cadastrado**
- ✓ Confira os dados (Imagem 012A p.29/Campos 1 a 19);
- ✓ Clique em marcar para confirmar os dados (Imagem 012A/Campos 21);

- **Caso Paciente Novo**

- ✓ Preencha o formulário (Imagem 012A p.29/Campos 2 a 19);
- ✓ Clique em Marcar para confirmar os dados (Imagem 012A/Campos 21);

- **Em Caso Dados Não Corretos**

- ✓ Clique em Voltar para verificar se algo foi esquecido (Imagem 012A p.29/Campos 20);
- ✓ Se necessário retorne até o passo onde a falha for encontrada;

Passo 4

- ✓ Verifique os Dados do Formulário (Imagem 013A p.31/Campos 1 a 33);
- ✓ Selecione o Caráter / Prioridade (Imagem 013A p.31/Campo 22);
- ✓ Selecione a Unidade Desejada (Imagem 013A p.31/Campo 23);
- ✓ Insira a Data Desejada (Imagem 013A p.31/Campo 24);

- **Caso Procedimento Regulado;**

- ✓ Selecione Regulação (Imagem 013A p.31/Campo 27);
- ✓ Indique o município regulador;
- ✓ Preencha as Observações (Imagem 013A p.31/Campo 29);
- ✓ Clique em Solicitar (Imagem 013A p.31/Campo 34);

- **Caso Procedimento Não Regulado;**

- ✓ Selecione Fila de Espera (Imagem 013A p.31/Campo 28);
- ✓ Clique em Solicitar (Imagem 013A p.31/Campo 34);

Passo 5:

- ✓ Confira os Dados (Imagem 014A p.34);
- ✓ Imprima a Solicitação;

6.1.A SOLICITAÇÃO AMBULATORIAL

Imagem 004A

O formulário é dividido em duas seções principais:

- Solicitação:** Possui dois botões de opção: "Ambulatorial" (selecionado) e "Internação". Abaixo, há campos para "Cartão Nacional de Saúde" (1), "Nome" (2), "Nome da Mãe" (3) e "Data de Nascimento" (4).
- Informações da Solicitação:** Possui campos para "CID" (5), "Escolha o Procedimento" (6) com o texto "Selecione o Procedimento", "Profissional Solicitante" (7) com o texto "Selecione o Profissional", e "Retorno" (8) com uma caixa de seleção. Um botão "Ok" (9) está localizado na base.

1. **Cartão Nacional de Saúde** – Campo para a inserção do código CNS com 15 dígitos;
2. **Nome** – Campo para a inserção do nome completo do paciente;
3. **Nome da Mãe** – Campo para a inserção do nome completo da mãe do paciente;
4. **Data de Nascimento** – Campo para a inserção da data de nascimento do paciente;
5. **CID** – Campo para a inserção do Código Internacional de Doenças, como diagnostico inicial do profissional solicitante;
6. **Escolha o Procedimento** – Campo para a seleção do procedimento ambulatorial a ser solicitado;
7. **Profissional Solicitante** – Campo para a identificação do profissional que assinou a solicitação do procedimento;
8. **Retorno** – Campo para a identificação se a solicitação é um retorno ou não;
9. **OK** – Botão para a confirmação dos dados inseridos.

6.1.A1 RESPOSTA DE PESQUISA CNS NACIONAL COM VAGA

Imagem 005A

CONFIRA OS DADOS DO USUÁRIO

Paciente: MARIA APARECIDA DE CARVALHO ARAUJO / Mãe: JOANA ALVES DE CARVALHO
 Cidade: BRASILIA-DF / Nascimento: 07/07/1963

Nenhum deles

CONSULTA EM ANGIOLOGIA

CLIQUE EM CIMA DA UNIDADE PARA VISUALIZAR OS PROFISSIONAIS EXECUTANTES

CASA DE SAUDE E MAT N SRA DE FATIMA LTDA - ARAPIRACA - AL

VOLTAR CADASTRO

1. **Paciente** – Campo para a confirmação dos dados básicos do paciente
2. **Nenhum Deles** – Campo para a seleção caso a resposta do CNS não seja satisfatória;
3. O não aparecimento do número CNS indica que a resposta da pesquisa tem como origem a Base Nacional CNS;
4. **Nome da Unidade de Saúde em cor verde** – Campo indicativo da existência de vagas para agendamento;
5. **Voltar** – Retorna a tela anterior caso alguma informação não esteja correta;
6. **Cadastro** – Botão para a confirmação dos dados selecionados e abertura da ficha de cadastro do paciente;
7. **Vagas** – Visualização das vagas disponíveis para a autorização de procedimentos.

Imagem 015A

CLIQUE EM CIMA DA UNIDADE PARA VISUALIZAR OS PROFISSIONAIS EXECUTANTES

POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS - EUNAPOLIS - BA

31.07.2008 - 13:00:00h - ANDERSON ALVES DUTRA - RESERVA
04.08.2008 - 13:00:00h - ANDERSON ALVES DUTRA - RESERVA
04.08.2008 - 14:00:00h - LEONARDO WAINBERG - RESERVA
05.08.2008 - 13:00:00h - ANDERSON ALVES DUTRA - RESERVA
06.08.2008 - 13:00:00h - ANDERSON ALVES DUTRA - RESERVA

8 9 10 11

8. Datas Disponíveis para agendamentos;
9. Horários Disponíveis para agendamento;
10. Profissionais de Saúde Disponíveis para agendamento;
11. Tipo de vaga disponível;

6.1.A2 RESPOSTA DE PESQUISA CNS NACIONAL SEM VAGA

Imagem 006A

CONFIRA OS DADOS DO USUÁRIO	
1	Paciente: MARIA APARECIDA DE CARVALHO ARAUJO / Mãe: JOANA ALVES DE CARVALHO Cidade: BRASILIA-DF / Nascimento: 07/07/1963
2	Nenhum deles
CONSULTA EM ANGIOLOGIA	

5 VOLTAR CADASTRO 6

1. **Paciente** – Campo para a confirmação dos dados básicos do paciente
2. **Nenhum Deles** – Campo para a seleção caso a resposta do CNS não seja satisfatória;
3. O não aparecimento do número CNS indica que a resposta da pesquisa tem como origem a Base Nacional CNS;
4. **Não surgimento da barra verde** – Indicativo da não existência de vagas e/ou procedimento regulado;
5. **Voltar** – Retorna a tela anterior caso alguma informação não esteja correta;
6. **Cadastro** – Botão para a confirmação dos dados selecionados e abertura da ficha de cadastro do paciente;

6.1.A3 RESPOSTA DE PESQUISA CNS SISREG COM VAGA

Imagem 007A

CONFIRA OS DADOS DO USUÁRIO

Paciente: MARIA APARECIDA DE CARVALHO ARAUJO / Mãe: JOANA ALVES DE CARVALHO
 Cidade: BRASILIA-DF / Nascimento: 07/07/1963 / CNS: 898000654460444

Nenhum deles

CONSULTA EM ANGIOLOGIA

CLIQUE EM CIMA DA UNIDADE PARA VISUALIZAR OS PROFISSIONAIS EXECUTANTES

CASA DE SAUDE E MAT N SRA DE FATIMA LTDA - ARAPIRACA - AL

VOLTAR CADASTRO

1. **Paciente** – Campo para a confirmação dos dados básicos do paciente
2. **Nenhum Deles** – Campo para a seleção caso a resposta do CNS não seja satisfatória;
3. **Número CNS** – Indica que a resposta da pesquisa tem como origem a Base SISREG e que este paciente já solicitou serviços através do sistema;
4. **Nome da Unidade de Saúde em cor verde** – Campo indicativo da existência de vagas para agendamento;
5. **Voltar** – Retorna a tela anterior caso alguma informação não esteja correta;
6. **Cadastro** – Botão para a confirmação dos dados selecionados e abertura da ficha de cadastro do paciente;
7. **Vagas** – Visualização das vagas disponíveis para a autorização de procedimentos.

Imagem 015A

CLIQUE EM CIMA DA UNIDADE PARA VISUALIZAR OS PROFISSIONAIS EXECUTANTES

POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS - EUNAPOLIS - BA

31.07.2008 - 13:00:00h - ANDERSON ALVES DUTRA - RESERVA
04.08.2008 - 13:00:00h - ANDERSON ALVES DUTRA - RESERVA
04.08.2008 - 14:00:00h - LEONARDO WAINBERG - RESERVA
05.08.2008 - 13:00:00h - ANDERSON ALVES DUTRA - RESERVA
06.08.2008 - 13:00:00h - ANDERSON ALVES DUTRA - RESERVA

8 9 10 11

8. Datas Disponíveis;
9. Horários Disponíveis para agendamento;
10. Profissionais de Saúde Disponíveis para agendamento;
11. Tipo de vaga disponível;

6.1.A4 RESPOSTA DE PESQUISA CNS SISREG SEM VAGA

Imagem 008A

CONFIRA OS DADOS DO USUÁRIO

Paciente: MARIA APARECIDA DE CARVALHO ARAUJO / Mãe: JOANA ALVES DE CARVALHO
 Cidade: BRASILIA-DF / Nascimento: 07/07/1963 / CNS: 898000654460444

Nenhum deles

CONSULTA EM ANGIOLOGIA

VOLTAR CADASTRO

1. **Paciente** – Campo para a confirmação dos dados básicos do paciente
2. **Nenhum Deles** – Campo para a seleção caso a resposta do CNS não seja satisfatória;
3. **Número CNS** – Campo que indica que a resposta da pesquisa tem como origem a Base SISREG e que este paciente já solicitou serviços através do sistema;
4. **Não surgimento da barra verde** – Campo que Indica a não existência de vagas e/ou procedimento regulado;
5. **Voltar** – Retorna a tela anterior caso alguma informação não esteja correta;
6. **Cadastro** – Botão para a confirmação dos dados selecionados e abertura da ficha de cadastro do paciente;

6.1.A5 CONFIRMAÇÃO DE RESPOSTA CNS ou SISREG COM VAGA (imagens 005A, e 007A).

Imagem 009A

DADOS DA SOLICITAÇÃO	
Procedimento Solicitado:	CONSULTA EM CARDIOLOGIA ← 1
Unidade Executante:	POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS ← 2
Profissional Executante:	ANDERSON ALVES DUTRA ← 3
Data/Horário de Atendimento:	21.07.2008 - 13:00:00 ← 4
DADOS DO PACIENTE:	
Nome do Paciente:	MARIA SATU ← 5
Raça:	Branca ← 6
Filiação:	Pai: JORGE SATU AQUINO ← 7
	Mãe: MARIA APARECIDA SATU ← 8
Data de Nascimento:	01/01/1981 ← 9
Sexo:	Feminino ← 10
UF de Nascimento:	BA ← 11
Naturalidade:	EUNAPOLIS ← 12
DADOS RESIDENCIAIS:	
Logradouro:	AVENIDA CONTORNO ← 13
Endereço:	LAGOA DOS VENTOS ← 14
Complemento:	PRAINHA ← 15
Número:	45 ← 16
Bairro:	CENTRO ← 17
CEP:	4688000 ← 18
UF:	BA ← 19
Cidade:	EUNAPOLIS ← 20
Telefone Residencial ou para Recado:	01234567890123456789 ← 21
Unidade de Referência:	USF DO PEQUI PSF 01 ← 22
<input 23="" 24="" <="" <input="" td="" type="button" value="MARCAR" ←=""/>	

DADOS DA SOLICITAÇÃO

- 1. Procedimento Solicitado** – Campo para a Identificação do Procedimento Solicitado;
- 2. Unidade Executante** – Campo para a identificação da Unidade Executante;
- 3. Profissional Executante** – Campo para a Identificação do Profissional responsável pela execução do procedimento solicitado;
- 4. Data/Horário de Atendimento** – Campo para digitar a data e Horário para a execução do procedimento solicitado;

DADOS DO PACIENTE

- 5. Nome do Paciente** – Campo para a verificação e correção do nome do paciente (Usuário SUS);
- 6. Raça** – Campo para a verificação e correção da raça do paciente (Usuário SUS);

7. **Filiação – Pai** – Campo para a verificação e correção do nome do pai do paciente (Usuário SUS);
8. **Filiação – Mãe** – Campo para a verificação e correção do nome da Mãe do paciente (Usuário SUS);
9. **Data de Nascimento** – Campo para a verificação e correção da data de nascimento do paciente (Usuário SUS);
10. **Sexo** – Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);
11. **UF de Nascimento** – Campo para a verificação e correção da Unidade Federativa de nascimento do paciente (Usuário SUS);
12. **Naturalidade** – Campo para a verificação e correção do município de nascimento do paciente (Usuário SUS);

DADOS RESIDENCIAIS

13. **Logradouro** – Campo para a verificação e correção do tipo de logradouro do paciente (Usuário SUS);
14. **Endereço** – Campo para a verificação e correção do nome do logradouro do paciente (Usuário SUS);
15. **Complemento** – Campo para a verificação e correção do complemento do nome do logradouro do paciente (Usuário SUS);
16. **Número** – Campo para a verificação e correção do número da residência do paciente (Usuário SUS);
17. **Bairro** – Campo para a verificação e correção do nome do bairro de localização da residência do paciente (Usuário SUS);
18. **CEP** – Campo para a verificação e correção do código de endereçamento postal referente ao logradouro residencial do paciente (Usuário SUS);
19. **UF** – Campo para a verificação e correção da unidade federativa de residência do paciente (Usuário SUS);
20. **Cidade** – Campo para a verificação e correção do município residencial do paciente (Usuário SUS);
21. **Telefone Residencial ou para Recado** – Campo para a inserção do número de telefone pessoal ou para recados do paciente (Usuário SUS);
22. **Unidade de Referência** – Campo para a seleção da unidade de saúde mais próxima da residência do paciente (Usuário SUS) e/ou unidade de cobertura de programa de saúde da família;

- 23. Voltar** – Botão para cancelamento das possíveis alterações;
- 24. Marcar** – Botão para a confirmação dos dados e/ou possíveis alterações realizadas no cadastro de pacientes (Usuários SUS).

6.1.A6 CADASTRO PARA PACIENTE NÃO ENCONTRADO ou NENHUM DELES (imagens 005A, 006A, 007A e 008A – campo 2).

Ao clicar em continuar nos caso “Paciente Não Encontrado” ou “Nenhum deles” teremos a seguinte tela:

Imagem 010A

DADOS DA SOLICITAÇÃO	
Procedimento Solicitado:	CONSULTA EM CARDIOLOGIA ← 1
Unidade Executante:	POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS ← 2
Profissional Executante:	ANDERSON ALVES DUTRA ← 3
Data/Horário de Atendimento:	23.07.2008 - 13:00:00 ← 4
DADOS DO PACIENTE:	
Nome do Paciente:	januaría ← 5
Raça:	Branca ← 6
Filiação:	Pai: ← 7
	Mãe: Juventina ← 8
Data de Nascimento:	01/01/1981 ← 9
Sexo:	Feminino ← 10
UF de Nascimento:	AC ← 11
Naturalidade:	ACRELANDIA ← 12
DADOS RESIDENCIAIS:	
Logradouro:	AVENIDA CONTORNO ← 13
Endereço:	← 14
Complemento:	← 15
Número:	← 16
Bairro:	← 17
CEP:	← 18
UF:	AC ← 19
Cidade:	ACRELANDIA ← 20
Telefone Residencial ou para Recado:	← 21
Unidade de Referência:	Selecione a Unidade ← 22
OBSERVAÇÕES:	
Motivo de Cadastro:	TRATAMENTO RENAL SUBSTITUTIVO ← 25
<input 23="" type="button" value="Voltar" ←=""/> <input 24="" type="button" value="MARCAR" ←=""/>	

Os campos 1 a 24 serão os mesmos da imagem 009A.

Apenas o campo 25 “**Motivo de Cadastro**” será acrescentado para os pacientes cadastrados no CNS pela primeira vez.

No formulário de Cadastro de Paciente para os casos “Nenhum Deles” ou “Paciente não encontrado” (Imagem 010A), os campos 5, 7 e 9 estarão preenchidos caso a identificação do mesmo tenha sido através do Nome, Nome da Mãe e Data de Nascimento (Imagem 004A – Campos 2, 3 e 4).

6.1.A7 CONFIRMANDO DADOS PARA SOLICITAÇÕES COM VAGA

Ao clicar em marcar (campo 24 – Imagem 009A ou 010A) teremos a seguinte tela:

Imagem 011A

Nº Chave: 36255 (1) AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

UNIDADE SOLICITANTE

Nome: USF DO PEQUI PSF 01 (2) CNES: 2771144 (3) Op.Solicitante: DATASUS-SOL (4) Op.Autorizador: DATASUS-SOL (5) Videofonista: (6)

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS (7) CNES: 3417573 (8)

Logradouro,Endereço, nº , complemento, bairro: RUA MANOEL CARNEIRO-1--CENTRO-45820110-(73)32814191 (9) Município: EUNAPOLIS (10)

Profissional Executante: ANDERSON ALVES DUTRA (11) Data e Horário Atendimento: SEG-28.07.2008-13:00:00h (12)

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: JOSE LEONCIO DA SILVA (13) CNS: 801434368139580 (14)

Nome do Responsável: JOAQUINA MARIA DA CONCEICAO (15) UF: SP (16)

Logradouro,Endereço, nº , complemento, bairro: RUA GERMANIA - 40 - - PQ. NOVO ORATORIO (17)

Município: SANTO ANDRE (18) Telefone: 44753601 (20) Data Nascimento: 08.03.1929 (21) Sexo: Masculino (22)

CEP: 92.602-50 (19) Unidade de Referência: U S F MOVEI ESPIRITO SANTO

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código Solicitação: 864596 (23) Data da Solicitação: 23.07.2008 (24) Tipo da Consulta: 1º Vez (25)

CPF do Profissional Solicitante: 02799560610 (26) Nome Profissional Solicitante: FABIO CESAR ABALEM GRAMA (27)

Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS (28) CID: R68 (29)

Procedimentos Solicitados: CONSULTA EM CARDIOLOGIA (30) Código: 0301010072 (31)

PREPARO DO PROCEDIMENTO(S)

Descrição do Preparo: (32)

AVISOS DO MUNICÍPIO

- AVISO DE FICHA EUNAPOLIS - BA (33)

Imprimir Autorização (34) Exibir Ficha Reduzida (35) Nova Solicitação (36)

1. **Nº Chave** – Apresentação do número de chave para confirmação da execução do procedimento;

UNIDADE SOLICITANTE

2. **Nome** – Nome de identificação da unidade de saúde responsável pela solicitação do procedimento;
3. **CNES** – Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de identificação da unidade responsável pela solicitação do procedimento;
4. **Op. Solicitante** – Login para identificação do operador responsável pela inserção dos dados da solicitação no sistema;
5. **Op. Autorizador** – Login para identificação do operador responsável pela autorização do procedimento, em caso de procedimento livre o

mesmo login do solicitante, em caso de procedimento regulado, o login do médico regulador/autorizador;

- 6. Videofonista** – Login para identificação do videofonista, operador que recebeu as informações da solicitação via telefone;

UNIDADE EXECUTANTE

- 7. Nome** – Nome de Identificação da unidade executante para o procedimento autorizado;
- 8. CNES** – Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos para identificação da Unidade Executante;
- 9. Logradouro, Endereço, nº, Complemento e Bairro** – Conjunto de dados de localização da unidade de saúde;
- 10. Município** – Identificação do município de localização da unidade de saúde executante;
- 11. Profissional Executante** – Identificação do profissional que executará o procedimento autorizado;
- 12. Data e Horário Atendimento** – Data e horário para o atendimento do paciente pelo profissional executante;

DADOS DO PACIENTE

- 13. Nome do Paciente** – Nome do paciente (Usuário SUS) que teve sua solicitação de procedimento aprovada;
- 14. CNS** – Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente (Usuário SUS) que teve sua solicitação de procedimento aprovada;
- 15. Nome do responsável** – Nome para identificação do responsável legal ou acompanhante que será o contato do paciente (Usuário SUS);
- 16. UF** – Identificação da Unidade Federativa (Estado) de residência do paciente (Usuário SUS);
- 17. Logradouro, Endereço, nº, Complemento, Bairro** – Conjunto de Dados de Localização da residência do paciente (Usuário SUS) dentro do município;
- 18. Município** – Identificação do município residencial do paciente (Usuário SUS);
- 19. CEP** – Código de Endereçamento Postal residencial do paciente (Usuário SUS);

20. Telefone – Campo para a exibição do número de telefone de contato do paciente (Usuário SUS);

21. Data Nascimento – Campo para a identificação da data de nascimento do paciente (Usuário SUS);

22. Sexo – Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);

DADOS DA SOLICITAÇÃO

23. Código Solicitação – Código de identificação do formulário de solicitação de procedimentos;

24. Data da Solicitação – Data da inserção dos dados da solicitação de procedimentos no sistema;

25. Tipo da Consulta – Tipo da vaga utilizada para o agendamento (1ª Vez, Retorno ou Reserva);

26. CPF do Profissional Solicitante – Número do CPF do profissional de saúde responsável pela solicitação do procedimento;

27. Nome Profissional Solicitante – Nome do profissional de saúde responsável pela solicitação do procedimento;

28. Diagnostico Inicial – Descrição do diagnóstico inicial ou diagnóstico de suspeita, sugerido pelo profissional médico solicitante;

29. CID – Código Internacional de Doenças referente ao diagnóstico inicial;

30. Procedimentos Solicitados – Relação dos procedimentos solicitados num mesmo formulário;

31. Código – Código Unificado do procedimento ou procedimentos solicitados;

PREPARO DO PROCEDIMENTO

32. Descrição do Preparo – Descrição de rotinas a serem realizadas pelo paciente anterior a execução de determinados procedimentos;

AVISOS DO MUNICÍPIO

33. Avisos do Município – Avisos variados inseridos pelo município;

34. Imprimir Autorização – Botão para a solicitação da impressão do formulário visível na tela;

35. Exibir Ficha Reduzida – Botão para a exibição de um formulário mais simplificado contendo apenas dados básicos;

36. Nova Solicitação – Botão para retornar a tela de solicitação.

6.1.A8 CONFIRMAÇÃO DE RESPOSTA CNS ou SISREG SEM VAGA (imagens 006A, e 008A).

Imagem 012A

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Procedimento Solicitado:
CONSULTA EM ANGIOLOGIA ← 1

DADOS DO PACIENTE:

Nome do Paciente: MARIA DE FATIMA MUNDIM DA COSTA ← 2

Raça: Branca ← 3

Filiação:
Pai: ← 4
Mãe: MARIA FERREIRA DA COSTA ← 5

Data de Nascimento: 02/01/1988 ← 6

Sexo: Feminino ← 7

UF de Nascimento: AC ← 8

Naturalidade: ACRELANDIA ← 9

DADOS RESIDENCIAIS:

Logradouro: QUADRA ← 10

Endereço: QNN 06 CONJ L CASA 44 ← 11

Complemento: ← 12

Número: ← 13

Bairro: CEILANDIA ← 14

CEP: ← 15

UF: DF ← 16

Cidade: CEILANDIA ← 17

Telefone Residencial ou para Recado: 34711581 ← 18

Unidade de Referência: Selecione a Unidade ← 19

Voltar ← 20

MARCAR ← 21

DADOS DA SOLICITAÇÃO

- 1. Procedimento Solicitado** – Identificação do procedimento solicitado;

DADOS DO PACIENTE

- 2. Nome do Paciente** – Campo para a verificação e correção do nome do paciente (Usuário SUS);
- 3. Raça** – Campo para a verificação e correção da raça do paciente (Usuário SUS);
- 4. Filiação – Pai** – Campo para a verificação e correção do nome do Pai do paciente (Usuário SUS);
- 5. Filiação – Mãe** – Campo para a verificação e correção do nome da Mãe do paciente (Usuário SUS);
- 6. Data de Nascimento** – Campo para a verificação e correção da data de nascimento do paciente (Usuário SUS);
- 7. Sexo** – Campo para a verificação e correção do gênero (masculino e feminino) do paciente (Usuário SUS);

8. **UF de Nascimento** – Campo para a verificação e correção da unidade federativa de nascimento do paciente (Usuário SUS);
9. **Naturalidade** – Campo para a verificação e correção do município de nascimento do paciente (Usuário SUS);

DADOS RESIDENCIAIS

10. **Logradouro** – Campo para a verificação e correção do tipo de logradouro do paciente (Usuário SUS);
11. **Endereço** – Campo para a verificação e correção do nome do logradouro do paciente (Usuário SUS);
12. **Complemento** – Campo para a verificação e correção do complemento do nome do logradouro do paciente (Usuário SUS);
13. **Número** – Campo para a verificação e correção do número da residência do paciente (Usuário SUS);
14. **Bairro** – Campo para a verificação e correção do nome do bairro de localização da residência do paciente (Usuário SUS);
15. **CEP** – Campo para a verificação e correção do código de endereçamento postal referente ao logradouro residencial do paciente (Usuário SUS);
16. **UF** – Campo para a verificação e correção da unidade federativa de residência do paciente (Usuário SUS);
17. **Cidade** – Campo para a verificação e correção do município residencial do paciente (Usuário SUS);
18. **Telefone Residencial ou para Recado** – Campo para a inserção do número de telefone pessoal ou para recados do paciente (Usuário SUS);
19. **Unidade de Referência** – Campo para a seleção da unidade de saúde mais próxima da residência do paciente (Usuário SUS) e/ou unidade de cobertura de programa de saúde da família;
20. **Voltar** – Botão para cancelamento das possíveis alterações;
21. **Marcar** – Botão para a confirmação dos dados e/ou possíveis alterações realizadas no cadastro de pacientes (Usuários SUS).

6.1.A9 CONFIRMAÇÃO DE RESPOSTA CNS ou SISREG SEM VAGA (imagens 006A, e 008A).

Imagem 013A

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE	
Nome: CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICIO DE SAUDE ← 1	CNES: 3588181 ← 2 Videofonista: ← 3
DADOS DO PACIENTE	
Nome do Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA VIEIRA ← 4	CNS: 898001089024802 ← 5
Nome do Responsável: ELZA MARIA DA SILVA ← 6	UF: GO ← 7
Logradouro: RUA ← 8	Endereço: CORUNBÁ ← 9
Bairro: JAIARA ← 12	Município: ABADIA DE GOIAS ← 13
Telefone: ← 15	Complemento: Q15 L01 ← 10
	Número: 11 ← 11
	CEP: 75.000-000 ← 14
	Sexo: Feminino ← 17
	Data Nascimento: 06/02/1962 ← 16
DADOS DA SOLICITAÇÃO	
CPF do Médico Solicitante: 759.837.364-9 ← 18	Nome Médico Solicitante: ELAINE GOMES RODRIGUES ← 19
Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS ← 20	CID: R68 ← 21
Unidade Desejada: POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS ← 23	Caráter/Prioridade: NORMAL ← 22
Procedimentos Solicitados: CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA ← 25	Data Desejada: ← 24
	Código: 0301010072 ← 26
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)	
<input type="radio"/> Regulação ← 27	<input type="radio"/> Fila de Espera ← 28
OBSERVAÇÕES: ← 29	
Situação Atual: PENDENTE	
Assinatura do Médico solicitante (examinador): ← 30	CRM ← 31 Data 28/07/2008 ← 32
AVISOS DO MUNICÍPIO	
- AVISO DE FICHA EUNAPOLIS - BA ← 33	
← 34	SOLICITAR CANCELAR ← 35

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

- Nome** – Nome de identificação da unidade solicitante;
- CNES** – Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da unidade solicitante;
- Videofonista** – Login de Identificação do videofonista caso o município não seja 100% informatizado;

DADOS DO PACIENTE

- Nome do Paciente** – Nome de registro do paciente (Usuário SUS);
- CNS** – Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente (Usuário SUS);
- Nome do Responsável** – Nome de identificação do responsável pelo paciente (Mãe, Pai, Acompanhante, etc...);

7. **UF** – Sigla da unidade federativa de residência do paciente (Usuário SUS);
 8. **Logradouro** – Identificação do tipo de logradouro residencial do paciente (Usuário SUS);
 9. **Endereço** – Nome do logradouro residencial do paciente (Usuário SUS);
 10. **Complemento** – Campo para complemento do endereço caso seja necessário;
 11. **Número** – Número da residência do paciente (Usuário SUS);
 12. **Bairro** – Nome do Bairro de residência do paciente (Usuário SUS);
 13. **Município** – Nome do Município residencial do paciente (Usuário SUS);
 14. **CEP** – Código de Endereçamento Postal para localização do logradouro residencial do paciente (Usuário SUS);
 15. **Telefone** – Número de telefone para contato com o paciente ou responsável;
 16. **Data Nascimento** – Data de nascimento do paciente (Usuário SUS);
 17. **Sexo** – Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);
- DADOS DA SOLICITAÇÃO**
18. **CPF do Médico Solicitante** – Número do cadastro de pessoa física do médico responsável pela solicitação do procedimento;
 19. **Nome Médico Solicitante** – Nome do profissional médico responsável pela solicitação do procedimento;
 20. **Diagnóstico Inicial** – Descrição do diagnóstico inicial ou diagnóstico de suspeita sugerido pelo profissional médico solicitante;
 21. **CID** – Código Internacional de Doenças referente a descrição do diagnóstico inicial;
 22. **Caráter/Prioridade** – Campo para identificar se a solicitação terá tratamento normal ou se existe uma urgência para a sua autorização;
 23. **Unidade Desejada** – Campo para a seleção de uma unidade caso o paciente já realize acompanhamento numa unidade de saúde específica;
 24. **Data Desejada** – Campo para a indicação de uma data para o atendimento;

- 25. Procedimento Solicitado** – Descrição do Procedimento solicitado;
- 26. Código** – Código unificado referente ao procedimento solicitado;
- 27. Regulação** – Campo para a indicação se a solicitação será encaminhada para a regulação (No caso de existência de PPI intermunicipal surgirá uma lista contendo os nomes dos municípios que estarão habilitados a realizar o procedimento solicitado);
- 28. Fila de Espera** – Campo para a indicação se o referido procedimento será encaminhado para a fila de espera, (este item não estará ativo caso o procedimento seja regulado ou o percentual para fila seja igual a zero);
- 29. Observações** – Campo obrigatório apenas para envio de solicitações para a regulação;
- 30. Assinatura do Médico Solicitante (examinador)** – Campo para a assinatura do profissional solicitante em caso de impressão do formulário para arquivamento;
- 31. CRM** – Campo para a inserção do código do Conselho Regional de Medicina do profissional solicitante;
- 32. Data** – Campo para a visualização da data de inserção da solicitação no sistema;
- 33. Avisos do Município** – Campo para visualização de avisos inseridos no sistema pelo município executante de serviços;
- 34. Solicitar** – Botão para a confirmação dos dados inseridos no formulário;
- 35. Cancelar** – Botão para uso em caso de desistência da solicitação.

6.1.A10 FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO PARA REGULAÇÃO.

Imagem 014A

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Nº Solicitação:
864637

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE			
Nome:	CNES:	Operador	Videofonista:
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICO DE SAUDE	3588181	REGULACAO	
DADOS DO PACIENTE			
Nome do Paciente:			CNS:
MARIA APARECIDA DA SILVA VIEIRA			898001089024802
Nome do Responsável:			UF:
ELZA MARIA DA SILVA			GO
Logradouro:	Endereço:	Complemento:	Número:
RUA	CORUNBÁ	Q15 L01	11
Bairro:	Município:	CEP:	
JAIARA	ABADIA DE GOIAS	75.000-000	
Telefone:	Data Nascimento:	Sexo:	
	06/02/1962	Feminino	
DADOS DA SOLICITAÇÃO			
CPF do Médico Solicitante:	Nome Médico Solicitante:		
759.837.364-9	ELAINE GOMES RODRIGUES		
Diagnóstico Inicial:	CID:	Caráter/Prioridade:	
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS	R68	Urgente	
Unidade Desejada:			Data Desejada:
POLICLINICA MUNICIPAL DE EUNAPOLIS			
Procedimentos Solicitados:			Código :
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA			0301010072
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)			
<input checked="" type="radio"/> Regulação <input type="radio"/> Fila de Espera			
Município Regulador: <input type="text" value="CENTRAL DA BAHIA"/>			
HISTÓRICO DAS OBSERVAÇÕES:			
Regulador:	Data:	Hora:	Situação:
REGULACAO	30.07.2008	10:40	Pendente
Justificativa: PACIENTE APRESENTANDO FORTES DORES NA REGIÃO MANDIBULAR E PERCA AUDITIVA.			
Situação Atual: PENDENTE			
Assinatura do Médico solicitante (examinador):		CRM	Data
<input type="text"/>			30/07/2008
AVISOS DO MUNICÍPIO			
- AVISO DE FICHA EUNAPOLIS - BA			

Após confirmação dos dados através do botão “Solicitar” (Imagem 013A - Campo 34) o Formulário de Solicitação de Procedimento deverá ser impresso para ser entregue ao paciente (Usuário SUS).

Solicitação de AIH

FLUXO PARA A SOLICITAÇÃO DE AIH SOLICITAÇÃO DE AIH VIA CNS.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique em Solicitar (Imagem 003 p.12/Campo 6.1);
- ✓ Clique em Internação (Imagem 004 p.12/Campo B);
- ✓ Digite o CNS (Imagem 005 p.40/Campo 1);
- ✓ Digite o Código SIH (Imagem 005 p.40/Campo 5);
- ✓ Clique em Checar (Imagem 005 p.40/Campo 6);
- ✓ Verifique a Descrição do Procedimento (Imagem 005 p.40/Campo 7);
- ✓ Selecione o CID (Imagem 005 p.40/Campo 8);
- ✓ Selecione a Clínica (Imagem 005 p.40/Campo 9);
- ✓ Selecione o nome do Profissional Solicitante (Imagem 005 p.40/Campo 10);
- ✓ Selecione o Caráter da Solicitação (Imagem 005 p.40/Campo 11);
- ✓ Verifique a Descrição do Caráter (Imagem 005 p.40/Campo 12);
- ✓ Verifique a Prioridade da Solicitação (Imagem 005 p.40/Campo 13)
- ✓ Clique em OK para confirmar a operação (Imagem 005 p.40/Campo 14)

Passo 2.A:

- ✓ Verifique a resposta do Cartão (Imagem 005, 006, 007 e 008);
- ✓ Caso a resposta positiva selecione o paciente (Imagem 005, 006, 007 e 008)
- ✓ Selecione o Paciente (Imagem 005, 006, 007 e 008/Campo 1);
- ✓ Clique em Continuar (Imagem 005, 006, 007 e 008/Campo 4);

Passo 2.B:

- ✓ Verifique a resposta do Cartão (Imagem 005 p.42, 006 p.43, 007 p.44 e 008 p.45);
- ✓ Caso a resposta negativa selecione o paciente (Imagem 005 p.42, 006 p.43, 007 p.44 e 008 p.45)
- ✓ Clique em Nenhum Deles (Imagem 005 p.42, 006 p.43, 007 p.44 e 008 p.45/Campo 2);
- ✓ Clique em Continuar (Imagem 005 p.42, 006 p.43, 007 p.44 e 008 p.45/Campo 4);

Passo 2.C:

- ✓ Caso resposta seja Paciente Não Encontrado;
- ✓ Clique em Cadastrar;

Passo 3:

- ✓ Verifique cadastro do paciente (Imagem 009/Campos 1 a 20) ou (Imagem 010 p.48/Campos 1 a 21);
- ✓ Caso exista ausência de algum dado, preencha;
- ✓ Clique em Continuar (Imagem 009 p.46 ou 010 p.48/Campo 20);

Passo 4:

- ✓ Verifique o cadastro do Laudo de AIH (Imagem 011 p.49);
- ✓ Selecione o Município Regulador (Imagem 011 p.49/Campo 1);
- ✓ Selecione a Unidade Desejada (Imagem 011/Campo 2) não obrigatório;
- ✓ Preencha a Data Desejada (Imagem 011/Campo 3) não obrigatório;
- ✓ Preencha o Nome do Responsável (Imagem 011 p.49/Campo 4) não obrigatório;
- ✓ Preencha o Telefone de Contato do Responsável (Imagem 011 p.49/Campo 5) não obrigatório;
- ✓ Selecione o Leito Complementar (Imagem 011 p.49/Campo 6) caso necessário;
- ✓ Digite os Principais Sinais e Sintomas Clínicos (Imagem 011 p.49/Campo 7) obrigatório;

- ✓ Digite os Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Imagem 011 p.49/Campo 8) obrigatório;
- ✓ Digite as Condições que Justificam a Internação (Imagem 011 p.49/Campo 9) obrigatório;
- ✓ Preencha o campo da Natureza da Lesão (Imagem 011 p.49/Campo 10) não obrigatório;
- ✓ Clique em Solicitar (Imagem 011 p.49/Campo 12) para confirmação dos dados;

Passo 5:

- ✓ Imprima o Laudo de Solicitação de AIH.

SOLICITAÇÃO DE AIH SEM CNS.

Altere apenas o passo 1:

Passo 1:

- ✓ Clique em Solicitar (Imagem 003 p.12/Campo 6.1);
- ✓ Clique em Internação (Imagem 004 p.12/Campo B);
- ✓ Digite o Nome do Paciente (Imagem 005 p.40/Campo 2);
- ✓ Digite o Nome da Mãe do Paciente (Imagem 005 p.40/Campo 3);
- ✓ Digite a Data de Nascimento do Paciente (Imagem 005 p.40/Campo 4);
- ✓ Digite o Código SIH (Imagem 005 p.40/Campo 5);
- ✓ Clique em Checar (Imagem 005 p.40/Campo 6);
- ✓ Verifique a Descrição do Procedimento (Imagem 005 p.40/Campo 7);
- ✓ Selecione o CID (Imagem 005 p.40/Campo 8);
- ✓ Selecione a Clínica (Imagem 005 p.40/Campo 9);
- ✓ Selecione o nome do Profissional Solicitante (Imagem 005/Campo 10);
- ✓ Selecione o Caráter da Solicitação (Imagem 005 p.40/Campo 11);
- ✓ Verifique a Descrição do Caráter (Imagem 005 p.40/Campo 12);
- ✓ Verifique a Prioridade da Solicitação (Imagem 005 p.40/Campo 13)
- ✓ Clique em OK para confirmar a operação (Imagem 005 p.40/Campo 14)

Passo 2.A:

- ✓ Verifique a resposta do Cartão (Imagem 006 p.43, 007 p.44 e 008 p.45);
- ✓ Caso a resposta seja positiva, selecione o paciente (Imagem 006, 007 e 008)
- ✓ Selecione o Paciente (Imagem 006 p.43, 007 p.44 e 008 p.45/Campo 1);
- ✓ Clique em Continuar (Imagem 006 p.43, 007 p.44 e 008 p.45/Campo 4);

Passo 2.B:

- ✓ Verifique a resposta do Cartão (Imagem 006 p.43, 007 p.44 e 008 p.45);
- ✓ Caso a resposta negativa selecione o paciente (Imagem 006 p.43, 007 p.44 e 008 p.45)
- ✓ Clique em Nenhum Deles (Imagem 006 p.43, 007 p.44 e 008 p.45/Campo 2);
- ✓ Clique em Continuar (Imagem 006 p.43, 007 p.44 e 008 p.45/Campo 4);

Passo 2.C:

- ✓ Caso resposta seja Paciente Não Encontrado;
- ✓ Clique em Cadastrar;

Passo 3:

- ✓ Verifique cadastro do paciente (Imagem 009 p.46/Campos 1 a 20) ou (Imagem 010 p.48/Campos 1 a 21);
- ✓ Caso exista ausência de algum dado, preencha;
- ✓ Clique em Continuar (Imagem 009 p.46 ou 010 p.48/Campo 20);

Passo 4:

- ✓ Verifique o cadastro do Laudo de AIH (Imagem 011 p.49);
- ✓ Selecione o Município Regulador (Imagem 011 p.49/Campo 1);
- ✓ Selecione a Unidade Desejada (Imagem 011/Campo 2) não obrigatório;
- ✓ Preencha a Data Desejada (Imagem 011 p.49/Campo 3) não obrigatório;
- ✓ Preencha o Nome do Responsável (Imagem 011 p.49/Campo 4) não obrigatório;
- ✓ Preencha o Telefone de Contato do Responsável (Imagem 011 p.49/Campo 5) não obrigatório;
- ✓ Selecione o Leito Complementar (Imagem 011 p.49/Campo 6) caso necessário;
- ✓ Digite os Principais Sinais e Sintomas Clínicos (Imagem 011 p.49/Campo 7) obrigatório;

- ✓ Digite os Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Imagem 011 p.49/Campo 8) obrigatório;
- ✓ Digite as Condições que Justificam a Internação (Imagem 011 p.49/Campo 9) obrigatório;
- ✓ Preencha o campo da Natureza da Lesão (Imagem 011 p.49/Campo 10) não obrigatório;
- ✓ Clique em Solicitar (Imagem 011 p.49/Campo 12) para confirmação dos dados;

Passo 5:

- ✓ Imprima o Laudo de Solicitação de AIH.

6.1.B SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Ao selecionar o item B = Internação teremos a seguinte tela.

Imagem 005

A imagem mostra a interface de solicitação de internação. No topo, há uma seção 'Solicitação' com dois botões de opção: 'Ambulatorial' (desselecionado) e 'Internação' (selecionado). Abaixo, há campos para 'Cartão Nacional de Saúde', 'Nome', 'Nome da Mãe' e 'Data de Nascimento'. A seção seguinte, 'Informações da Solicitação', contém: 'Código SIH' com um botão 'Checar', 'Descrição', 'CID' (menu suspenso), 'Clínica' (menu suspenso), 'Profissional Solicitante' (menu suspenso), 'Caráter' (menu suspenso), 'Descrição' e 'Prioridade' (menu suspenso). Um botão 'OK' está na base da seção. Quinze setas numeradas de 1 a 14 apontam para elementos específicos: 1 (Cartão Nacional de Saúde), 2 (Nome), 3 (Nome da Mãe), 4 (Data de Nascimento), 5 (Código SIH), 6 (Checar), 7 (Descrição), 8 (CID), 9 (Clínica), 10 (Profissional Solicitante), 11 (Caráter), 12 (Descrição), 13 (Prioridade) e 14 (OK).

1. **Cartão Nacional de Saúde** – Campo para a inserção do código CNS com 15 dígitos;
2. **Nome** – Campo para a inserção do nome completo do paciente;
3. **Nome da Mãe** – Campo para a inserção do nome completo da mãe do paciente;
4. **Data de Nascimento** – Campo para a inserção da data de nascimento do paciente;
5. **Código SIH** – Campo para a inserção do código do procedimento do Sistema de Informações Hospitalares;
6. **Checar** – Botão para a verificação se, o código SIH é válido ou não;
7. **Descrição** – Campo para a apresentação da descrição do procedimentos SIH conforme validação do código;
8. **CID** – Campo para a seleção do Código Internacional de Doenças compatível com o procedimento válido;
9. **Clínica** – Campo para a seleção da clinica responsável pelo execução do procedimento válido;
10. **Profissional Solicitante** – Campo para a identificação do profissional médico responsável pela solicitação do procedimento;
11. **Caráter** – Campo para a seleção do caráter compatível com o procedimento e clínica;

- 12. **Descrição** – Área para a exibição da descrição do caráter conforme seleção anterior;
- 13. **Prioridade**: Campo para a exibição da prioridade conforme descrição do caráter;
- 14. **OK** – Botão para a confirmação dos dados (campos 1 a 13)

6.1.B1 RESPOSTA PARA BUSCA CNS

Após a inserção dos dados na tela inicial (imagem 005), será realizada a consulta do Cartão Nacional de Saúde que acontecerá através da inserção do Número CNS de 15 dígitos, ou Nome do Paciente + Nome da Mãe + Data de nascimento do paciente, podendo apresentar as seguintes respostas.

6.1.B2 RESPOSTA CNS PARA BUSCA VIA NÚMERO DE 15 DIGITOS

No caso de busca de usuários através do número CNS de 15 dígitos, serão obtidas 3 respostas:

a) Paciente Não Encontrado – Tente Novamente

O número de cartão apresentado ainda não encontra-se na base nacional CNS e nem na base SISREG.

b) Resposta não contendo número CNS

Paciente encontrado na Base Nacional CNS:

Imagem 006

1. Campo para a seleção dos dados do paciente compostos por nome completo, nome da mãe, município e UF de residência e data de nascimento;
 2. **Nenhum deles** – Campo para descarte dos dados apresentados não sendo compatíveis com dados desejados;
 3. **Cancelar** – Botão para caso de desistência do processo de solicitação;
 4. **Continuar** – Botão para a confirmação do dado selecionado;
- A** – A não apresentação do número CNS neste local é o indicativo de que os dados deste paciente tem como origem a Base Nacional CNS.

c) Resposta contendo número CNS

Paciente encontrado na Base SISREG:

Imagem 006

1. Campo para a seleção dos dados do paciente compostos por nome completo, nome da mãe, município e UF de residência e data de nascimento;
 2. **Nenhum deles** – Campo para descarte dos dados apresentados não sendo compatíveis com dados desejados;
 3. **Cancelar** – Botão para caso de desistência do processo de solicitação;
 4. **Continuar** – Botão para a confirmação do dado selecionado;
- A** – O número CNS neste local é o indicativo de que os dados deste paciente tem como origem a Base de Dados SISREG.

6.1.B3 RESPOSTA CNS PARA BUSCA VIA NOME + NOME DA MÃE + DATA DE NASCIMENTO

No caso de busca de usuários através do NOME + NOME DA MÃE + DATA DE NASCIMENTO, serão obtidas três respostas:

d) Paciente Não Encontrado – Tente Novamente

Não foi encontrado na Base Nacional CNS e nem na Base da Dados SISREG usuários que possuam os dados inseridos pelo operador;

e) Múltiplas Respostas

Conjunto dos dados solicitados compatível com parte dos dados recebidos (Pesquisa Fonética).

Imagem 007



1. Relação de pacientes encontrados com dados coincidentes;
2. **Nenhum deles** – Campo para descarte dos dados apresentados não sendo compatíveis com dados desejados;
3. **Cancelar** – Botão para caso de desistência do processo de solicitação;
4. **Continuar** – Botão para a confirmação do dado selecionado;

Obs.: No caso de busca fonética o sistema poderá gerar uma relação infinita de respostas, por tanto, passe as informações para o sistema de forma correta, solicite sempre um documento de identificação ao usuário SUS, com este documento em mão os dados de solicitação terão exatidão e o número de respostas será reduzido e mais eficiente.

f) Respostas Exata

Os dados inseridos na busca foram exatos e bateram corretamente com dados encontrados na Base do Cartão Nacional de Saúde ou na Base de Dados SISREG.

Imagem 008

1. Campo para a seleção dos dados do paciente compostos por nome completo, nome da mãe, município e uf de residência e data de nascimento;
2. **Nenhum deles** – Campo para descarte dos dados apresentados não sendo compatíveis com dados desejados;
3. **Cancelar** – Botão para caso de desistência do processo de solicitação;
4. **Continuar** – Botão para a confirmação do dado;

6.1.B4 CONFIRMAÇÃO

Após confirmação dos dados do paciente apresentados no retorno do Cartão Nacional de Saúde e clicar em continuar teremos a seguinte tela:

6.1.B4.A CONFIRMAÇÃO DE RESPOSTA CNS ou SISREG (imagens 006, 007 e 008 – campo 1).

Tela para confirmação de dados cadastrais:

Imagem 009

A imagem mostra a tela de confirmação de dados cadastrais do paciente, dividida em duas seções principais: 'Dados do Paciente' e 'Dados Residenciais'. O formulário contém campos para nome, raça, filiação (pai e mãe), data e UF de nascimento, sexo e naturalidade. A seção de dados residenciais inclui logradouro, endereço, número, CEP, cidade, bairro, UF, telefone residencial e unidade de referência. No final da tela, há dois botões: 'Cancelar' e 'Continuar'. Vinte pontos de referência numerados (1 a 20) são colocados sobre o formulário para indicar os campos de interesse.

1. **Nome do Paciente** – Campo para a verificação e correção do nome do paciente (Usuário SUS);
2. **Raça** – Campo para a verificação e correção da raça do paciente (Usuário SUS);
3. **Filiação – Pai** – Campo para a verificação e correção do nome do pai do paciente (Usuário SUS);
4. **Filiação – Mãe** – Campo para a verificação e correção do nome da mãe do paciente (Usuário SUS);

5. **Data de Nascimento** – Campo para a verificação e correção da data de nascimento do paciente (Usuário SUS);
6. **Sexo** – Campo para Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);
7. **UF de Nascimento** – Campo para a verificação e correção da unidade federativa de nascimento do paciente (Usuário SUS);
8. **Naturalidade** – Campo para a verificação e correção do município de nascimento do paciente (Usuário SUS);
9. **Logradouro** – Campo para a verificação e correção do tipo de logradouro do paciente (Usuário SUS);
10. **Endereço** – Campo para a verificação e correção do nome do logradouro do paciente (Usuário SUS);
11. **Complemento** – Campo para a verificação e correção do complemento do nome do logradouro do paciente (Usuário SUS);
12. **Número** – Campo para a verificação e correção do número da residência do paciente (Usuário SUS);
13. **Bairro** – Campo para a verificação e correção do nome do bairro de localização da residência do paciente (Usuário SUS);
14. **CEP** – Campo para a verificação e correção do código de endereçamento postal referente ao logradouro residencial do paciente (Usuário SUS);
15. **UF** – Campo para a verificação e correção da unidade federativa de residência do paciente (Usuário SUS);
16. **Cidade** – Campo para a verificação e correção do município residencial do paciente (Usuário SUS);
17. **Telefone Residencial ou para Recado** – Campo para a inserção do número de telefone pessoal ou para recados do paciente (Usuário SUS);
18. **Unidade de Referência** – Campo para a seleção da unidade de saúde mais próxima da residência do paciente (Usuário SUS) e/ou unidade de cobertura de programa de saúde da família;
19. **Cancelar** – Botão para cancelamento das possíveis alterações;
20. **Continuar** – Botão para a confirmação dos dados e/ou possíveis alterações realizadas no cadastro de pacientes (Usuários SUS).

6.1.B4.B CADASTRO PARA PACIENTE NÃO ENCONTRADO (6.1.4 – a) ou NENHUM DELES (imagens 006, 007 e 008 – campo 2).

Ao clicar em continuar nos caso “Paciente Não Encontrado” ou “Nenhum deles” teremos a seguinte tela:

Imagem 010

Dados do Paciente

*Nome do Paciente: maria salustiana de aquino (1)

*Raça: Branca (2)

Filiação:

Pai: (3)

*Mãe: Josefa salustiana aquino (4)

*Data de Nascimento: 23/06/1978 (5)

*Sexo: Feminino (6)

*UF de Nascimento: Selecione a UF (7)

*Naturalidade: Selecione a cidade (8)

Dados Residenciais

*Logradouro: Selecione o Tipo (9)

*Endereço: (10)

Complemento: (11)

*Número: (12)

*Bairro: (13)

*CEP: (14)

*UF: Selecione a UF (15)

*Cidade: Selecione a cidade (16)

Telefone Residencial ou para Recado: (17)

Unidade de Referência: Selecione a Unidade (18)

Observações:

Motivo de Cadastro: OUTROS (21)

Cancelar (19) Continuar (20)

Os campos 1 a 20 serão os mesmos da imagem 009.

Apenas o campo 21 “**Motivo de Cadastro**” será acrescentado para os pacientes que forem cadastrados no CNS pela primeira vez.

6.1.B5 CADASTRANDO LAUDO DE AIH.

O laudo irá apresentar algumas informações originadas nas telas anteriores e outros para preenchimento:

Imagem 011

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante: HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA
 Município Desejado: 1 ARAPIRACA
 Unidade Desejada: 2 Sem Preferencia
 CNES: 2005050
 Data Desejada: 3

Dados do Paciente

Nome do Paciente: MARIA SALUSTIANA DE AQUINO
 Data de Nascimento: 23.06.1978
 Sexo: Feminino
 Telefone: 898000734349957
 Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro: CONJUNTO - LAGOA GRANDE - 45 - lado norte - SANTEIRO
 Município: FEIRA DE SANTANA
 UF: BA
 CEP: 78844512
 Responsável: 4
 Telefone de Contato: 5

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante: 133.985.634-49
 Nome do Médico Solicitante: ANTONIO CRUZ DOS SANTOS
 Diagnóstico Inicial: GRAVIDEZ DUPLA
 CID: O300
 Prioridade: Eletiva
 Caráter: 01 - Eletivo - A AIH é emitida antes da internação pelo Órgão Emissor Local. Uma vez autorizada, a AIH terá validade de 15 (quinze) dias a contar da data da emissão, exceto para as AIH com diagnóstico de Parto, emitida para gestantes, tem validade até a data do parto.
 Procedimento Solicitado: PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
 Código: 0411010026
 Especialidade: OBSTETRICO - OBSTETRICIA CIRURGICA
 Leito Complementar: 6 Nenhum

Laudo Técnico e Justificativa do Procedimento

*Principais Sinais e Sintomas Clínicos: 7
 *Principais Resultados de Provas Diagnósticas: 8
 *Condições que Justifica a Internação: 9
 Preencher com a natureza da lesão: 10
 Leve Grave Gravissima
 11 Cancelar 12 Solicitar

São campos editáveis no Laudo AIH :

- 1. Município Desejado** – Campo para a identificação do município responsável pela regulação/execução do procedimento solicitado;
- 2. Unidade Desejada** – Campo de preenchimento opcional, responsável pela Identificação da unidade de saúde localizada no município regulador/executante responsável pela realização do procedimento solicitado;

3. **Data desejada** – Campo de preenchimento opcional para a tentativa da realização do procedimento em data sugerida pelo paciente;
4. **Responsável** – Campo para a identificação da pessoa responsável pela entrada e acompanhamento do paciente durante o atendimento médico hospitalar (Parente ou Amigo que possa tomar as providencia necessárias junto ao paciente e/ou profissionais de saúde);
5. **Telefone de Contato** – Campo para a identificação do número telefônico de contato com o responsável pelo paciente;
6. **Leito Complementar** – Campo para a identificação de leito complementar, caso seja necessário a sua reserva junto a reserva do leito e procedimento principal;
7. **Principais Sinais e Sintomas Clínicos** – Campo para a transcrição das informações de Principais Sinais e Sintomas de forma fidedigna as apresentadas no laudo assinado pelo profissional médico solicitante;
8. **Principais Resultados de Provas Diagnósticas** - Campo para a transcrição das informações dos Principais Resultados de Provas Diagnósticas de forma fidedigna as apresentadas no laudo assinado pelo profissional médico solicitante;
9. **Condições que Justificam a Internação** – Campo para a transcrição das informações das Condições que Justificam a Internação de forma fidedigna as apresentadas no laudo assinado pelo profissional médico solicitante;
10. **Preenchimento com a natureza da lesão** – Campos para preenchimento em caso de acidente, indicativo de natureza e gravidade da lesão, conforme o caráter selecionado (imagem 005, campo 11) será possível a visualização de outros campos complementares;
11. **Cancelar** – Botão para uso em caso de desistência dos dados preenchidos na solicitação;
12. **Solicitar** – Botão para a confirmação dos dados e visualização da tela de impressão de solicitação de AIH.

6.1.B6 LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE AIH.

Após confirmação dos dados da solicitação com um clique em Solicitar (imagem 011 – Campo 12) teremos a apresentação do Laudo de Solicitação de AIH, que será visualizado pelo Operador Solicitante para impressão e pelo Operador Regulador para Autorização, Devolução ou Negação, conforme julgamento dos dados clínicos apresentados.

Imagem 012

Código 864502

Identificação da Unidade			
Unidade Solicitante: HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA		CNES: 2005050	
Unidade Desejada: HOSPITAL DO ACUCAR		CNES: 2006448	
Data Desejada	14.07.2008		
Dados do Paciente			
Unidade Referencia: USF DO PEQUI PSF 01		CNES: 2771144	
Nome do Paciente MARIA SATU		CNS: 898000777027838	
Data de Nascimento: 01.01.1981	Sexo: Feminino	Telefone: 0123456789012345678901234	
Logradouro, Endereço, N°, Complemento, Bairro AVENIDA CONTORNO - LAGOA DOS VENTOS - 45 - PRAINHA - CENTRO		UF: BA	
Município EUNAPOLIS		CEP: 4688000	
Nome do Responsável Não Informado		Telefone do Responsável Não Informado	
Dados da Solicitação			
CPF do Médico Solicitante: 06055545446		Nome do Médico Solicitante: ANA TEREZA SOARES DONATO	
Diagnóstico Inicial: GRAVIDEZ DUPLA	CID: O300	Prioridade Eletiva	
Caráter 01 - Eletivo - A AIH é emitida antes da internação pelo Órgão Emissor Local. Uma vez autorizada, a AIH terá validade de 15 (quinze) dias a contar da data da emissão, exceto para as AIH com diagnóstico de Parto, emitida para gestantes, tem validade até a data do parto.			
Clínica: OBSTETRICO - OBSTETRICIA CIRURGICA		Clínica Complementar: Nenhuma	
Procedimento Solicitado: PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO		Código: 0411010026	
Laudo Técnico e Justificativa da Internação			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos: Aproximadamente 37 semanas de gestação, circunferência abdominal acima de 85 cm			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas: USG apontando posicionamento de fetos não apropriado para nascimento espontâneo, Patológico (HEM + GLI + COL +) Normal, PA. 80x126			
Condições que Justificam a Internação: A cirurgia tem como finalidade manter integridade física da gestante, bem com dos futuros RNs reduzindo o risco de complicações			
Natureza da Lesão			
Parecer			
Situação: Pendente		Operador Solicitante: DATASUS_SOL_ARAPI	
Motivo de Impedimento do Regulador			
Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)		CRM	Data 09.07.2008 - 12:06:03

Autorização Ambulatorial

AUTORIZAÇÃO AMBULATORIAL.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique menu Autorizar – Autorizar Amb (Imagem 016A p. 61/Campo A);
 - **O primeiro da lista** (Imagem 017A p. 61);
- ✓ Clique no primeiro laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);
 - **Laudo Específico** (Imagem 017A p. 61);

Por número do Cartão Nacional

- ✓ Digite o CNS (Imagem 017A p. 61/Campo 1);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Unidade Solicitante

- ✓ Digite o CNES (Imagem 017A p. 61/Campo 2);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Código do Procedimento

- ✓ Indique a opção Código do Procedimento (Imagem 017A/Campo 3);
- ✓ Preencha o código de 8 dígitos (Imagem 017A p. 61/Campo 5);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Código do Procedimento Unificado

- ✓ Indique a opção Código do Procedimento Unificado (Imagem 017A p. 61/Campo 4);
- ✓ Preencha o código de 10 dígitos (Imagem 017A p. 61/Campo 5);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Pelo Nome do Paciente

- ✓ Preencha a opção Nome do Paciente (Imagem 017A p. 61/Campo 6);
- ✓ Preencha período inicial (Imagem 017A p. 61/Campo 7);
- ✓ Preencha período final (Imagem 017A p. 61/Campo 8);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Passo 2:

- ✓ Realize análise dos dados (Imagem 018A p. 63/Campo 1 a 34);
- ✓ Selecione a opção Autorizar (Imagem 018A p. 63/Campo 35);
- ✓ Clique em Aplicar (Imagem 018A p. 63/Campo 40);

Passo 3:

- ✓ Verifique a existência de Vaga (Imagem 019A p. 68/Campo 1);
- ✓ Selecione a data, horário e profissional executante (Imagem 019A p. 68/Campos 2 a 4);
- ✓ Clique em Marcar (Imagem 019A p. 68/Campo 7);

ENVIO DA REGULAÇÃO PARA A FILA.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique menu Autorizar – Autorizar Amb (Imagem 016A p. 61/Campo A);
 - **O primeiro da lista** (Imagem 017A p. 61);
- ✓ Clique no primeiro laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);
 - **Laudo Específico** (Imagem 017A p. 61);

Por número do Cartão Nacional

- ✓ Digite o CNS (Imagem 017A p. 61/Campo 1);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Unidade Solicitante

- ✓ Digite o CNES (Imagem 017A p. 61/Campo 2);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Código do Procedimento

- ✓ Indique a opção Código do Procedimento (Imagem 017A/Campo 3);
- ✓ Preencha o código de 8 dígitos (Imagem 017A p. 61/Campo 5);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Código do Procedimento

- ✓ Indique a opção Código do Procedimento Unificado (Imagem 017A p. 61/Campo 4);
- ✓ Preencha o código de 10 dígitos (Imagem 017A p. 61/Campo 5);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Pelo Nome do Paciente

- ✓ Preencha a opção Nome do Paciente (Imagem 017A p. 61/Campo 6);
- ✓ Preencha período inicial (Imagem 017A p. 61/Campo 7);
- ✓ Preencha período final (Imagem 017A p. 61/Campo 8);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Passo 2:

- ✓ Realize análise dos dados (Imagem 018A/Campo 1 a 34);
 - **Procedimento Não Regulado Com Vaga**
- ✓ Caso o julgamento do Médico Regulador Autorizador seja de não urgência;
- ✓ Selecione Fila de Espera (Imagem 018A p. 63/Campo 30);
- ✓ Clique em Aplicar (Imagem 018A p. 63/Campo 40);
 - **Procedimento Não Regulado Sem Vaga**
- ✓ Selecione a opção Autorizar (Imagem 018A p. 63/Campo 35);
- ✓ Clique em Aplicar (Imagem 018A p. 63/Campo 40);

Passo 3:

- ✓ Verifique a mensagem “Vaga Não Encontrada” (Imagem 020A p. 69);
- ✓ Selecione o Fila de Espera (Imagem 020A p. 69/Campos 2);
- ✓ Clique em Enviar (Imagem 020A p. 69/Campo 3);

DEVOLUÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique menu Autorizar – Autorizar Amb (Imagem 016A p. 61/Campo A);
 - **O primeiro da lista** (Imagem 017A p. 61);
- ✓ Clique no primeiro laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);
 - **Laudo Específico** (Imagem 017A p. 61);

Por número do Cartão Nacional

- ✓ Digite o CNS (Imagem 017A p. 61/Campo 1);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Unidade Solicitante

- ✓ Digite o CNES (Imagem 017A p. 61/Campo 2);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Código do Procedimento

- ✓ Indique a opção Código do Procedimento (Imagem 017A/Campo 3);
- ✓ Preencha o código de 8 dígitos (Imagem 017A p. 61/Campo 5);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Código do Procedimento

- ✓ Indique a opção Código do Procedimento Unificado (Imagem 017A p. 61/Campo 4);
- ✓ Preencha o código de 10 dígitos (Imagem 017A p. 61/Campo 5);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Pelo Nome do Paciente

- ✓ Preencha a opção Nome do Paciente (Imagem 017A p. 61/Campo 6);
- ✓ Preencha período inicial (Imagem 017A p. 61/Campo 7);
- ✓ Preencha período final (Imagem 017A p. 61/Campo 8);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Passo 2:

- ✓ Realize análise dos dados (Imagem 018A p. 63/Campo 1 a 34);
- ✓ Selecione Devolvido (Imagem 018A p. 63/Campo 37);
- ✓ Preencha a justificativa (Imagem 021A p. 70/Campo 37a);
- ✓ Clique em Aplicar (Imagem 021A p. 70/Campo 40);

NEGAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique menu Autorizar – Autorizar Amb (Imagem 016A p. 61/Campo A);
 - **O primeiro da lista** (Imagem 017A p. 61);
- ✓ Clique no primeiro laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);
 - **Laudo Específico** (Imagem 017A p. 61);

Por número do Cartão Nacional

- ✓ Digite o CNS (Imagem 017A p. 61/Campo 1);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Unidade Solicitante

- ✓ Digite o CNES (Imagem 017A p. 61/Campo 2);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Código do Procedimento

- ✓ Indique a opção Código do Procedimento (Imagem 017A/Campo 3);
- ✓ Preencha o código de 8 dígitos (Imagem 017A p. 61/Campo 5);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Por Código do Procedimento

- ✓ Indique a opção Código do Procedimento Unificado (Imagem 017A p. 61/Campo 4);
- ✓ Preencha o código de 10 dígitos (Imagem 017A p. 61/Campo 5);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Pelo Nome do Paciente

- ✓ Preencha a opção Nome do Paciente (Imagem 017A p. 61/Campo 6);
- ✓ Preencha período inicial (Imagem 017A p. 61/Campo 7);
- ✓ Preencha período final (Imagem 017A p. 61/Campo 8);
- ✓ Clique em OK (Imagem 017A p. 61/Campo 10);
- ✓ Clique no laudo na lista (Imagem 017A p. 61/Campo 19);

Passo 2:

- ✓ Realize análise dos dados (Imagem 018A p. 63/Campo 1 a 34);
- ✓ Selecione Negado (Imagem 018A p. 63/Campo 38);
- ✓ Preencha a justificativa (Imagem 022A p. 71/Campo 38a);
- ✓ Clique em Aplicar (Imagem 022A p. 71/Campo 40);

6.2 AUTORIZAR.

Menu de acesso para autorização dos Laudos de Solicitação Procedimentos Regulados e Laudos de Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

Imagem 016A



6.2.A AUTORIZAR AMB.

Acesso as Solicitações Ambulatoriais a serem autorizadas pelo Profissional Médico Regulador/Autorizador.

Imagem 017A

Para filtrar uma determinada solicitação, utilize os campos abaixo e clique nas opções que desejar.

Consulta Solicitações Ambulatoriais

1 → CNS:

2 → CNES:

3 → Cód. Procedimento Cód. Procedimento Unificado ← 5

6 → Nome Procedimento:

7 → Período: a ← 8

9 → ← 10

Data	Pri	Paciente	Procedimento	Unidade	Situação
10.01.2008	N	LENY DE MACENA SILVA	CONSULTA EM ORTOPEDIA	USF PAU DARCO	Pendente
10.01.2008	N	FABRÍCIO FERREIRA DE SOUZA	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	USF PAU DARCO	Pendente
11.01.2008	N	CLEIA ELENITA DOS SANTOS	CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	USF PRIMAVERA	Pendente
15.01.2008	N	WEFFERSON SILVIA DOS SANTOS	GRUPO 13 - RADIODIAGNOSTICO	USF CACIMBAS	Pendente

12 → Data 13 → Pri 14 → Paciente 15 → SOLICITAÇÕES - 10 16 → Unidade 17 → Situação

Página 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 ← 18

Consulta Solicitações Ambulatoriais:

- CNS** – Campo para a inserção do número do Cartão Nacional de Saúde do paciente em caso de busca por paciente específico;
- CNES** – Campo para a inserção do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Unidade de Saúde Solicitante em caso de busca de laudos de uma mesma unidade solicitante;
- Cód. Procedimento** – Opção para buscar laudos pelo código de procedimentos de 8 caracteres (Código SIA antigo);
- Cód. Procedimento Unificado** - Opção para buscar laudos pelo código de procedimentos de 10 caracteres (Tabela de Procedimentos Unificada);

5. Campo para a inserção do código do procedimento conforme o tipo de codificação solicitada (Campo 4) 8 dígitos, ou (Campo 5) 10 dígitos;
6. **Nome do Procedimento** – Campo para a inserção e busca de laudo pelo nome ou parte do nome do procedimento;
7. **Período Inicial** – Data do início do período de busca de laudos de solicitação de procedimentos;
8. **Período Final** - Data final do período de busca de laudos de solicitação de procedimentos;
9. **Limpar** – Botão para a liberação dos campos para realização de uma nova pesquisa;
10. **OK** – Botão para a confirmação dos dados inseridos e disparo da pesquisa;

Contador

11. **Solicitações** – Identificação do número de laudos apresentados;

Tabela de resultado de pesquisa

12. **Data** – Identificação da data de entrada do laudo no sistema;
13. **Pr** – Prioridade, identificação se a solicitação é normal ou de urgência;
14. **Paciente** – Nome do paciente (Usuário SUS) que necessita do serviço solicitado;
15. **Procedimento** – Identificação do procedimento ou grupo de procedimento solicitado no laudo;
16. **Unidade** – Identificação da unidade de saúde responsável pela inserção do laudo no sistema;
17. **Situação** – Identificação do Status do Laudo;
18. **Página** – Identificação da quantidade de páginas e passador;
19. Seleção de dados para abertura de laudo;

6.2.A1 LAUDO PARA AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO.

Após a seleção dos dados de uma solicitação de procedimento ambulatorial (Imagem 017A/Campo 19) teremos o Laudo na íntegra para análise, aprovação, negação ou devolução.

Imagem 018A

Nº Solicitação: 715483

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: USF DR DANIEL HOULY ← 2 CNES: 3478920 ← 3 Operador: USF DANIEL HOULY ← 4 Videofonista: ← 5

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: VALDICE CRECENCIO VERISSIMO LOPES ← 6 CNS: 898000734296330 ← 7

Nome do Responsável: JOSEFA CRESECIO VERISSIMO ← 8 UF: AL ← 9

Logradouro: RUA ← 10 Endereço: SÃO NICOLAU ← 11 Complemento: ← 12 Número: 287 ← 13

Bairro: BRASILIA ← 14 Município: ARAPIRACA ← 15 CEP: ← 16

Telefone: ← 17 Data Nascimento: 15/09/1970 ← 18 Sexo: Feminino ← 19

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante: 468.904.914-91 ← 20 Nome Médico Solicitante: ADELIA LUCIA FERREIRA LEITE ← 21

Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS ← 22 CID: R.68 ← 23 Caráter/Prioridade: Normal ← 24

Unidade Desejada: V CENTRO DE SAUDE DR UBIRATAN ← 25 Data Desejada: ← 26

Procedimentos Solicitados: CONSULTA EM NUTRICAO ← 27 Código: 0301010048 ← 28

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)

Regulação ← 29 Fila de Espera ← 30

NÃO HÁ OBSERVAÇÃO REGISTRADA ← 31

Situação Atual: PENDENTE ← 32

Assinatura do Médico solicitante (examinador): _____ CRM: _____ Data: 14/12/2007 ← 33

AVISOS DO MUNICÍPIO

- "LEITE MATERNO, O MELHOR PRODUTO NA MAIS BELA EMBALAGEM," AMAMENTE SEU FILHO. ← 34

SITUAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Autorizado ← 35 Pendente ← 36 Devolvido ← 37 Negado ← 38

← 39 ← 40

1. **Nº Solicitação** – Número para identificação e localização de um laudo de solicitação de procedimento ambulatorial;

Identificação da Unidade:

2. **Nome** – Nome da unidade de saúde onde o Laudo de Solicitação foi inserido no sistema;
3. **CNES** – Código de identificação da unidade de saúde junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
4. **Operador** – Identificação do operador responsável pela inserção dos dados da solicitação no sistema;

- 5. Videofonista** – Identificação do operador que recebeu as informações via telefone e realizou sua inserção no sistema (apenas para localidades onde não haja possibilidades de informatização);

Dados do Paciente:

- 6. Nome do Paciente** – Nome do Usuário SUS que será beneficiado em caso de aprovação da solicitação de procedimento ambulatorial;
- 7. CNS** – Número do Cartão Nacional de Saúde para identificação do paciente (Usuário SUS);
- 8. Nome do Responsável** – Identificação do responsável pelo paciente (Usuário SUS);
- 9. UF** – Identificação da Unidade Federativa de residência do paciente (Usuário SUS);
- 10. Logradouro** – Identificação do tipo de logradouro de residência do paciente (Usuário SUS);
- 11. Endereço** – Identificação do nome do logradouro residencial do paciente (Usuário SUS);
- 12. Complemento** – Campo para identificação caso exista uma continuação para o nome do logradouro;
- 13. Número** – Número do imóvel residencial do paciente (Usuário SUS);
- 14. Bairro** – Nome do bairro de localização do logradouro residencial do paciente (Usuário SUS);
- 15. Município** – Nome do município residencial do paciente (Usuário SUS);
- 16. CEP** – Código de Endereçamento Postal residencial do paciente (Usuário SUS);
- 17. Telefone** – Número de telefone do paciente (Usuário SUS) ou contato mais próximo;
- 18. Data Nascimento** – Data de nascimento do paciente (Usuário SUS);
- 19. Sexo** – Campo para Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);

Dados da Solicitação

- 20. CPF do Médico Solicitante** – Número do Cadastro de Pessoa Física do profissional médico responsável pela solicitação do procedimento;
- 21. Nome Médico Solicitante** – Nome do profissional médico responsável pela solicitação do procedimento;
- 22. Diagnóstico Inicial** – Descrição do diagnóstico inicial com base no CID informado pelo profissional médico solicitante;
- 23. CID** – Código Internacional de Doenças indicado pelo profissional solicitante após ter examinado o paciente (Usuário SUS);
- 24. Caráter/Prioridade** – Indicativo se a solicitação terá seu fluxo normal, ou existência de algum tipo de urgência;
- 25. Unidade Desejada** – Identificação da unidade executante onde o paciente (Usuário SUS) já realiza acompanhamento ou tratamento;
- 26. Data Desejada** – Indicativo de data na qual o paciente desejaria ser atendido;
- 27. Procedimentos Solicitados** – Descrição do procedimento solicitado em conformidade com a tabela unificada de procedimentos;
- 28. Código** – Código unificado do procedimento solicitado;

Laudo Técnico e Justificativa do Procedimento Solicitado

- 29. Regulação** – Campo indicativo de laudo encaminhado para a regulação (Procedimento Regulado e/ou Procedimento Sem Vaga);
- 30. Fila de Espera** – Campo para em caso de julgamento de não gravidade na solicitação e/ou procedimento não regulado, encaminhar laudo para Fila de Espera;
- 31. Observações** – Informações para análise do profissional médico regulador/autorizador que em conjunto com o CID justifiquem a solicitação do procedimento;
- 32. Situação Atual** – Apresentação do status atual do laudo de solicitação de procedimento ambulatorial;
- 33. Data** – Apresentação da data em que as informações do laudo de solicitação foram inseridas no sistema;
- 34. Avisos Município** – Apresentação de avisos (Informativos) inseridos no laudo pela administração municipal do sistema;

Situação da Solicitação

- 35. Autorizado** – Campo para a indicação do profissional médico regulador/autorizador em autorizar o laudo de solicitação de procedimento ambulatorial;
- 36. Pendente** - Campo para a indicação do profissional médico regulador/autorizador em manter pendente o laudo de solicitação do procedimento ambulatorial;
- 37. Devolvido** - Campo para a indicação do profissional médico regulador/autorizador de devolver ao solicitante o laudo de solicitação de procedimento ambulatorial mediante justificativa;
- 38. Negado** - Campo para a indicação do profissional médico regulador/autorizador de negar o laudo de solicitação de procedimento ambulatorial mediante justificativa;
- 39. Voltar** – Botão para retornar a listagem de solicitações (Imagem 017A);
- 40. Aplicar** – Botão para a abertura dos campos para aplicação de uma das ações indicadas anteriormente (Autorizado, Pendente, Devolvido e Negado);

6.2.A2 ENVIANDO PARA A FILA DE ESPERA.

Após análise do laudo de solicitação de procedimento ambulatorial (imagem 018A/Campos 1 a 34), caso no julgamento do profissional Médico Regulador/Autorizador seja evidenciado que além do procedimento não ser regulado, as informações nele contidas não indiquem a relevante urgência, o operador poderá optar por seu envio para a Fila de Espera mesmo existindo vagas de reserva técnica:

Imagem 018A (fraguimento)

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)

Regulação ← 29 Fila de Espera ← 30

NÃO HÁ OBSERVAÇÃO REGISTRADA ← 31
 Situação Atual: PENDENTE ← 32

Assinatura do Médico solicitante (examinador): _____ CRM _____ Data 14/12/2007 ← 33

AVISOS DO MUNICÍPIO

- "LEITE MATERNO.O MELHOR PRODUTO NA MAIS BELA EMBALAGEM." AMAMENTE SEU FILHO. ← 34

SITUAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Autorizado ← 35 Pendente ← 36 Devolvido ← 37 Negado ← 38

← 39 ← 40

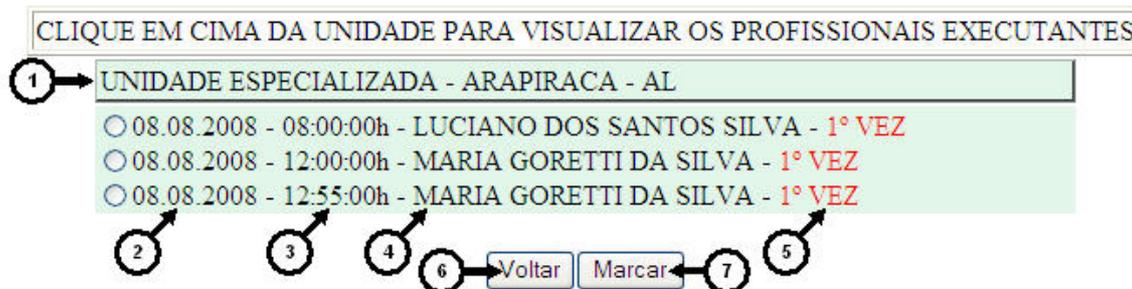
30. Fila de Espera – Indicativo de encaminhamento para a fila de espera mesmo com a existência de vagas de reserva;

40. Aplicar – Confirmação da escolha realizada.

6.2.A3 AUTORIZANDO UMA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO.

Após análise do laudo de solicitação de procedimento ambulatorial (imagem 018A/Campos 1 a 34) optando por Autorizado (campo 35) e Aplicar (Campo 40) teremos a seguinte tela:

Imagem 019A

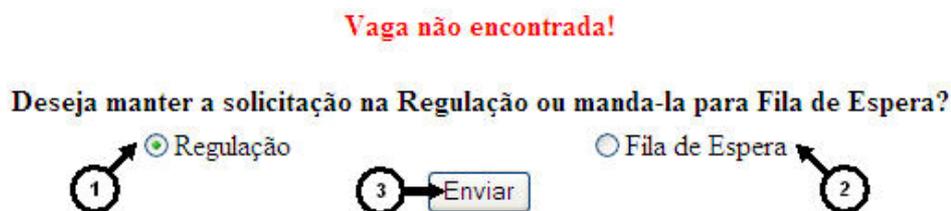


1. Identificação da Unidade Executante e Município Gestor de Execução;
2. Datas disponíveis para agendamento;
3. Horários disponíveis para agendamento;
4. Identificação do profissional executante;
5. Identificação do tipo de vaga disponível (Reserva, 1ª Vez ou Retorno);
6. **Voltar** – Botão para o operador retornar a tela anterior.
7. **Marcar** – Botão para confirmação dos dados selecionados (Data, Horário, Profissional e Tipo de Vaga)

6.2.A4 VAGA NÃO ENCONTRADA.

Após análise do laudo de solicitação de procedimento ambulatorial (imagem 018A/Campos 1 a 34) optando por Autorizado (campo 35) e Aplicar (Campo 40) não havendo vaga disponível teremos a seguinte tela:

Imagem 020A



1. **Regulação** – Opção por manter a solicitação na regulação aguardando a abertura de novas vagas;
2. **Fila de Espera** – Opção para encaminhar a solicitação para a Fila de Espera, caso não seja urgente (quadro clínico avançado);
3. **Enviar** – Botão para a confirmação da escolha realizada.

6.2.A5 DEVOLVENDO UMA SOLICITAÇÃO.

Após análise do laudo de solicitação de procedimento ambulatorial (imagem 018A/Campos 1 a 34) constatada a falta de observações coerentes e ter optado por Devolvido (campo 37) a solicitação será disponibilizada para que o Operador Solicitante busque junto ao Profissional Médico os dados complementares necessários:

Imagem 021A

37. Devolvido – Indicativo da ação de devolver o laudo de solicitação;

37a. Campo para inserção da justificativa da devolução;

39. Voltar – Botão voltar caso haja desistência da ação selecionada;

40. Aplicar – Botão para a confirmação e realização da ação.

6.2.A6 NEGANDO UMA SOLICITAÇÃO.

Após análise do laudo de solicitação de procedimento ambulatorial (imagem 018A/Campos 1 a 34) constatada a não coerência do conjunto de dados e optar por Negado (campo 38) a solicitação será disponibilizada para que o Operador Solicitante seja informado do motivo da retirada do laudo de solicitação no módulo de regulação:

Imagem 022A

38. Negado – Indicativo da ação de negar o laudo de solicitação (tirar do fluxo de regulação);

38a. Campo para inserção da justificativa da devolução;

39. Voltar – Botão voltar caso haja desistência da ação selecionada;

40. Aplicar – Botão para a confirmação e realização da ação selecionada;

Autorização Internação

FLUXO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH

AUTORIZAÇÃO DE AIH.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique no menu Autorizar – Autorizar Int (Imagem 016A p. 81/Campo B);
 - Clique em **AIH Urgente** (Imagem 023B p. 81/Campo 1);
 - Clique em **AIH Eletiva** (Imagem 023B p. 81/Campo 2);
- ✓ Selecione o Laudo na Listagem (Imagem 024B p. 82);

Passo 2:

- ✓ Realize análise do laudo (Imagem 025B p. 83/Campos 1 a 39);
- ✓ Havendo coerência nos dados indique o município executante do procedimento (Imagem 025B p. 83/Campo 40);
- ✓ Selecione a opção “Aprovada” (Imagem 025B p. 83/Campo 41);
- ✓ Clique em “Alterar” (Imagem 025B p. 83/Campo 46) para confirmar a mudança de status da solicitação;

Passo 3:

- ✓ Selecione uma das vagas existentes (Imagem 026B p. 87/Campo 1);
- ✓ Clique em “Reservar Leito” (Imagem 026B p. 87/Campo 7);

DEVOLUÇÃO DE AIH.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique no menu Autorizar – Autorizar Int (Imagem 016A p. 81/Campo B);
 - Clique em **AIH Urgente** (Imagem 023B p. 81/Campo 1);
 - Clique em **AIH Eletiva** (Imagem 023B p. 81/Campo 2);
- ✓ Selecione o Laudo na Listagem (Imagem 024B p. 82);

Passo 2:

- ✓ Realize análise dos dados do laudo (Imagem 025B/Campos 1 a 39);
- ✓ Havendo alguma incoerência nos dados selecione a opção “Devolvida” (Imagem 025B p. 83/Campo 42);
- ✓ Preencha a Justificativa da devolução (Imagem 025B p. 83/Campo 44);
- ✓ Clique em “Alterar” (Imagem 025B p. 83/Campo 46) para confirmar a mudança de status da solicitação;

NEGAÇÃO DE AIH.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique no menu Autorizar – Autorizar Int (Imagem 016A p. 81/Campo B);
 - Clique em **AIH Urgente** (Imagem 023B p. 81/Campo 1);
 - Clique em **AIH Eletiva** (Imagem 023B p. 81/Campo 2);
- ✓ Selecione o Laudo na Listagem (Imagem 024B p. 82);

Passo 2:

- ✓ Realize análise dos dados do laudo (Imagem 025B/Campos 1 a 39);
- ✓ Havendo incoerências nos dados selecione a opção “Negada” (Imagem 025B p. 83/Campo 43);
- ✓ Preencha a Justificativa da negação (Imagem 025B p. 83/Campo 44);
- ✓ Clique em “Alterar” (Imagem 025B p. 83/Campo 46) para confirmar a mudança de status da solicitação;

AUTORIZAÇÃO DE TROCA DE PROCEDIMENTO.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique no menu Autorizar – Autorizar Int (Imagem 016A p. 81/Campo B);
 - Clique em **Mudança Proc.** (Imagem 023B p. 81/Campo 3);
- ✓ Selecione o Laudo na Listagem (Imagem 028B p. 90);

Passo 2:

- ✓ Realize análise dos dados do laudo (Imagem 029B p. 91/Campos 1 a 57);
- ✓ Havendo coerência na solicitação de troca selecione a opção “Aprovada” (Imagem 029B p. 91/Campo 58);
- ✓ Clique em “Alterar” (Imagem 029B p. 91/Campo 62) para confirmar a mudança de status da solicitação;

DEVOLUÇÃO DE TROCA DE PROCEDIMENTO.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique no menu Autorizar – Autorizar Int (Imagem 016A p. 81/Campo B);
 - Clique em **Mudança Proc.** (Imagem 023B p. 81/Campo 3);
- ✓ Selecione o Laudo na Listagem (Imagem 028B p. 90);

Passo 2:

- ✓ Realize análise dos dados do laudo (Imagem 029B p. 91/Campos 1 a 57);
- ✓ Havendo alguma incoerência na solicitação de troca ou “Alerta” (Imagem 031B p. 91/Campo 1);
- ✓ Selecione a opção “Devolvida” (Imagem 031B p. 96/Campo 2);
- ✓ Preencha a justificativa pela devolução (Imagem 031B p. 96/Campo 4);
- ✓ Clique em “Alterar” (Imagem 031B p. 96/Campo 6) para confirmar a mudança de status da solicitação;

CANCELAMENTO DE TROCA DE PROCEDIMENTO.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique no menu Autorizar – Autorizar Int (Imagem 016A p. 81/Campo B);
 - Clique em **Mudança Proc.** (Imagem 023B p. 81/Campo 3);
- ✓ Selecione o Laudo na Listagem (Imagem 028B p. 90);

Passo 2:

- ✓ Realize análise dos dados do laudo (Imagem 029B p. 91/Campos 1 a 57);
- ✓ Havendo incoerência na solicitação de troca ou “Alerta” (Imagem 031B p. 96/Campo 1);
- ✓ Selecione a opção “Cancelada” (Imagem 031B p. 96/Campo 3);
- ✓ Preencha a justificativa pelo cancelamento (Imagem 031B p. 96/Campo 4);
- ✓ Clique em “Alterar” (Imagem 031B p. 96/Campo 6) para confirmar a mudança de status da solicitação;

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ESPECIAL.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique no menu Autorizar – Autorizar Int (Imagem 016A p. 81/Campo B);
 - Clique em **Proc. Especiais** (Imagem 023B p. 81/Campo 4);
- ✓ Selecione o Laudo na Listagem (Imagem 032B p. 97);

Passo 2:

- ✓ Realize análise dos dados do laudo (Imagem 033B p. 98);
- ✓ Havendo coerência na solicitação selecione a opção “Autorizar” (Imagem 033B p. 98/Campo 12);
- ✓ Clique em “OK” (Imagem 033B p. 98/Campo 14) para confirmar a autorização do procedimento solicitado;

NEGAÇÃO DE PROCEDIMENTO ESPECIAL.

Após ter efetuado o login do sistema siga os seguintes passos:

Passo 1:

- ✓ Clique no menu Autorizar – Autorizar Int (Imagem 016A p. 81/Campo B);
 - Clique em **Proc. Especiais** (Imagem 023B p. 81/Campo 4);
- ✓ Selecione o Laudo na Listagem (Imagem 032B p. 97);

Passo 2:

- ✓ Realize análise dos dados do laudo (Imagem 033B p. 98);
- ✓ Havendo alguma incoerência na solicitação preencha a justificativa (Imagem 033B p. 98/Campo 10);
- ✓ Selecione a opção “Negar” (Imagem 033B p. 98/Campo 11);
- ✓ Clique em “OK” (Imagem 033B p. 98/Campo 14) para confirmar a ação;

6.2 AUTORIZAR.

Menu de acesso para autorização dos Laudos de Solicitação Procedimentos Regulados e Laudos de Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

Imagem 016A



6.2.B AUTORIZAR INT.

Acesso as Solicitações de Internação Hospitalar a serem autorizadas pelo Profissional Médico Regulador/Autorizador.

Imagem 023B



1. **AIH Urgente** – Botão de acesso aos Laudos de Solicitação de AIH de Urgência;
2. **AIH Eletiva** – Botão para acesso aos Laudos de Solicitação de AIH de Eletivos;
3. **Mudança Proc.** – Botão para acesso aos Laudos de Solicitação de AIH de para mudança de procedimentos;
4. **Proc. Especiais** – Botão para acesso aos Laudos de Solicitação de Procedimentos Especiais.

6.2.B1 AIH URGENTE OU ELETIVA.

Os Botões “AIH Urgente” ou “AIH Eletiva”, terão indicados em sua face a quantidade de laudos existentes aguardando autorização, ao acessá-lo terá seguinte tela:

Imagem 024B

Solicitação Urgente Pendentes				
Dt. Solicitação	Paciente	Unidade	Clínica	Procedimento
20.05.2008	ROSANGELA MARIA DE SOUZA	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	OBSTETRICIA CIRURGICA	PARTO CESARIANO
20.05.2008	PATRICIA APARECIDA SOARES TEIXEIRA	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	OBSTETRICIA CIRURGICA	PARTO CESARIANO
20.05.2008	CRISTINA RENATA DO ARA	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	OBSTETRICIA CIRURGICA	PARTO CESARIANO
20.05.2008	JANAINA RODRIGUES RIBEIRO	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	OBSTETRICIA CIRURGICA	PARTO CESARIANO
20.05.2008	GABRIELA BARROS DE CARVALHO	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	OBSTETRICIA CIRURGICA	PARTO CESARIANO
20.05.2008	DEBORA CAMPOS LEI	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	OBSTETRICIA CIRURGICA	PARTO CESARIANO
20.05.2008	TAINARA ROBERTA DE OLIVEIRA	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	OBSTETRICIA CIRURGICA	PARTO CESARIANO

- Dt. Solicitação** – Data que o Laudo de Solicitação de AIH foi inserido no sistema;
- Paciente** – Nome do paciente (Usuário SUS) a ser beneficiado com a autorização do laudo;
- Unidade** – Identificação da Unidade de Saúde responsável pela solicitação da Internação;
- Clínica** – Identificação da clínica (tipo de leito) que o procedimento solicitado encontra-se vinculado;
- Procedimento** – Identificação do procedimento solicitado;
- Identificação da seleção de laudo.

6.2.B1.1 LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE AIH.

Ao selecionar o Laudo de Solicitação de AIH ele será aberto para visualização dos dados na íntegra:

Imagem 025B

Código 863783 ← 1

Identificação da Unidade	
Unidade Solicitante: ← 2 HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	CNES: ← 3 2005050
Município Regulador: ← 4 ARAPIRACA	Unidade Desejada: ← 5 Não Informado
Data Desejada	CNES: ← 6
Dados do Paciente	
Unidade Referencia: ← 7 Não Informado	CNES: ← 8
Nome do Paciente: ← 9 ROSANGELA MARIA DE SOUZA	CNS: ← 10 898000654535576
Data de Nascimento: ← 11 15.07.1959	Sexo: ← 12 Feminino
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro: ← 14 QUADRA - QD.07 - 19 - C.J.B - SETOR SUL	Telefone: ← 13 61-3384-1248
Município: ← 16 GAMA	UF: ← 15 DF
Nome do Responsável: ← 18 Não Informado	CEP: ← 17
	Telefone do Responsável: ← 19 Não Informado
Dados da Solicitação	
CPF do Médico Solicitante: ← 20 37625985415	Nome do Médico Solicitante: ← 21 CLAUDIO FERNANDO RODRIGUES SORIANO
Diagnóstico Inicial: ← 22 GRAVIDEZ DUPLA	CID: ← 23 O300
Caráter: ← 25	Prioridade: ← 24 Urgência
2.9 - Quadro compatível com outros tipos de lesões e envenenamentos causados por agentes físicos ou químicos não considerados como acidentes de trajeto de trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência	
Clínica: ← 26 OBSTETRICO - OBSTETRICIA CIRURGICA	Clínica Complementar: ← 27 Nenhuma
Procedimento Solicitado: ← 28 PARTO CESARIANO	Código: ← 29 0411010034
Laudo Técnico e Justificativa da Internação	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos: ← 30 teste	
Principais Resultados de Provas Diagnósticas: ← 31 teste	
Condições que Justificam a Internação: ← 32 teste	
Natureza da lesão: ← 33 Leve	
Parecer	
Situação: ← 34 Pendente	Operador Solicitante: ← 35 REGARAPIRACA
Motivo de Impedimento do Regulador: ← 36	
Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador): ← 37	CRM: ← 38
	Data: ← 39 20.05.2008 - 15:02:54
Alterar Status de Solicitação de Internação	
Procedimento: ARAPIRACA - PARTO CESARIANO ← 40	
<input type="radio"/> Aprovada <input type="radio"/> Devolvida <input type="radio"/> Negada	
Justificativa: ← 41	← 44
← 45	Cancelar Alterar ← 46

1. **Código** – Número de identificação da Solicitação de AIH;

Identificação da Unidade

2. **Unidade Solicitante** – Nome para identificação da Unidade Responsável pela solicitação do procedimento;

3. **CNES** – Código Nacional de Estabelecimento de Saúde da Unidade Solicitante;
4. **Município Regulador** – Identificação do município responsável pela regulação do procedimento;
5. **Unidade Desejada** – Identificação da Unidade de Saúde Desejada para realização do procedimento, caso indicado no momento da solicitação;
6. **CNES** - Código Nacional de Estabelecimento de Saúde da Unidade Desejada caso indicado no momento da solicitação;

Dados do Paciente

7. **Unidade de Referência** – Identificação da Unidade de Saúde que realiza cobertura da região onde reside o paciente (Usuário SUS);
8. **CNES** – Código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da Unidade de Referência;
9. **Nome do Paciente** – Identificação do paciente (Usuário SUS) que será beneficiado com a autorização do procedimentos de internação;
10. **CNS** – Número do Cartão Nacional de Saúde do Paciente (Usuário SUS);
11. **Data de Nascimento** – Data de Nascimento do Paciente (Usuário SUS);
12. **Sexo** – Campo para Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);
13. **Telefone** – Telefone para contato com o paciente;
14. **Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro** – Tipo de logradouro, descrição do endereço, número da residência, complemento e bairro de residência do paciente (Usuário SUS);
15. **UF** – Identificação da Unidade Federativa de residência do paciente (Usuário SUS);
16. **Município** – Identificação do município de residência do paciente (Usuário SUS);
17. **CEP** – Código de Endereçamento Postal do paciente (Usuário SUS);
18. **Nome do Responsável** – Identificação do nome do responsável pelo paciente, caso informado;
19. **Telefone do Responsável** – Telefone para contato com o responsável pelo paciente;

Dados da Solicitação

- 20. CPF do Solicitante** – Número do Cadastro de Pessoa Física do Profissional de Saúde responsável pela solicitação;
- 21. Nome do Médico Solicitante** – Nome do Profissional de Saúde responsável pela solicitação do procedimento;
- 22. Diagnóstico Inicial** – Descrição do Diagnóstico Inicial sugerido pelo Profissional de Saúde responsável pela solicitação do procedimento;
- 23. CID** – Código Internacional de Doenças referente ao diagnóstico apresentado;
- 24. Prioridade** – Indica se a solicitação é de Urgência ou Eletiva (Normal);
- 25. Caráter** – Indica o tipo e natureza em caso de lesão;
- 26. Clínica** – Indica o tipo de leito ao qual será encaminhado o paciente em caso de internação;
- 27. Clínica Complementar** – Indicativo da necessidade de leito complementar (UTI, UTI Neonatal, ...) para a aprovação da internação;
- 28. Procedimento Solicitado** – Descrição do procedimento solicitado;
- 29. Código** – Código Unificado que deu origem a descrição do procedimento solicitado;

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

- 30. Principais Sinais e Sintomas Clínicos** – Descrição dos principais sinais e sintomas conforme relato do médico solicitante;
- 31. Principais Resultados de Provas Diagnósticas** – Descrição dos principais resultados de provas diagnósticas conforme relato do médico solicitante;
- 32. Condições que Justificam a Internação** – Descrição das condições que justificam a internação conforme relato do médico solicitante;
- 33. Natureza da Lesão** – Identificação da natureza da lesão (Leve, Grave ou Gravíssima);

Parecer

- 34. Situação** – Identifica o status atual da solicitação (Pendente, Aprovada, Negada e Devolvida);

- 35. Operador Solicitante** – Identificação do operador responsável pela transcrição das informações para o sistema;
- 36. Motivo de Impedimento do Regulador** – Identifica o motivo de impedimento de autorização caso tenha sofrido intervenção do Regulador/Autorizador;
- 37. Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante** – Campo destinado a assinatura do profissional solicitante em caso de formulário impresso;
- 38. CRM** – Campo para a visualização do CRM – Código do Conselho Regional de Medicina do Profissional Solicitante;
- 39. Data** – Campo para a visualização da data e horário da inserção da solicitação no sistema;
- Alterar Status de Solicitação de Internação**
- 40. Procedimento** – Visualização do procedimento solicitado e nome do município executante;
- 41. Aprovada** – Campo para indicar a possibilidade de aprovação da solicitação;
- 42. Devolvida** – Campo para indicar a possibilidade de devolução da solicitação;
- 43. Negada** – Campo para indicar a possibilidade de negação da solicitação;
- 44. Justificativa** – Campo para inserção do motivo do impedimento no caso do Regulador/Autorizador opte por Devolver ou Negar uma solicitação;
- 45. Cancelar** – Botão cancelar caso haja desistência das ações tomadas anteriormente;
- 46. Alterar** – Botão para a confirmação da ação.

6.2.B1.2 VAGAS DISPONÍVEIS.

Ao optar por aprovada (imagem 025B/Campos 41 e 46) o operador Regulador/Autorizador terá acesso as vagas disponíveis:

Imagem 026B



1. Campos para a seleção das vagas disponíveis;
2. Identificação da Unidade Executante para o procedimento selecionado;
3. Identificação da data disponível;
4. Identificação do município de localização da Unidade Executante;
5. Identificação da Unidade Federativa de localização da Unidade Executante;
6. **Voltar** – Botão para retornar a tela em caso de dúvida ou desistência da aprovação;
7. **Reserva Leito** – Botão para confirmar a reserva do leito conforme Unidade Executante, Data Disponível, Município e UF selecionados.

6.2.B1.3 NENHUMA VAGA ENCONTRADA

Ao optar por aprovada (imagem 025B/Campos 41 e 46) não havendo vaga disponível o operador Regulador/Autorizador verá a seguinte mensagem:

Imagem 027B



1. Mensagem “Nenhuma Vaga Encontrada!”;
2. **Voltar** – Botão para retornar ao laudo e seja possível uma nova análise e tomada de decisão;

6.2.B1.4 DEVOLVENDO UMA SOLICITAÇÃO DE AIH

Ao optar por devolver (imagem 025B/Campo 42) o operador Regulador/Autorizador deverá preencher a Justificativa (campo 44) descrevendo o motivo da devolução.

Imagem 025B

A imagem mostra a interface de usuário para alterar o status de uma solicitação de internação. O título da janela é "Alterar Status de Solicitação de Internação". No topo, há um campo "Procedimento" com o valor "ARAPIRACA - PARTO CESARIANO". Abaixo dele, há três campos de seleção: "Aprovada", "Devolvida" e "Negada". O campo "Justificativa" está vazio. Na base da interface, há dois botões: "Cancelar" e "Alterar".

Alterar Status de Solicitação de Internação

- 40. Procedimento** – Visualização do procedimento solicitado e nome do município executante;
- 41. Aprovada** – Campo para indicar a possibilidade de aprovação da solicitação;
- 42. Devolvida** – Campo para indicar a possibilidade de devolução da solicitação;
- 43. Negada** – Campo para indicar a possibilidade de negação da solicitação;
- 44. Justificativa** – Campo para inserção do motivo do impedimento no caso do Regulador/Autorizador opte por Devolver ou Negar uma solicitação;
- 45. Cancelar** – Botão para uso em caso da desistência das ações tomadas anteriormente;
- 46. Alterar** – Botão para a confirmação da ação.

6.2.B1.5 NEGANDO UMA SOLICITAÇÃO DE AIH

Ao optar por negar (imagem 025B/Campo 42) o operador Regulador/Autorizador deverá preencher a Justificativa (campo 44) descrevendo o motivo pelo qual a solicitação deverá ser retirada da regulação.

Imagem 025B

Alterar Status de Solicitação de Internação

- 40. Procedimento** – Visualização do procedimento solicitado e nome do município executante;
- 41. Aprovada** – Campo para indicar a possibilidade de aprovação da solicitação;
- 42. Devolvida** – Campo para indicar a possibilidade de devolução da solicitação;
- 43. Negada** – Campo para indicar a possibilidade de negação da solicitação;
- 44. Justificativa** – Campo para inserção do motivo do impedimento no caso do Regulador/Autorizador opte por Devolver ou Negar uma solicitação;
- 45. Cancelar** – Botão para uso em caso da desistência das ações tomadas anteriormente;
- 46. Alterar** – Botão para a confirmação da ação.

6.2.B2 AUTORIZANDO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO.

Ao clicar em Mudança Proc. (Imagem 023B/Campo 3) o operador terá acesso a relação de laudos com pendência de Autorização em Mudança de Procedimento:

Imagem 028B

Dt. Solicitação	Paciente	Unidade	Procedimento Inicial	Procedimento Solicitado
10.05.2008	RENATA APARECIDA DE SOUZA SILVA I CENTRO DE SAUDE		PARTO CESARIANO	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA
15.05.2008	JOAO FERREIRA DE OLIVEIRA	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	TRATAMENTO DE DENGUE CLASSICA	TRATAMENTO DE DOENCA DE PARKINSON

1. **Dt. Solicitação** – Apresentação da data de entrada da solicitação de AIH no sistema;
2. **Paciente** – Identificação do paciente a ser beneficiado com a autorização;
3. **Unidade** – Identificação da Unidade de saúde responsável pela solicitação do procedimento;
4. **Procedimento Inicial** – Identificação do procedimento solicitado no momento da inserção do laudo no sistema;
5. **Procedimento Solicitado** – Identificação do procedimento solicitado para troca;
- 6a e 6b** Botões para a alteração do ordenamento dos laudos dentro da relação.

6.2.B2.1 LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO.

Ao clicar na identificação de um dos laudos (Imagem 028B) o operador Regulador/Autorizador terá acesso aos dados da referida solicitação para que seja analisada dentro dos critérios médicos que poderá ser autorizada ou não a mudança solicitada.

Imagem 029B

Código 863636 ← 1

Identificação da Unidade	
Unidade Solicitante: I CENTRO DE SAUDE ← 2	CNES: 2004941 ← 3
Unidade Executante: HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA ← 4	CNES: 2005050 ← 5
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro: RUA SAO FRANCISCO - 154 - - CENTRO ← 6	Município: ARAPIRACA ← 7
Município Regulador: ARAPIRACA ← 8	Operador: SOLARAPIRACA2 ← 10
Data de Solicitação: 08.05.2008 - 16:10:10 ← 9	Operador: REGARAPIRACA ← 11
Data de Autorização:	Operador: EXEARAPIRACA ← 14
Data de Reserva: 10.05.2008 ← 12	
Data de Internacao: 10.05.2008 ← 13	
Data Prevista de Alta: 12.05.2008 ← 15	

Dados do Paciente	
Unidade Referencia: Não Informado ← 16	CNES: ← 17
Nome do Paciente: RENATA APARECIDA DE SOUZA SILVA ← 18	CNS: 898000654213005 ← 19
Data de Nascimento: 27.09.1982 ← 20	Sexo: Feminino ← 21
Nome da Mãe: MARIA BERNARDINA DE SOUZA SILVA ← 23	Telefone: CSSA02 / 33597556 ← 22
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro: QUADRA - QR 413 CONUNJUNTO 02 - 19 - CSSA02 12402 - SAMAMBAIA NORTE ← 25	Naturalidade: SAO FRANCISCO - MG ← 24
Município: SAMAMBAIA ← 27	UF: DF ← 26
Nome do Responsável: ← 29	CEP: 72300000 ← 28
	Telefone do Responsável: ← 30

Dados da Solicitação	
CPF do Médico Solicitante: 67610064491 ← 31	Nome do Médico Solicitante: MARTA GONCALVES PORTO ← 32
CPF do Médico Executante: 02942611413 ← 33	Nome do Médico Executante: ELIZABETH LAURINDO DUARTE ← 34
Diagnóstico Inicial: GRAVIDEZ DUPLA ← 35	CID: O300 ← 36
Caráter: ← 38	Prioridade: Eletiva ← 37
4.1 - Camara Nacional de Compensacao para Procedimento Hospitalar de Alta Complexidade. AIH emitida para atendimento de paciente procedente de outro Estado em regime de Hospital-dia. Portaria GM/MS 44/01 de 10/01/01 com serie numerica especifica.	
Clínica: ESPEC - CIRURGICO - CIRURGIA GERAL ← 39	Clínica Complementar: Nenhuma ← 40
Procedimento Solicitado: PARTO CESARIANO ← 41	Código: 0411010034 ← 42

Troca de Procedimentos			
CID: 2302 - ESTERILIZACAO ← 43	Procedimento: 0411010042 - PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA ← 44	Solicitante: EXEARAPIRACA 02.09.2008 - 16:23 ← 45	Status: Pendente ← 46

Transferência entre Clínicas		
Clínica: OBSTETRICO - OBSTETRICIA CIRURGICA ← 47	Dt. Transferência: 02.09.2008 ← 48	Operador: EXEARAPIRACA ← 49

Laudo Técnico e Justificativa da Internação	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos: teste ← 50	
Principais Resultados de Provas Diagnósticas: teste ← 51	
Condições que Justificam a Internação: teste ← 52	
Parecer	
Assinatura e Carimbo do Médico Regulador (autorizador)	CRM
	Data

Solicitação de Mudança de Procedimento Principal	
CID Inicial	Procedimento Inicial
O300 - GRAVIDEZ DUPLA	0411010034 - PARTO CESARIANO
CID Atual	Procedimento Solicitado
Z302 - ESTERILIZACAO	0411010042 - PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA
Justificativa	
Devido complicações na gestação e em acordo com a portaria de planejamento familiar é opção da mãe e cumprimento de diagnóstico previo a esterilização pos parto.	
Alterar Status de Solicitação de Internação	
<input type="radio"/> Aprovada <input type="radio"/> Devolvida <input type="radio"/> Cancelada	
<input type="button" value="Cancelar"/> <input type="button" value="Alterar"/>	

- Código** – Código de identificação do laudo de AIH;

Identificação da Unidade

- Unidade Solicitante** – Identificação da unidade de saúde responsável pela solicitação da internação;
- CNES** – Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da Unidade Solicitante;
- Unidade Executante** – Identificação da unidade de saúde responsável pela execução do procedimento hospitalar;
- CNES** – Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da Unidade Executante;
- Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro** – Conjunto de dados de localização da unidade de saúde executante;
- Município** – Identificação do município de localização da unidade executante;
- Município Regulador** – Identificação do município responsável pela regulação do laudo de solicitação de AIH;
- Data de Solicitação** – Apresentação da data e horário de inserção do laudo de solicitação de AIH no sistema;
- Operador¹** – Identificação do operador responsável pela inserção do laudo no sistema;
- Operador²** – Identificação do operador responsável pela autorização do laudo;
- Data de Reserva** – Apresentação da data de reserva para execução do procedimento;
- Data de Internação** – Apresentação da data em que o paciente deu entrada na unidade executante;

14. Operador³ – Identificação do operador responsável pela admissão do paciente na unidade executante;

15. Data Prevista de Alta – Apresentação da data prevista para saída do paciente da unidade executante;

Dados do Paciente

16. Unidade Referencia – Nome de identificação da unidade de referência do paciente caso seja informada na solicitação do procedimento;

17. CNES – Número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para identificação da unidade de referência;

18. Nome do Paciente – Nome do Paciente (Usuário SUS) a ser beneficiado com a autorização do laudo de AIH;

19. CNS – Número do Cartão Nacional de Saúde para identificação do paciente;

20. Data de Nascimento – Apresentação da data de nascimento do paciente;

21. Sexo – Campo para Identificação de gênero do paciente (Masculino e Feminino);

22. Telefone – Número de telefone para contato com o paciente;

23. Nome da Mãe – Apresentação do nome da mãe do paciente (Usuário SUS);

24. Naturalidade – Apresentação do nome do Município e UF de nascimento do paciente;

25. Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro – Conjunto de dados de localização residencial do paciente (Usuário SUS);

26. UF – Unidade Federativa de residência do paciente (Usuário SUS);

27. Município – Nome do município de residência do paciente (Usuário SUS);

28. CEP – Código de endereçamento postal residencial do paciente (Usuário SUS);

29. Nome do Responsável – Identificação do responsável legal ou acompanhante do paciente;

30. Telefone do Responsável – Número de telefone para contato com o responsável ou acompanhante do paciente;

Dados da Solicitação

- 31. CPF do Médico Solicitante** – Número do Cadastro de Pessoa Física do Médico Solicitante;
- 32. Nome do Médico Solicitante** – Nome do profissional de saúde responsável pelo diagnóstico inicial e pela solicitação do procedimento;
- 33. CPF do Médico Executante** – Número do Cadastro de Pessoa Física do Médico Executante;
- 34. Nome do Médico Executante** – Nome do profissional de saúde responsável pela execução do procedimento;
- 35. Diagnóstico Inicial** – Diagnóstico sugerido pelo profissional médico solicitante;
- 36. CID** – Código Internacional de Doenças referente ao diagnóstico inicial;
- 37. Prioridade** – Identificação de prioridade da solicitação (Urgente ou Eletiva);
- 38. Caráter** – Identificação do caráter da prioridade da solicitação em conformidade com as legislações de saúde;
- 39. Clínica** – Identificação da Clínica e Especialidade a qual se destina a internação;
- 40. Clínica Complementar** – Identificação de clinica complementar, caso se solicitada junto à internação;
- 41. Procedimento Solicitado** – Procedimento Principal gerador da solicitação de AIH;
- 42. Código** – Código unificado para identificação do procedimento solicitado;
- Troca de Procedimento**
- 43. CID** – Código Internacional de Doença que justifique a troca do procedimento principal;
- 44. Procedimento** – Código e descrição do procedimento que substituirá o procedimento principal;
- 45. Solicitante** – Identificação do operador, data e horário da solicitação da troca do procedimento principal;
- 46. Status** – Situação da solicitação de troca do procedimento;

Transferência entre Clínicas

47. Clínica – Apresentação da Clínica e Especialidade solicitada para transferência;

48. Data da Transferência – Data da realização da transferência entre clínicas;

49. Operador – Identificação do operador responsável pela transferência entre clínicas;

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

50. Principais Sinais e Sintomas Clínicos – Descrição dos principais sinais e sintomas conforme relato do médico solicitante;

51. Principais Resultados de Provas Diagnósticas – Descrição dos principais resultados de provas diagnósticas conforme relato do médico solicitante;

52. Condições que Justificam a Internação – Descrição das condições que justificam a internação conforme relato do médico solicitante;

Solicitação de Mudança de Procedimento Principal

53. CID Inicial – Código e descrição do CID da solicitação de AIH;

54. Procedimento Inicial – Código e descrição do procedimento da solicitação de AIH;

55. CID Atual – Código e descrição do CID sugerido para troca;

56. Procedimento Solicitado – Código e descrição do procedimento sugerido para troca;

57. Justificativa – Texto de complemento que auxilie na justificativa da solicitação da troca de procedimento;

Alterar Status de Solicitação de Internação

58. Aprovada – Indicação de aprovação da solicitação da troca de procedimento;

59. Devolvida – Indicação de devolução da solicitação de troca de procedimento;

60. Cancelada – Indicação de cancelamento da troca de procedimento;

61. Cancelar – Botão para uso em caso de desistência da alteração de procedimento;

62. Alterar – Botão para a alteração do Status da solicitação e confirmação da troca de procedimento.

6.2.B2.2 ALERTAS.

Caso a solicitação da troca de procedimento principal contenha dados inconsistentes com referência a unidade executante, serão apresentados alertas como auxílio ao Profissional Médico (Operador Regulador/Autorizador).

Imagem 030B



Esta mensagem de alerta estará integrada ao laudo de AIH com solicitação da Troca de Procedimento Principal e será mais um instrumento para análise e julgamento de Devolução e Cancelamento de uma troca de procedimento.

6.2.B2.3 DEVOLUÇÃO E CANCELAMENTO DE TROCA.

Caso julgada incoerência ou inconsistência na solicitação de troca de procedimento o Profissional Médico (Operador Regulador/Autorizador) poderá realizar as ações mediante justificativa por escrito.

Imagem 031B



1. **Alerta** – Descrição do alerta expedido pelo sistema;
2. **Devolvida** – Indicação de devolução da solicitação de troca de procedimento;
3. **Cancelada** – Indicação de cancelamento da troca de procedimento;
4. **Justificativa** – Campo para inserção da justificativa pela devolução ou cancelamento da solicitação de troca de procedimento principal;
5. **Cancelar** – Botão para uso em caso de desistência da alteração de procedimento;
6. **Alterar** – Botão para a alteração do Status da solicitação e confirmação da troca de procedimento.

6.2.B3 AUTORIZANDO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS.

Ao clicar em Proc. Especiais (Imagem 023B/Campo 4) o profissional Médico (Regulador/Autorizador) terá acesso a lista de laudos com pendência de autorização de procedimentos especiais.

Imagem 032B

Solicitações De Procedimentos Especiais			
Paciente ▲▼	Unidade ▲▼	Clínica ▲▼	Procedimento ▲▼
RENATA APARECIDA DE SOUZA SILVA	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	OBSTETRICIA CIRURGICA	2
SUELI MARIA DO CARMO SANTOS	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA	OBSTETRICIA CIRURGICA	1



- 1. Paciente** – Identificação do paciente que possui laudo com pendência de autorização de procedimento especial;
- 2. Unidade** – Identificação da unidade de saúde solicitante de procedimento especial;
- 3. Clínica** – Identificação da clínica para a qual o procedimento especial foi solicitado;
- 4. Procedimento** – Quantidade de procedimentos especiais solicitados por laudo.

6.2.B3.1 LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS.

Ao selecionar um dos laudos na listagem (Imagem 032B) o profissional Médico (Regulador/Autorizador) terá acesso aos dados para análise e possível Negação ou Autorização.

Imagem 033B

Código 863636

Identificação da Unidade			
Unidade Solicitante:	I CENTRO DE SAUDE		CNES: 2004941
Unidade Executante:	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA		CNES: 2005050
Logradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro	RUA SAO FRANCISCO - 154 - - CENTRO		Município ARAPIRACA
Município Regulador	ARAPIRACA	Operador	SOLARAPIRACA2
Data de Solicitação	08.05.2008 - 16:10:10	Operador	REGARAPIRACA
Data de Autorização		Operador	EXEARAPIRACA
Data de Reserva	10.05.2008		
Data de Internação	10.05.2008		
Data Prevista de Alta	12.05.2008		
Dados do Paciente			
Unidade Referencia:	Não Informado		CNES:
Nome do Paciente	RENATA APARECIDA DE SOUZA SILVA		CNS: 898000654213005
Data de Nascimento:	Sexo: Feminino	Telefone: CSSA02 / 33597556	
Nome da Mãe	MARIA BERNARDINA DE SOUZA SILVA		Naturalidade: SAO FRANCISCO - MG
Logradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro	QUADRA - QR 413 CONUNJUNTO 02 - 19 - CSSA02 12402 - SAMAMBAIA NORTE		UF DF
Município	SAMAMBAIA		CEP 72300000
Nome do Responsável	Telefone do Responsável		
Dados da Solicitação			
CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:		
67610064491	MARTA GONCALVES PORTO		
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:		
02942611413	ELIZABETH LAURINDO DUARTE		
Diagnóstico Inicial:	CID:	Prioridade	
GRAVIDEZ DUPLA	O300	Eletiva	
Caráter	4.1 - Camara Nacional de Compensacao para Procedimento Hospitalar de Alta Complexidade. AIH emitida para atendimento de paciente procedente de outro Estado em regime de Hospital-dia. Portaria GM/MS 44/01 de 10/01/01 com serie numerica especifica.		
Clínica:	Clínica Complementar:		
ESPEC - CIRURGICO - CIRURGIA GERAL	Nenhuma		
Procedimento Solicitado:	Código:		
PARTO CESARIANO	0411010034		
Troca de Procedimentos			
CID	Procedimento	Solicitante	Status
Z302 - ESTERILIZACAO	0411010042 - PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	EXEARAPIRACA 02.09.2008 - 16:23	Autorizado
Procedimentos Especiais			
Procedimento	Qty	Dt. Execução	Regulação
TRANSFUSAO DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL	2	04.09.2008	Pendente
Transferência entre Clínicas			
Clínica	Dt. Transferência	Operador	
OBSTETRICO - OBSTETRICIA CIRURGICA	02.09.2008	EXEARAPIRACA	
Laudo Técnico e Justificativa da Internação			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos:			
teste			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:			
teste			
Condições que Justificam a Internação:			
teste			
Parecer			
Assinatura e Carimbo do Médico Regulador (autorizador)	CRM	Data	

Procedimento 1

5 → Código: 0306020149 6 → Procedimento: TRANSFUSAO DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL

Quantidade: 2 ← 7 Dt. Execução: 04.09.2008 ← 8

9 → Justificativa: Tratamento de Hemorragia com consideravel perda sanguinea O+

Justificativa Para Negar: 10

11 → Negar Autorizar ← 12

13 → Cancelar Ok ← 14

Voltar ← 15

Procedimentos Especiais

1. **Procedimento** – Identificação do procedimento especial solicitado;
2. **Qtd** – Quantidade do procedimento especial solicitado;
3. **Dt. Execução** – Data da execução do procedimento especial;
4. **Regulação** – Status de regulação do procedimento especial;

Procedimento 1

5. **Código** – Código unificado do procedimento especial;
6. **Procedimento** – Nome do procedimento especial;
7. **Quantidade** – Quantidade de procedimentos especiais solicitados;
8. **Dt.Execução** – Data de execução do procedimento especial;
9. **Justificativa** – Texto de justificativa da execução de procedimento especial;
10. **Justificativa Para Negar** – Campo para justificativa da ação do regulador em caso de negação de procedimento especial;
11. **Negar** – Indicativo de opção por negar o procedimento especial;
12. **Autorizar** – Indicativo de opção por autorizar o procedimento especial;
13. **Cancelar** – Botão para uso em caso de desistência da ação;
14. **OK** – Botão para a confirmação da ação;
15. **Voltar** – Botão para retornar a listagem de laudos com pendência de procedimentos especiais.