

CADERNETA DO USUÁRIO

Registro e Acompanhamento de Procedimentos e Serviços de Saúde

Nome*: _____

* Nome pelo qual prefere ser chamado

Nº do CPF:

Unidade de Saúde: _____

Nome da Equipe: _____



Preenchimento obrigatório pelo profissional de saúde (15 dígitos)



Este cartão é de uso pessoal e intransferível
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

As informações desta caderneta cabem exclusivamente aos usuários cadastrados nas Equipes de Saúde da Família.

APRESENTAÇÃO

Olá!

Você está cadastrado em uma Equipe de Saúde da Família e recebe agora a **CADERNETA DO USUÁRIO** com informações sobre os serviços que a sua unidade (**Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde**) oferece.

A Caderneta é um documento para o registro:

- Das visitas domiciliares;
- Do agendamento de consultas e exames que você vai realizar na sua Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde;
- Do agendamento de consultas e exames que você vai realizar em Hospitais e Policlínicas.

Cabe ao profissional de saúde: manter a Caderneta sempre atualizada.

Cabe a você, usuário: acompanhar as informações anotadas, pois se referem ao seu cuidado.

ÍNDICE

| | | |
|--|--|----|
|  | DADOS CADASTRAIS DA UNIDADE RESPONSÁVEL PELO SEU CUIDADO | 06 |
|  | DADOS CADASTRAIS NO SUS | 07 |
|  | QUAIS SÃO OS SERVIÇOS QUE VOCÊ PODE ENCONTRAR EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA OU CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE | 08 |
|  | HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE | 10 |
|  | COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA | 11 |
|  | CONSULTAS NA UNIDADE | 13 |
|  | O QUE VOCÊ PRECISA PARA SER ATENDIDO | 15 |
|  | O QUE VOCÊ PODE RESOLVER POR TELEFONE COM A SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA | 16 |
|  | ATESTADO DE SAÚDE | 17 |
|  | ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | 18 |
|  | VISITAS DOMICILIARES | 19 |
|  | AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES, GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARES | 22 |
|  | EXAMES E CONSULTAS COM ESPECIALISTAS | 30 |
|  | DIREITOS E RESPONSABILIDADES | 50 |
|  | ONDE POSSO SER ATENDIDO? | 52 |
|  | CRÍTICAS, ELOGIOS E SUGESTÕES | 53 |

SEU CADASTRO

O cadastro é o registro oficial que identifica você para o SUS com informações sobre quem cuida de você e sobre como você pode ter acesso aos serviços disponíveis na sua Unidade.

- O Agente Comunitário de Saúde é o profissional responsável pela realização do seu cadastro.
- O cadastro pode ser realizado na sua Unidade de Saúde ou na sua casa.
- O CPF, para maiores de 16 anos, ou a Certidão de Nascimento (nº da DNV), para menores de 16 anos, são os documentos necessários para o cadastro definitivo.
- No caso dos cadastros realizados na Unidade, o Agente Comunitário de Saúde responsável deve realizar visita domiciliar para validar o endereço.
- No momento do seu cadastro, a Equipe de Saúde da Família responsável pela área onde você mora vai fazer algumas perguntas sobre o seu estado de saúde e sobre possíveis problemas que existam na sua comunidade que possam interferir na sua saúde e de outros moradores.

IMPORTANTE!

Prezado usuário, é sua responsabilidade informar à Unidade quando houver qualquer alteração no seu Cadastro, principalmente de endereço e de telefone.



DADOS CADASTRAIS DA Unidade RESPONSÁVEL PELO SEU CUIDADO

Preenchimento obrigatório pelo profissional de saúde 

Data do Cadastro:

___/___/___

Unidade responsável pelo seu cuidado:

Nome da Equipe:

Número da Microárea:

Endereço da Unidade:

Horário de funcionamento:

Telefone da Unidade:

E-mail da Unidade:

Blog da Unidade:

Médico responsável:

Dentista responsável:

Técnico de Saúde Bucal responsável:

Enfermeiro responsável:

Técnico de Enfermagem responsável:

Agente Comunitário de Saúde responsável:

Agente de Vigilância em Saúde responsável:



DADOS CADASTRAIS NO SUS

Preenchimento obrigatório pelo profissional de saúde 

Data do Cadastro:

___/___/___

Nome Completo:

Endereço Completo:

Telefone Residencial:

Telefone Celular:

DNV (consta na Certidão de Nascimento) para menores de 16 anos sem CPF:

CPF (para aqueles com 16 anos ou mais):

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



QUAIS SÃO OS SERVIÇOS QUE VOCÊ PODE ENCONTRAR EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA OU CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE

As Clínicas da Família ou Centros Municipais de Saúde são Unidades de Atenção Primária responsáveis por cuidar de você e da sua família. Nestas Unidades você está vinculado a uma equipe preparada para atender a maioria dos seus problemas de saúde.

As situações de saúde mais frequentes devem ser atendidas pela sua equipe, e sempre que houver um novo problema, você deve preferencialmente procurar a sua Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde.



ACADEMIA CARIOCA DA SAÚDE

O Programa Academia Carioca da Saúde oferta para os grupos prioritários a prática de atividades físicas nas Unidades de Saúde, seja em aparelhos ou por meio de outras práticas, como: caminhada, alongamento, dança, entre outros exercícios. Saiba mais na sua Unidade.

Principais serviços que você pode encontrar na sua Unidade de Atenção Primária:

- Consultas Médicas e de Enfermagem
- Consultas de rotina
- Teste de gravidez (TIG)
- Pré-natal
- Acompanhamento do bebê e da criança
- Teste do pezinho e do reflexo vermelho
- Planejamento familiar (métodos contraceptivos e preservativos)
- Exame preventivo de câncer e indicação de mamografia
- Avaliação nutricional
- Diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crônicas mais comuns nas crianças, adolescentes, adultos e idosos: hipertensão arterial, diabetes, doenças respiratórias, infecções, problemas ginecológicos, doenças cardiovasculares, doenças do aparelho digestivo, problemas de pele e retirada de verrugas, aconselhamento sobre doenças que ocorrem com o envelhecimento, entre outras.
- Diagnóstico e tratamento de doenças transmissíveis: tuberculose, hepatites, dengue, doenças sexualmente transmissíveis (sífilis; HIV/AIDS) entre outras.
- Tratamento odontológico
- Escovação supervisionada
- Prevenção e tratamento do tabagismo
- Orientação ou tratamento para uso prejudicial de drogas lícitas e ilícitas (álcool, remédios para emagrecer, remédios para dormir, entre outros)
- Exame pré-operatório (Risco Cirúrgico)
- Exames de sangue, escarro, urina e fezes
- Vacinas (Imunização)
- Nebulização
- Injeções
- Curativos
- Colocação de talas para torção
- Pequenas suturas, retirada de pontos e unha encravada
- Orientação e cuidado em saúde mental
- Acompanhamento de situações de violência
- Fornecimento de medicamentos fundamentais
- Grupos de Educação em Saúde

CASOS DE PEQUENAS URGÊNCIAS

Em situações mais imediatas (casos agudos de pequena urgência), como febre, dor de ouvido, dor de garganta, dor de cabeça, mal estar e outros problemas que não colocam sua vida em risco, você pode procurar a sua Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde.

CASOS DE EMERGÊNCIA

Em casos de emergência que colocam a sua vida em risco, como infarto, derrame, fraturas, acidentes de trânsito, ferimentos graves, grandes sangramentos, você deve procurar imediatamente uma Unidade de Emergência ou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192).



HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE

No quadro de avisos da Unidade deve estar visível:

- horário de funcionamento da Unidade;
- horário de atendimento de todos os profissionais;
- horário de todas as atividades educativas semanais.

Acolhimento, vacinas, curativos, dispensação de medicamentos, consultas, hidratação venosa, aferição de pressão arterial, avaliação e observação clínicas são oferecidos **em todo o horário de funcionamento da Unidade.**

Horário de Funcionamento da Unidade:



COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- Médico de Família
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem
- Agente Comunitário de Saúde
- Dentista
- Técnico de Saúde Bucal
- Auxiliar de Saúde Bucal
- Agente de Vigilância em Saúde



ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento realizado pela equipe responsável pelo seu cuidado é fundamental, pois esses profissionais conhecem bem os seus problemas de saúde. Esse acompanhamento ao longo do tempo permite alcançar os melhores resultados clínicos e melhorar a sua qualidade de vida.

FALAMOS A SUA LÍNGUA

É muito importante que a Equipe de Saúde da Família conheça o contexto em que a população vive. Dessa maneira, compreender o jeito de falar, as crenças locais, a religiosidade dos usuários e a forma como percebem o processo saúde-doença é essencial para uma prática de saúde precisa e eficaz. Assim, o profissional de Saúde da Família busca sempre adequar sua fala ao modo mais usual e simples de ser entendido pela população sob seu cuidado.

FAMÍLIA

A Equipe de Saúde da Família entende que o contexto familiar é marcante para o indivíduo. Desse modo, conhecer as relações entre as pessoas da mesma família ou que morem na mesma residência é fundamental para compreender: a sua situação de saúde nos diferentes ciclos de vida (infância, adolescência, idade adulta e terceira idade); como percebem o adoecimento; como a rede de apoio familiar ou próxima dos mesmos está organizada; e o surgimento de doenças familiares ou fatores de riscos que possam ser de origem genética.

COMUNIDADE

Conhecer a comunidade é de extrema importância. Cabe à Equipe de Saúde da Família reconhecer os problemas mais frequentes encontrados em sua área de atuação, através da análise de seu território de responsabilidade, de dados ou do contato direto com a população, para o planejamento adequado de sua ação.



O Enfermeiro é um profissional capacitado para realizar diversos tipos de atendimento, como:

- ✓ Consulta de Enfermagem;
- ✓ Acompanhamento de Doenças Crônicas;
- ✓ Consultas de Pré-Natal;
- ✓ Puericultura;
- ✓ Preventivo;
- ✓ Planejamento Familiar.

Além disso, ele pode prescrever alguns tipos de medicamentos e solicitar alguns tipos de exames, respeitando regras técnicas presentes nos Protocolos Clínicos com respaldo do Conselho Profissional de Enfermagem (Protocolo de Enfermagem para Atenção Primária à Saúde, Coren-Rio de Janeiro).



CONSULTAS NA UNIDADE

- O agendamento da consulta pode ser realizado durante todo o horário de funcionamento da Unidade.
- Para agendar uma consulta é necessário que você seja morador da área (território) de responsabilidade da Unidade.

- As consultas de 1ª vez na Atenção Primária devem ser agendadas **em até 30 (trinta) dias úteis** para médico, enfermeiro ou dentista, de acordo com a necessidade clínica que você tenha.
- Casos agudos (iniciados há poucas horas ou dias) devem ter avaliação clínica **no mesmo dia**.
- As **consultas de retorno** serão agendadas de acordo com os protocolos clínicos e a avaliação do profissional que realizou o atendimento.
- Quando a Unidade precisar alterar o dia e/ou a hora de uma consulta que já esteja agendada, é responsabilidade da equipe informá-lo sobre a nova data e horário no momento do cancelamento.
- Quando você não puder comparecer a uma consulta ou exame, procure avisar a sua equipe com a antecedência mínima de 48 horas (dois dias).

IMPORTANTE!

É um direito seu ter sua consulta agendada quando você busca a Unidade de Saúde, devendo sair com o dia e a hora marcados, por escrito, na sua Caderneta. Cabe à equipe avaliar se a consulta será realizada por um médico, enfermeiro ou dentista.



O QUE VOCÊ PRECISA PARA SER ATENDIDO

Nas Clínicas da Família ou Centros Municipais de Saúde é necessário que você apresente:

- ✓ Documento de Identificação com foto
- ✓ N° do CPF
- ✓ N° da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), que consta na Certidão de Nascimento (menores de 16 anos sem CPF)

Em situações especiais ou de urgência, caso não esteja com seu documento, você também será atendido. Caso não tenha documento, a equipe irá orientá-lo para que possa providenciar.

Procure estar sempre com seu Documento de Identificação.



O QUE VOCÊ PODE RESOLVER POR TELEFONE COM A SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Você pode telefonar para a sua Unidade para esclarecer uma dúvida ou para informar-se a respeito de:

- Exames ou remédios que foram receitados;
- Marcação de consultas na Unidade, caso você esteja cadastrado;
- Consultas e/ou exames em Hospitais ou Policlínicas para saber se já foi marcado, sobre o local, o dia e o horário;
- Preparo para algum exame que irá realizar;
- Serviços que a Unidade oferece e como você pode ter acesso.

Em algumas Unidades de Saúde, você pode utilizar o e-mail ou blog para marcar uma consulta. Informe-se com a sua equipe.

ATENÇÃO!

NÃO SÃO REALIZADAS CONSULTAS PELO TELEFONE.
O telefone destina-se unicamente para esclarecimentos, informações e orientação.



ATESTADOS DE SAÚDE

O atestado de afastamento do trabalho por motivo de doença (repouso em domicílio) é fornecido somente por médicos e dentistas como parte da consulta e recomendações clínicas, quando o profissional avaliar necessário.

Os atestados **para prática de atividade física** ou de que o **usuário é portador de necessidades especiais** só podem ser feitos pelo médico que realizar a avaliação clínica, sendo recomendado **agendar a consulta**.

Para o atestado de **necessidades especiais** (RioCard Saúde Presente) é necessário apresentar o Número de Identificação Social (NIS).

A Declaração de Comparecimento pode ser feita por qualquer profissional de saúde, constando a data e o horário que você esteve na Unidade, sendo devidamente assinada e carimbada pelo profissional responsável.

A emissão de declaração e atestado falso ou sem justificativa clínica pode implicar em processo ético administrativo profissional, entre outras implicações legais, conforme previsto nos artigos 297 e 302 do código penal; demissão por justa causa; e pena – detenção de 1 (um) mês a 1 (um) ano.



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Para o fornecimento de remédios é necessário que esteja escrito na receita a data de nascimento, o número do CPF (obrigatório para maiores de 16 anos) ou o número da DNV (para menores de 16 anos). Estes números de identificação estão no seu cadastro.
- As receitas de medicamentos para doenças crônicas, anti-concepcionais e medicamentos de uso continuado poderão ter validade de até 1 ano, de acordo com a prescrição. Esta validade **não se aplica** às prescrições de medicamentos psiquiátricos.
- Na farmácia da sua Unidade de Saúde você vai encontrar:
 - ✓ A lista de medicamentos oferecidos na própria Unidade;
 - ✓ A lista de medicamentos de uso restrito disponíveis nas Policlínicas ou Unidades de Referência de cada área da cidade;
 - ✓ Orientações sobre como obter medicamentos excepcionais, caso venha a precisar (Rio Farnes)
- A Unidade deve oferecer preservativos em local visível e acessível.
- Material para o cuidado do diabetes e curativos crônicos somente poderão ser fornecidos em quantidade pela farmácia, mediante apresentação de receita com número de CPF. A fita de glicemia é fornecida apenas para pacientes que usam insulina.

IMPORTANTE!

A prescrição no receituário deve ser feita em letra legível. O profissional de saúde que o atendeu, incluindo o farmacêutico devem esclarecer suas dúvidas sempre que necessário. Em caso de falta de medicamento da lista da unidade você deve procurar o Gerente e/ou Diretor. Caso não tenha sua situação resolvida, você pode ligar para a Central de Atendimento da Prefeitura, no número 1746, para registrar uma reclamação.



VISITAS DOMICILIARES



DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

(ACS)

Os Agentes Comunitários de Saúde da sua equipe são parte fundamental do seu contato com o serviço de saúde. Sua principal função é a Educação em Saúde. Esses profissionais são moradores da própria área, conhecem sua realidade, entendem suas necessidades e expectativas, e trabalham para ajudar a melhorar a saúde da população local, além de aproximar os usuários dos demais profissionais da equipe.

Nas equipes de Saúde da Família, a visita domiciliar do ACS é planejada e o tempo para que ela aconteça atende a prioridades de saúde, ocorrendo com a frequência de:

- Todos os dias (diária) – usuários com Tuberculose e Hanseníase até que finalizem o tratamento; mãe e bebê nos primeiros 7 dias consecutivos após alta da maternidade;
- Uma vez por mês (mensal) – gestantes, crianças de até 1 ano, acamados e usuários do Cartão Família Carioca;
- A cada três meses (trimestral) – para hipertensos, diabéticos e crianças de 1 a 2 anos de idade;
- A cada seis meses (semestral) – crianças de 2 a 6 anos, idosos maiores de 60 anos e beneficiários do Programa Bolsa Família;
- Imediatamente – sempre que identificada pela equipe de saúde uma necessidade especial.

Quando você solicitar uma Visita Domiciliar, o ACS irá à sua residência para realizar a visita. Caso necessário, ele informará sobre a necessidade da visita de outro profissional da equipe.



DO AGENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

(AVS)

O Agente de Vigilância em Saúde (AVS) é responsável por fazer visitas regulares (até quatro vezes por ano) em sua residência, no seu comércio, em terrenos baldios e outros espaços que necessitem de cuidado.

O agente visita as áreas externa e interna do seu imóvel para identificar e eliminar possíveis focos de doenças e situações de risco a sua saúde. As visitas, dependendo dos fatores de risco e das condições do domicílio, poderão ser realizadas mensalmente.

As solicitações de visitas do AVS podem ser feitas por meio a Central de Atendimento da Prefeitura no número 1746



AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES, GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARES

| | | |
|------------|-------|--------------|
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |

Preenchimento obrigatório pelo profissional de saúde.

| | | |
|------------|-------|--------------|
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |



AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES, GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARES

| | | |
|------------|-------|--------------|
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |

Preenchimento obrigatório pelo profissional de saúde.

| | | |
|------------|-------|--------------|
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |



AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES, GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARES

| | | |
|------------|-------|--------------|
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |

Preenchimento obrigatório pelo profissional de saúde.

| | | |
|------------|-------|--------------|
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |



AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES, GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARES

| | | |
|------------|-------|--------------|
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |

Preenchimento obrigatório pelo profissional de saúde.

| | | |
|------------|-------|--------------|
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |
| Data: / / | Hora: | Responsável: |
| Atividade: | | |



EXAMES E CONSULTAS COM ESPECIALISTAS

EXAMES LABORATORIAIS

- Para coletas de exames laboratoriais é necessário que pessoas acima de 16 anos apresentem, no momento da coleta, o documento com foto e o N° do CPF anotado na solicitação. Na requisição de exames de menores de 16 anos deve estar anotado o n° da DNV que consta na Certidão de Nascimento.
- Os exames laboratoriais são colhidos todos os dias, de segunda a sexta-feira, no horário da manhã.
- Serão aceitos apenas pedidos de exames de profissionais cadastrados na sua Unidade de Saúde.
- Você deve guardar o número da sua solicitação e senha entregues no momento da coleta para verificar o resultado dos seus exames.
- Para exames comuns, você não deve esperar mais do que 03 (três) dias entre o pedido de exame e a coleta, a não ser que seja uma recomendação do seu médico.
- Para exames especiais e citopatológico (preventivo), você pode esperar até 07 (sete) dias para fazer a coleta ou conforme a orientação do seu médico.

No diagnóstico inicial de gravidez, é um direito e é recomendável realizar o Teste Rápido para Sífilis e HIV. O resultado deve ser entregue no mesmo dia.

EXAMES DE IMAGEM E ELETROCARDIOGRAMA

Exames de RX, ultrassonografia e eletrocardiograma devem ser agendados no máximo para 30 (trinta) dias úteis.

As mamografias devem ser agendadas no máximo para 60 (sessenta) dias úteis. Caso o médico identifique um nódulo palpável e/ou outros sinais clínicos que indiquem prioridade, a mamografia deve ser agendada imediatamente.

RESULTADOS DE EXAMES

Você deve receber os resultados dos exames na unidade onde foram realizados, de acordo com os prazos divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Algumas Unidades já dispõem da entrega dos resultados dos exames laboratoriais pela internet. No momento da coleta você receberá uma senha de acesso.

- ✓ **5 (cinco) dias úteis** para resultado de exames laboratoriais na internet;
- ✓ **20 (vinte) dias úteis** para resultado do exame preventivo (Citopatológico) na internet;
- ✓ **30 (trinta) dias úteis** para resultado de mamografia, ultrassonografia e eletrocardiograma.

IMPORTANTE!

O sigilo e a confidencialidade dos resultados são garantidos. Ao pegar o resultado procure sua equipe de saúde.

EXAMES E CONSULTAS COM ESPECIALISTAS

É objetivo das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde coordenar seu cuidado em saúde e garantir que seu tratamento seja integral. Assim, mesmo que você precise de um atendimento em outra Unidade de saúde, você deve fazer essa solicitação para sua equipe.

Em algumas situações, a equipe pode avaliar a necessidade de encaminhá-lo a outro serviço da rede de saúde para realizar um exame específico ou ter a avaliação clínica de um especialista. Após realizar esta consulta ou exame, você deve retornar a sua Unidade (Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde) para dar continuidade ao seu acompanhamento.

A marcação de uma consulta e/ou exame especializado em hospitais e policlínicas é realizada por um profissional de saúde da sua Unidade por meio de um **sistema de agendamento via internet** também chamado de **Sistema Nacional de Regulação (Sisreg)**.

Somente a sua Unidade de Saúde (Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família) pode marcar consultas ou exames nas Policlínicas ou nos Hospitais. É dever da sua Equipe de Saúde da Família proteger você de encaminhamentos desnecessários e que possam causar risco à sua saúde.

É importante saber que:

- As vagas são disponibilizadas pelos Hospitais e Policlínicas. Quando a vaga estiver disponível, a equipe informará o local, a data e o horário da sua consulta ou exame, e entregará um Formulário de Autorização de Procedimento Ambulatorial que contém um número-chave para seu atendimento;
- É necessária a aprovação da solicitação mediante justificativa clínica compatível com o procedimento. Em caso de não autorização, sua equipe agendará uma consulta para explicar os motivos e orientar seu tratamento.

Formulário de Autorização do SISREG (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais).

| SISREG III - Ambiente de Produção do SISREG AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAIS | | | |
|--|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Nº Chave: | | | |
| UNIDADE SOLICITANTE | | | |
| Nome: | CNES: | Op.Solicitante: | Op.Autorizador: Videofonista: |
| UNIDADE EXECUTANTE | | | |
| Nome: | CNES: | | |
| Profissional Executante: | Município: RIO DE JANEIRO Data e Horário Atendimento: | | |
| DADOS DO PACIENTE | | | |
| Nome do Paciente: | | | CNS |
| Nome do Responsável: | | | UF: RJ: |
| Logradouro, Endereço, nº, complemento, bairro | | | |
| Município: RIO DE JANEIRO | Telefone: | Data Nascimento: | Sexo: |
| CEP: | Unidade de Referência | | |
| DADOS DA SOLICITAÇÃO | | | |
| Código Solicitação: | Data Solicitação: | Tipo da Consulta: Reserva: | |
| CPF do Profissional Solicitante: | Nome Profissional Solicitante: | | Classificação de Risco |
| Diagnóstico Inicial: | CID: | | eletivo Código: |
| Procedimentos Solicitados: | | | |
| PREPARO DE PROCEDIMENTO(S) | | | |
| Descrição do Preparo: | | | |

Ao se apresentar para o atendimento em Hospitais e Policlínicas é necessário apresentar os seguintes documentos:

- N° do CPF;
- N° do Cartão SUS;
- Documento de identificação (com foto);
- Formulário de Encaminhamento (Referência e Contrarreferência);
- Formulário de Autorização do Procedimento Ambulatorial.

Verifique **na última parte do Formulário de Autorização do Exame** se o seu exame exige algum preparo especial. Em caso de dúvidas, pergunte à sua Equipe de Saúde da Família.

É recomendado que você chegue para a consulta ou exame na Unidade agendada com pelo menos 15 minutos de antecedência do horário marcado.

Para facilitar seu atendimento, leve os exames e receita.

É seu direito ser ouvido por um profissional qualificado todas as vezes que achar necessário. Entretanto, cabe a este profissional avaliar a necessidade de realização de uma consulta ou exame especializado, cabendo a ele proteger a sua saúde de procedimentos desnecessários e que possam causar risco.

- Exija do Hospital ou Policlínica o preenchimento da Contrarreferência, que é a parte do formulário destinada a explicações do atendimento que você recebeu para a sua unidade de Atenção Primária.

Para ser corretamente informado sobre data da sua consulta, mantenha o seu número de telefone e seu endereço sempre atualizado no seu cadastro.

Formulário de Referência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| | |
|---|------------------------------|
| Procedimento solicitado: | |
| Dados do Encaminhamento (Dados Clínicos): | |
| Exames solicitados e resultados: | |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ | Nº da solicitação do Sisreg: |

Leve à consulta agendada:

- ✓ Documento de Identificação
- ✓ Formulário de Autorização de Procedimento Ambulatorial

Nome e carimbo do médico

Solicite ao médico da Unidade executante o preenchimento dos campos abaixo:

Formulário de Contrarreferência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| |
|---|
| Unidade executante: |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ |
| Parecer inicial: |
| Tratamento indicado: |
| Exames solicitados: |
| Necessita retorno à Unidade executante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Caso sim, data: ___/___/_____ e Hora: ___ : ___ |

Nome e carimbo do médico

Formulário de Referência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| | |
|---|------------------------------|
| Procedimento solicitado: | |
| Dados do Encaminhamento (Dados Clínicos): | |
| Exames solicitados e resultados: | |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ | Nº da solicitação do Sisreg: |

Leve à consulta agendada:

- ✓ Documento de Identificação
- ✓ Formulário de Autorização de Procedimento Ambulatorial

Nome e carimbo do médico

Solicite ao médico da Unidade executante o preenchimento dos campos abaixo:

Formulário de Contrarreferência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| |
|---|
| Unidade executante: |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ |
| Parecer inicial: |
| Tratamento indicado: |
| Exames solicitados: |
| Necessita retorno à Unidade executante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Caso sim, data: ___/___/_____ e Hora: ___ : ___ |

Nome e carimbo do médico

Formulário de Referência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| | |
|---|------------------------------|
| Procedimento solicitado: | |
| Dados do Encaminhamento (Dados Clínicos): | |
| Exames solicitados e resultados: | |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ | Nº da solicitação do Sisreg: |

Leve à consulta agendada:

- ✓ Documento de Identificação
- ✓ Formulário de Autorização de Procedimento Ambulatorial

Nome e carimbo do médico

Solicite ao médico da Unidade executante o preenchimento dos campos abaixo:

Formulário de Contrarreferência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| |
|---|
| Unidade executante: |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ |
| Parecer inicial: |
| Tratamento indicado: |
| Exames solicitados: |
| Necessita retorno à Unidade executante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Caso sim, data: ___/___/_____ e Hora: ___ : ___ |

Nome e carimbo do médico

Formulário de Referência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| | |
|---|------------------------------|
| Procedimento solicitado: | |
| Dados do Encaminhamento (Dados Clínicos): | |
| Exames solicitados e resultados: | |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ | Nº da solicitação do Sisreg: |

Leve à consulta agendada:

- ✓ Documento de Identificação
- ✓ Formulário de Autorização de Procedimento Ambulatorial

Nome e carimbo do médico

Solicite ao médico da Unidade executante o preenchimento dos campos abaixo:

Formulário de Contrarreferência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| |
|---|
| Unidade executante: |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ |
| Parecer inicial: |
| Tratamento indicado: |
| Exames solicitados: |
| Necessita retorno à Unidade executante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Caso sim, data: ___/___/_____ e Hora: ___ : ___ |

Nome e carimbo do médico

Formulário de Referência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| | |
|---|------------------------------|
| Procedimento solicitado: | |
| Dados do Encaminhamento (Dados Clínicos): | |
| Exames solicitados e resultados: | |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ | Nº da solicitação do Sisreg: |

Leve à consulta agendada:

- ✓ Documento de Identificação
- ✓ Formulário de Autorização de Procedimento Ambulatorial

Nome e carimbo do médico

Solicite ao médico da Unidade executante o preenchimento dos campos abaixo:

Formulário de Contrarreferência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| |
|---|
| Unidade executante: |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ |
| Parecer inicial: |
| Tratamento indicado: |
| Exames solicitados: |
| Necessita retorno à Unidade executante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Caso sim, data: ___/___/_____ e Hora: ___ : ___ |

Nome e carimbo do médico

Formulário de Referência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| | |
|---|------------------------------|
| Procedimento solicitado: | |
| Dados do Encaminhamento (Dados Clínicos): | |
| Exames solicitados e resultados: | |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ | Nº da solicitação do Sisreg: |

Leve à consulta agendada:

- ✓ Documento de Identificação
- ✓ Formulário de Autorização de Procedimento Ambulatorial

Nome e carimbo do médico

Solicite ao médico da Unidade executante o preenchimento dos campos abaixo:

Formulário de Contrarreferência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| |
|---|
| Unidade executante: |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ |
| Parecer inicial: |
| Tratamento indicado: |
| Exames solicitados: |
| Necessita retorno à Unidade executante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Caso sim, data: ___/___/_____ e Hora: ___ : ___ |

Nome e carimbo do médico

Formulário de Referência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| | |
|---|------------------------------|
| Procedimento solicitado: | |
| Dados do Encaminhamento (Dados Clínicos): | |
| Exames solicitados e resultados: | |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ | Nº da solicitação do Sisreg: |

Leve à consulta agendada:

- ✓ Documento de Identificação
- ✓ Formulário de Autorização de Procedimento Ambulatorial

Nome e carimbo do médico

Solicite ao médico da Unidade executante o preenchimento dos campos abaixo:

Formulário de Contrarreferência

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo médico.

| |
|---|
| Unidade executante: |
| Data do Encaminhamento: ___/___/_____ |
| Parecer inicial: |
| Tratamento indicado: |
| Exames solicitados: |
| Necessita retorno à Unidade executante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Caso sim, data: ___/___/_____ e Hora: ___ : ___ |

Nome e carimbo do médico



DIREITOS E RESPONSABILIDADES

É seu direito

- Ser ouvido por um profissional de saúde todas as vezes que considerar necessário.
- Ter sua necessidade avaliada e receber a resposta de cuidado adequada.
- Pedir revisão do caso ou uma segunda opinião, se você avaliar necessário.
- Ter garantido o sigilo integral de qualquer tratamento.
- Ter acesso ao seu prontuário ou ficha clínica sempre que avaliar necessário.
- Ter um atendimento de qualidade e receber informações claras sobre o seu estado de saúde e sobre o tratamento proposto.
- Solicitar que seus familiares também recebam informações sobre a sua saúde sempre que você autorizar e avaliar necessário.
- Ser tratado com cordialidade e respeito, sem discriminação por sua cor, raça, sexo, origem, orientação sexual ou credo.

- Utilizar o nome social (nome que prefere ser chamado) no seu prontuário ou em outro documento que o identifique.
- Conhecer o nome da equipe de saúde responsável pelo seu cuidado.

Todos os funcionários da Unidade devem utilizar crachá e ter o nome bem visível, para que você possa identificá-los.

É sua responsabilidade

- Prestar informações que sejam importantes para o seu cuidado nos seus atendimentos, como: queixas clínicas, doenças que você teve, hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas por conta própria, reações alérgicas, interrupção do uso da medicação e/ou da dieta, entre outras.
- Solicitar esclarecimento sempre que houver dúvida.
- Seguir o tratamento recomendado pela equipe de saúde, participando ativamente do seu projeto de cuidado.
- Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, tratamentos recomendados ou orientações de cuidado feitas pela equipe de saúde.
- Informar a sua equipe sobre **qualquer mudança inesperada** da sua condição de saúde.
- Ter sempre disponível os seus documentos de identificação e, quando solicitado, resultados de exames, prescrições e outros documentos que sejam importantes para o seu cuidado.
- Ter sempre disponível a sua Caderneta, para que o profissional de saúde possa fazer as anotações.

- Respeitar os horários e as regras estabelecidas pela Unidade de Saúde, de modo a contribuir para a boa condução do seu cuidado.
- Ter um comportamento cordial com os profissionais e com os outros usuários que circulam na Unidade de Saúde.
- Contribuir para preservar a Unidade de Saúde limpa e bem conservada.

Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Brasília, Ministérios da Saúde, 2006.



ONDE POSSO SER ATENDIDO?

A Unidade responsável pelo cuidado da sua saúde é definida pelo seu local de moradia. Veja qual é sua Unidade de referência, o endereço, a equipe responsável e o horário de funcionamento em:

www.rio.rj.gov.br/web/sms/onde-ser-atendido



QR CODE



CRÍTICAS, ELOGIOS E SUGESTÕES:

Procure falar com o Diretor/Gerente da sua Unidade de Saúde, pois ele deve registrar oficialmente o seu relato, esclarecer suas dúvidas e orientá-lo quanto à situação.

Registre a data e o horário da situação ocorrida e, preferencialmente, o nome dos profissionais envolvidos.

Informe como gostaria que a situação fosse tratada.

Caso prefira fazer sua observação de forma a manter-se anônimo(a), escreva e deposite na caixa de sugestões disponível na sua Unidade.

Central de Atendimento da Prefeitura

Caso você avalie que sua observação não foi devidamente respondida, fale com a Central de Atendimento da Prefeitura pelo número 1746 e conte o que está se passando.



COMO CONTRIBUIR PARA MELHORAR A MINHA UNIDADE DE SAÚDE?

Na sua Unidade de Saúde existe um espaço de diálogo no qual o Diretor/Gerente, os profissionais e os usuários da Unidade discutem a organização do serviço, os pontos negativos e positivos, e quais são as mudanças necessárias para melhorar a qualidade da assistência: é o Colegiado de Gestão. É dever do Diretor/Gerente realizar a reunião na primeira semana de cada mês, definindo a data com antecedência. Fique atento ao calendário de reuniões disponível no mural da unidade. Participe!

Em caso de dúvidas

