



POP - FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS PARA SERVIÇOS DE AGENDAMENTO DE CONSULTA ESPECIALIZADA/TRANSPORTE

EXECUTANTE: Atendente e Agendador de especialidade/Responsável de transporte

ÁREA: Atendente de UBS e setor de agendamento de especialidade//Responsável de transporte

OBJETIVO: Garantir acesso em ordem de prioridade para todos os usuários de saúde que necessitam de atendimento de especialidade

O encaminhamento do paciente para a assistência especializada deve sempre ser oriundo da atenção básica de saúde posterior a consulta médica do clínico geral.

Primeira etapa: Consulta na unidade básica de saúde com médico clínico geral

- 1 – Consulta médica;
- 2 – Ficha de encaminhamento devidamente preenchida com diagnóstico clínico, contendo resultado de exames solicitados, tratamento já realizado, queixa principal atual e especialidade médica a qual será encaminhado o paciente, estratificação de risco, motivo detalhado do encaminhamento;
- 3 – Ficha de encaminhamento deve ser identificada e realizada pelo médico no sistema interno da instituição com todos os dados do paciente atualizado;
- 4 – O paciente ou familiar deverá entregar na recepção do agendamento, e retirar protocolo;
- 5 - Cada unidade de saúde encaminha para setor de encaminhamento com identificação da respectiva unidade de saúde;
- 6 – O encaminhamento médico será imediatamente inserido no sistema de informação GMUS ou G- SUS para lista de espera da especialidade solicitada por ordem de urgência/prioritário/eletivo (que deverá ser identificada pelo médico no campo específico com sua justificativa) e posterior por ordem de data de solicitação.
- 7 – Os dados referentes a fila de espera esta disponível no site do município.
- 8 - Quando liberado agenda, comunicar via telefone ou através de busca ativa do ACS de referência do setor, com dados da consulta: data, horário, local especialidade, horário de saída.
- 9 - Após entrar em contato telefônico e orientar sobre o agendamento da consulta, orientar retirada de guia e demais demanda que sejam necessárias.
- 10 – Para solicitação de transporte quando necessário em alta hospitalar, remoção e transferência de pacientes, preenchimento obrigatório da ficha abaixo

OBS:

- Para utilização do transporte da frota Municipal entrar em contato com setor de agendamento de veículo, torna-se necessário o uso do Modelo de ficha de encaminhamento.

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE _____
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ PRONTUARIO: _____
RG: _____ CPF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO TRANSPORTE

DATA DO TRANSPORTE: ___/___/___
HORARIO DE PEDIDO DA TRANSFERENCIA: _____ : _____
CIDADE E UNIDADE DE DESTINO: _____
TIPO DE TRANSPORTE SOLICITADO: () AMBULANCIA - () CARRO BAIXO
NUMERO DE PROTOCOLO DO SAMU: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DA TRANSFERENCIA

MÉDICO(a): _____
ENFERMEIRO(a): _____
MOTORISTA: _____

MÉDICO SOLICITANTE DO TRANSPORTE

ANOTAÇÕES DO MOTORISTA

VEICULO: _____ PLACA: _____
HORARIO DE SAIDA: _____ : _____ HORARIO DE CHEGADA: _____ : _____
KM DE SAIDA: _____ KM DE CHEGADA: _____

MOTORISTA RESPONSÁVEL PEL TRANSFERENCIA

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE DE SANGUE

INFORMAÇÕES DA SOLICITAÇÃO

DATA DA SOLICITAÇÃO: ____ / ____ / ____ HORARIO: ____ : ____

TIPO DA URGENCIA: () 3 HORAS () 12 HORAS () 24 HORAS

JUSTIFICATIVA DA URGENCIA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ PRONTUARIO: _____

RG: _____ CPF: _____

MÉDICO SOLICITANTE DO TRANSPORTE

ANOTAÇÕES DO MOTORISTA

VEICULO: _____ PLACA: _____

HORARIO DE SAIDA: ____ : ____ HORARIO DE CHEGADA: ____ : ____

KM DE SAIDA: _____ KM DE CHEGADA: _____

MOTORISTA RESPONSÁVEL PEL TRANSFERÊNCIA

Elaborado por: **Michele Cristina
Seco** – coordenadora Atenção
Primaria Março/2024

Revisado por: **Raissa Henrique dos
Passos** - Gestora Municipal

Próxima Revisão: 03/2025