



NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA	Número: 001-18
Assunto: REQUISIÇÃO/REGULAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS	Estabelecido em: Junho/2018
	Revisada em: Janeiro 2023, Julho 2023.
Sector: APOIO DIAGNOSTICO/SRAS, CONTROLE E AVALIAÇÃO/SUR	
Elaborado por: GRUPO DE ANÁLISE DE PARAMETROS ASSISTENCIAIS	
Aprovado por: SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE, DIRETORIA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO	
Revisada por: APOIO DIAGNOSTICO, DIRETORIA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO	
Objetivo: REGULAR AS REQUISIÇÕES DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS	

ATUALIZAÇÕES:

1. Não serão agendados mais que **11 (ONZE)** exames por pedido/paciente **SEM AUTORIZAÇÃO/REGULAÇÃO**, exceto quando **ESTIVEREM CONDIZENTES COM O PROTOCOLO DE "SEGUIMENTO DE PRÉ-NATAL 1º, 2º ou 3º TRIMESTRE"**, "CONTROLE HIPERTENSO" E "CONTROLE DIABÉTICO" E/OU "CONTROLE DA FUNÇÃO RENAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA" (anexos 03,04,05e 06).

Considerando:

- Necessidade de ajuste de protocolos;
 - Que a organização dos serviços de apoio diagnóstico representa uma tarefa complexa, por exigir a combinação de tecnologias diversificadas e sua adaptação às características locais e orçamentárias, particularmente em relação à saúde pública ¹
 - Que estudos apontam que de 40% a 60% dos exames diagnósticos solicitados em sistemas de saúde são desnecessários e que testes desnecessários podem causar desconforto e prejuízos aos pacientes, levar a resultados falsos positivos que leva a outros testes e ao aumento dos custos assistenciais; gerar ansiedade a partir da expectativa de um resultado ruim; o menosprezo pelo exame clínico; o "engarrafamento" nos laboratórios e outros serviços, diante da grande demanda de pedidos; atraso no diagnóstico, em situações em que a evidência clínica seria suficiente; aumento do custo financeiro, tanto para o paciente quanto para o sistema; e, por fim, diagnósticos equivocados, considerando-se que cada exame solicitado apresenta variadas proporções de resultados falso-positivos e falso-negativos^{1,2}
 - Que em estudo americano³ de amplitude nacional, realizado com os médicos, estes reconhecem claramente a existência de problema de testes e procedimentos desnecessários no sistema de saúde e que os entrevistados dizem que uma maneira eficaz de resolver o problema é ter recomendações baseadas em evidências em torno dos cuidados.
 - A necessidade premente de evitar a exposição dos usuários a intervenções médicas/propedêuticas desnecessárias e de otimizar a utilização dos recursos públicos.
 - A grande quantidade de requisições de exames laboratoriais recebidas nos últimos 12 (doze) meses que se encontram incompletas, incorretas e em duplicidade;
- A grande quantidade de solicitações de exames laboratoriais fora dos critérios definidos em protocolos clínicos;

¹ MINAS GERAIS. Protocolos Clínicos dos Exames Laboratoriais. SES-MG. 2009.

² KOCH, C et. al. The Frequency of Unnecessary Testing in Hospitalized Patients. The American Journal of Medicine. May 2018. Volume 131, Issue 5, Pages 500–503.

³ CAPILHEIRA, MF; SANTOS, IS. Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. Rev Saúde Pública 2006;40(2):289-97

⁴ Unnecessary Tests and Procedures in the Health Care System: What Physicians Say About The Problem, the Causes, and the Solutions Results from a National Survey of Physicians. May 1, 2014

É apresentado a seguir o regulamento administrativo referente à padronização das solicitações de exames laboratoriais na Rede Municipal de Saúde de Contagem/MG a iniciar após data de publicação:

2. O pedido de exame laboratorial deverá ter **obrigatoriamente** os seguintes dados:
 - a) **Nome completo do paciente** (sem abreviaturas);
 - b) Nome SOCIAL (Conforme legislação vigente que dispõe sobre o uso do nome social de pessoas travestis e transexuais);
 - c) **Idade** (data de nascimento); Sexo;
 - d) **Endereço completo**;
 - e) Número do cartão nacional de saúde (exigido para a coleta do material biológico). Pode ser apresentado ou descrito no formulário de solicitação do exame ou levado pelo paciente no momento da coleta, para preenchimento do pedido neste momento;
 - f) **Unidade de Saúde de origem**;
 - g) **Profissional Solicitante, com Assinatura, Carimbo e Número de Registro no Conselho de Classe legível**;
 - h) **Se gestante ou não**;
 - i) **Data da solicitação**;
 - j) **Justificativa para a solicitação**;
 - k) **Lista nominal de todos os exames a serem realizados conforme protocolo**.
3. Os agendamentos das coletas devem ser realizados de forma fracionada, distribuindo os pacientes nos horários de 7h, 8h e 9h. Não deve ser feito o agendamento de todos os pacientes às 7h da manhã para evitar sobrecarga nos pontos de coleta e longos tempos de espera. Deve-se respeitar o número de marcações diárias e as prioridades (idoso/gestante) assim como as cotas pactuadas;
4. A cota será conforme pactuação;
5. Não serão agendados mais que **11 (onze)** exames por pedido/paciente **SEM AUTORIZAÇÃO/REGULAÇÃO**, exceto quando **ESTIVEREM CONDIZENTES COM O PROTOCOLO DE "SEGUIMENTO DE PRÉ-NATAL 1º, 2º ou 3º TRIMESTRE", "CONTROLE HIPERTENSO" E "CONTROLE DIABÉTICO" E/OU "CONTROLE DA FUNÇÃO RENAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA"** (anexos 03,04,05e 06).

Na contagem, os exames "Colesterol total; LDL; HDL; e Triglicérides" deverão ser contados como um único exame (Lipidograma ou perfil lipídico).

DEVENDO SER SOLICITADO COM MENOS DE 1 ANO SE JUSTIFICADO NO PEDIDO;

Pedidos fracionados (do mesmo paciente) em que haja total acima de 11(onze) solicitações fora dos protocolos estabelecidos nesta NT, deverão ser encaminhados a regulação para avaliação e autorização;

6. São critérios de regulação e avaliação para autorização:

- a) Os pedidos de exames que constarem nos protocolos dos anexos (01, 03, 04, 05 e 06), não necessitam de regulação. **DESDE QUE ESTEJAM DENTRO DO PROTOCOLO DESTA NT.** Portanto, deverão ser agendados diretamente com o prestador.
- b) **TODOS OS PEDIDOS DE exames que NÃO CONSTAREM na tabela SUS/SIGTAP -Anexo 14 DEVERÃO SER SOLICITADOS EM GUIA DE ALTO CUSTO para autorização no CEAPS** mediante justificativa clínica condizente com os Protocolos Clínicas Diretrizes Terapêuticas - PCDT do ministério da saúde.
- c) **TODOS OS pedidos de exames que ESTÃO NA TABELA SIGTAP, PORÉM NÃO CONSTAREM NOS PROTOCOLOS dos anexos (01, 03, 04, 05 e 06), deverão ser encaminhadas ao CEAPS, por malote, para avaliação e autorização.** Neste caso, todos os pedidos devem ter justificativa detalhada. O Controle de envio deve ser realizado por meio de tabela (Anexo 09) que deverá ser enviada em duas vias.

- d) **Todos os exames de biologia molecular (Anexo 12), só poderão ser solicitados por ESPECIALISTAS EM GUIA DE ALTO CUSTO** e deverão ser encaminhados, com a devida justificativa, ao CEAPS, para avaliação, regulação e autorização.
- e) O exame de avidéz de anticorpos IgG anti toxoplasmose para pacientes gestantes que estiverem com **título de anticorpos IgM positivo** será executado na FUNED. **Na indisponibilidade de oferta deste exame pela FUNED, o exame de avidéz de anticorpos IgG anti toxoplasmose código CBHPM: 4.03.06.46-1 da(s) Gestante(s) com IgM alterado e em gestantes imunossuprimidas, serão encaminhados à diretoria de apoio diagnóstico para averiguação, que encaminhará via e-mail para o laboratório a autorização da coleta.** Seguindo o protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018 pg: 9,10,11,12.
- f) Gestante que o **fator Rh for negativo** deve-se **solicitar** a pesquisa do teste de **Coombs indireto** no início da gestação e repetir mensalmente, **no caso de exame positivo** seguir protocolo ministério da saúde e justificar no pedido.
- g) **Solicitação de exames de usuários em geral, incluindo gestante em que há disponibilidade na rede básica DE TESTES RÁPIDO DISPONIBILIZADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE (HIV/SÍFILIS/Hepatite B e C) deverão ser encaminhados a regulação para avaliação das justificativas, exemplo:**
- **Solicitação de Anticorpo Anti HIV e HIV 2. AUTORIZAR SÓ SE JUSTIFICATIVA: TESTE RÁPIDO: UM POSITIVO OUTRO NEGATIVO (MARCAS DIFERENTES) / FALTA DE TESTE RÁPIDO NA REDE/FALTA DE TESTE MARCA DIFERENTE PARA 2º TESTAGEM (com justificativa acima pode ser agendado sem necessidade de autorização prévia);**
 - **Solicitação de HCV ANTICORPOS ANTI HEPATITE/ AUTORIZAR SÓ SE JUSTIFICATIVA:FALTA DE TESTE RÁPIDO NA REDE;**
 - **Solicitação de TESTE TREPONEMICO/ AUTORIZAR SÓ SE JUSTIFICATIVA: DIVERGÊNCIAS ENTRE TESTES, EXEMPLO; 1º TESTE RÁPIDO TREPONÊMICO POSITIVO E TESTE VDRL NEGATIVO E/OU FALTA DE TESTE RÁPIDO NA REDE (com justificativa acima pode ser agendado sem necessidade de autorização prévia);**
7. Todos os exames solicitados deverão ser discriminados no pedido médico;
8. Não serão aceitos os termos genéricos na justificativa como **“ROTINA”, “CHECK UP”, “RASTREAMENTO”**.
- a) Será aceito: Rastreamento para Diabetes (na situação de diagnosticar);
- b) Não será aceito: Rastreamento (termo isolado).
- c) Não serão aceitas solicitações com pedidos de exames genéricos, exemplo: **FUNÇÃO RENAL, HEPATOGRAMA, FUNÇÃO HEPÁTICA, HEPATITES, FUNÇÃO TIREOIDIANA** etc. A descrição deve ser específica e justificada.
9. **Não poderão ser autorizados** (carimbados pela Unidade de Saúde) e **agendados pedidos realizados em impressos da rede particular de saúde ou em formulários de convênios;**
10. **Pedidos emitidos pelo SSA, de pacientes acompanhados no ambulatório de especialistas, não deverão ser autorizados,** e deverão ser realizados em Unidades próprias da empresa (SSA). No caso de pacientes que tenham recebido alta do especialista para acompanhamento na UBS, o médico assistente deverá reavaliar a condição clínica desse paciente e solicitar os exames necessários em formulário da própria Unidade.
11. **Não serão aceitos pedidos com a solicitação de exames feita por meio de carimbo;**

12. **Solicitações realizadas pela equipe de enfermagem da rede SUS/Contagem, somente serão atendidas quando estiverem em acordo com o estabelecido na Portaria 001/99 (Elenco descrito no Anexo 1); Não serão aceitos pedidos de TSH (exceção de usuárias na primeira consulta de pré-natal) T4, T3, T4 livre, PSA solicitados por enfermeiros;**
13. **Não serão aceitos pedidos de exames solicitados por Nutricionistas e qualquer outra categoria não médica (com exceção dos exames que podem ser solicitados pelos enfermeiros da Atenção Básica segundo a Portaria 001/99, conforme anexo 01 e risco cirúrgico solicitados por dentistas/cirurgião dentista).**
14. **Pedidos de exames com letras diferentes, rasurados ou com discordância de assinatura do solicitante, deverão ser conferidos e identificados, pois não serão faturados, assim como pedidos de exames impressos com complementação de caneta; (Exceto os emitidos pelo sistema VIVVER, que devido a ausência do campo de justificativa, deverão ter essa informação descrita á caneta)**
15. **Pedidos médicos constando exames de vitaminas (A, B1, B6, B9, B12, D, E, DENTRE OUTRAS) DEVERÃO SER SOLICITADOS EM GUIA DE ALTO CUSTO, sendo que para serem realizados deverão ser regulados e autorizados pelo CEAPS;**
16. **TODOS OS EXAMES LISTADOS ANEXO 10 - OU OUTROS FORA DA TABELA SIGTAP - ANEXO 14 SÓ PODERÃO SER SOLICITADOS NA GUIA DE ALTO CUSTO, sendo que para serem realizados deverão ser regulados e autorizados pelo CEAPS;**
17. **A orientação sobre o preparo que o paciente deve se submeter, assim como as instruções para coleta do material em domicílio (anexo 02), é de responsabilidade intransferível do profissional solicitante do exame e do laboratório.**
18. **Pedidos oriundos de ambulatórios e ou hospitais especializados da Rede SUS ou clínicas/hospitais conveniados de Contagem (anexo 13), INDEPENDENTE DA QUANTIDADE, DEVERÃO SER ENCAMINHADOS ao CEAPS para avaliação, regulação e autorização, independente de serem de alto custo.**
 - a) **Em casos de pacientes oriundos dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e outros que o exame tenha que ser realizado com urgência, sinalizar nas solicitações, para que as mesmas sejam analisadas e liberadas o mais breve possível.**
 - b) **Estes Pedidos solicitados por especialista do SUS, que forem requisitados por instituições que não pertencem ao Município, devem conter o carimbo da Unidade E SER ENCAMINHADOS AO CEAPS.**
19. **Não serão aceitos pedidos médicos da rede de urgência (o paciente proveniente da urgência deve ser referenciado a atenção básica e/ou especializada).**
20. **Realização do Teste do Pezinho, depois de decorridos 30 dias do nascimento, conforme fluxo estabelecido no Anexo 11. DEVERÃO SER ENCAMINHADOS VIA MALOTE AO CEAPS PARA AUTORIZAÇÃO. A solicitação deverá vir acompanhada de relatório médico com justificativa/explicação do motivo da não realização da coleta em dentro dos 30 dias;**
21. **As solicitações da penitenciária NELSON HUNGRIA devem obedecer aos Protocolos desta Norma Técnica;**
22. **O não cumprimento destas normas ensejará em responsabilização funcional e administrativa. Estas padronizações entrarão em vigor a partir da data de sua publicação.**

ANEXO 01: RELAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS QUE PODEM SER SOLICITADO POR ENFERMEIROS/DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Considerando a Portaria SMS nº 001/99, que aprova a normatização de requisição de exames básicos padronizados, e de prescrição de medicamentos básicos padronizados de encaminhamento de pacientes, vinculados a programas e ações de atenção básica à saúde implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, por enfermeiro de unidade básica de saúde e saúde da família.

Considerando esta Norma Técnica a respeito de requisição de exames laboratoriais de análises clínicas. Para que as solicitações de exames laboratoriais estejam dentro dos critérios definidos em protocolos clínicos, apresentamos a seguir um resumo administrativo referente à padronização das solicitações de exames laboratoriais na Rede Municipal de Saúde de Contagem/MG:

VIA ÚNICA		Prefeitura Municipal de Contagem Secretaria Municipal de Saúde	
		CNS: xxxxxxxxxxxxxxxx	
REQUISIÇÃO DE EXAME			CARIMBO DA UNIDADE:
UNIDADE DE SAÚDE: xxxxxxxx	O CNS pode ser registrado no formulário de solicitação do exame ou levado pelo paciente no momento da coleta.		↑
NOME: xxxxxxxx			
IDADE: xxxxxx	ENDEREÇO: xxxxxxxx	O pedido de exame laboratorial deverá ter TODOS os dados obrigatoriamente preenchidos	
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	BAIRRO: xxxxxxxxxxxx	TELEFONE: xxxxxxxx	
01 - DADOS CLÍNICOS			
Controle Hipertensão Arterial Sistêmica.		Não serão aceitos os termos genéricos na justificativa como "ROTINA", "CHECK UP", "RASTREAMENTO"	
02 - MATERIAL A EXAMINAR			
Sangue e urina		TODOS os exames solicitados deverão ser discriminados. Não serão agendados mais que 11 (onze) exames por pedido/paciente, EXCETO quando constar a justificativa de "PRÉ-NATAL 1, 2 ou 3º TRIMESTRE", "CONTROLE HIPERTENSO" e "CONTROLE DIABETICO"	
03 - EXAME SOLICITADO			
Hemograma, glicemia Jejum, ácido úrico, creatinina, estimativa de filtração glomerular, lipidograma, potássio, EAS, Hb Glicada, relação albumina/creatinina			
REQUISIÇÃO Nº:	LOCAL / DATA:	ASSINATURA / CARIMBO:	
Data, Profissional Solicitante, com Assinatura, Carimbo e Número de Registro no Conselho de Classe legível são obrigatórios			

IMPORTANTE: Solicitações realizadas pelos enfermeiros da rede SUS/Contagem, somente serão atendido quando estiverem em acordo com o estabelecido na portaria 001/99 e diretrizes da norma técnica 001/2018. O não cumprimento desta norma injeirá na glosa do pedido e posteriormente em responsabilização funcional e administrativa.

TABELA 1 - CONTROLE DE PRÉ NATAL DOS ENFERMEIROS

PRE-NATAL	
EXAMES LABORATORIAIS Devem ser discriminados na guia de requisição	
PRIMEIRO TRIMESTRE	
Grupo sanguíneo e fator RH	Se a gestante apresentar exames anteriores OU caderneta de pré-natal prévia que contenha dado referente ao seu tipo sanguíneo e fator RH, não DEVERÁ SER SOLICITADO a cada gestação. Se gestante com fator RH negativo, deve-se solicitar a pesquisa do teste de coombs indireto somente.
Hemograma/ Glicemia Jejum TSH	Somente no primeiro trimestre
Toxoplasmose IgG e IgM	Se gestante apresentar exame anterior e OU caderneta de pré-natal prévia que confirme imunidade para toxoplasmose não há necessidade de realizar novo exame a cada gestação, exceto em pacientes imunossuprimidas. Avidéz é feita automaticamente em amostras com IgM positivo.
Eletroforese de Hb	Se gestante apresentar exame anterior e OU caderneta de pré-natal prévia que descreva a eletroforese de hemoglobina não há necessidade de realizar novo exame a cada gestação, principalmente em gestantes que já tenham diagnóstico de hemoglobinopatias, como anemia falciforme (HEMOGLOBINA SS) ou talassemia (NÍVEIS DE HEMOGLOBINA A1 ACIMA DE 4%)
EAS/ Urocultura com antibiograma VDRL	
Testes Rápidos	Se Teste Rápido positivo ou para controle de cura – justificar na Guia. Executados no momento da consulta na UBS – HIV/SIFILIS/Hepatite B e C NÃO PODEM SER SOLICITADOS EXCETO COM A JUSTIFICATIVA CONSTANTE ITEM G DESTA NT
SEGUNDO TRIMESTRE	
Hemograma/Glicemia Jejum	
Glicemia 1 hora e 2 horas pós 75g de dextrosol	Entre 24 e 28 semanas, somente para gestantes que não tem diagnóstico de Diabetes ou Diabetes Gestacional
Toxoplasmose IgG e IgM	Solicitar apenas em pacientes com IgM e IgG negativos e em gestantes imunossuprimidas. Avidéz é feita automaticamente em amostras com IgM positivo.
EAS /Urocultura VDRL	
Testes Rápidos	Se Teste Rápido positivo ou para controle de cura – justificar na Guia Executados no momento da consulta na UBS – HIV/SIFILIS/Hepatite B e C NÃO PODEM SER SOLICITADOS EXCETO COM A JUSTIFICATIVA CONSTANTE ITEM G DESTA NT
TERCEIRO TRIMESTRE	
Hemograma	
Toxoplasmose IgG e IgM	Solicitar apenas em pacientes com IgM e IgG negativos e em gestantes imunossuprimidas. Avidéz é feita automaticamente em amostras com IgM positivo
EAS /Urocultura VDRL	
Cultura de secreção anal e vaginal Strepto B	Se Teste Rápido positivo ou para controle de cura – justificar na Guia Coletar na UBS entre 35 e 37 semanas de gestação
Testes Rápidos	Executados no momento da consulta na UBS – HIV/SIFILIS/Hepatite B e C NÃO PODEM SER SOLICITADOS EXCETO COM A JUSTIFICATIVA CONSTANTE ITEM G DESTA NT

OBSERVAÇÃO: SOLICITAÇÕES DE EXAMES QUE TENHAM TESTE RÁPIDO DISPONÍVEL PARA RASTREAMENTO DE PARCEIROS SÓ PODEM SER SOLICITADOS/AUTORIZADOS COM A JUSTIFICATIVA CONSTANTE ITEN G DESTA NORMA TÉCNICA.

TABELA 2 CONTROLE DE HAS E DM DOS ENFERMEIROS

HIPERTENSÃO	DIABETES
CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	CONTROLE DE DIABETES MELLITUS
EXAMES LABORATORIAIS Devem ser discriminados na guia de requisição	
Hemograma, EAS, PERFIL LIPÍDICO (SOMENTE SE NÃO TIVER EXAME NO ÚLTIMO ANO AMBOS PROTOCOLOS)	
Glicemia Jejum	Glicemia Jejum
Ácido úrico, Potássio	Estimativa da Taxa de Filtração glomerular
Creatinina	Hb Glicada
Estimativa da Taxa de Filtração glomerular	*RAC Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina

*** RAC - SERÁ PAGO PRESTADOR UMA PROTEINÚRIA E UMA CREATININA NÃO DEVENDO SER SOLICITADO MICROALBUMINÚRIA**

TABELA 3 OUTROS EXAMES QUE A ENFERMAGEM PODE SOLICITAR

EXAMES LABORATORIAIS Devem ser discriminados na guia de requisição	
Exame Parasitológico de Fezes	Casos com epidemiologia e/ou semiótica significativa para parasitose
EAS	Casos de semiótica significativa para <u>infecção urinária</u> , para posterior avaliação médica
Hemograma	Casos de semiótica significativa para anemia
TRM TB	CASOS SUSPEITOS DE TUBERCULOSE
BAAR de Escarro	somente de controle de tuberculose para posterior avaliação médica
Beta HCG	Para atraso menstrual maior que 14 dias, tira reagente ou colocação de DIU
VDRL	Se Teste Rápido positivo ou para controle de cura – justificar na Guia
Outros	Que sejam padronizados os Protocolos da Rede
TESTES RÁPIDOS FAZER NA UNIDADE	Em todos os pacientes com queixa clínica, suspeita ou rastreamento.

FONTE: Portaria SMS nº 001/99

ANEXO 02: ORIENTAÇÃO PREPARO PARA COLETA

TABELA 04 -ORIENTAÇÃO PREPARO PARA COLETA

Nome do Exame	Coleta Especial	Unidade	Tempo resultado	Preparo
Ácido úrico	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Ácido Valpróico	Não	Todas	48 horas	A coleta de sangue deve ser realizada antes da próxima dose do medicamento ou c.p.m. Jejum não necessário
Albumina/Sangue,Aldosterona, ACTH, Anti-Dnase , Anticorpo HIV	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Alfa Fetoproteína	Não	Todas	48 horas	Jejum desejável 4 hs
Anti-HBS,,AntiHBSAG, ,Anti-hcv, Anti-HbsAg,Anti -HAV	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Beta 2 microglobulina, Beta HCG (Quantitativo / Qualitativo)	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Capacidade ligação ferro	Não	Todas	48 horas	Criança de 0 a 1 ano jejum 3 hs Criança de 1 a 5 anos jejum de 6 hs Criança acima de 6 anos / adultos jejum 8 horas
Cariótipo Banda G	Não	Todas	20 uteis	Jejum não necessário, Exame de alto custo necessita autorização
Cálcio iônico/Ca ++, Ca 2+, Ca +	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Complemento C	Não	Todas	48 horas	Criança 0 a 1 Ano : jejum 3 hs Criança 1 a 5 anos : jejum 6 horas Criança acima de 5 anos/adultos: jejum 8hs

Catecolaminas Plasmáticas (Dosagem no Sangue)	SIM	CAD		<p>Jejum obrigatório de 8 horas e dietas alimentar de uso medicação conforme a recomendação do médico.</p> <p>Permanecer 2 dias antes e durante a coleta sem ingerir os seguintes alimentos: Café, Chás, Chocolates, Refrigerantes, Frutas em geral (especialmente Manga, Banana e Abacate, Sorvetes, Sucos de Frutas Naturais ou Artificiais, baunilha a alimentos aromatizados com vanilla. Caso faça uso contínuo de algum dos medicamentos abaixo entrar em contato com o médico assistente para avaliar a suspensão dos mesmos. A suspensão, assim como período, fica exclusivamente a critério médico: Alfa Bloqueadores (Fentolamina, fenoxibenzamina e prazosin) Antidepressivos (Amitriptilina, amocharia, Desipramina, Imipramina e nortriptilina); Anti -histamínicos (Difenilhidramina, clorfeniramina e prometazina); Antipsicóticos (Clorpromazina, Clozapina, Ferfenazina); Beta Bloqueadores (Atenolol, labetolol, metoprolol, nadolol, findolol, propranolol, timolol) Antagonistas dos canais de cálcio (felodipina, nicardipina, nifedipina, verapamil) Drogas catecolamina like(epinefrina, norepinefrina,dopamina.metildopa,l'dopa) Diuréticos (Hidroclorotiazida, furosemida) Inibidores da monoaminoxidase (Fenelzina) Estimulantes (caféina, nicotina, aminofilina, teofilina); Simpaticomiméticos (Albuterol, anfetaminas, efedrina, isoproterenol, metaproterenol, pseudoefedrinaeterbulina).; Vasodilatadores (Diazóxido. Hidralazina, isossorbida, minoxidil, nitroglicerina e outros nitratos nitritos); Outros (Cocaína Insulina, levodopa, metilfenidato, metoclopramida, morfina, naloxona, fentazocina, proclorperazina e TRH) AntiHipertensivos (captopril, clonidina, guanabenz, guanetidina, guanfacina, reserpina; Antipsicóticos(haloperidol) Agonista Dopaminergico(bromocriptina); Outros (dissulfiram, metirosina, octreotida).</p>
Clarence de Creatinina	Não	Todas	48 horas	<p>Ao acordar pela manhã, esvaziar a bexiga; anotar o horário e daí por diante colher toda a urina durante 24 horas.</p> <p>No dia da entrega da urina é necessário colher sangue para creatinina (jejum não necessário), informar peso e altura.</p> <p>Colher em frasco fornecido pelo laboratório ou de água mineral sem gás</p>
Cloretos/Cloro	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Coagulograma/Coag	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário

Coleta de raspado de unhas/ungueais, Couro Cabeludo, Barba, Pelos, Plantas dos pés (Cultura para Fungos);	Sim	CAD, *ELDORAD O NACIONAL, ESTRELA DALVA, PETROLÂN DIA, VARGEM, E STALEIRO E DARCY RIBEIRO TODOS com agendamento prévio (10H)	24 dias úteis	O paciente não estar em uso de antifúngicos tópico ou oral no momento da coleta. Após o uso destes medicamentos, deve aguardar, no mínimo, 15 dias para se realizar a coleta ou conforme orientação do médico. Pomadas e cremes comuns (lavar e realizar a coleta no dia seguinte); Esmalte (retirar e voltar após no mínimo 72 horas para a coleta); Unha com limpeza em manicure e pedicure (aguardar 15 dias); Não tomar banho no dia da coleta. Não lavar o couro cabeludo ou região da barba no dia da coleta; Lavar e secar os pés no dia anterior à coleta, vir no laboratório sapato fechado. Não necessita de jejum
Coleta de raspado de unhas/ungueais/Couro cabeludo, Barba, Pêlos e Plantas dos pés, (Pesquisa de fungos e ou/Micológico Direto)	Sim	CAD, *ELDORAD O NACIONAL, ESTRELA DALVA, PETROLÂN DIA, VARGEM, E STALEIRO E DARCY RIBEIRO TODOS com agendamento prévio (10H)	4 dias úteis	O paciente não deve estar em uso de Antifúngico tópico ou Oral. Após o uso deste medicamentos aguardar no mínimo 15 dias para que se realize a coleta ou conforme orientação do médico. Pomadas e cremes comuns (lavar o local e realizar a coleta no dia seguinte). Esmalte (retirar e aguardar pelo menos 72 hs) Unha com limpeza de manicure e pedicure (aguardar 15 dias). Não lavar o couro cabeludo ou região da Barba no dia da coleta. Orientar lavar os pés no dia anterior e vir ao laboratório com sapato fechado. Não necessita de jejum.
Coletas de secreções uretral Masculina e ou Feminina	Sim	UBS CAD com agendamento prévio	4 dias úteis	Vir para a coleta preferencialmente pela manhã sem urinar, ou estar sem urinar há pelo menos 4 horas. Não usar desinfetante ou medicações tópicas (caso esteja em uso, aguardar 48 horas após o término). Não realizar higiene/banho no dia da coleta; não ter relação sexual nas últimas 24 horas anteriores ao exame. Não necessita de jejum
Coombs Direto	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Coombs Indireto	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Creatinina	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Dímero D	Não	Todas	48 horas	Jejum desejável de 4 horas
Estreptococo beta-hemolítico do grupo B (swap vaginal e perianal).	Não	Todas	48 hs	A coleta é realizada pelas enfermeiras do posto. O material deve ser entregue no laboratório de segunda a quinta feira de 07:00 às 16:30. ÀS SEXTA –FEIRAS as amostras entregues após 10:30 . Poderão ser entregues até 16:30 Desde que tenha sido coletada no mesmo dia..
Fator VIII da Coagulação (exame de alto custo)	Não	Todas	8 dias consecutivos	Necessita de autorização Jejum mínimo de 4 horas
Ferritina, Ferro sérico, Fósforo	Não	Todas	48 horas	Criança de 0 a 1 ano: mínimo de 3 horas de jejum Criança de 1 a 5 anos: 6 horas de jejum Acima de 5 anos: 8 horas de jejum
Fator Reumatoide /latex	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Fibrinogênio	Não	Todas	48 horas	Jejum desejável de 4 horas
Fosfatase alcalina/FA	Não	Todas	48 horas	Criança de 0 a 1 ano: mínimo de 3 horas de jejum Criança de 1 a 5 anos: 6 horas de jejum Acima de 5 anos: 8 horas de jejum
Fan/Fator anti-nuclear	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário

Gama GT	Não	Todas	48 horas	Jejum não é necessário.
Gasometria arterial	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Gasometria venosa	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Glico hemoglobina/Hemoglobina glicosada	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Herpes IGG/IGM VDRL	Não	Todas	72hs horas	Jejum obrigatório de 8 horas
Glicose pós prandial /GPP	Não	Todas (exceto Tupã e Liberdade)		A coleta deverá ser feita no mesmo dia da glicose em jejum ou conforme orientação médica. Agendar somente as 07:00hs. Ao iniciar a refeição (lanche reforçado), marcar o início e aguardar 2 horas e retornar ao laboratório para fazer a coleta do sangue (chegar ao laboratório 10 minutos antes do horário da coleta), pode ingerir água neste período); Neste intervalo de 2 horas, não poderá chupar bala, mascar chicletes, tomar café, chá, suco/refrigerante, sorvete, etc.
Glicose/Glicemia de jejum	Não	Todas	48 horas	Criança de 0 a 1 ano : jejum de 3 hs Criança de 1 a 5 ano: 6 horas de jejum Criança acima de 5 anos e Adultos: jejum de 8 horas.
Globulinas	Não	Todas	48 horas	Jejum de 8 horas
Gram de gota/bacteroscopia ao gram	Não	Todas	48 horas	Colher a primeira urina da manhã: realizar a higiene íntima, desprezar primeiro jato Utilizar frasco estéril fornecido pelo laboratório ou farmácia
Grupo sanguíneo/ABORH	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
HCG/Beta HCG	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Hemocisteína	Não	Todas	48 horas	Jejum
Hemograma/HG	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Hemossedimentação/VHS	Não	Todas	48 horas	Jejum obrigatório de 8 horas
Hepatograma/Gama GT, TGO, TGP, FAL e Bilirrubinas	Não	Todas	48 horas	Crianças 0 a 1 ano: mínimo 3 horas de jejum Crianças de 1 a 5 anos: 6 horas de jejum Acima de 5 anos: 8 horas de Jejum
Índice de Transferrina/IST	Não	Todas	48 horas	Acima de 5 anos e adultos: jejum de 8 horas ou conforme orientação médica. Crianças de 0 a 1 ano: 3 horas de jejum Crianças de 1 a 5 anos: 6 horas de jejum
Ionograma/Íons/Na+, K+ e Cl-	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Lipidograma/Colesterol total e frações, triglicérides, HDL e LDL	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Lítio	Não	Todas	48 horas	A coleta deve ser realizada antes ou próximo da hora do medicamento ou conforme orientação médica
Magnésio/Mg	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Microalbuminúria 24 hs	Não	Todas	48 horas	Colher toda a urina durante 24 horas Utilizar frasco de água mineral sem gás ou fornecido pelo laboratório
Mutação Fator V Leiden	Não	Todas	5 dias úteis	Necessita carimbo de autorização Jejum não necessário
Mutação Gene MTHFR (exame alto custo)	Não	Todas	5 dias úteis	Necessita carimbo de autorização Jejum não necessário
Mutação Jack 2 (exame de alto custo)	Não	Todas	8 dias úteis	Necessita carimbo de autorização Jejum não necessário
Mutação no gene da protrombina/Genpro	Não	Todas	5 dias úteis	Necessita carimbo de autorização Jejum não necessário

Parasitológico de fezes MIF (3 amostras)/EPF MIF 3 amostras	Não	Todas	48 horas	Colher 3 amostras de fezes durante 3 dias em frasco com conservante MIF fornecido pelo laboratório ou de farmácia Colocar no mesmo frasco e manter na porta da geladeira durante a coleta. Não necessita de jejum
Parasitológico de fezes/EPF	Não	Todas	48 horas	Colher em frasco fornecido pelo laboratório ou de farmácia. Não necessita de jejum
Pesquisa de hanseníase (Baar) AGUARDO DEFINIÇÃO	SIM	CAD com agendamento prévio	4 dias úteis	O paciente não estar em uso de antifúngicos de uso tópico ou oral no momento da coleta. Após o uso destes medicamentos, deve aguardar, no mínimo, 15 dias para se realizar a coleta ou conforme orientação do médico. Não necessita de jejum
Pesquisa esporotricose	Sim	CAD, *ELDORAD O NACIONAL, ESTRELA DALVA, PETROLÂN DIA, VARGEM,E STALEIRO E DARCY RIBEIRO TODOS com agendamento prévio (10H)	4 dias úteis	O paciente não está em uso de antifúngicos de uso tópico ou oral no momento da coleta. Após o uso destes medicamentos, deve aguardar, no mínimo, 15 dias para se realize a coleta ou conforme orientação do médico
Proteína C dosagem/Proteína C da Coagulação	Não	Todas	5 dias úteis	Necessita de autorização. Exame alto custo Jejum não necessário
Proteína C Reativa/PCR	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Proteína S da coagulação	Não	Todas	3 dias consecutivos	Jejum de 8 horas
Proteínas 24 hs	Não	Todas	48 horas	Ao acordar, esvaziar toda a bexiga, anotar o horário daí por diante e colher toda a urina durante 24 horas Utilizar frasco de água mineral sem gás ou fornecido
Proteínas 24 hs	Não	Todas	48 horas	Colher toda a urina durante 24 horas Utilizar frasco de água mineral sem gás ou fornecido. Não necessita de jejum
PSA	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário 2 dias de abstinência sexual Não realizar toque retal 2 dias antes da coleta
PSA livre total	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário 2 dias de abstinência sexual Não realizar toque retal 2 dias antes da coleta
Relação albumina/creatinina Microalbuminúria isolada	Não	Todas	48 horas	Realizar higiene íntima, colher a primeira urina da manhã, desprezar primeiro jato – jato médio Frasco estéril fornecido pelo laboratório ou farmácia. Não necessita de jejum
Relação da creatinina/proteínas	Não	Todas	48 horas	Colher primeira urina da manhã Realizar higiene íntima, desprezar o primeiro jato, colher o jato médio Não necessita de jejum
RNI/Tempo atividade de protrombina	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
Sódio	Não	Todas	48 horas	Jejum não necessário
SOF/Pesquisa de sangue oculto nas fezes	Não	Todas	48 horas	Colher 3 partes do bolo fecal, princípio, meio e fim. Utilizar frasco fornecido pelo laboratório ou farmácia. Não necessita de jejum
T3 total	Não	Todas	48 horas	Jejum desejável
T4 livre	Não	Todas	48 horas	Jejum desejável

Teste de tolerância à glicose 2 horas após dextrosol 50gr e 75gr. *Exame realizado em todas as UBS.	Não	Todas	48 horas	Jejum obrigatório de 8 horas ou conforme orientação médica. Agendar somente as 07:00hs. Em caso de crianças, seguir orientação médica. O paciente deve manter a sua dieta habitual ou conforme orientação médica nos 3 dias que antecedem ao teste
Teste de tolerância a lactose; *Exame realizado em todas as UBS.	Não	Todas	48 horas	Adultos: jejum mínimo de 8 horas ou conforme orientação médica Agendar somente as 07:00hs. Crianças: até 3 anos maior intervalo entre as mamadas; de 3 a 5 anos: jejum obrigatório de 4 horas; maiores de 5 anos; jejum obrigatório de 8 horas (igual a adulto). Não tomar laxante na véspera do exame; não realizar o teste em caso de diarreia no dia do exame ou até dois dias anteriores à realização do exame.
TSH	Não	Todas	48 horas	Jejum desejável de 4 horas
Urina rotina/... tipo 1/EAS	Não	Todas	48 horas	Colher a primeira urina da manhã Realizar higiene íntima prévia, jato médio. Utilizar frasco estéril fornecido pelo laboratório ou adquirido em farmácia. Não Necessita de Jejum
Urocultura/Cultura e bactérias p/ identificação/cultura de urina	Não	Todas	7 dias	Colher a primeira urina da manhã Realizar higiene íntima prévia, jato médio. utilizar frasco Lqüên fornecido pelo laboratório ou adquirido em farmácia Não Necessita de Jejum

ANEXO 03: PROCEDIMENTO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

1. EXAMES LABORATORIAIS NA PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

- Grupo sanguíneo e fator RH: se gestante apresentar exames anteriores OU caderneta de pré-natal prévia que **contenha dado referente ao seu tipo sanguíneo e fator RH**, não é necessário repetir a cada gestação, exceto se apresentar fator RH negativo; **Pedir somente coombs**, Hemograma; Glicemia de jejum; TSH;
- Toxoplasmose IGM/IGG: se gestante apresentar exame anterior e OU caderneta de pré-natal prévia que **confirme imunidade para toxoplasmose** não há necessidade de realizar novo exame a cada gestação, exceto em pacientes imunossuprimidas;
- Eletroforese de hemoglobina: se gestante apresentar exame anterior e OU caderneta de pré-natal prévia que **descreva a eletroforese de hemoglobina** não há necessidade de realizar novo exame a cada gestação, principalmente em gestantes que já tenham diagnóstico de hemoglobinopatias, como anemia falciforme (HEMOGLOBINA SS) ou talassemia (NÍVEIS DE HEMOGLOBINA A1 ACIMA DE 4%);
- EUR/EAS; Urocultura com antibiograma;
- **Testes rápidos (NÃO PODEM SER SOLICITADOS EXCETO COM A JUSTIFICATIVA CONSTANTE ITEM G DESTA NT)**
 - Sífilis: **se positivo iniciar tratamento** e solicitar VDRL para confirmação diagnóstica
 - HIV 1 e 2: se positivo nos dois testes encaminhar gestante para o SAE. Se positivo em apenas 1 dos testes ou na indisponibilidade do teste confirmatório solicitar sorologia para anti-HIV 1 e 2, Hepatite B e C;

2. SEGUNDO TRIMESTRE PRÉ-NATAL

- Hemograma; Glicemia de jejum;
- Glicemia 1 hora e 2 horas após 75 g de dextrosol (entre 24 a 28 semanas de gestação)
- Toxoplasmose IGM/IGG– solicitar apenas em pacientes com IgM e IgG negativos e em gestantes imunossuprimidas; Coombs Indireto para gestante que tenham RH negativo; EUR/EAS; Urocultura;
- **Testes rápidos (NÃO PODEM SER SOLICITADOS EXCETO COM A JUSTIFICATIVA CONSTANTE ITEM G DESTA NT)**
 - Sífilis: **se positivo iniciar tratamento** e solicitar VDRL para confirmação diagnóstica
 - HIV 1 e 2: se positivo nos dois testes encaminhar gestante para o SAE. Se positivo em apenas 1 dos testes ou na indisponibilidade do teste confirmatório solicitar sorologia para anti-HIV 1 e 2, Hepatite B e C;

3. TERCEIRO TRIMESTRE PRÉ-NATAL (30 SEMANAS DE GESTAÇÃO)

- Hemograma; Coombs Indireto para gestante que tenham RH negativo;
- Toxoplasmose IGM/IGG: solicitar apenas em pacientes com IgG negativo e em gestantes imunossuprimidas;
- EUR/EAS; Urocultura;
- Cultura de secreção anal e vaginal Strepto B – coletar amostra na UBS entre 35 e 37 semanas de gestação;
- **Testes rápidos: (NÃO PODEM SER SOLICITADOS EXCETO COM A JUSTIFICATIVA CONSTANTE ITEM G DESTA NT)**
 - Sífilis: **se positivo iniciar tratamento** e solicitar VDRL para confirmação diagnóstica
 - HIV 1 e 2: se positivo nos dois testes encaminhar gestante para o SAE. Se positivo em apenas 1 dos testes ou na indisponibilidade do teste confirmatório solicitar sorologia para anti-HIV 1 e 2, Hepatite B e C.

OBSERVAÇÃO: SOLICITAÇÕES DE EXAMES QUE TENHAM TESTE RÁPIDO DISPONÍVEL PARA RASTREAMENTO DE PARCEIROS SÓ PODEM SER SOLICITADOS/AUTORIZADOS COM A JUSTIFICATIVA CONSTANTE ITEM G. DESTA NORMA TÉCNICA.

ANEXO 04: CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

TABELA 5 CONTROLE DE HAS E DIABETES

CONTROLE DE HAS E DIABETES	
CONTROLE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL	CONTROLE DE DIABETES MELLITUS
EXAMES LABORATORIAIS	
Devem ser discriminados na guia de requisição	
Hemograma, EAS, PERFIL LIPÍDICO (SOMENTE SE NÃO TIVER EXAME NO ÚLTIMO ANO AMBOS PROTOCOLOS)	
Glicemia Jejum	Glicemia Jejum
Ácido úrico	Estimativa da Taxa de Filtração glomerular
Creatinina	Hb Glicada
Estimativa da Taxa de Filtração glomerular	*RAC Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina
Potássio	

*** RAC - SERÁ PAGO PRESTADOR UMA PROTEINÚRIA E UMA CREATININA NÃO DEVENDO SER SOLICITADO MICROALBUMINÚRIA**

TABELA 6 ESPECIFICIDADES HAS - SUGESTÃO DE PERIODICIDADE DA REALIZAÇÃO DOS EXAMES ACORDO COM A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Exames Laboratoriais	Rotina inicial de todo paciente hipertenso	Alto Risco
Hemograma/Hemoglobina	(SOMENTE SE NÃO TIVER EXAME NO ÚLTIMO ANO)	
Glicemia (jejum)	Anual	Anual
Ácido úrico	Anual	Anual
Creatinina plasmática	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa ¹)	Anual	Semestral
Perfil Lipídico (Colesterol total e frações e Triglicérides) ²	(SOMENTE SE NÃO TIVER EXAME NO ÚLTIMO ANO)	
Potássio plasmático	Anual	Semestral (se creatinina normal)
Urina Rotina	(SOMENTE SE NÃO TIVER EXAME NO ÚLTIMO ANO)	
1. Estimar através da tabela de Taxa de filtração glomerular baseado na equação CKD-EPI 2. Calcular o LDL-colesterol quando triglicérides <400 mg/dL pela fórmula: $LDL\text{-colesterol} = \text{colesterol total} - HDL\text{-colesterol} - \text{triglicérides}/5$ Em caso de alteração nos exames, eles deverão ser repetidos com maior frequência, dependendo do tipo e do grau da alteração. 3. Investigação de hipertensão secundária, quando indicada pela história, pelo exame físico ou pela avaliação laboratorial inicial. 4. Albuminúria ou relação proteinúria/creatininúria ou albuminúria/creatininúria: exame útil para os hipertensos diabéticos, com síndrome metabólica ou com dois ou mais fatores de risco, pois mostrou prever eventos cardiovasculares fatais e não fatais (valores normais < 30 mg/g de creatinina) 5. Hemoglobina glicada (HbA1c): indicada quando a glicemia de jejum for maior que 99 mg/dL, na presença de história familiar ou de diagnóstico prévio de DM2 e obesidade		

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 Barroso L L –pg 548,550,551.

ANEXO 05: CONTROLE DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA

TABELA 7 - CONTROLE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA -SUGESTÃO DE PERIODICIDADE DA REALIZAÇÃO DE EXAMES

Exames Laboratoriais	Bom Controle Glicêmico (HgA1c ≤ 7)	Mau Controle Glicêmico (HgA1c > 7)
Hemograma	(SOMENTE SE NÃO TIVER EXAME NO ÚLTIMO ANO)	
Glicemia (jejum)	Semestral	Trimestral ou a critério clínico
Creatinina	Anual	Semestral
Estimativa da Taxa de Filtração Glomerular (estimativa ¹)	Anual	Semestral
Perfil Lipídico (Colesterol total e frações e Triglicérides)	(SOMENTE SE NÃO TIVER EXAME NO ÚLTIMO ANO)	
Urina Rotina	(SOMENTE SE NÃO TIVER EXAME NO ÚLTIMO ANO)	
Hemoglobina Glicada	Semestral	Trimestral ou a critério clínico
Relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina (RAC)	Anual	Anual

Fonte: https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/protocolos/20201113_pcdt_diabete_melito_tipo_2_29_10_2020_final.pdf

ANEXO 06: AVALIAÇÃO LABORATORIAL DA FUNÇÃO RENAL NA DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA

ENCAMINHAR PACIENTES 4 E 5 ao MATRICIAMENTO ITR –Instituto Terapia Renal

TABELA 8 - SUGESTÃO PERIODICIDADE DO MONITORAMENTO DA DOENÇA RENAL

-Creatinina sérica com cálculo da (TFG); -exame de urina (EAS); Nos pacientes DM e HAS com exame de EAS com ausência de proteinúria indicado realizar: -Albuminúria (Relação Albuminúria/Creatinúria (RAC))		
Estágios da Função Renal	EXAMES	Periodicidade
0 (paciente com risco para DRC)	TFG + EAS	Anual
1,2	TFG+ EAS+ RAC	Anual
3a	TFG+ EAS+ RAC+ Potássio+ fósforo ePTH Deverá ser realizada sorologia parahepatite B (AgHbs, Anti-HBc IgG e Anti-HBs) no início do acompanhamento.	Anualmente *SE 3A com RAC>30mg fazer exames semestralmente
3b,	*TFG+ EAS + RAC + Potássio *Calcio Fósforo PTH e Proteínas	Semestralmente, Anual *(Antes se determinada peloNefrologista)
1. Todo paciente identificado com doença renal estável 3b, 4 e 5 deve realizar monitoramento com nefrologista. 2. Relação albumina/creatinina(RAC): É considerada microalbuminúria a elevação persistente da albumina urinária entre 30 mg e 300 mg na urina em um prazo de 24 horas. A confirmação do diagnóstico de microalbuminúria se dá por duas amostras positivas em três exames, com intervalo de dois a três meses entre elas. Se as duas primeiras amostras forem positivas, não há necessidade da terceira. 3. Avaliação de imagem: deve ser feita para indivíduos com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas. O exame de imagem preferido é a ultrassonografia dos rins e vias urinárias. 4. Em pacientes com diagnóstico de anemia (Hb 18 <13g/Dl, para homens e Hb<12, para mulheres), hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST) .		

A classificação deve ser aplicada para tomada de decisão no que diz respeito ao encaminhamento para os serviços de referências e para o especialista. Para fins de organização do atendimento integral ao paciente com DRC, o tratamento deve ser classificado em conservador, quando nos estágios de 1 a 3, pré-diálise quando 4 e 5-ND (não dialítico) e TRS quando 5-D (dialítico):

Estágio	TFG ml/min/1,73 m2
1	≥ 90
2	60 – 89
3a	45 – 59
3b	30 – 44
4	15 – 29
5	< 15

Fonte: DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CUIDADO AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA – DRC NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO 07: ORIENTAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES NAS DISLIPIDEMIAS DA ATENÇÃO BÁSICA

TABELA 09 SOLICITAÇÃO DE PERFIL LIPÍDICO/ENZIMAS HEPÁTICA/MUSCULAR/TSH

(CASO DE SOLICITAÇÕES COM MENOS DE 12 MESES DEVERÁ VIR JUSTIFICADO NO PEDIDO)
<p>COM QUE FREQUÊNCIA O EXAME DE PERFIL LIPÍDICO DEVE SER SOLICITADO ANTES DO TRATAMENTO?</p> <p>Duas mensurações com intervalo de 1-12 semanas antes de se iniciar o hipolipemiante, exceto em casos onde a introdução imediata destas medicações forem necessárias como na Síndrome Coronariana Aguda e pacientes com muito alto risco.</p>
<p>QUAL A FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO APÓS O INÍCIO DO TRATAMENTO COM HIPOLIPEMIANTES ?</p> <p>-8 (+/- 4)semanas após o início do tratamento -8(+/-4)semanas após o ajuste de dose até atingir a meta terapêutica.</p>
<p>APÓS ATINGIR A META TERAPÊUTICA</p> <p>-Anualmente (exceto em caso de não adesão ao tratamento ou outras razões identificadas)</p>
MONITORAMENTO DAS ENZIMAS HEPÁTICAS, MUSCULAR, TSH (CASO DE SOLICITAÇÕES DEVERÃO SER JUSTIFICADAS NO PEDIDO)
<p>MONITORAMENTO DA FUNÇÃO HEPÁTICA</p> <p>-Antes do início do tratamento com hipolipemiantes -Avaliação rotineira da função hepática não é recomendado durante o tratamento com medicamentos hipolipemiantes. Durante o tratamento, deve-se avaliar a função hepática quando ocorrerem sintomas ou sinais sugerindo hepatotoxicidade (fadiga ou fraqueza, perda de apetite, dor abdominal, urina escura ou aparecimento de icterícia)</p>
<p>MONITORAMENTO DE ENZIMA MUSCULAR (CK TOTAL)</p> <p>-Antes do início do tratamento com hipolipemiantes -Monitoramento rotineiro da CK total não é recomendado após início do tratamento exceto se ocorrerem sintomas musculares (dor, sensibilidade, rigidez, câimbras, fraqueza e fadiga localizada ou generalizada), introdução de fármacos que possam interagir com estatina ou quando se eleva a dose desta, uso de fibratos, pacientes idosos, doença renal ou hepática, polifarmácia, antecedentes familiares de miopatia ou histórico de intolerância à estatina. **Casos de rabdomiólise têm sido descritos com o uso da associação de estatinas com genfibrozila. Recomenda-se, por isso, evitar esta associação.</p>
<p>TSH - Dosar o TSH antes do tratamento (principalmente para mulheres com mais de 50 anos e dislipidemias mistas). No hipotireoidismo há maior risco de miopatias, devendo ser tratado antes do uso dos hipolipemiantes.</p>

ANEXO 08: ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

- **VITAMINAS**

Pedidos médicos constando exames de vitaminas (A, B1, B6, B9, B12, D, E, DENTRE OUTRAS) **DEVERÃO SER SOLICITADOS EM GUIA DE ALTO CUSTO**, sendo que para serem realizados deverão ser regulados e autorizados pelo CEAPS;

INDICAÇÕES MAIS COMUNS:

Vitamina B12

Indicado para vegetarianos/veganos, pessoas com desnutrição/anemia graves/presença doença/condição interferem absorção/trato gastrointestinal, Idosos maiores de 65 anos: Principalmente se déficit cognitivo ou demência estabelecida.

Fonte: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/Laboratorios/manual_examenes_laboratoriais_rede_SUS-BH.pdf

Indicações para solicitação de solicitação: 25(OH)

Não existem evidências para solicitação do nível sérico de 25(OH)D para a população adulta sem comorbidades, portanto, a triagem populacional indiscriminada não está indicada.

Os principais grupos de risco para hipovitaminose D:

Dosar indivíduos osteoporose/criança com raquitismo e pessoas independente da idade que não podem se expor ao sol (doenças de pele/acamados etc) e idosos acima 65 anos. Fonte: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/perguntas/vitamina-d-deficiencia/>

- **FERRITINA**

INDICAÇÃO MAIS COMUM: Suspeita de anemia/hemorragias/alteração hemograma

- **UROCULTURA FORA DO PROTOCOLO PRÉ NATAL -**

AUTORIZAR SE TIVER NO PEDIDO /INDICAÇÃO CLÍNICA:

SUSPEITA DE INFECÇÃO TRATO URINÁRIO OU APÓS TRATAMENTO SEM SUCESSO E avaliação pré-operatória de procedimentos/cirurgias genitourinárias.

- ***PSA LIVRE**

AUTORIZAR SÓ SE ESPECIALISTA UROLOGISTA OU COM JUSTIFICATIVA ESPECÍFICA.

*INDEPENDENTE DO PEDIDO SÓ AUTORIZADO O FATURAMENTO DE 1 EXAME (PSA TOTAL).

- ***T3.T4.T4 LIVRE**

AUTORIZAR SÓ SE ESPECIALISTA ENDOCRINOLOGISTA E OU TSH ALTERADO.

ANEXO 9 CONTROLE DE ENVIO - SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAL PARA CEAPS

DISTRITO SANITÁRIO: _____
PSF/ESF: _____
DATA DO ENVIO: / / _____

<u>PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO - ENCAMINHAR EM 2 VIAS</u>				
<u>DATA DA SOLICITAÇÃO DO PEDIDO</u>	<u>NOME COMPLETO DO USUÁRIO</u>	<u>EXAME</u>	<u>SETOR DESTINO</u>	<u>DATA DA ENTREGA</u>

AUSÊNCIA DE PROTOCOLO INVIABILIZA O RECEBIMENTO NA REGULAÇÃO INCLUINDO PEDIDOS ENCAMINHADOS PELO SERVIÇO ESPECIALIZADO

Observação: Os pedidos simples ou as guias de alto custo (de exames laboratoriais) das unidades devem obedecer ao fluxo habitual devendo vir identificadas e com a descrição das solicitações no controle de envio (ACIMA).

CAE RESSACA E IRIA DINIZ: todos os pedidos simples ou guias de alto custo (de exames laboratoriais) serão encaminhados pelos usuários as unidades que farão a triagem da necessidade de encaminhamento aos cuidados da área técnica de regulação de análises clínicas do CAA, estes pedidos retornarão ao CCE regulados para serem refeitas (se necessário) devendo ser devolvidas ao CAA que após autorização encaminha junto ao malote para as unidades.

ANEXO 10: LISTA DE EXAMES MAIS COMUNS - FORA DA TABELA SIGTAP NECESSITAM PREENCHIMENTO GUIA DE ALTO CUSTO E AUTORIZAÇÃO DO CEAPS PARA AUTORIZAÇÃO

Código	Procedimento	Valor Total R\$
40301117	Acido orótico	R\$ 903,90
40313301	Ácido metil malônico	R\$ 599,81
40301192	Ácidos orgânicos (perfil quantitativo)	R\$ 702,40
40301206	Acilcarnitinas (perfil qualitativo)	R\$ 603,35
40301214	Acilcarnitinas (perfil quantitativo)	R\$ 898,41
40301290	Aminoácidos, fracionamento e quantificação	R\$ 407,05
40301303	Amiodarona	R\$ 269,34
40301338	Anfetaminas, dosagem	R\$ 237,42
40319040	Cadeia Kappa Landa leve	R\$ 381,00
40301451	Carnitina total e frações	R\$ 603,35
40301575	Cocaína, dosagem	R\$ 233,34
40301982	Galactose 1-fosfatouridil transferase, dosagem	R\$ 367,31
40302091	Hexosaminidase A	R\$ 558,34
40302431	Succinil acetona	R\$ 573,94
40302458	Tacrolimus	R\$ 315,76
40302687	Procalcitonina	R\$ 299,10
40302741	Lamotrigina/Topiramato	R\$ 558,34
40302784	Vitamina B1, dosagem	R\$ 438,08
40302792	Vitamina B2, dosagem	R\$ 662,15
40302806	Vitamina B3, dosagem	R\$ 662,15
40302849	Vitamina K, dosagem (NÃO DISPONÍVEL)	R\$ 1.108,57
40304078	Ativador tissular de plasminogênio (TPA)	R\$ 299,10
40304191	Fator VIII, dosagem do antígeno (Von Willebrand)	R\$ 225,94
40304205	Fator VIII, dosagem do inibidor	R\$ 225,94
40304400	Inibidor do TPA (PAI)	R\$ 258,62
40304663	Alfa-2antiplasmina, teste funcional	R\$ 205,02
40304671	Anticor antimieloperoxidase, M	R\$ 303,88
40304701	Imunofenotipagem para doença residual mínima (*)	R\$ 487,10
40304710	Imunofenotipagem para hemoglobinúria paroxística noturna (*)	R\$ 427,75
40304728	Imunofenotipagem para leucemias agudas ou síndrome mielodisplásica (*)	R\$ 968,05
40304736	Imunofenotipagem para linfoma não hodgkin / síndrome linfoproliferativa crônica (*)	R\$ 311,50
40304744	Imunofenotipagem para perfil imune (*)	R\$ 311,50
40304752	Inibidor do fator IX, dosagem	R\$ 233,00
40304760	Inibidor dos fatores da hemostasia, triagem	R\$ 230,34
40305090	17-hidroxipregnenolona	R\$ 218,16
40305236	Curva insulínica (6 dosagens)	R\$ 234,05
40305279	Dosagem de receptor de progesterona ou de estrogênio	R\$ 377,23
40306186	Anticor anti-hormônio do crescimento	R\$ 437,86
40306585	CA-27-29	R\$ 273,78
40306887	Genotipagem do sistema HLA	R\$ 721,08

Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
Superintendência de Atenção a Saúde
Superintendência de Regulação
Superintendência Redes de Atenção a saúde

40306909	Helicobacter pylori - IgA	R\$ 252,33
	Hepatite C - imunoblot (ENCAMINHAR FUNED)	
40307190	HLA-DR	R\$ 434,68
40307204	HLA-DR+DQ	R\$ 467,64
40307336	Imunoeletrforese (estudo da gamopatia)	R\$ 248,42
40307620	Peptídio intestinal vasoativo, dosagem	R\$ 780,39
40307662	Proteína eosinofílica catiônica (ECP)	R\$ 236,35
40307883	Western Blot (anticors anti-HTVI ou HTLVII) (cada)	R\$ 315,76
40307905	Alérgenos - perfil antigênico (painel C/36 antígenos)	R\$ 1.277,68
40308219	Anticor anti Saccharamyces - ASCA	R\$ 623,75
40308235	HER-2 - dosagem do receptor	R\$ 312,75
40309118	LCR hospitalar neurologia (aspectos cor + índices de cor + contagem global e específica de leucócitos e hemácias + proteína + glicose + cloro + reações para neurocisticercose (2) + reações para neurolues (2) + bacterioscopia + cultura + látex para bactérias	R\$ 231,60
40309134	Pesquisa de bandas oligoclonais r isofocalização	R\$ 321,61
40310361	Citomegalovírus - shell vial	R\$ 729,37
40313301	Acido metil malônico	R\$ 599,81
40314014	Aliproteína E, genotipagem	R\$ 434,68
40314022	Citomegalovírus - qualitativo, r PCR	R\$ 358,48
40314030	Citomegalovírus - quantitativo, r PCR	R\$ 501,49
40314049	Cromossomo philadelfia	R\$ 594,52
40314057	Fator V de layden r PCR	R\$ 506,10
40314065	Fibrose cística, pesquisa de uma mutação	R\$ 358,48
40314154	HPV (vírus do papiloma humano) + subtipagem quando necessário PCR	R\$ 657,95
40314162	HTLV I / II r PCR (cada)	R\$ 594,52
40314170	Mycobacteria PCR	R\$ 215,12
40314189	Parvovírus r PCR	R\$ 727,06
40314197	Proteína S total + livre, dosagem	R\$ 348,19
40314200	Rubéola r PCR	R\$ 727,06
40314219	Sífilis r PCR	R\$ 434,68
40314227	Toxoplasmose r PCR	R\$ 434,68
40314235	X frágil r PCR	R\$ 623,75
40314243	Chlamydia r biologia molecular	R\$ 434,68
40314260	Amplificação de material r biologia molecular (outros agentes)	R\$ 215,12
40314278	Pesquisa de outros agentes r PCR	R\$ 215,12
40314286	Pesquisa de mutação de alelo específico por PCR	R\$ 215,12
40314294	Resistência a agentes anti virais r biologia molecular (cada droga)	R\$ 623,75
40314308	Quantificação de outros agentes r PCR	R\$ 594,52
40314251	Citogenética de medula óssea	R\$ 623,75

Observação:

A lista acima não garante a disponibilidade destes exames no rol do SUS contagem, uma vez que alguns destes exames estão em outras tabelas fora da SIGTAP e sua execução depende da disponibilidade junto ao prestador e protocolos assistenciais;

TODOS OS EXAMES LISTADOS, ANEXO 10 OU OUTROS FORA DA TABELA SIGTAP -ANEXO 14 SÓ PODERÃO SER SOLICITADOS NA GUIA DE ALTO CUSTO

GUIA DE ALTO CUSTO

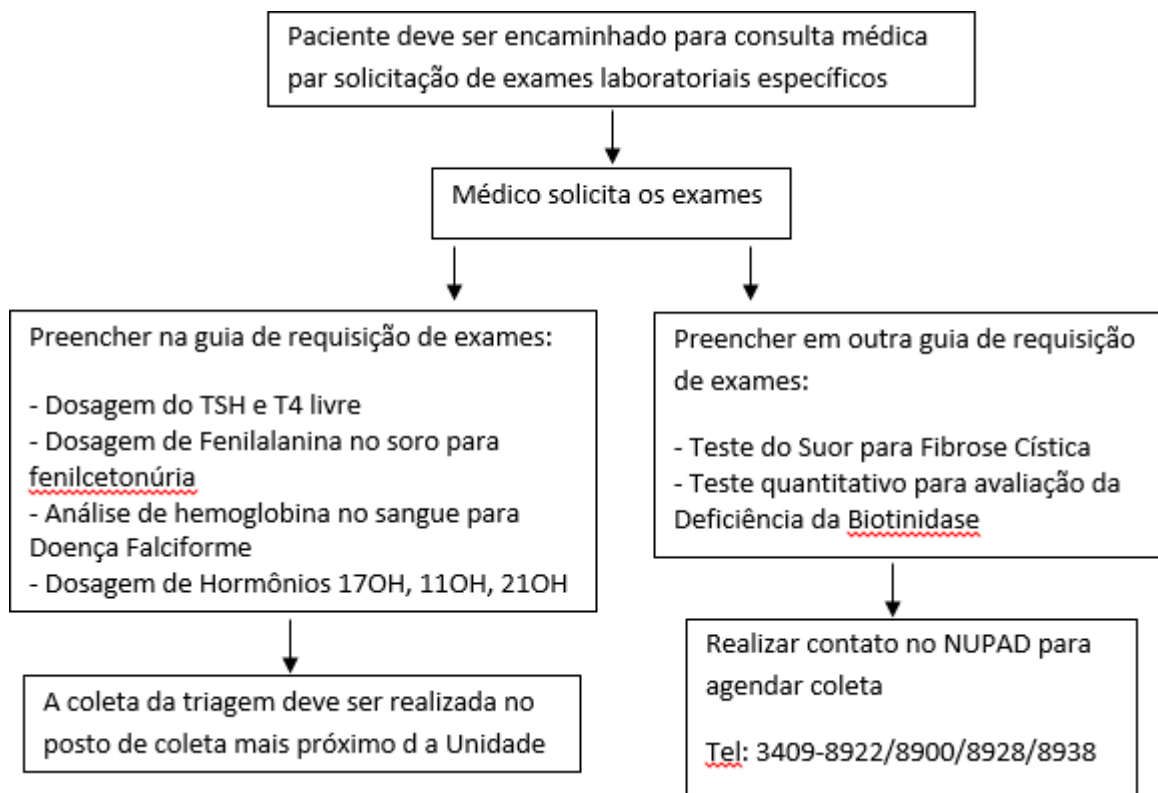
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM Secretaria Municipal de Saúde			SUS Sistema Único de Saúde	
LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO		01 - Nº do Laudo / / / / / / / / /	02 - Data Emissão / / / /	
DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE				
03 - Origem		04 - Código / S/A	05 - Município	
06 - Nº Prontuário		07 - Chefe Imediata (Carimbo / Assinatura)		
DADOS DO PACIENTE				
08 - Nome		09 - Data Nascimento	10 - Sexo	
11 - Nome da Mãe do Paciente				
12 - Rua / Logradouro			13 - Nº	
14 - Bairro		15 - Município		
16 - UF	17 - CEP / / / / / - / / /		18 - Carteira de Identidade	
JUSTIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO				
19 - Motivo				
20 - Diagnóstico Inicial		21 - CID / / / / /		
22 - Clínica Solicitante			23 - Código	
24 - Procedimento Solicitado			25 - Código	
26 - Médico Solicitado (carimbo / assinatura)		27 - CRM	28 - CPF do Médico	
JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS				
29 - Situação do Laudo <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Não Autorizado <input type="checkbox"/> Inconcluso		30 - Procedimento Autorizado	31 - Destino	32 - Código
34 - Data da Autorização		33 - Motivo		
		35 - Médico Autorizado (carimbo / assinatura)		36 - CRM

Observação: A Guia de alto custo poderá ser utilizada para pedido (do mesmo paciente) de mais de um exame, no entanto a justificativa deve ser feita de todos, podendo ser autorizado parcialmente caso aquela solicitação esteja fora do protocolo desta NT ou não justificada.

As solicitações de exames laboratoriais em guia de alto custo deverão seguir fluxo habitual de encaminhamento de exames que necessitam regulação, devendo ser encaminhados pelas unidades junto a pedidos simples aos cuidados da área técnica de regulação de análises clínicas do CAA.

ANEXO 11 PADRONIZAÇÃO EXAMES PARA TESTE PEZINHO APÓS 30 DIAS

Realização do Testes do Pezinho, depois de decorridos 30 dias do nascimento, poderá ser realizada conforme fluxo estabelecido. Ressalta-se que essa prática deve ser adotada como uma exceção, e que deve ser estimulada a realização dentro do período de até 7 dias a partir do nascimento.



Cabe às unidades de saúde: Realizar teste do pezinho até o 7º dia de vida na unidade de referência do usuário.

Cabe à Referência de saúde da criança: Agendar o exame junto a equipe, das crianças que não foram atendidas dentro do prazo estipulado (8º ao 30º); receber os resultados da FUNED e encaminhar aos distritos sanitários para distribuição junto às referências do usuário;

Cabe ao laboratório prestador de serviço: O recém nascido que não realizou o teste do pezinho até o 30º dia de vida, deverá ser orientado a colher na unidade de coleta com pedido médico padrão.

A solicitação **DEVE SER ENCAMINHADA AO CEAPS VIA MALOTE** E deverá vir acompanhada de relatório médico com justificativa/explicação do motivo da não realização da coleta dentro dos 30 dias

ANEXO 12 LISTA DE EXAMES DE BIOLOGIA MOLECULAR SÓ PODEM SER SOLICITADOS POR ESPECIALISTA E EM GUIA DE ALTO CUSTO, OBRIGATÓRIO AUTORIZAÇÃO DO CEAPS.

ESPECIFICAÇÃO
ESTUDO CITOGENÉTICO EM SANGUE COM BANDA G
ESTUDO CITOGENÉTICO EM MEDULA ÓSSEA
ESTUDO CITOGENÉTICO EM LÍQUIDO AMNIÓTICO
ESTUDO CITOGENÉTICO EM VILO CORIAL
ESTUDO CITOGENÉTICO EM PRODUTO DE ABORTO
ESTUDO CITOGENÉTICO PARA QUEBRAS CROMOSSÔMICAS
PCR PARA DOENÇAS INFECCIOSAS
CITOMEGALOVIRUS -PCR
CHLAMYDIA-PCR
HERPES SIMPLIS I/II-PCR
PAPILOMAVÍRUS-PCR (DETECÇÃO E TIPAGEM)
TOXOPLASMOSE-PCR
OUTROS
ESTUDO MOLECULAR DA TRANSLOCAÇÃO BCR/ABL -R-PCR
FATOR V-ANÁLISE DE MUTAÇÃO DE LEIDEN-PCR
ESTUDO MOLECULAR DA MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA
ESTUDO MOLECULAR DA MUTAÇÃO DO GENE MTHFR
ESTUDO MOLECULAR PARA TROMBOFILIA (3 MUTAÇÕES)
ESTUDO MOLECULAR DA MUTAÇÃO F508 DA FC
ESTUDO DO GENE FMR1 (X FRÁGIL) -PCR/M-PCR
CROMOSSOMOS Y DETECÇÃO
SRY-PCR, SRY, TSPY, DYZ1 -PCR
HEMOCROMATOSE
MUTAÇÕES C282Y E H63D, MUTAÇÕES S65C, MUTAÇÕES S65C,C282Y E H63D
ATAXIA DE FRIEDREICH
MUTAÇÃO GENE FXN - CODIFICAÇÃO PROTEÍNA FATAXINA PCR

ANEXO 13 CLÍNICAS DEVEM ENCAMINHAR EXAMES PARA REGULAÇÃO/AUTORIZAÇÃO CEAPS

- CEOC- Centro de Oftalmologia de Contagem (risco cirúrgico);
- IMOC - Instituto Mineiro de Olhos de Contagem (risco cirúrgico);
- Eldorado Clínica Oftalmológica (risco cirúrgico);
- Hospital Evangélico (risco cirúrgico);
- Hospital Santa Rita (risco cirúrgico);
- Hospital São José (risco cirúrgico);
- Santa Casa;
- Hospital das Clínicas;
- Hospital Mário Penna;
- Prefeitura de Belo Horizonte;
- FHEMIG

TODAS AS Solicitações oriundos das clínicas e hospitais discriminados acima podem ser feitas em impresso próprio, PORÉM necessitam de regulação/ autorização do CEAPS INDEPENDENTE da quantidade de exames solicitados.

ANEXO 14 EXAMES MAIS COMUNS SOLICITADOS DENTRO DA TABELA – SIGTAP (SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS).

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
202010023	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO
202010040	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)
202010082	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE
202010090	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE
202010104	DOSAGEM DE ACETONA
202010112	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO
202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO
202010139	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO
202010147	DOSAGEM DE ALDOLASE
202010155	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA
202010163	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA
202010180	DOSAGEM DE AMILASE
202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES
202010210	DOSAGEM DE CALCIO
202010228	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL
202010252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA
202010260	DOSAGEM DE CLORETO
202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL
202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL
202010317	DOSAGEM DE CREATININA
202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)
202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB
202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA
202010384	DOSAGEM DE FERRITINA
202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO
202010406	DOSAGEM DE FOLATO
202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL
202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA
202010430	DOSAGEM DE FOSFORO
202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)
202010473	DOSAGEM DE GLICOSE
202010481	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE
202010490	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA
202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA
202010538	DOSAGEM DE LACTATO
202010554	DOSAGEM DE LIPASE
202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO
202010570	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS
202010600	DOSAGEM DE POTASSIO
202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS
202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES
202010635	DOSAGEM DE SODIO
202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)
202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA
202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS
202010694	DOSAGEM DE UREIA
202010716	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS
202010724	ELETROFORESE DE PROTEINAS
202010732	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)
202010791	DOSAGEM DE PEPTIDEOS NATRIURETICOS TIPO B (BNP E NT PRO
202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS
202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS
202020134	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)
202020142	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)
202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)
202020169	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE
202020177	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III
202020185	DOSAGEM DE FATOR II
202020193	DOSAGEM DE FATOR IX
202020207	DOSAGEM DE FATOR V
202020215	DOSAGEM DE FATOR VII
202020223	DOSAGEM DE FATOR VIII
202020240	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)
202020266	DOSAGEM DE FATOR XI
202020274	DOSAGEM DE FATOR XII
202020282	DOSAGEM DE FATOR XIII
202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO
202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA
202020355	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA
202020363	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)
202020371	HEMATOCRITO
202020380	HEMOGRAMA COMPLETO
202020398	LEUCOGRAMA
202020401	PESQUISA D ATIVIDADE DE COFATOR DE RISTOCETINA
202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)
202020550	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL
202020568	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL
202030067	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)
202030075	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE
202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA
202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA
202030113	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA
202030121	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3
202030130	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4
202030148	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA
202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)
202030164	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)
202030180	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)
202030199	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE
202030229	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS
202030253	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA

202030261	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA
202030270	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA
202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI
202030326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)
202030334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS
202030342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM
202030350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)
202030369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)
202030377	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS
202030423	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)
202030458	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)
202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)
202030512	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS
202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA
202030555	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS
202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA
202030580	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO
202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO
202030601	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS
202030628	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA
202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)
202030695	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO
202030725	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA
202030733	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR
202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS
202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA
202030776	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI
202030806	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)
202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA
202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER
202030830	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR
202030849	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES
202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS
202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA
202030911	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)
202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA
202030938	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER
202030946	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR
202030954	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES
202030962	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)
202030989	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)
202031012	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)
202031047	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)
202031187	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA
202031217	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125
202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL
202040097	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES
202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS
202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES

202040151	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES
202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA
202050025	CLEARANCE DE CREATININA
202050068	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE
202050084	DOSAGEM DE CITRATO
202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA
202050106	DOSAGEM DE OXALATO
202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)
202050190	PESQUISA DE CISTINA NA URINA
202050297	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA
202050300	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)
202060012	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE
202060047	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA
202060071	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)
202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)
202060098	DOSAGEM DE ALDOSTERONA
202060110	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA
202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA
202060136	DOSAGEM DE CORTISOL
202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)
202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)
202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL
202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL
202060187	DOSAGEM DE ESTRONA
202060195	DOSAGEM DE GASTRINA
202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)
202060225	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)
202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)
202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)
202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)
202060268	DOSAGEM DE INSULINA
202060284	DOSAGEM DE PEPTIDEO C
202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA
202060306	DOSAGEM DE PROLACTINA
202060314	DOSAGEM DE RENINA
202060322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)
202060330	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)
202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA
202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE
202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA
202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)
202060446	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA
202060470	PESQUISA DE MACROPROLACTINA
202070026	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO
202070050	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO
202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO
202070123	DOSAGEM DE BARBITURATOS
202070158	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA
202070166	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA

202070174	DOSAGEM DE CHUMBO
202070182	DOSAGEM DE CICLOSPORINA
202070190	DOSAGEM DE COBRE
202070204	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)
202070220	DOSAGEM DE FENITOINA
202070255	DOSAGEM DE LITIO
202070336	DOSAGEM DE TEOFILINA
202070352	DOSAGEM DE ZINCO
202080030	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS
202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)
202080056	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)
202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)
202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO
202080110	CULTURA PARA BAAR
202080137	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS
202080145	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)
202080153	HEMOCULTURA
202090264	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)
202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO
202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)
202120090	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)

Fonte: Disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

OBSERVAÇÃO CONFORME ORIENTAÇÃO DESTA NORMA TÉCNICA, ITEM 5:

B) TODOS EXAMES FORA DA TABELA SIGTAP DEVERÃO SER SOLICITADOS EM GUIA DE ALTO CUSTO, ENCAMINHADOS AO CEAPS PARA REGULAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO;

C) TODOS OS EXAMES QUE NÃO CONSTAREM NOS PROTOCOLOS DOS ANEXOS (01,03,04,05,06) DEVERÃO SER ENCAMINHADOS AO CEAPS PARA REGULAÇÃO E AUTORIZAÇÃO.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO RELACIONADO AO PROTOCOLO PRE NATAL
202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO
202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)
202120090	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)
202020380	HEMOGRAMA COMPLETO
202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)
202010473	DOSAGEM DE GLICOSE
202010040	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)
202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA
202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA
202020355	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA
202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA
202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO (UROCULTURA)
202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (FEITO NA UBS)
202031098	TESTE TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS (FEITO NA UBS)
202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) (FEITO NA UBS)
202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) (FEITO NA UBS)

202080080	STREPTOCOCCO BETA HEMOLITICO DO GRUPO B (SECREÇÃO VAGINAL EPERIANAL) (COLETA NA UBS)
------------------	--

CÓDIGO	PROCEDIMENTO RELACIONADO PROTOCOLO DE CONTROLE DM E OU HAS
202020380	HEMOGRAMA COMPLETO
202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA
202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL
202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL
202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS
202010473	DOSAGEM DE GLICOSE
202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO
202010317	DOSAGEM DE CREATININA (URINA-RAC)
202010600	DOSAGEM DE POTASSIO
202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA
202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA-RAC)
202010317	DOSAGEM DE CREATININA (TAXA FILTRAÇÃO GLOMERULAR)

CÓDIGO	OUTROS PROCEDIMENTO PROTOCOLO ENFERMEIROS
202020380	HEMOGRAMA COMPLETO
202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA
202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)
202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS (FEZES)
202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)
202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)
202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (FEITO NA UBS)
202031098	TESTE TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS (FEITO NA UBS)
202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) (FEITO NA UBS)
202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) (FEITO NA UBS)
202080080	STREPTOCOCCO BETA HEMOLITICO DO GRUPO B (SECREÇÃO VAGINAL EPERIANAL) (COLETA NA UBS)
	TRM TB - Teste Rápido Molecular Para Detecção da <i>Micobacterium Tuberculose</i> - Diagnóstico

Bibliografia

1. ATUALIZAÇÃO DA DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE – 2017. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 109, Nº 2, Supl. 1, Agosto 2017
2. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias .*European Heart Journal*, Volume 37, Issue 39, 14 October 2016, Pages 2999–3058, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw272>
3. 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.
4. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223I Linha guia de hipertensão arterial / SAS. – 2. ed. – Curitiba : SESA, 2018
5. Fernandez G, Spatz ES, Jablecki C, Phillips PS. Statin myopathy: A common dilemma not reflected in clinical trials. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2011;78(6):393-403.
6. Gillett RC, Norrell A. Considerations for Safe Use of Statins: Liver Enzyme Abnormalities and Muscle Toxicity. *Am Fam Physician*. 2011 Mar 15;83(6):711-716.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
9. Fonte https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/protocolos/20201113_pcdt_diabete_melito_tipo_2_29_10_20_20_final.pdf
10. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.
11. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) – Intervalos de Referência da Vitamina D25(OH)D/2017. Disponível on-line: [https://www.endocrino.org.br/media/uploads/PDFs/posicionamentooficial_sbpcml_sbem_-_final_\(1\).pdf](https://www.endocrino.org.br/media/uploads/PDFs/posicionamentooficial_sbpcml_sbem_-_final_(1).pdf)
12. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica -DRC no Sistema único de saúde - SUS/MS I
13. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 Barroso et al -pg 548,550,551.
14. https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/Laboratorios/manual_examens_laboratoriais_rede_SUS-BH.pdf
15. <https://www.ufrgs.br/telessaunders/perguntas/vitamina-d-deficiencia/>