Colonoscopia Hospitalar

***Configuração no SIGA para envio ao Regulador:***

* **Especialidade:**Endoscopia
* **Procedimento:**Avaliação para colonoscopia (preparo)
* **Código do procedimento:** 0301019193
* **OFERTA**: **Agenda Regulada – Reserva Técnica**
* **SOLICITANTES**: oferta destinada para todos os médicos
* O **médico solicitante** deverá utilizar o impresso SADT para solicitação do exame.

***Indicações e contraindicações:***

* **Indicações**: história pessoal de pólipo em cólon ou neo, história familiar de câncer de colón, colite ulcerativa, hemorragia intestinal aguda, hemorragia retal crônica, paciente com outro exame que detecte lesão suspeita.
* **Contraindicações**: quando um paciente apresentar qualquer suspeita clínica ou radiológica de abdome agudo perfurativo, ou de diverticulite aguda e mega cólon tóxico. A polipectomia está contraindicada quando o preparo do cólon não estiver adequado, com coagulopatia, e/ ou com uso de antiagregante plaquetário.

**Informações necessárias no SADT e Campo “Justificativa” no SIGA Saúde:**

* Nome completo do paciente:
* Idade:
* N° Cartão do SUS:
* N° Cadastro CROSS:
* Hipótese diagnóstica:
* Justificativa: dados clínicos e de história evolutiva. Descrever resultados de exames com data: hemograma, pesquisa de sangue oculto, exames de imagem ou outros se houver.
* Medicamentos em uso:
* CID:
* Prioridade:
* Peso:
* Altura:
* IMC:

OBS: **índice de massa corpórea (IMC):**alguns prestadores não realizam o exame em pacientes com IMC acima de 35, evitando assim agendamento desnecessário com perda da vaga. Trata-se, portanto de um procedimento regulado pela Regulação Regional, o que quer dizer que as solicitações devem ser inseridas via SIGA para avaliação do Regulador. Não devem ser inseridos na fila de espera da Unidade solicitante. Na oferta SIGA trata-se de uma consulta de avaliação onde o paciente considerável elegível para realizar o procedimento será orientado do preparo que deverá ser executado e terá a data e horário da realização do exame informado pelo prestador. Na oferta CROSS em alguns prestadores a data agendada será para uma consulta de avaliação e em outros já para a realização do exame. As orientações constam no comprovante de agendamento. Como recebemos vagas de vários prestadores com resolutividade e grau de complexidade diferente, é necessário na justificativa além de informar dados referentes ao pedido do procedimento, informar também as condições gerais de saúde do paciente- comorbidades.

**PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO DE COLONOSCOPIA**

**CASOS DE ALTA PRIORIDADE**

***INDICAÇÃO PRIORITÁRIA***HEMORRAGIA INTESTINAL AGUDA}  
PACIENTE ESTÁVEL SEM NECESSIDADE DE TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

***INDICAÇÃO RELATIVA***HEMORRAGIA RETAL CRÔNICA  
HÁBITO INTESTINAL ALTERADO / COM SINTOMA DE ALARME (PERDA DE PESO E ANEMIA SEVERA)  
PACIENTE COM OUTRO EXAME QUE DETECTE LESÃO SUSPEITA  
COM SUSPEITA DE NEOPLASIA / PÓLIPO > 2 CM  
COM SUSPEITA DE PÓLIPO < 2 CM

**CASOS DE MÉDIA PRIORIDADE**

***INDICAÇÃO PRIORITÁRIA***HEMORRAGIA INTESTINAL CRÔNICA  
HÁBITO INTESTINAL ALTERADO / SEM SINTOMA DE ALARME

***INDICAÇÃO RELATIVA***ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO – SEM HISTÓRIA GASTRO-INTESTINAL

**CASOS DE BAIXA PRIORIDADE**HEMORRAGIA INTESTINAL CRÔNICA  
SEM MUDANÇA DE HÁBITO INTESTINAL E SEM SINTOMAS DE ALARME  
HISTÓRIA PESSOAL DE PÓLIPO EM COLON OU NEO  
HISTÓRIA FAMILIAR DE CANCER DE COLON  
COLITE ULCERATIVA

**Observações:** Ao indicar a necessidade do procedimento em ambiente hospitalar deve – se mencionar na justificativa o motivo, como:  
\* Problemas respiratórios graves  
\* Pacientes acima de 70 anos  
\* Paciente com histórico de AVC  
\* Pacientes que fazem Hemodiálise ou Diálise  
\* Portadores com necessidades especiais  
\* Pacientes com problemas cardíaco  
\* Paciente com acompanhamento Hematologista  
\* Pacientes que possuem pólipos acima de 2 cm  
\* Paciente com IMC acima de 35  
\* Pacientes cadeirantes devido o preparo.

**COLONOSCOPIA HOSPITALAR**

**Observações:** Ao indicar a necessidade do procedimento em ambiente hospitalar deve – se mencionar na justificativa o motivo, como:

\* Problemas respiratórios graves

\* Pacientes acima de 70 anos

\* Paciente com histórico de AVC

\* Pacientes que fazem Hemodiálise ou Diálise

\* Portadores com necessidades especiais

\* Pacientes com problemas cardíacos

\* Paciente com acompanhamento Hematologista

\* Pacientes que possuem pólipos acima de 2 cm

\* Paciente com IMC acima de 35

\* Pacientes cadeirantes devido o preparo.

**DESMEMBRANDO OS TÓPICOS ACIMA:**

\*PACIENTE ACIMA DE 70 ANOS COM ALGUMA COMORBIDADE DESCRITA – Caso contrário será agendado em Prestadores Ambulatoriais que aceitam 70 anos ou +.

\*PACIENTES EM HEMODIÁLISE OU DIÁLISE

\*GESTANTES

\*ALÉRGICOS A LÁTEX

\*PACIENTES COM CASOS DE ESQUIZOFRENIA

\*DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS (EXEMPLO: EPILEPSIA) COM NECESSIDADE DE USO DE INÚMEROS PSICOTRÓPICOS OU ABUSO DE ÁLCOOL

\*PORTADORES DE DOENÇAS SISTÊMICAS DESCOMPENSADAS OU CONSIDERADAS DE RISCO COMO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA OU PULMONAR

\*HIPERTENSÃO ARTERIAL MAL CONTROLADA

\*USO DE MARCA-PASSO

\*INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

\*ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

\*ANGINA

\*ARRITIMIA

\*SOPRO

\*USUÁRIOS DE OXIGÊNIO DOMICILIAR.

\*DÉFICIT NEUROLÓGICO QUE IMPEÇA O ATENDIMENTO DAS ORIENTAÇÕES SOBRE O EXAME.

\*TABAGISTAS.

\*APNÉIA DO SONO ou COM USO DE CPAP

\*CIRURGIAS ABDOMINAIS COM MENOS DE 30 DIAS.

\*DIABETE TIPO 1

\*DIABETE TIPO 2 DESCOMPENSADA

\*INSULINO DEPENDENTE

\*PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICOS (RADIOTERAPIA OU QUIMIOTERAPIA)

\*IMC ACIMA DE 35 PARA PACIENTES QUE TAMBÉM POSSUA UMA OU MAIS COMORBIDADES ACIMA MENCIONADA.  POIS, TEMOS 1 PRESTADOR AMBULATOTRIAL QUE ACEITA ATE 40 DE IMC SEM COMORBIDADES NENHUMA.

\*IMC ACIMA DE 40.

\*PACIENTES COM PÓLIPOS ACIMA DE 2CM

\*CADEIRANTE (Ex: paraplégicos, doenças neurológicas, lesão medular) QUALQUER MOTIVO QUE O IMPEÇA DE REALIZAR O PRÓPRIO PREPARO.

ATENÇÃO:   Todas as informações são relevantes. Para um melhor agendamento não são aceitas siglas sem explicação.

Exemplos:

* HAS –   Queremos saber se é controlada ou não, se utiliza alguma medicação.
* DM    –   Sabemos que DM é diabetes Méllitus – Queremos saber qual o tipo, tipo 1 ou 2, se está descompensado ou não, se faz uso de insulina.

**LEMBRANDO QUE:**   Justificativas contendo apenas a informação que o munícipe possui antecedentes familiares de CA sem alguma informação do próprio munícipe e não estando dentro do protocolo acima serão agendados a nível ambulatorial.

**DADOS NECESSÁRIOS:**

           \*   **Justificativa**: dados clínicos e de história evolutiva.  Descrever resultados de exames com data: hemograma, pesquisa de sangue oculto, exames de imagem ou outros se houver.

           \*    **Medicamentos em uso:**  Principalmente os cardiopatas, renais dialíticos ou não,

           \*    **Peso:**

           \*   **Altura:**

           \*  **IMC:**