

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA NEFROLOGIA ADULTO (>18 ANOS)

Nome completo: _____

Data nasc.: ____ / ____ / ____ CNES: _____ Unidade de origem: _____

1. Motivo do encaminhamento (história clínica e/ou resultado de exames) _____

2. Hipótese diagnóstica: _____

3. Tabela de prioridade para atendimento: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() VERMELHO	<input type="checkbox"/> N18.0 – DRC com TFG < 15ml/min ¹ <input type="checkbox"/> N39.1 - Proteinúria (proteinúria >1g/24h) ² <input type="checkbox"/> E87.2 - Acidose Metabólica refratária ³ <input type="checkbox"/> Z94.4 – Transplantado renal ⁴	<input type="checkbox"/> N01 – Perda rápida da função renal (>5ml/min/1,73m ² em um período de seis meses, com uma TFG<60/min/1,73m ² , confirmado em dois exames) ³
() LARANJA	<input type="checkbox"/> N18.8 – DRC com TFG 15-30 ml/min ¹	<input type="checkbox"/> N08 – DM insulino dependente com suspeita de nefropatia de outra causa ³
() AMARELO	<input type="checkbox"/> R80 – Macroalbuminúria, em não diabéticos (RAC \geq 300mg/g e menor que 1g) ³ <input type="checkbox"/> E87 – Alterações eletrolíticas crônicas (descartado medicamento e distúrbio gastrointestinal) ³ <input type="checkbox"/> E21.0 – DMO/DRC ⁵ <input type="checkbox"/> N07 – Nefropatia Hereditária ²	<input type="checkbox"/> I.15- Suspeita de HAS secundária ⁶ <input type="checkbox"/> I.15 – Hipertensão resistente – pressão acima das metas com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão ⁶ <input type="checkbox"/> Z52.4 – Doador renal ⁴
() VERDE	<input type="checkbox"/> R31 – Hematuria persistente (em mais de 1 exame, com presença de dismorfismo eritrocitário ou tendo descartado cálculo/ ITU) ³ <input type="checkbox"/> N20 – Nefrolitíase bilateral e/ou recorrente ⁷ <input type="checkbox"/> N30 – Infecção de trato urinário recorrente, mesmo com profilaxia adequada, após exclusão de causas anatômicas urológicas ou ginecológicas, e na presença de urocultura positiva ³	<input type="checkbox"/> R82.9 – Presença de cilindros com potencial patológico em dois EAS (graxos, hemáticos, céreos ou leucocitários) ³ <input type="checkbox"/> Q60 – Alterações anatômicas que provoquem perda da função (doença renal policística, estenose da artéria renal, assimetria renal > 1,5cm entre os rins – MALFORMAÇÃO RENAL) ³ <input type="checkbox"/> N12 – Doenças Túbulo intestinais ²
() AZUL Competência Da ATENÇÃO BÁSICA	<input type="checkbox"/> N18.8 – DRC de etiologia conhecida com TFG > 30ml/min <input type="checkbox"/> N30.9 – ITU não recorrente	<input type="checkbox"/> Q61 – Cisto renal simples <input type="checkbox"/> N20 – Nefrolitíase (episódio único) <input type="checkbox"/> I10 – HAS

DCR – doença renal crônica; TFG – Taxa de filtração glomerular; RAC – relação albuminúria/ creatinúria; EAS – elementos e sedimentos anormais da urina; HAS – hipertensão arterial sistêmica; DM – diabetes mellitus;

Sugestão de exames e/ou procedimentos de acordo com hipótese diagnóstica		
DOENÇA RENAL CRÔNICA: Uréia, creatinina, sódio, potássio, EAS, Ecografia de rins e vias urinárias.	CALCULOSE RENAL: PTH, ácido úrico, Ecografia de rins e vias urinárias	CISTO/NÓDULO RENAL, MALFORMAÇÕES RENAISS: Ecografia de rins e vias urinárias
GLOMERULOPATIA: Proteinúria de 24 horas, EAS, uréia, Creatinina, sorologias virais (HIV,HCV,HBV),	HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA OU DE DIFÍCIL CONTROLE: Ecocardiograma, fundo de olho, TSH, T4 Livre, cortisol	DOENÇA RENAL AGUDA: Uréia, creatinina, sódio, potássio, EAS, Ecografia de rins e vias urinárias

Médico: _____

Data de solicitação: _____ / _____ / _____

VIA SISREG (Sistema de Regulação). Para inserção da consulta na Nefrologia é obrigatório o preenchimento dos campos: História e/ou Resultado de Exames CID e SES. Necessário apresentar este formulário no ato da consulta.

Locais de inserção: qualquer Unidade de Saúde da SES/DF