

# GUIAS DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES

## GUIA PRETA (PEQUENA)

RADIOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA

EXAMES DE SANGUE

CONSULTAS – P/PICOS

ELETROCARDIOGRAMA

AUDIOMETRIA

 <b>Prefeitura Municipal de Francisco Santos - PI</b> <b>Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Santos - PI</b> <b>Central de Marcação de Consultas e Exames</b> ESTE EXAME É PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.		<b>GUIA DE SOLICITAÇÃO</b> <b>PROCEDIMENTO CONSOLIDADO</b>		CARIMBO DA SMS E / OU UNIDADE SOLICITANTE
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
Cartão Nacional de Saúde	Nome do Paciente			
Endereço de Residência	Data Nasc.	Idade	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Bairro	Município	Estado		
	<b>FRANCISCO SANTOS</b>	<b>PIAUI</b>		
Código IBGE	CEP	Caráter Atend.	Raça / Cor	
	<b>64.645-000</b>			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
Código do Procedimento	Descrição do Procedimento			Qtde
<b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
Descrição do Diagnóstico				Cid 10
OBSERVAÇÃO: (Resultados de provas diagnósticas anteriores, Justificativa Clínica, etc.)				
DATA	Carimbo/ Ass. Solicitante		Realizado em:	

# GUIA VERMELHA (PEQUENA) JUNTO A COM A GUIA PRETA (GRANDE)

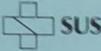
DENSITOMETRIA ÓSSEA, TOMOGRAFIA, RESSONÂNCIA, REABILITAÇÃO.

BIOPSIA, FONOAUDIÓLOGO, FISIOTERAPIA!

 <b>SUS Sistema Único de Saúde</b> Secretaria Mun. de Saúde Central de Marcação de Consultas e Exames <small>ESTE EXAME É PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.</small>		<b>GUIA DE SOLICITAÇÃO PROCEDIMENTO INDIVIDUALIZADO</b>		Unidade de Saúde de Origem
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
Cartão Nacional de Saúde		Nome do Paciente		Data Nasc.
Endereço de Residência		Idade		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Bairro	Município		Estado: <b>PIAUI</b>	
Código IBGE	CEP	Caráter Atend.		Raça / Cor
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
Código do Procedimento		Descrição do Procedimento		Qtde
<b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
Descrição do Diagnóstico				Cid 10
OBSERVAÇÃO: (Resultados de provas diagnósticas anteriores, Justificativa Clínica, etc.)				
DATA	Carimbo/ Ass. Solicitante		Realizado em:	

 <b>SUS Sistema Único de Saúde</b> Ministério da Saúde		<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA / SUS</b>		
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADO</b>				
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
3 - NOME		4 - CPF		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc
8 - RACIA / COR		9 - NOME DA MÃE		
10 - TELEFONE DE CONTATO		11 - NOME DO RESPONSÁVEL		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - NOME DO RESPONSÁVEL		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <b>FRANCISCO SANTOS</b>		15 - COD. MUNICÍPIO		16 - UF: <b>PI</b>
17 - CEP: <b>64645000</b>		18 - TELEFONE DE CONTATO		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		19 - NOME DO PROCEDIMENTO		20 - QTDE
<b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO</b>				
21 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		22 - CID 10		
23 - RESUMO DO EXAME FÍSICO				
24 - EXAME(S) REALIZADO(S) RESULTADOS				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
25 - NOME		26 - DATA		27 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
28 - CPF		29 - END. DO PART. RESPONSÁVEL		
<b>PROCEDIMENTO AUTORIZADO</b>				
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO		32 - QTDE
<b>AUTORIZADOR</b>				
33 - NOME		34 - Nº DA AUTORIZAÇÃO		
35 - CPF		36 - Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		
37 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		38 - ASSINATURA E CARIMBO		
<b>ANÁLISE ADMINISTRATIVA</b>		<b>ANÁLISE MÉDICO-TÉCNICA</b>		
<input type="checkbox"/> SEM IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE <input type="checkbox"/> SEM CNPJ DA UNIDADE <input type="checkbox"/> SEM NOME COMPLETO E LEGÍVEL DO PACIENTE <input type="checkbox"/> SEM ENDEREÇO DO PACIENTE OU INCOMPLETO <input type="checkbox"/> SEM CPF DO MÉDICO SOLICITANTE <input type="checkbox"/> 2ª VIA ILEGÍVEL/INCOMPLETA/INEXISTENTE <input type="checkbox"/> LAUDO RESUMIDO/INADEQUADO <input type="checkbox"/> PACIENTE MENOR, NECESSITA DO NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		<input type="checkbox"/> NOME INCOMPLETO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <input type="checkbox"/> NOME DO MÉDICO SOLICITANTE INCOMPLETO E/OU ILEGÍVEL <input type="checkbox"/> HIPÓTESE DIAGNÓSTICA NÃO COMPATÍVEL COM CID-10 <input type="checkbox"/> EXAME FÍSICO DO PACIENTE COM DADOS INCOMPLETOS E/OU INSUFICIENTES <input type="checkbox"/> AUSÊNCIA DE ASSINATURA E/OU CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO SOLICITADO NÃO CONSTA NA TABELA DO SUS <input type="checkbox"/> FAVOR REVER LAUDO/ JUSTIFICAR <input type="checkbox"/> ENCAMINHADO A CENTRAL DE MARCAÇÃO PARA REFERENCIAR		

# GUIA AZUL – TERESINA!

		Carimbo Município Solicitante	
<b>Ficha de Marcação Consultas / Exames</b>		Este exame é pago pelo SUS, é proibida a cobrança de taxas	
Procedimento(s) (Em caso de exame solicitar no máximo 3)		Nº do Cartão SUS	
Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)			
Nascimento	Idade	Sexo	Documento do Paciente (Tipo, número)
Nome da Mãe			
Endereço (Logradouro, número)			
Bairro		Complemento	
CEP	Município	UF	Fone
Dados Clínicos		Data da Solicitação	
		Carimbo Assinat. Médico Solicitante	
<b>Agendamento - Marcação Via Central</b>		<b>Protocolo CERAS:</b>	
Local de Atendimento			
Nome do Profissional		Endereço	
Data e Hora do Comparecimento		Carimbo Assinat. do Resp. Pelo Agendamento	
____/____/____ às ____			
Caro Usuário, Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada. Só entregue esta ficha e/ou assine qualquer documento se for atendido(a).		Número do Agendamento: _____	

# MAMOGRAFIA - GUIA VERDE

MINISTERIO DA SAUDE REQUISICAO DE MAMOGRAFIA  
Programa Nacional de Controle de Qualidade (Liber e de Nome)

UF: \_\_\_\_\_ Colégio de Unidade de Saúde (CUES): \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_  
Compartimento: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino  
Nome Completo do paciente: \_\_\_\_\_  
Apelido social (opcional): \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço Residência: \_\_\_\_\_  
Logradouro: \_\_\_\_\_  
Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Cidade/Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ DDD: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Paciente:  Analítico  Criança Fundamental Inscrita  Criança Fundamental Cópula  Criança Múltipla Cópula  Criança Superior Cópula

**DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)**

1 - Tem náusea ou vômito no exame?  
 Sim, náusea/dor  
 Sim, náusea/vômito  
 Não

2 - Aguarda (ou espera) para liberar o exame?  
 Sim  
 Não  
 Não sabe

3 - Como deve ocorrer, tem sido sempre orientado por um profissional de saúde?  
 Sim  
 Não  
 Nunca foram orientados anteriormente

4 - Foi mamografia alguma vez?  
 Sim. Quando foi a última mamografia? \_\_\_\_\_  
 Não  
 Não sabe

**ATENÇÃO:** Não aceitar profissional ou paciente que não apresente o nome, título, endereço e nome da rua da paciente preenchidos.  
\* Não aceitar não: Mulheres sem histórico familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de: - Câncer de mama antes dos 50 anos de idade; - Câncer de mama bilateral ou bilateral de próstata em qualquer fase; - Câncer com história familiar de câncer de mama/bócio; Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária pré-invasiva ou invasiva no mamilo/axila/aréola de sítio.

TODOS OS CAMPOS MÉDICOS E DO PACIENTE DEVEM SER PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE E COM LETRA LEGÍVEL!

**OBS – Á PEDIDO DA AUDITORIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE PICOS AS FICHAS DE REQUISIÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES DEVERÃO SER PREENCHIDAS SOMENTE COM A CALIGRAFIA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE! EVITANDO O DEVOLVIMENTO DESTAS PELA AUDITORIA!**

**AVISAMOS QUE NÃO RECEBEREMOS GUIAS INCORRETAS E OU COM OS DADOS INCOMPLETOS! ASSIM EVITANDO O RETORNO DO PACIENTE AO LOCAL DO ATENDIMENTO (ESSA SOLICITAÇÃO É ENCAMINHADA PELA AUDITORIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PICOS).**