

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília		
Procedimento Operacional HCFAMEMA		
Equipe de Regulação Externa		
FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO		
Código: HCF-EQRE-PO-1	Revisão: 0	Vigência: maio/2024

1 OBJETIVO

Estabelecer o fluxo de encaminhamento para agendamento via CROSS dos pacientes provenientes dos ambulatorios ou que recebem alta hospitalar no HCFAMEMA e necessitam de tratamento de reabilitação física incapacitante motora e sensório-motora no Centro de Reabilitação Lucy Montoro.

2 APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se as seguintes unidades organizacionais:

- Departamento de Atenção à Saúde de Alta Complexidade
- Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil
- Departamento de Atenção à Saúde Ambulatorial e Hospital Dia
- Superintendência

3 RESPONSABILIDADE

- Médicos do DASAC, DASMI e DASAMB
- Equipe de Regulação Externa

4 SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

CRLM – Centro de Reabilitação Lucy Montoro

CROSS- Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

DRS-IX- Departamento Regional de Saúde – IX

DASAC – Departamento de Assistência à Saúde de Alta Complexidade

DASMI – Departamento de Assistência à Saúde Materno Infantil

HCFAMEMA – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

NER – Equipe de Regulação Externa

5 EQUIPAMENTOS / MATERIAIS

- Computador
- Impressora
- Caneta esferográfica
- Papel sulfite
- "Relatório médico de encaminhamento de pacientes para tratamento ambulatorial na Rede de Reabilitação Lucy Montoro" (Anexo II)

6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Paciente de alta hospitalar no DASAC ou no DASMI com indicação de reabilitação;
- Para encaminhamento ao CRLM o paciente deve **residir** no município de **Marília** ou em um dos **61 municípios do DRS-IX**, ter **agendamento** através do Portal **CROSS** e atender aos **critérios de elegibilidade**:
 - a. Diagnóstico definido (relatório médico com letra legível, assinado e carimbado);
 - b. Tempo de lesão e/ou instalação da incapacidade menor que 4 (quatro) anos;
 - c. Estabilidade clínica;
 - d. Controle das doenças de base (como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças psiquiátricas, renais, pulmonares, cardíacas, oncológicas, infecciosas, dentre outras) e acompanhamento médico em equipamentos da comunidade das mesmas;
 - e. Controle e acompanhamento médico na comunidade do fator relacionado à causa incapacidade;
 - f. Crises convulsivas controladas (última crise há mais de seis meses);
 - g. Ausência de lesões por pressão grau III e grau IV;
 - h. Ausência de dispositivos de ventilação mecânica e/ou oxigenoterapia;
 - i. Ausência de coma vigil;
 - j. Ausência de toxicomania ativa;
 - k. Ausência de quadros de demências ou de deficiência intelectual moderada ou grave;
 - l. Apresentar retaguarda de transporte;
 - m. Apresentar retaguarda familiar ou social.

Mantendo como **critérios de elegibilidade** os pacientes que se enquadrem em pelo menos um dos **macroprocessos** assistenciais ofertados e atendam aos critérios de elegibilidade relativos à **faixa etária** e **tempo de lesão e/ou de instalação da incapacidade**, conforme descrito a seguir:

Macroprocesso	Faixa Etária	Tempo de Lesão/Incapacidade
Amputação	Todas	04 anos
Lesão Encefálica	Todas	04 anos
Lesão Medular	Todas	04 anos
Musculoesquelética 1	Todas	04 anos
Musculoesquelética 2	Todas	04 anos
Neuromusculares e Neurodegenerativas	Todas	04 anos
Hemofilia	Todas	04 anos
Doenças congênitas e perinatais	Menor 07 anos	Não se aplica
Síndrome de Down	Menos 12 anos	Não se aplica

✓ **Importante:** apesar da Rede Lucy Montoro atender os Macroprocessos detalhados acima, o Centro de Reabilitação Lucy Montoro de Marília **não atende** os Macroprocessos Hemofilia e Síndrome de Down.

- Para agendamento no Portal CROSS, o Médico retira impresso nos setores de **Internação** ou **Recepção** do DASAC, DASMI e DASAMB, realiza o preenchimento do “**Relatório Médico de encaminhamento de pacientes para tratamento de pacientes para tratamento ambulatorial na Rede de Reabilitação Lucy Montoro**”, entrega ao paciente e/ou familiar responsável e instrui a levar no **NER**;
- O NER está localizado no Ambulatório de Especialidades Mario Covas, anexo a Unidade HC I do HCFAMEMA, localizado na Rua Dr. Reinaldo Machado nº 307 - Rampa de Acesso ao lado da portaria da Radioterapia - Bairro Fragata, em Marília/SP;
- Paciente e/ou familiares comparecem ao NER com o relatório preenchido pelo médico;
- O NER digitaliza o relatório para anexar no portal CROSS e devolve o original ao paciente e/ou familiar;
- O NER realiza a solicitação de agendamento no Portal CROSS Regulação Ambulatorial, no prazo de 24 horas após a data do recebimento;
- O NER realiza diariamente o monitoramento da solicitação no Portal CROSS e recebendo confirmação do agendamento, entra em contato direto com o paciente e/ou familiar, via telefone, informando a data e horário do atendimento.

7 REFERÊNCIAS

REDE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO. Disponível em: <<https://redelucymontoro.org.br>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

8 CONTROLE DE QUALIDADE

8.1 HISTÓRICO DE REVISÕES

Nº da Revisão	Data	Item	Alteração
0			

8.2 INFORMAÇÃO DE ARQUIVO

Identificação (Código do Documento)	Prazos de Guarda (em anos)		Destinação		Forma de Armazenamento
	Unidade Produtora	Unidade com Atribuições de Arquivo	Eliminação	Guarda Permanente	
HCF-EQRE-PO-1	Vigência	Instruções na OS HCF nº36/2019	Instruções na OS HCF nº36/2019		Papel

8.3 ELABORAÇÃO

Setor	Nome
Núcleo de Regulação de Acesso	Ariane Vernaschi Ambonati
Equipe de Regulação Externa	Gisela Zangrande Negrisoló

8.4 CONFERÊNCIA

Setor	Nome
Superintendência	Mara Cristina Nascimento Neves
Diretoria Lucy Montoro – Marília SP	Roberta Cardozo Flores
	Mirela Machado Picolini Pereira
Gerência de Gestão, Planejamento e Avaliação	Andréia Scorsafava Marques Vilela

8.5 APROVAÇÃO

Marília, 20 de maio de 2021.

LUCIANO ROBERTO DE FREITAS VICENTINI

Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade

ALEXANDRA HAIKEL ZAYED

Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil

CRISTINA TOSHIE DE MACEDO KUABARA

Departamento de Atenção à Saúde Ambulatorial e Hospital Dia

PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES

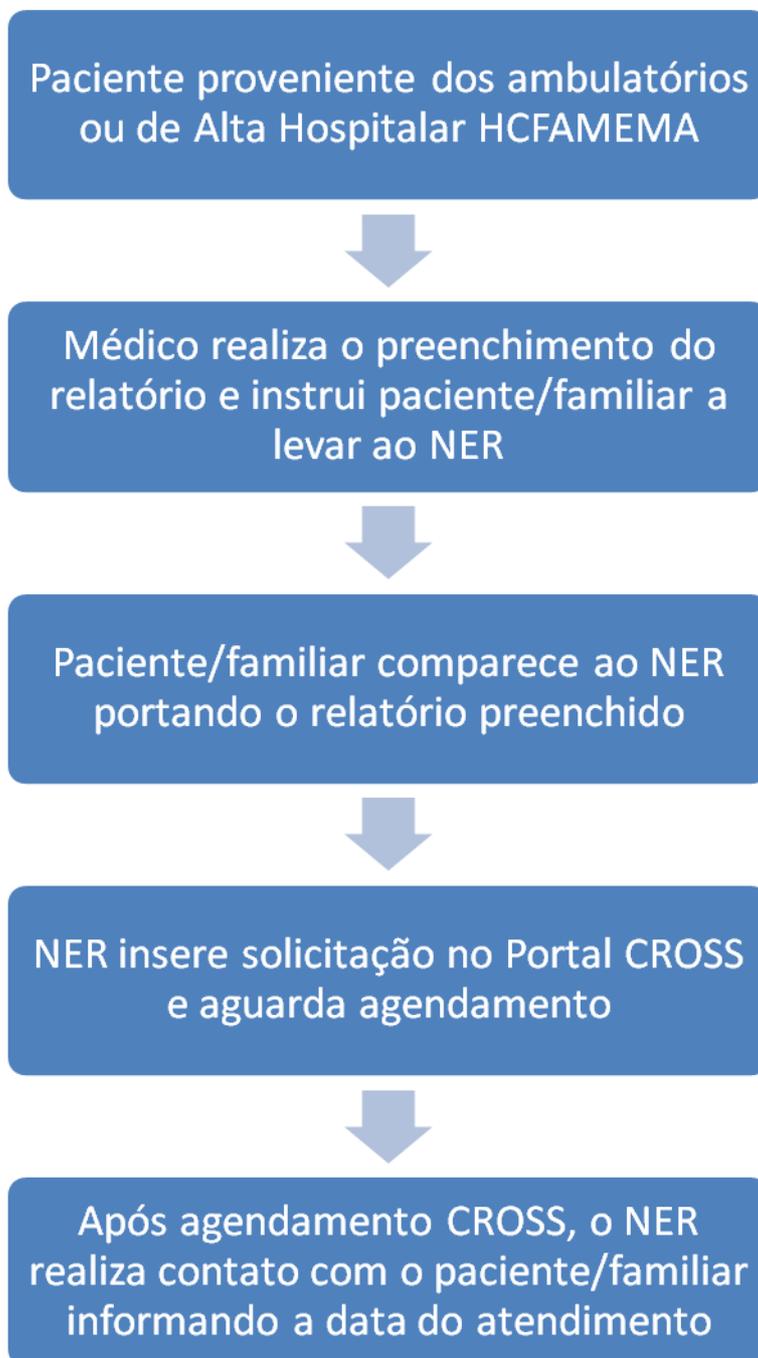
Superintendência

9 ANEXOS

Nº	Título	Página
I	Fluxograma para encaminhamento/agendamento no CRLM	5
II	“Relatório médico de encaminhamento para tratamento ambulatorial na Rede de Reabilitação Lucy Montoro”	6

ANEXO I

FLUXOGRAMA PARA ENCAMINHAMENTO/AGENDAMENTO NO CRLM



ANEXO II

“RELATÓRIO MÉDICO DE ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO AMBULATORIAL NA REDE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO”



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

Relatório médico de encaminhamento de pacientes para tratamento ambulatorial na Rede de Reabilitação Lucy Montoro
Especialidade “Fisioterapia - Reabilitação Física”

Este relatório deve ser preenchido DIGITALMENTE, impresso, assinado e carimbado pelo médico, escaneado e inserido no Portal Cross.

ATENÇÃO: Os campos destacados em vermelho e pelo menos um macroprocesso são de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

1. DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____
 Data de nascimento: _____ Código CROSS: _____
 RG: _____ CPF: _____ Cartão SUS: _____
 Município de residência: _____ Estado de residência: _____
 E-mail: _____
 Tel. residencial: _____ Tel. celular: _____

2. DIAGNÓSTICO (Favor preencher com o código CID completo que melhor represente os diagnósticos do paciente)

2.1. Diagnóstico da INCAPACIDADE (o que melhor representa a restrição de funcionalidade do paciente): CID 10: _____
 2.2. Diagnóstico da ETIOLOGIA (o que gerou a INCAPACIDADE).
 Seleccione um ou mais macroprocessos abaixo e complete com código CID
 2.3. Descreva abaixo o quadro clínico do paciente com detalhamento da localização da morbidade, nível, lateralidade e exame neurológico do sistema motor.

MACROPROCESSO	CID 10
<input type="checkbox"/> Amputação	
<input type="checkbox"/> Doenças congênitas e perinatais	
<input type="checkbox"/> Doenças neuromusculares e neurodegenerativa	
<input type="checkbox"/> Doenças osteomioarticulares 1	
<input type="checkbox"/> Doenças osteomioarticulares 2	
<input type="checkbox"/> Hemofilia	
<input type="checkbox"/> Lesão encefálica	
<input type="checkbox"/> Lesão medular	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	

2.4. Data da instalação da INCAPACIDADE: _____
 2.5. Data da PERDA FUNCIONAL: _____

3. RESUMO CLÍNICO

3.1. Possui doenças associadas?
 3.1.1. Se sim, as doenças associadas estão controladas? 3.1.2. Está em acompanhamento médico dessas doenças?
 3.2. Está em uso de ventilação mecânica ou ventilação invasiva?
 3.3. Está em oxigenioterapia?
 3.4. Tem ou teve crises convulsivas?
 3.4.1. Se sim, estão controladas? 3.4.2. Quando foi a última crise convulsiva? _____
 3.5. Tem lesão por pressão?
 3.5.1. Se sim, liste os locais com lesão: _____ 3.5.2. Grau da pior lesão:

4. EM RELAÇÃO À INCAPACIDADE QUE MOTIVOU ESTA SOLICITAÇÃO

Descreva o motivo do encaminhamento:

5. SOLICITANTE

Nome da instituição: _____ CNES: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 Nome do médico: _____ CREMESP: _____
 Data: _____

Assinatura e carimbo do médico