

RESOLUÇÃO nº 225/2020 – SESA

Estabelece ações para a regulação do acesso e organização do fluxo dos usuários do Sistema Único de Saúde para tratamento cirúrgico nos Estabelecimentos habilitados na alta complexidade ao indivíduo com obesidade, que se encontram sob gestão estadual.

O **Secretário de Estado da Saúde**, no uso da atribuição que lhe confere o Artigo 4º, inciso VI e XIII, da Lei Estadual nº 19.848 de 3 maio de 2019 e o Artigo 9º do Anexo 113060_30131 do Decreto Estadual nº 9.921, de 23 de janeiro de 2014, Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, além do disposto na Lei Estadual nº 13.331, de 23 de novembro de 2001 que dispõe sobre a organização, regulamentação, fiscalização e controle das ações dos serviços de saúde no Paraná e ainda, a Lei nº 19.848, de 03 de maio de 2019 que dispõe sobre a organização básica administrativa do Poder Executivo Estadual e dá outras providências, e considerando,

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 17, inciso II, que compete à Direção Estadual do Sistema Único de Saúde acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

- a Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 (origem PRT nº 424 - Ministério da Saúde de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede Atenção à Saúde das pessoas doentes ou outra que venha substituí-la;

- a Portaria de Consolidação nº de 28 de setembro de 2017 (origem PRT nº 425 - Ministério da Saúde de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta complexidade ao indivíduo com obesidade ou outra que venha substituí-la;

- a competência do gestor estadual em realizar ações de regulação de acesso dos usuários do SUS aos serviços habilitados que estão sob sua gestão.

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar e padronizar o controle do fluxo de acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde do Estado do Paraná aos Serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade para tratamento cirúrgico, no âmbito da gestão estadual.

§ 1º Os indivíduos com indicação para tratamento cirúrgico da obesidade são aqueles com obesidade grau III ou obesidade grau II com comorbidades, conforme os critérios estabelecidos na Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 – (origem Portaria nº 424/GM/MS de 19 de março de 2013.

1

GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400
www.saude.pr.gov.br - gabinete@sesa.pr.gov.br

§ 2º O tratamento cirúrgico é uma alternativa terapêutica complementar ao tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal. O tratamento cirúrgico somente deve ser indicado para casos selecionados, com avaliação criteriosa, baseada nas indicações e contra-indicações previstas na Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 – (origem Portaria nº 424/GM/MS de 19 de março de 2013).

§ 3º Deverá ser feito tratamento clínico longitudinal na Atenção Primária e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada – AAE por, no mínimo, dois anos, por equipe multiprofissional, antes de ser encaminhado o paciente para tratamento cirúrgico.

Art. 2º Apenas os hospitais que estiveram habilitados junto ao Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade - Código 0202 ou Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade – código 0203 poderão realizar o procedimento cirúrgico.

Art. 3º Ficam aprovados e instituídos os formulários abaixo, destinados à correta identificação do paciente e seu respectivo processo de assistência:

I - Anexo I – Fluxograma de Encaminhamento para a Cirurgia Bariátrica.

II - Anexo II – Formulário de referência para encaminhamento ao serviço ambulatorial especializado.

III - Anexo III – Formulário de encaminhamento para serviço habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

IV - Anexo IV – Questionário para o candidato à cirurgia bariátrica ou seu responsável legal.

V - Anexo V – Formulário de Avaliação da Regional de Saúde.

Art. 4º Os formulários descritos no artigo 3º deste capítulo serão disponibilizados para consulta em meio eletrônico oficial da SESA.

Parágrafo único - Todos os formulários, bem como o questionário preenchido pelo usuário, devem ser impressos, assinados e devidamente encaminhados conforme fluxo estabelecido.

Art. 5º O acesso regular ao tratamento cirúrgico da obesidade pelos usuários do Sistema Único de Saúde será realizado mediante processo instituído pelo Sistema Estadual de Regulação, com garantia da transparência e da equidade no acesso.

Art. 6º A avaliação e a assistência terapêutica multiprofissional iniciais deverão ser realizadas pela atenção primária à saúde municipal de acordo com o componente “Atenção Básica” constante da Portaria de Consolidação nº 05 de 28 de setembro de 2017 – (origem Portaria nº 424/GM/MS de 19 de março de 2013).

Parágrafo único Caso a atenção primária não disponha de todos os serviços necessários para ofertar o tratamento longitudinal, poderá fazer de forma compartilhada com

a atenção especializada, até o cumprimento de suas atribuições.

Art. 7º Esgotadas todas as possibilidades clínicas e terapêuticas na atenção primária, os indivíduos dentro dos critérios estabelecidos no parágrafo primeiro do artigo 1º, deverão ser encaminhados pela atenção primária para avaliação na atenção ambulatorial especializada, utilizando a ficha de referência, conforme modelo disposto no anexo II ou outra já utilizada pelo município, desde que sejam contempladas as informações mínimas obrigatórias.

Parágrafo Único A Ficha de Referência é imprescindível, e será o documento utilizado para comprovar o acesso inicial do paciente ao SUS.

Art. 8º O agendamento da consulta em ambulatório especializado municipal, ou contratado pelo município ou gerenciado por Consórcio Intermunicipal de Saúde, deve ser feito pelo município de residência do paciente.

Art. 9º O agendamento da consulta em ambulatório especializado de prestador habilitado e contratado pelo estado será realizado pelas Regionais de Saúde da SESA.

Parágrafo Único – Se não houver disponibilidade de serviço ambulatorial especializado no município, a avaliação poderá ser realizada também em hospital habilitado em alta complexidade ao indivíduo com obesidade, devendo esta ser agendada pelo Sistema Estadual de Regulação, via Regional de Saúde.

Art. 10. A atenção especializada deve prestar assistência ambulatorial multiprofissional, a fim de definir os casos com indicação de procedimento cirúrgico de acordo com o “subcomponente ambulatorial especializado de acordo com a Portaria de Consolidação nº 05 de 28 de setembro de 2017 – (origem Portaria nº 424/GM/MS de 19 de março de 2013).

Art. 11. Se o candidato à cirurgia bariátrica atender a todos os critérios para indicação do tratamento cirúrgico, os ambulatórios da atenção especializada deverão preencher a Ficha de Avaliação – anexo III e apensar o questionário preenchido pelo paciente ou seu responsável legal - anexo IV.

§ 1º Quando o ambulatório responsável pela avaliação for municipal, gerenciado pelo consórcio ou contratado pelo município, a responsabilidade do envio dos anexos II, III e IV devidamente preenchidos e assinados para a Regional de Saúde é do Município de residência do usuário.

§ 2º Quando o ambulatório responsável pela avaliação for de Hospital contratado pela SESA, deverá o prestador encaminhar para a Regional de Saúde o anexo IV devidamente preenchido e assinado.

§ 3º Quando o paciente não atender a todos os critérios para indicação do tratamento cirúrgico, deverá permanecer na atenção ambulatorial especializada ou retornar para a atenção primária, conforme o caso.

Art. 12. Caberá às Regionais de Saúde de origem do paciente agendar as consultas especializadas ambulatoriais quando se tratar de serviço contratado pela SESA.

Art. 13. Caberá às auditorias das Regionais de Saúde de origem do paciente, depois de concluída a avaliação inicial e a avaliação especializada, conferirem a documentação recebida e certificarem-se da regularidade do fluxo do encaminhamento do paciente, para então agendar consulta para confirmação da indicação cirúrgica nos estabelecimentos de saúde habilitados.

Art. 14. Confirmada a indicação cirúrgica, o Hospital habilitado deverá solicitar autorização do laudo de emissão de AIH via Sistema Estadual de Regulação.

Art. 15. Para autorizar o laudo de emissão de AIH, o profissional médico deverá se assegurar mediante o formulário encaminhado pela Regional de Saúde, que todos os critérios e fluxo de acesso regular foram atendidos.

Art. 16. Em caso de alteração clínica do paciente que impossibilite a realização do procedimento cirúrgico, o estabelecimento deverá informar à SESA com finalidade de revisão de autorização do laudo.

Art. 17. Caberá às Regionais de Saúde realizar a conferência das AIHs apresentadas em relação aos laudos autorizados de emissão de AIH. O pagamento fica condicionado às conformidades entre as AIH autorizadas e as apresentadas.

Art. 18. A abrangência de atendimento de cada estabelecimento habilitado será definida conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

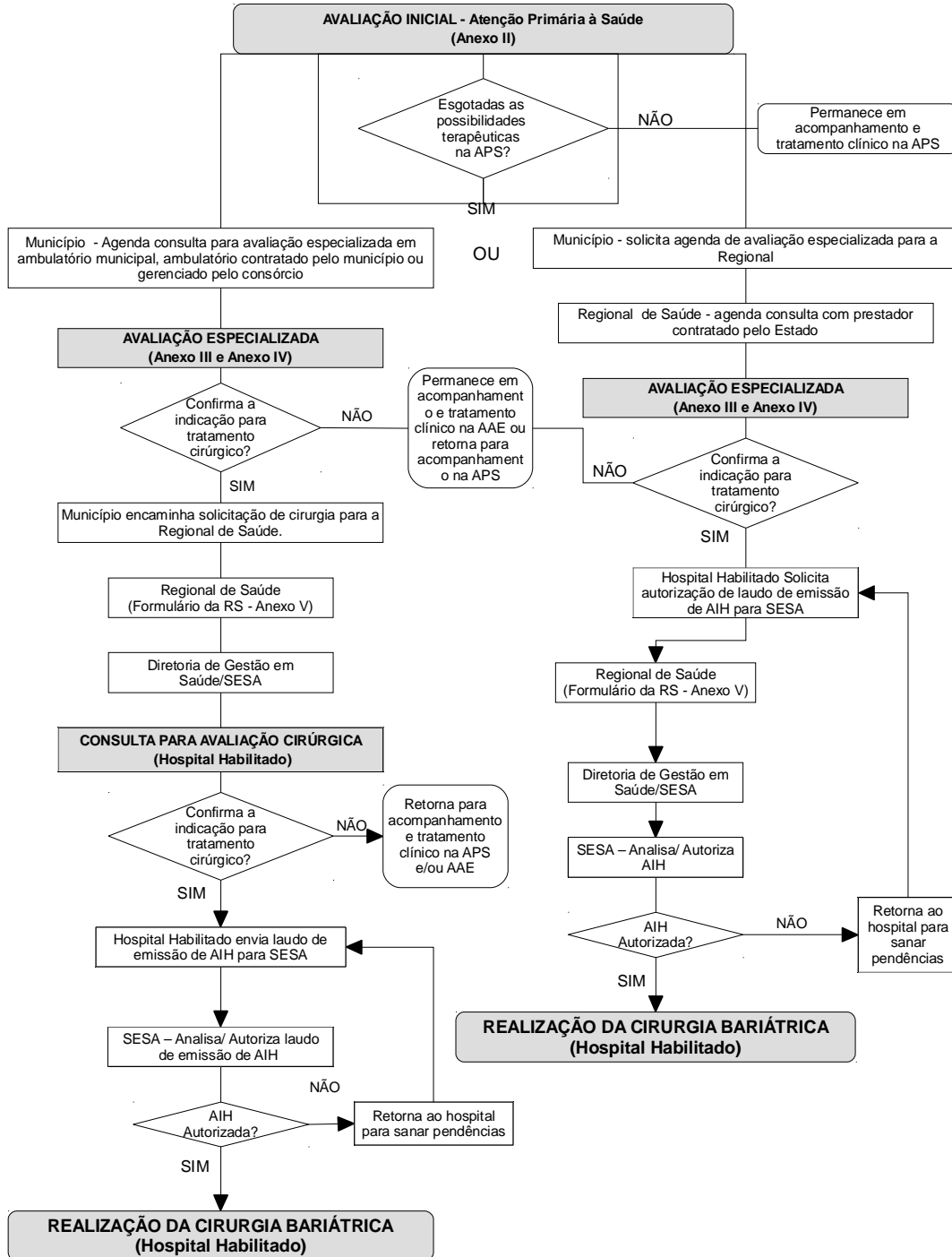
Art. 19. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 03 de março de 2020.

Assinado eletronicamente
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto
(Beto Preto)
Secretario de Estado da Saúde

Anexo I da Resolução SESA nº 225/2020

Anexo I - FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA



Anexo II da Resolução SESA nº 225/2020

MODELO DE FICHA DE REFERÊNCIA PARA ENCAMINHAMENTO DO INDIVÍDUO COM OBESIDADE PARA A AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA

Dados de Identificação

Nome		Nº Prontuário	
Data de Nascimento	Sexo	Nº Cartão Nacional de Saúde Definitivo	
Nome da Mãe		Município/UF Nascimento	
Endereço residência		Bairro	CEP
Município/UF residência	Telefone residencial	Telefone celular	
Unidade de Saúde solicitante		CNES	Telefone da US

Dados do Encaminhamento

Especialidade encaminhada

Dados do Atendimento

Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (Kg/m ²)
Motivo do encaminhamento		
<p>História clínica</p> <p><i>(Descrever a assistência prestada na Atenção Primária para tratamento da obesidade; quais profissionais realizaram a assistência – médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico, psicólogo, etc. – tempo de acompanhamento com cada profissional; uso de medicamentos; comorbidades; demais informações pertinentes)</i></p>		
Hipótese diagnóstica		Data da solicitação

Assinatura e carimbo com CRM

- Levar à consulta agendada:
- Documento de identificação;
 - Este formulário de encaminhamento (Ficha de Referência);
 - Comprovante de agendamento;
 - Resultados de exames.

6

GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400
www.saude.pr.gov.br - gabinete@sesa.pr.gov.br

Anexo III da Resolução SESA nº 225/2020

**FICHA DE AVALIAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA
(PARA PREENCHIMENTO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL
ESPECIALIZADA – AAE – MÉDIA OU ALTA COMPLEXIDADE)**

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Nome do estabelecimento: _____

CNES: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Número do Cartão Nacional de Saúde Definitivo (CNS): _____

Endereço Residencial¹: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

Nome da Unidade Básica de Saúde _____ CNES: _____

Região de Saúde: _____

Data do início do acompanhamento na AAE: ____/____/____

¹Anexar comprovante do endereço residencial

INFORMAÇÕES CLÍNICAS RELEVANTES:

O paciente realizou acompanhamento na Atenção Primária à Saúde - APS e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada - AAE pelo período de 02 (dois) anos sem resposta ao tratamento clínico²? () Sim () Não

² Tratamento clínico longitudinal que deve ser realizado por equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada – AAE e incluir orientação e apoio para mudança de hábitos, dietoterapia, psicoterapia, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia)

O paciente realizou avaliação inicial na APS?

() Sim, anexar ficha de referência preenchida () Não

Órgão responsável pelo agendamento de consulta médica especializada:

() Município () Regional de Saúde

3. HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm IMC (Índice de massa corporal): _____ kg/m²

a) IMC > 50kg/m² ()

b) IMC ≥ 40 kg/m² com ou sem comorbidades e que não tenham obtido sucesso ao tratamento clínico após acompanhamento por no mínimo 02 (dois) anos na APS e/ou AAE ()

c) IMC ≥ 35 kg/m² com alguma das seguintes comorbidades ():

- Risco Cardiovascular Elevado³ ()

³ Cálculo do risco cardiovascular conforme literatura médica: p.ex.: Framingham general CVD risk score (2008); ACC/AHA pooled cohort hard CVD risk calculator (2013); MESA risk score (2015); entre outros.

- Diabetes Mellitus de difícil controle () Há quanto tempo: _____

() Faz tratamento? Há quanto tempo: _____

- Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle () Há quanto tempo: _____

() Faz tratamento? Há quanto tempo: _____

- Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono () Há quanto tempo: _____

() Faz tratamento? Há quanto tempo: _____

- Doenças articulares degenerativas () Há quanto tempo: _____

() Faz tratamento? Há quanto tempo: _____

- Outras comorbidades⁴: _____

() Há quanto tempo: _____ () Faz tratamento? Há quanto tempo: _____

⁴Se houverem comorbidades, anexar exames/laudos comprobatórios para cada uma.

Medicações em uso: _____

Se paciente com idade entre 16 e 18 anos

- IMC por idade com escore-z maior que 4+: () Sim () Não

- Há raio X de punho com epífise de crescimento consolidada? () Sim () Não. Anexar.

- Apresentar laudo médico com análise da idade óssea com avaliação do risco – benefício, com assinatura do profissional médico especialista na área.

Se paciente com idade acima de 65 anos

- A avaliação realizada pela equipe multiprofissional considerou o risco-benefício, o risco cirúrgico, a presença de comorbidades, a expectativa de vida do paciente, assim como o benefício clínico do emagrecimento estimado? () Sim () Não

4. CONTRAINDICAÇÕES:

Informar a existência de contraindicações conforme relação abaixo:

- Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado:

() Sim () Não

- Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas:

() Sim () Não

- Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influencie a relação risco-benefício:

() Sim () Não

- Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco:

() Sim () Não

- Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos:

() Sim () Não

5. CONCLUSÃO

Paciente tem indicação para tratamento cirúrgico? () Sim () Não

6. ENCAMINHAMENTO:

- () Agendar consulta via Regional de Saúde no hospital habilitado de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave para procedimento cirúrgico conforme Região de Saúde de origem do paciente.
() Retornar para tratamento na APS
() Manter tratamento terapêutico na AAE

7. PROCEDIMENTO SOLICITADO:

- 7.1. Código do procedimento principal: _____
7.2. Descrição do procedimento principal: _____
7.3. O solicitante possui habilitação junto ao Ministério da Saúde para realização do procedimento solicitado? (0202 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave ou 0203 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade):
() Sim () Não

<p>DADOS DO AVALIADOR:</p> <p>Nome do médico assistente: _____</p> <p>Especialidade: _____ CRM: _____</p> <p>E-mail: _____ Telefone: _____</p> <p>Carimbo e assinatura do médico assistente: _____</p> <p>Diretor técnico/clínico: _____ CRM: _____</p> <p>E-mail: _____ Telefone: _____</p> <p>Carimbo e assinatura do diretor técnico/clínico: _____</p> <p>_____</p> <p>Local e Data do Encaminhamento</p>
--

Anexo IV da Resolução SESA nº 225/2020

**QUESTIONÁRIO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA PREENCHIDO PELO
PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. IDENTIFICAÇÃO:

- 1.1. Nome do paciente: _____
1.2. Nome da mãe: _____
1.3. Sexo: _____
1.4. Data de nascimento: ____/____/_____
1.5. Escolaridade: _____
1.6. Endereço Residencial: _____
1.7. Local de Atendimento: _____

2. HISTÓRIA CLÍNICA:

- 2.1. Idade de início da obesidade: _____ anos
2.2. No seu ponto de vista, porque você está acima do peso?

2.3. Quais recursos você já utilizou na tentativa de emagrecer?
a) Dieta: () Sim () Não Quantas vezes? _____ Por quanto tempo? _____
Qual tipo de dieta? _____
Houve auxílio profissional? () Sim () Não Área de atuação do profissional _____
b) Atividade Física: () Sim () Não Quantas vezes por semana? _____
Qual tipo de atividade física? _____ Por quanto tempo? _____
Houve auxílio profissional? () Sim () Não
Área de atuação do profissional: _____
c) Auxílio Psicológico: () Sim () Não
Qual tipo? _____ Por quanto tempo? _____
Houve auxílio profissional? () Sim () Não
Área de atuação do profissional _____
d) Uso de medicamentos para obesidade: () Sim () Não
Quais medicamentos? _____
Por quanto tempo fez uso? _____
Houve prescrição e acompanhamento médico? () Sim () Não Por quanto tempo? _____
2.4. Você participou de alguma ação de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade na sua Unidade Básica de Saúde de referência? () Sim () Não
2.5. Você foi orientado pela equipe assistente quanto aos aspectos do tratamento como, por exemplo, acompanhamento multidisciplinar pré-operatório e pós-operatório para realização de cirurgia bariátrica pelo SUS? Sim () Não ()
Você compreendeu as informações que a você foram passadas? Sim () Não ()

Autorizo o uso das informações por mim preenchidas neste documento para fins de controle avaliação e auditoria da Secretaria de Saúde do Município e/ou Secretaria de Saúde do Estado do Paraná

Nome do Paciente ou de seu Responsável Legal: _____

Assinatura do Paciente ou de seu Responsável Legal

Local e Data _____

10

GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400
www.saude.pr.gov.br - gabinete@sesa.pr.gov.br

Anexo V da Resolução SESA nº 225/2020

**FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DA REGIONAL DE SAÚDE SOBRE O
PEDIDO DE CIRURGIA BARIÁTRICA**

1. IDENTIFICAÇÃO:

- 1.1 Nome do paciente: _____
1.2. Nome da mãe: _____
1.3. Sexo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
1.4. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____ () Definitivo
1.5 Município de residência: _____
1.6. Região de Saúde: _____
1.7 Comprovante do endereço residencial: () Sim () Não
1.8 Há conformidade entre o comprovante de endereço apresentado e o endereço verificado no cadastro definitivo (CAD WEB) () Sim () Não

2. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA:

- 2.1. Realizou acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) pelo período de dois anos sem resposta ao tratamento clínico?¹ () Sim () Não

¹Tratamento clínico longitudinal que deve ser realizado por equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada – AAE e incluir orientação e apoio para mudança de hábitos, dietoterapia, psicoterapia, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia).

- 2.2 Realizou avaliação inicial na APS com Ficha de Referência (Anexo II) preenchida? () Sim () Não
2.3 Realizou avaliação na AAE com ficha de encaminhamento (Anexo III) preenchida? () Sim () Não
2.4. Órgão responsável pelo agendamento de consulta médica especializada:
() Município () Regional de Saúde

3. HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

- 3.1. Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm IMC (Índice de massa corporal): _____ kg/m²
a) IMC > 50kg/m² ()
b) IMC ≥ 40 kg/m² com ou sem comorbidades e que não tenham obtido sucesso ao tratamento clínico após acompanhamento por no mínimo 02 (dois) anos na APS e/ou AAE ()
c) IMC ≥ 35 kg/m² com alguma das seguintes comorbidades ():
- Risco Cardiovascular Elevado² ()

²Cálculo do risco cardiovascular conforme literatura médica: p.ex.: Framingham general CVD risk score (2008); ACC/AHA pooled cohort hard CVD risk calculator (2013); MESA risk score (2015); entre outros.

- Diabetes Mellitus de difícil controle () Há quanto tempo: _____
() Faz tratamento? Há quanto tempo: _____
- Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle () Há quanto tempo: _____
() Faz tratamento? Há quanto tempo: _____
- Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono () Há quanto tempo: _____
() Faz tratamento? Há quanto tempo: _____
- Doenças articulares degenerativas () Há quanto tempo: _____
() Faz tratamento? Há quanto tempo: _____
- Outras comorbidades: _____
() Há quanto tempo: _____ () Faz tratamento? Há quanto tempo: _____

Apresentou exames/laudos comprobatórios para cada comorbidade³?

³p.ex.: glicemia de jejum ou hemoglobina glicosilada (HbA1c); perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL, triglicérides); polissonografia; exames de imagem das articulações acometidas; diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS); entre outros.

() Sim () Não, documentos faltantes: _____

Medicações em uso: _____

Se paciente com idade entre 16 e 18 anos

- IMC por idade com escore-z maior que 4+: () Sim () Não

- Apresentou RX de punho com epífise de crescimento consolidada: () Sim () Não

- Apresentou laudo médico com análise da idade óssea com avaliação do risco – benefício, com assinatura de dois profissionais médicos especialistas na área: () Sim () Não

Se paciente com idade acima de 65 anos

- A avaliação realizada pela equipe multiprofissional considerou o risco-benefício, o risco cirúrgico, a presença de comorbidades, a expectativa de vida do paciente, assim como o benefício clínico do emagrecimento estimado? () Sim () Não

4. CONTRAINDICAÇÕES:

4.1. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado:

() Sim () Não

4.2. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas:

() Sim () Não

4.3. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influencie na relação risco-benefício:

() Sim () Não

4.4. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco:

() Sim () Não

4.5. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos:

() Sim () Não

5. PROCEDIMENTO SOLICITADO:

5.1. Código do procedimento principal: _____

5.2. Descrição do procedimento principal: _____

5.3. O solicitante possui habilitação junto ao Ministério da Saúde para realização do procedimento solicitado? (0202 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave ou 0203 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade): () Sim () Não

6. PARECER CONCLUSIVO:

6.1 Solicitação atendeu a todos os requisitos deste documento: () Sim () Não

Se não, quais ações foram adotadas:

() Solicitação devolvida para o Gestor Municipal de Origem para providências em relação aos itens 1 e/ou 2.

() Solicitação devolvida para o prestador de serviço solicitante ou unidade da AAE para providências em relação aos itens 3, 4 e/ou 5.

DADOS DO AUDITOR:

Nome do auditor responsável pela análise documental: _____

Registro de classe: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Regional de Saúde: _____

Carimbo e assinatura do auditor responsável: _____

CIÊNCIA DA DIREÇÃO:

Diretor da Regional de Saúde: _____

Carimbo e assinatura do diretor da Regional de Saúde: _____

Local e Data do Encaminhamento



Departamento de Imprensa Oficial do Estado do Paraná - DIOE

Protocolo	18166/2020	Diário Oficial Executivo	
Título	Resolução SESA nº 225/2020	Secretaria da Saúde	
Órgão	SESA - Secretaria de Estado da Saúde	Resolução-EX (Gratuita)	
Depositário	RAQUEL STEIMBACH BURGEL	225.20.rtf 729,70 KB	
E-mail	RAQUEL@SESA.PR.GOV.BR		
Enviada em	03/03/2020 17:28		
Data de publicação			
05/03/2020 Quinta-feira		Gratuita	Aprovada
		03/03/20 17:36	Nº da Edição do Diário: 10639
Histórico		TRIAGEM REALIZADA	