ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE AÇÕES DE SAÚDE
GERÊNCIA DE REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

MANUAL ESTADUAL

DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - T.F.D.

MANUAL DE JUNHO/1999

REVISADO EM JANEIRO/2004

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO 03

DO CONCEITO 04

DA DOCUMENTAÇÃO 05

DO LAUDO MÉDICO T.F.D. 06

DO PEDIDO T.F.D. 07

DA FICHA DE ENCAMINHAMENTO..... 09

DO TRATAMENTO 10

DOS CRITÉRIOS 12

DAS DESPESAS 14

DO CONTROLE 18

DEFINIÇÃO E RESPONSABILIDADE - SES 20

DEFINIÇÃO E RESPONSABILIDADE - SMS 23

CENTRAL NAC. DE REG. DA ALTA COMPLEXIDADE .. 25

FLUXOGRAMA 38

TABELA DE SERVIÇOS E CLASSIFICAÇÃO SIA/SUS... 39

ANEXOS 40

APRESENTAÇÃO

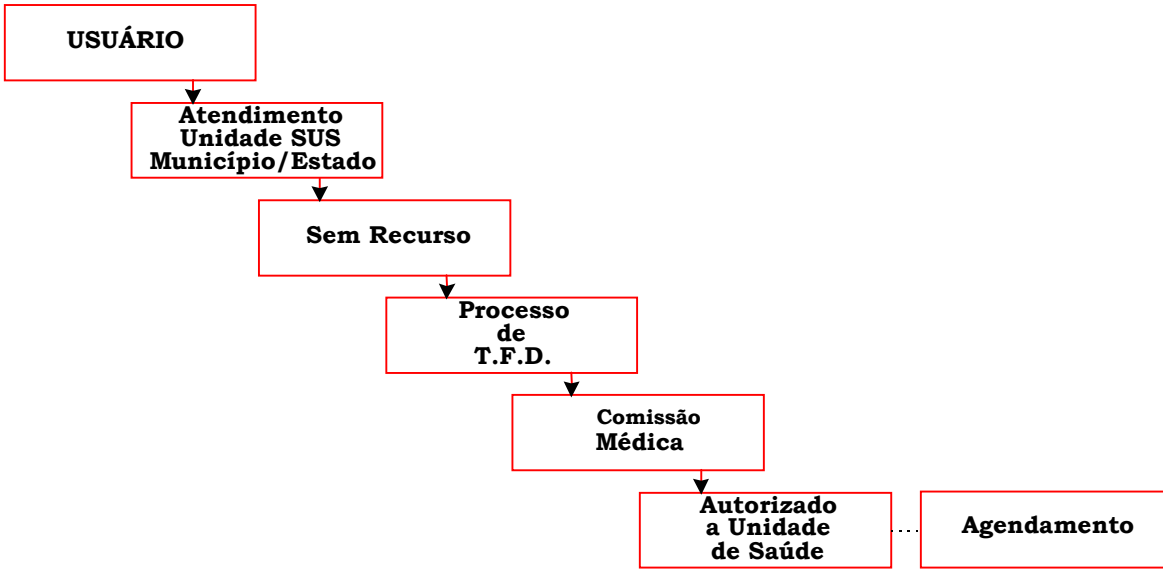
A Portaria SAS-237, de 09/12/98, definiu a extinção da Guia de Autorização de Pagamento - GAP como instrumento para pagamento de despesas relativas ao Tratamento Fora de Domicílio - TFD.

A Portaria SAS/055 de 24/02/99 estabelece que estas despesas serão pagas através do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, além de incluir procedimentos específicos.

Este manual tem como objetivo principal formular as rotinas operacionais de acordo com estes preceitos legais.

DO CONCEITO

O Tratamento Fora de Domicílio - TFD é um instrumento legal que permite através do Sistema Único de Saúde – SUS o encaminhamento de pacientes a outras unidades de saúde a fim de realizar tratamento médico fora da sua microrregião, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência/estado, e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes.



DA DOCUMENTAÇÃO

1 Tratamento Fora de Domicílio *Dentro do Estado (fora de sua microrregião):*

1.1 PROCESSO TFD:

a) Laudo Médico TFD (uma via);
b) Pedido TFD (uma via);
c) Exames Complementares (quando houver, anexar cópia).

2 Tratamento Dentro da Microrregião:

a) Ficha de encaminhamento (uma via);
b) Exames Complementares (quando houver, anexar cópia).

3 Tratamento Fora de Domicílio *Fora do Estado:*

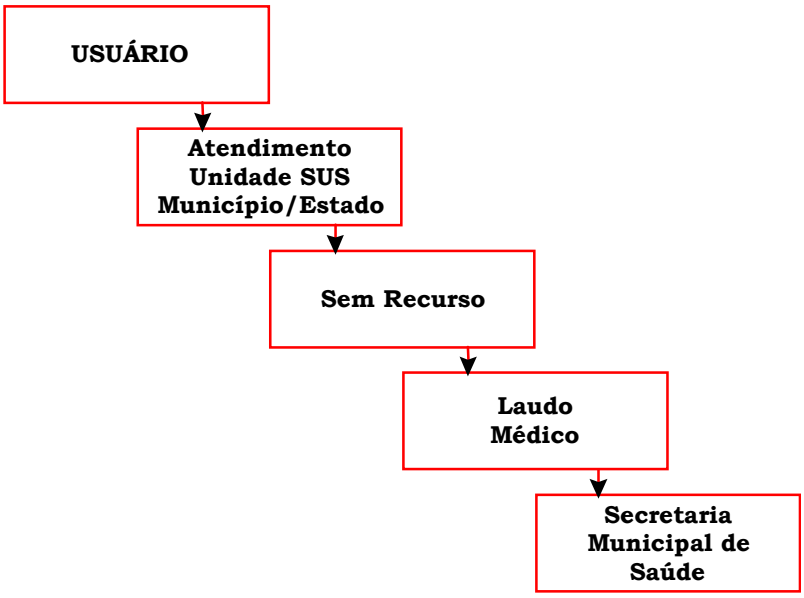
3.1 PROCESSO TFD:

a) Laudo Médico TFD (uma via);
b) Pedido TFD (uma via);
c) Exames Complementares (quando houver, anexar cópia);

Os formulários fazem parte deste Manual.

DO LAUDO MÉDICO TFD

Documento utilizado pelo médico assistente para indicação do tratamento fora de domicílio. Nele estão prescritas informações pertinentes ao paciente (dados pessoais), histórico da doença, diagnóstico provável, tratamento realizado, duração do tratamento, justificativa da impossibilidade de atendimento na localidade, justificativa da urgência, justificativa do tipo de transporte, entre outros. Deverá ser carimbado e assinado pelo médico assistente do paciente.



***Obs.*: O Laudo Médico TFD deverá ser renovado anualmente.**

DO PEDIDO TFD

Documento utilizado pelos gestores do SUS para solicitação do tratamento / exame / consulta, pactuados na Programação Pactuada e Integrada - PPI, fora de sua jurisdição.

É anexado ao Pedido de TFD, o Laudo Médico. Nele estão contidas informações pertinentes ao paciente (dados pessoais), o município de origem e a Gerência Regional de Saúde a que pertence.

a) Deverá ser assinado pelo Gestor Municipal (Secretaria Municipal de Saúde);

b) Deverá ser analisado e assinado pela Gerência Regional de Saúde;

c) Deverá ser analisado pela Comissão Médica local e estadual (ver Fluxograma anexo);

d) Deverá ser agendado e devolvido à Gerência Regional de Saúde/Município, somente quando autorizado;

e) Nos casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC, compete ao Ministério da Saúde o direcionamento dos pacientes.

DA FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Documento utilizado pelos Gestores do SUS para solicitação de tratamento / exame / consulta, pactuados na PPI, dentro de sua microrregião.
Nela estão contidas as informações pertinentes ao paciente (dados pessoais e clínicos), ao município de origem e à Gerência Regional a que pertence.

a) Deverá ser assinada pelo Gestor Municipal (Secretaria Municipal de Saúde).

b) Deverá ser analisada e assinada pela Gerência Regional de Saúde.

c) Deverá ser realizado o agendamento de acordo com a PPI, e devolvido ao município de origem.

DO TRATAMENTO

1 Para o primeiro atendimento, quando fora do Estado, o paciente deverá apresentar à unidade médico-hospitalar de referência, o "PEDIDO *TFD*", onde constará data e hora do atendimento; os atendimentos subseqüentes serão realizados mediante "*FICHA DE AGENDAMENTO*" (modelo anexo) preenchida pela unidade com assinatura/carimbo médico;

2 Para o primeiro atendimento, quando dentro do Estado, dentro ou fora de sua microrregião, deverá ser respeitado o Fluxograma anexo;

Parágrafo Único - Exceto em se tratando de comprovada urgência (justificada pelo profissional médico) sem que haja tempo hábil para formalizar o Processo de TFD o que deverá ser feito, quando do atendimento.

3 A solicitação de revisão não significa retorno quando o controle do tratamento for efetuado na localidade de residência;

4 **Ao término do tratamento, o paciente deverá entregar na Secretaria Municipal de Saúde de origem, o "*RELATÓRIO DE ALTA*" que será encaminhado ao Setor Estadual - TFD para baixa do processo**;

5 Em caso de óbito de pacientes em TFD a responsabilidade da preparação e do traslado do corpo será do município, quando ocorrer dentro do estado. Quando ocorrer fora do estado, a responsabilidade será da Secretaria de Estado da Saúde.

DOS CRITÉRIOS

1 O TFD só será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do município;

2 Será concedido, exclusivamente, ao paciente atendido na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS;

3 Do atendimento precederá agendamento na unidade de referência;

4 A referência de pacientes atendidos pelo TFD deve ser explicitada na PPI de cada município;

5 É vedado o acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB ou Piso da Atenção Básica Ampliada - PABA;

6 A autorização de transporte aéreo para pacientes/acompanhantes será precedida de rigorosa análise dos gestores do SUS.

7 Para cada procedimento de alta complexidade são definidos critérios específicos normatizados pelas portarias a seguir:

PORTARIAS

As portarias que normatizam as solicitações para autorizações dos exames e programas são encontradas no site da Saúde : http://www.saude.gov.br/sas/ - menu PORTARIAS

PROCEDIMENTO	PORTARIA
TOMOGRAFIA	SAS Nº 433 de 14/11/2000*
RESSONÂNCIA	
CATETERISMO	
DOSAGEM DE CICLOSPORINA	
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	SAS Nº 434 de 14/11/2000*
MEDICINA NUCLEAR	SAS Nº 460 de 06/12/2000*
LEOC	SE/SAS Nº 47 de 13/06/2000
HCV	GM Nº 639 de 21/06/2000
CAPS	SAS Nº189 de 22/03/2002
ÓRTESE PRÓTESE	SAS Nº 185 de 05/07/2001
APARELHO AUDITIVO	SAS Nº 432 de 14/11/2000*
QUEIMADOS	ME Nº 1274 de 22/11/2000*
TRS	SE/SAS Nº 55 de 29/08/2001*
	SE/SAS Nº 56 de 29/08/2001*
	SE/SAS Nº 73 de 04/11/2001
	SAS Nº 393 de 20/09/2001
	SAS Nº 351 de 28/08/2001
HIPOTIREOIDISMO	SAS Nº 223 de 22/06/2001
	GM/MS Nº 822 de 06/06/2001

DAS DESPESAS

1 As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial, diárias para pernoite e ajuda de custo para alimentação para paciente e acompanhante (se houver), bem como as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD;

2 Só serão permitidas despesas citadas no item 1 quando forem esgotados os recursos de tratamento no domicílio (com base na PPI);

3 A responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos intraestadual será atribuído às Secretarias Municipais de Saúde, que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS fazendo parte integrante deste Manual, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos municípios;

4 A responsabilidade pelo pagamento de despesas nos deslocamentos interestaduais será atribuída à Secretaria de Estado da Saúde, que utilizará a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado;

5 Nos deslocamentos interestaduais, acompanhante(s) também terá(ão) direito a pagamento das despesas como transporte, diárias, pernoite e ajuda de custo para alimentação asseguradas pela SES, conforme Tabela SIA/SUS;

6 O pagamento das despesas de pacientes em TFD, conforme Tabela SIA/SUS, será concedido exclusivamente aqueles atendidos na rede pública, conveniada ou contratada pelo SUS;

7 O acompanhante deverá retornar à localidade de origem após a internação do paciente, salvo quando, a critério médico, for aconselhada a sua permanência;

8 Quando da alta do paciente houver necessidade de acompanhante para seu retorno, o órgão de TFD de origem providenciará o deslocamento do mesmo;

9 O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em TFD só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência;

10 Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência;

11 Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores de 50 Km de distância e em regiões metropolitanas;

12 Quando o paciente/acompanhante retornar ao município de origem no mesmo dia, serão autorizadas, apenas, passagens e ajuda de custo para alimentação, conforme Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS;

13 A Secretaria de Estado da Saúde poderá reembolsar ao paciente as despesas com diárias e passagens nos deslocamentos para fora do estado, quando se tratar de casos de comprovada urgência, sem que haja tempo hábil para formalizar a devida solicitação, o que deverá ser providenciado após o retorno e encaminhado via Gerência Regional de Saúde, caso o paciente possua o processo de TFD autorizado previamente.

DO CONTROLE

O controle das despesas com deslocamento intraestadual de pacientes em TFD, será

realizado pelas Secretarias Municipais de Saúde. Nos deslocamentos interestaduais, será realizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

1 Caberá às Secretarias Municipais de Saúde encaminhamento do "*Boletim de Produção Ambulatorial - BPA*" com especificação das despesas definidas na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS à Diretoria de Regulação e Auditoria do Sistema de Saúde - DIRE referente aos deslocamentos intraestaduais;

2 Caberá a Diretoria de Ações de Saúde – DISA o encaminhamento do "*Boletim de Produção Ambulatorial - BPA*" com especificação das despesas definidas na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS à Diretoria de Regulação e Auditoria do Sistema de Saúde - DIRE, referente aos deslocamentos interestaduais;

3 A Secretaria de Estado da Saúde - SES e as Secretarias Municipais de Saúde - SMS deverão organizar os comprovantes das despesas relativas aos TFD's de modo a

manter disponível a documentação comprobatória das despesas de acordo com este Manual.

Faz parte deste Manual a "Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS".

DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADE - SES

1.1 A Secretaria de Estado da Saúde, através do programa Estadual de Tratamento Fora de Domicílio - TFD subordinado a Diretoria de Ações de Saúde - DISA, é responsável pelo recebimento e encaminhamento dos Processos de TFD dos pacientes residentes no estado de Santa Catarina que necessitarem de atendimento médico integral nos municípios de Florianópolis e São José, ou fora do Estado;

1.2 Todos os Processos de TFD sofrerão análise dos profissionais médicos integrantes da Comissão Médica;

1.3 Os Processos de TFD quando autorizados ou negados serão devolvidos à Gerência Regional de Saúde do município de residência do paciente (ver Fluxograma anexo);

1.4 A autorização das despesas para deslocamentos de pacientes e acompanhantes (se houver) para fora do Estado, serão atribuídas ao gestor estadual,

através do Gerente Regional de Saúde, que atenderá os municípios de sua jurisdição;

1.5 Caberá à Gerência Regional de Saúde o recebimento dos processos de TFD, dos municípios de sua jurisdição, procedendo o encaminhamento à SES após revisão administrativa e técnica com base na PPI;

1.6 Caberá à SES, através da Diretoria de Planejamento e Coordenação - DIRP, programar as despesas com TFD para atendimento fora do Estado;

1.7 Caberá à SES, através da Diretoria de Administração – DIAD, repassar recursos financeiros para as despesas com deslocamentos aos pacientes e acompanhantes, se houver, para atendimento fora do Estado;

1.8 Caberá às Gerências Regionais de Saúde providenciarem junto a SES recursos financeiros para pagamento de diárias aos pacientes autorizados para tratamento fora do Estado;

1.9 Caberá à SES, através da Diretoria de Planejamento - DIRP, definir a Fonte de Recursos para as despesas (SIA/SUS);

1.10 Caberá à SES, através da Diretoria de Regulação e Auditoria do Sistema de Saúde - DIRE, cobrar do SIA/SUS (via BPA) os recursos investidos;

1.11 As despesas decorrentes dos serviços funerários (preparação e traslados) de óbitos ocorridos em TFD, fora do Estado também serão de responsabilidade da SES;

1.12 As despesas decorrentes do atendimento para TFD fora do Estado serão pagas de acordo com a Tabela SIA/SUS (anexa), beneficiando os pacientes de todo o Estado;

1.13 No final de cada mês, a DISA emitirá e enviará o "Boletim de Produção Ambulatorial - BPA", para fins de processamento e pagamento, à DIRE.

DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADE - SMS

1.1 Análise dos processos de TFD, para autorizar ou não o mesmo com base na PPI;

1.2 Dar encaminhamento nos Processos de TFD utilizando a rotina constante no Fluxograma anexo;

1.3 Utilizar as Gerências Regionais de Saúde como referência respeitando o Fluxograma;

1.4 Encaminhar Processo TFD para realização de tratamento/exame de alta complexidade observando os critérios deste manual e de acordo com a PPI da Alta Complexidade, através da Gerência Regional de Saúde;

1.5 Encaminhar Processo TFD para a Gerência Regional de Saúde quando a solicitação for para atendimento nos municípios de Florianópolis e São José, ou fora do Estado (ver Fluxograma anexo);

1.6 As despesas decorrentes do atendimento para TFD serão pagas pela SMS de acordo com a Tabela de Serviço e Classificação SIA/SUS (anexa), nos deslocamentos intermunicipais;

1.7 No final de cada mês, a SMS deverá preencher o "Boletim de Produção Ambulatorial - BPA" para fins de processamento e pagamento, através do sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS;

1.8 As despesas serão ressarcidas a partir da emissão do BPA;

1.9 Excluem-se dos itens 1.7 e 1.8 os municípios que estiverem em GESTÃO PLENA;

1.10 As despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD, autorizados nos deslocamentos intermunicipais são de responsabilidade da SMS do município de origem do paciente.

CENTRAL NACIONAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE – CNRAC

Instituída pela Portaria GM/SAS n º 2309, de 19 de dezembro de 2001, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade, nas áreas de cardiologia, oncologia, traumato-ortopedia, neurocirurgia e exploração diagnóstica e cirurgia para epilepsia. A assistência ambulatorial em alta complexidade se dá única e exclusivamente para o grupo 26 da Hemodinâmica.

Os procedimentos serão financiados pelo Ministério da Saúde, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação/FAEC, por meio da Câmara Nacional de Compensação.

Somente poderão ser inscritos na CNRAC solicitações para atendimento de pacientes que necessitarem de assistência hospitalar de alta complexidade, em outro estado, quando residirem em estado com ausência ou insuficiência na oferta desses procedimentos.

Informações necessárias para inclusão na CNRAC:

Para Epilepsia:

- Idade de início das crises;
- Descrição do(s) tipo(s) de crise(s);
- Freqüência das crises (especificar a freqüência de cada tipo) nos últimos 6 meses;
- Medicações utilizadas e em quais doses;
- Resultados dos exames de investigação:
    - EEG
    - TC
    - RM
    - Outros
- Descrição do exame neurológico;
- Doenças associadas.

Para Neurocirurgia:

- Anamnese com dados neurológicos relevantes (data de início, evolução, etc.);
- Exame neurológico;
- Resultado dos exames complementares que indicam o procedimento.

Para Cardiologia:

a) Geral: Diagnóstico

- Anamnese dirigida e Classe funcional;
- Laudo descritivo ECG;
- Laudo descritivo Teleradiografia tórax;

b) Hemodinâmica:

- Cateterismo: Resultado de teste de avaliação funcional prévio ou impossibilidade de realização de um teste não invasivo.
- Angioplastia coronariana: Laudo descritivo do CAT e laudo descritivo de teste de avaliação funcional.
- Valvuloplastia: Laudo descritivo do ecocardiograma e/ou do cateterismo com respectivas pressões. Idade acima de 45 anos, laudo descritivo da coronariografia.
- Congênita – Ecocardiograma.

c) Cirurgia:

c.1) Congênita

- Laudo descritivo do ecocardiograma e/ou cateterismo.
- Avaliação odontológica.

c.2) Orovalvar

- Ecocardiograma ou cateterismo
- Adulto com idade acima de 45 anos → Laudo descritivo da coronariografia.
- Avaliação odontológica.

c.3) Miocardiopatia

- Ecocardiograma ou cateterismo
- Adulto com idade acima de 45 anos → Laudo descritivo da coronariografia.

c.4) Revascularização miocárdica

- Laudo descritivo do cateterismo e teste de avaliação funcional sempre que possível.

c.5) Marca-passo

- Laudo descritivo do ECG e/ou HOLTER e/ou Eletrofisiológico.

- Medicação em uso.
- Ecocardiograma - Multi-sítio

d) Estudo Eletrofisiológico/Ablação:

- ECG e/ou HOLTER;
- Ecocardiograma (Defeito estrutural / Função ventricular).

e) Cardioversor e Desfibrilador:

- Estudo eletrofisiológico obrigatório.

Para Ortopedia:

a) Grupo Tratamento Cirúrgico da Coluna Vertebral:

39.033.02-3 Artrodese da coluna por via anterior torácica

39.034.02-0 Artrodese da coluna por via anterior lombar

39.008.02-9 Descompressão ântero - lateral da medula

39.011.02-0 Osteotomia da coluna

39.017.02-8 Tratamento cirúrgico da pseudo-artrose da coluna

- Doença ou doenças que indicam o procedimento. Quais sintomas influem na indicação?
- Que sinais específicos determinam o tratamento?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias).
- Quais dados de imagem reforçam a indicação?
- Quadro neurológico (sensiblidade, motricidade e reflexos profundos, presença de piramidalismo).
- Qual resultado ou benefício é esperado do tratamento?

b) Tratamento Cirúrgico da Escoliose:

- Quais sintomas e sinais influenciaram na indicação?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias).
- Dados de imagem para a indicação:

a. Local e tipo de curva

b. Graus da curva (Cobb)

c. Maturidade da coluna (Risser)

- Quadro neurológico (sensiblidade, motricidade e reflexos profundos, presença de piramidalismo).
- Qual resultado ou benefício é esperado do tratamento?

c) Grupo Tratamento Cirúrgico na Cintura Pélvica V:

39.004.11-2 Desarticulação inter-ilíaco abdominal

GRUPO CIRURGIA NA CINTURA ESCAPULAR III

39.002.04-7 Desarticulação inter-escapulo-torácica

GRUPO REVISÃO E/OU RECONSTRUÇÃO DE QUADRIL

39.021.12-2 Revisão e/ou reconstrução de quadril

GRUPO REVISÃO E/OU RECONSTRUÇÃO DE JOELHO

39.025.14-4 Revisão e/ou reconstrução de joelho

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA MÃO III

39.015.10-6 Transposição dedo

GRUPO RETALHO MICRO CIRÚRGICO

39.001.24-5 Retalho micro cirúrgico

GRUPO REPARAÇÃO DE LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL

39.026.05-1 Reparação de lesão do plexo braquial

GRUPO ENXERTO ÓSSEO VASCULARIZADO

39.002.24-1 Enxerto ósseo vascularizado

- Doença ou doenças que indicam o procedimento.

- Quais sintomas influem na indicação?
- Que sinais específicos determinam o tratamento?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias).
- Quais dados de imagem reforçam a indicação?

d) Grupo Tratamento Cirúrgico da Articulação Escapulo-Umeral IV:

39.003.05-1 Artroplastia da escapulo-umeral

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO COTOVELO IV

39.003.07-8 Artroplastia do cotovelo (com implante)

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA MÃO III

39.008.10-0 Artroplastia interfalangeana

39.009.10-6 Artroplastia metacarpo-falangeana

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL VI

39.016.12-9 Artroplastia coxo-femural de revisão

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO IV

39.003.14-0 Artroplastia de revisão do joelho

39.022.14-5 Artroplastia total do joelho (com implante)

- Doença ou doenças que indicam o procedimento.

- Quais sintomas influem na indicação?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias)
- Que sinais específicos determinam o tratamento?
  a) Perda de movimento - graus?
  b) Instabilidade - tipo?
- Quais dados de imagem reforçam a indicação?
  a) Estado articular
  b) Alinhamento anormal graus
  c) Perda ósteo-articular
- Existe possibilidade de tratamento conservador ou de reconstrução não protética?

OBS. Em caso de revisão de artroplastia informar as condições atuais da prótese, tempo decorrido e atos operatórios após a artroplastia primária e motivo da falha.

e) Grupo Tratamento Cirúrgico do Fêmur IV:

39.001.13-0 Alongamento do fêmur

GRUPO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA PERNA IV

39.002.15-2 Alongamento dos ossos da perna

- Doença ou doenças que indicam o procedimento.
- Quais sintomas influem na indicação?
- Que sinais específicos determinam o tratamento?

- Evolução (tempo de doença e operações prévias)
- Dados de imagem
  a) Medidas do escanograma
  b) Estado articular do quadril e joelho
  c) Eixo mecânico ou anatômico dos membros inferiores
- Mensurações
  a) Distância espinha ilíaca ântero-superior - maléolo medial
  b) Distância espinha ilíaca ântero-superior - linha articular medial do joelho
  c) Distância cicatriz umbilical - maléolo medial

<u>f) Grupo Tratamento Cirúrgico na Articulação do Joelho IV:</u>

39.043.14-2 Tratamento cirúrgico de ruptura de ligamento do joelho por ligamentoplastia

- Doença ou doenças que indicam o procedimento.
- Quais sintomas influem na indicação?
- Que sinais específicos determinam o tratamento?
- Evolução (tempo de doença e operações prévias).
- Sinais de instabilidade

a) Bocejo em extensão e flexão de 30º

b) Graus de translação (Lachman)

c) Graus de ressalto ("Pivot shift")

- Dados de imagem (estado articular do joelho em relação a presença de artrose, subluxação lateral e eixo anatômico ou mecânico)

g) Grupo Ressecção de Tumor ósseo (com utilização de próteses não convencionais):

39.003.23-0 Ressecção de tumor ósseo (com utilização de próteses não convencionais)

39.703.23-1 Ressecção de tumor ósseo (com utilização de próteses não convencionais)

- Diagnóstico clínico e radiográfico
- Tem biópsia? Qual resultado?
- Classificação e estadiamento do tumor
- Evolução (tempo de doença e operações prévias)

Para Oncologia:

1 - Justificativa do procedimento:
1.1 - Localização do tumor primário com CID 10

1.2 - Diagnóstico cito/histopatológico datado

1.3 - Grau histopatológico

1.4 - CID 10 morfologia

1.5 - Estádio (UICC ou outro sistema)

1.6 - Linfonodos regionais invadidos (sim, não, não avaliáveis)

1.7 - Localização da(s) metástase(s)

2 - Tratamentos anteriores:

2.1 - Data de início e descrição

3 - Performance status PS:

Classificar pelas cinco alternativas:

- Zero - Paciente completamente ativo, desempenhando atividades prévias a doença sem restrições.
- 1 - Paciente restrito em atividades físicas vigorosas, mas está deambulando e capaz de realizar tarefas leves e sedentárias.
- 2 - Paciente está deambulando e realiza o cuidado pessoal, mas é incapaz de trabalhar; paciente passa fora da cama mais de 50% do dia útil.

- 3 - Paciente só realiza tarefas limitadas do cuidado pessoal; confinado à cama ou cadeira de rodas mais de 50% do dia útil.
- 4 - Paciente completamente debilitado e incapaz de cuidados pessoais; completamente confinado à cama ou cadeira de rodas.

FLUXOGRAMA

**** ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES PARA CONSULTAS / EXAMES / TRATAMENTOS VIA T.F.D. ****

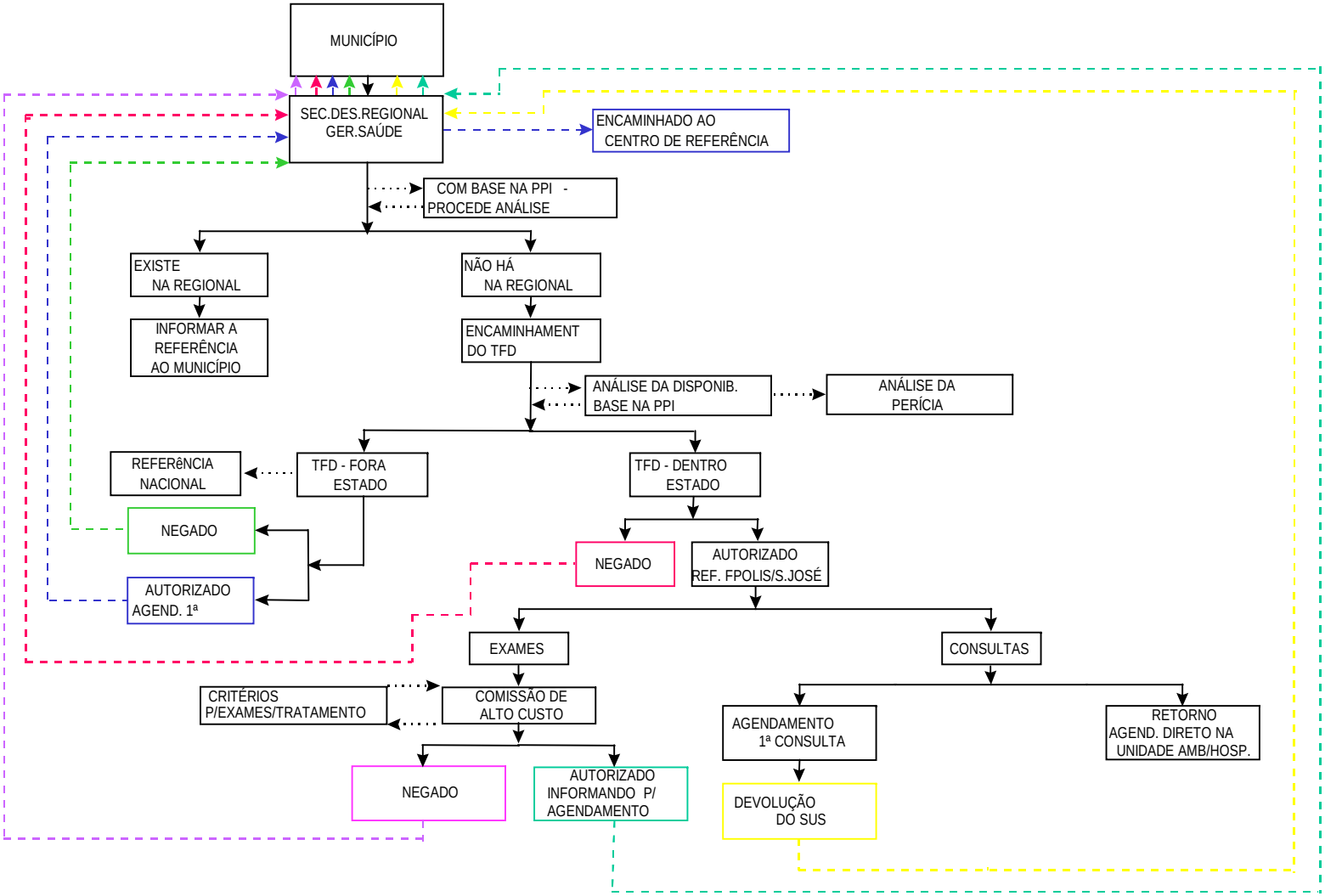


TABELA DE SERVIÇOS E CLASSIFICAÇÃO DO SIA/SUS.

CÓDIGO PROCEDIMENTO	NOMENCLATURA	VALOR TABELA SUS
08.03.01.006-0	Ajuda de custo p/ alimentação/pernoite de **acompanhante** - (p/ tratamento CNRAC)	R$ 24,75
08.03.01.002-8	Ajuda de custo p/ alimentação de **paciente** s/ pernoite	R$ 8,40
08.03.01.004-4	Ajuda de custo p/ alimentação/pernoite de **acompanhante**	R$ 24,75
08.03.01.001-0	Ajuda de custo p/ alimentação/pernoite de **paciente**	R$ 24,75
08.03.01.003-6	Ajuda de custo p/ alimentação/pernoite de **paciente** - (p/ tratamento CNRAC)	R$ 24,75
08.03.01.005-2	Ajuda de custo p/ alimentação de **acompanhante** s/ pernoite	R$ 8,40
08.03.01.007-9	Unidade de remuneração p/ deslocamento de **acompanhante** por transporte **aéreo** (cada 200 milhas)	R$ 181,50
08.03.01.008-7	Unidade de remuneração p/ deslocamento de **paciente** por transporte **aéreo** (cada 200 milhas)	R$ 181,50
08.03.01.010-9	Unidade de remuneração p/ deslocamento de **acompanhante** por transporte **terrestre** (cada 50km de distância)	R$ 4,95
08.03.01.012-5	Unidade de remuneração p/ deslocamento de **paciente** por transporte **terrestre** (cada 50km)	R$ 4,95
08.03.01.013-3	Unidade de remuneração p/ deslocamento interestadual de **acompanhante** por transporte **aéreo** (cada 200 milhas) - (p/tratamento CNRAC)	R$ 181,50
08.03.01.014-1	Unidade de remuneração p/ deslocamento interestadual de **paciente** por transporte **aéreo** (cada 200 milhas) - (p/tratamento CNRAC)	R$ 181,50

FONTE: TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS.

ANEXOS