



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO DE ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA DA SUBESPECIALIDADE DE CIRURGIA DA COLUNA DA SES/DF

Área(s): Serviço de Cirurgia da Coluna

Portaria SES-DF Nº 56 de 14/02/2025, publicada no DODF Nº 34 de 18 de fevereiro de 2025.

LISTA DE ABREVIATURAS

EVA - Escala Visual Analógica

FM - Força Muscular

HRL – Hospital da Região Leste

NGINT – Núcleo de Gestão de Internação

RM – Ressonância Magnética

RX – Radiografia Simples

SCC – Serviço de Cirurgia da Coluna

SBN – Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

SBC – Sociedade Brasileira de Coluna

UBS – Unidade Básica de Saúde

TC – Tomografia Computadorizada

TRM – Trauma Raquimedular

SUMÁRIO

1. Metodologia de Busca da Literatura	6
1.1. Bases de dados consultadas	6
1.2. Palavra(s) chave(s)	6
1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes	6
2. Introdução	6
3. Justificativa	6
4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)	6
5. Critérios de Inclusão	6
6. Critérios de Exclusão	7
7. Conduta	7
8. fluxo de acesso	7
8.1. Fluxograma	7
8.2. Sistema Informatizado	7
8.3. Priorização de risco	7
9. Documentos Necessários	7
10. Referências Bibliográficas	7

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

1.1. Bases de dados consultadas

SciELO, Medline

1.2. Palavra(s) chave(s)

Cirurgia da coluna vertebral, Compressão medular, Cervicobraquialgia, Tetraplegia, Tetraparesia, Ciatalgia, Radiculopatia, Mielopatia, Paraplegia, Paraparesia, Cauda equina, Pé caído, Artrodese e Dissectomia.

1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram utilizadas 9 referências publicadas nos últimos 17 anos nas línguas portuguesa e inglesa, abrangendo o período de 2001 a 2024.

2. INTRODUÇÃO

O Serviço de Cirurgia da Coluna Vertebral do DF foi criado em 2014, por meio da Portaria nº 30 de 17/02/2014, publicada no DODF nº 37 de 18/02/2014, subordinado à Unidade de Traumatologia e Ortopedia do Hospital Regional do Paranoá, hoje Hospital da Região Leste (HRL) ⁽¹⁾.

Em 2009, com base na Portaria SAS/MS nº 251, de 24 de julho de 2009, o serviço foi habilitado pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, o que permitiu a realização de cirurgias relacionadas à coluna vertebral ⁽²⁾.

O SCC do HRL é o único serviço da rede SES/DF, que presta assistência ao DF e à RIDE, especializado no tratamento de patologias cirúrgicas da coluna, prestando assistência a pacientes com patologias cirúrgicas como traumas, infecções, deformidades degenerativas e neoplasias, casos agudos e crônicos. O serviço é composto por neurocirurgiões e ortopedistas, especializados em cirurgia da coluna, com dedicação exclusiva à Cirurgia da Coluna Vertebral.

Diante da grande demanda, torna-se necessário “selecionar” os pacientes a serem encaminhados ao SCC, uma vez que muitos casos não cirúrgicos que chegam para avaliação impactam no atendimento dos pacientes cirúrgicos, os quais são prejudicados e podem inclusive evoluir para déficit neurológico com sequelas permanentes.

A proposta apresentada neste protocolo permite que o paciente cirúrgico tenha um atendimento adequado e em tempo hábil de forma que seu problema seja resolvido a contento.

3. JUSTIFICATIVA

O objetivo deste protocolo é definir o perfil de pacientes com hipótese diagnóstica de patologias cirúrgicas da coluna vertebral que devem ser encaminhados para atendimento no ambulatório de CONSULTA EM CIRURGIA DA COLUNA do Hospital da Região Leste (HRL), de forma a reduzir a fila de espera por procedimentos cirúrgicos de coluna e prestar um atendimento de qualidade e tempestivo aos pacientes que necessitarem deste tipo de cirurgia.

4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

Códigos aceitos para encaminhamento ao SCC, **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

1. Grupo de doenças relacionadas ao alinhamento coronal da coluna

M41 Escoliose

M41.1 Escoliose idiopática juvenil

M41.2 Outras escolioses idiopáticas

M41.3 Escoliose toracogênica

M41.4 Escoliose neuromuscular

M41.5 Outras escolioses secundárias

M41.8 Outras formas de escoliose

M41.9 Escoliose não especificada

2. Grupo de doenças relacionadas à uma variedade de condições lombares e cervicais que resultam em deformidades.

M43 Outras dorsopatias deformantes

M43.0 Espondilólise

M43.1 Espondilolistese

M43.3 Subluxação atlanto-axial recidivante com mielopatia

M43.4 Outras subluxações atlanto-axiais recidivantes

M43.5 Outras subluxações vertebrais recidivantes

M43.8 Outras dorsopatias deformantes especificadas

M43.9 Dorsopatia deformante, não especificada

3. Doenças inflamatórias da coluna

M46.2 Osteomielite das vértebras

M46.3 Infecção (eficits) do disco intervertebral

M46.4 Discite não especificada

M46.5 Outras espondilopatias

4. Grupo de condições degenerativas da coluna

M47.0 Síndromes de compressão da artéria espinhal anterior ou vertebral anterior

M47.1 Outras espondiloses com mielopatia

M47.2 Outras espondiloses com radiculopatias

5. Grupo de doenças relacionadas à uma variedade de condições da coluna. Várias doenças muito frequentes se encontram neste grupo.

M48.0 Estenose da coluna vertebral

M48.1 Hiperostose ancilosante (Forestier)

M48.2 Kissing spine

M48.3 Espondilopatia traumática

M48.4 Fratura de fadiga de vértebra

M48.5 Vértebra colapsada não classificada em outra parte

6. Grupo de doenças relacionadas aos discos intervertebrais cervicais, como hérnia de disco cervical.

M50.0 Transtorno do disco cervical com mielopatia

M50.1 Transtorno do disco cervical com radiculopatia

7. Grupo de doenças relacionadas aos discos intervertebrais, da coluna lombar ou da coluna torácica.

M51.0 Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia

M51.1 Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia

8. Grupo de lesões traumáticas da coluna cervical.

S12 Fratura do pescoço

S12.0 Fratura da primeira vértebra cervical

S12.1 Fratura da segunda vértebra cervical

S12.2 Fratura de outras vértebras cervicais especificadas

S12.7 Fraturas múltiplas da coluna cervical

S12.9 Fratura do pescoço, parte não especificada

9. Fratura de costela(s), esterno e coluna torácica

S22 Fratura de costela(s), esterno e coluna torácica

S22.0 Fratura de vértebra torácica

S22.1 Fraturas múltiplas da coluna torácica

10. Fratura da Coluna Lombar e da Pelve

S32 Fratura da coluna lombar e da pelve

S32.0 Fratura de vértebra lombar

S32.1 Fratura do sacro

S32.2 Fratura do efeci

S32.7 Fraturas múltiplas da coluna lombar e da pelve

S32.8 Fraturas de outras partes da coluna lombossacra e da pelve e de partes não especificadas

11. Tumores da coluna

C41.2 Neoplasia maligna da coluna vertebral

D16.6 Neoplasia benigna da coluna vertebral

C79.5 Neoplasia maligna secundária dos ossos e da medula óssea

C90 Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos

12. Deformidades

Q67.5 Deformidades congênicas da coluna vertebral

Q76 Malformações congênicas da coluna vertebral e dos ossos do tórax

Q76.4 Outras malformações congênicas da coluna vertebral não-associadas com escoliose

13. Outros CIDs de fratura

T08 Fratura da coluna, nível não especificado

T09 Outros traumatismos de coluna e tronco, nível não especificado T91.1 Sequelas de fratura de coluna vertebral

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão regulados para a Consulta Ambulatorial do Serviço de Cirurgia da Coluna do HRL somente os pacientes cujos CIDs estiverem listados no item 4 deste protocolo.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com quadro de dor de coluna que tenham tratamento predominantemente clínico (CID não listados no item 4)

M40 Cifose e lordose

M40.0 Cifose postural

M40.3 Síndrome da retificação da coluna vertebral

M40.4 Outras lordoses

M40.5 Lordose não especificada

M41.0 Escoliose idiopática infantil

M41.8 Outras formas de escoliose

M41.9 Escoliose não especificada

M42 Osteocondrose da coluna vertebral

M42.0 Osteocondrose vertebral juvenil

M42.1 Osteocondrose vertebral do adulto

M42.9 Osteocondrose vertebral, não especificada

M43.2 Outras fusões da coluna vertebral

M43.6 Torcicolo

M45 Espondilite anquilosante

M46.1 Sacroileíte não classificada em outra parte

M48.1 Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa (DISH)

M46 Outras Espondilopatias Inflamatórias

M46.0 Entesopatia vertebral

M47 Espondilose

M47.8 Outras espondiloses

M47.9 Espondilose não especificada

M48 Espondilopatias

M48.8 Outras espondilopatias especificadas

M48.9 Espondilopatia não especificada

M50 Transtornos dos discos cervicais

M50.2 Outro deslocamento de disco cervical

M50.3 Outra degeneração de disco cervical

M50.8 Outros transtornos de discos cervicais

M50.9 Transtorno não especificado de disco cervical

M51 Outros transtornos de discos intervertebrais

M51.2 Outros deslocamentos discais intervertebrais especificados

M51.3 Outra degeneração especificada de disco intervertebral

M51.4 Nódulos de Schmorl

M51.8 Outros transtornos especificados de discos intervertebrais

M51.9 Transtorno não especificado de disco intervertebral

M54 Dorsalgia

M54.0 Paniculite atingindo regiões do pescoço e do dorso

M54.2 Cervicalgia

M54.5 Dor lombar baixa

M54.6 Dor na coluna torácica

M54.8 Outra dorsalgia

M54.9 Dorsalgia não especificada

S12.8 Fratura de outras partes do pescoço

S22.2 Fratura do esterno

S22.3 Fratura de costela

S22.4 Fraturas múltiplas de costelas

S22.5 Tórax fundido (oscilante)

S22.8 Fraturas de outras partes dos ossos do tórax

S22.9 Fraturas de outras partes dos ossos do tórax

S32.3 Fratura do ílio

S32.4 Fratura do acetábulo

S32.5 Fratura do púbis

Q67 Deformidades osteomusculares congênitas da cabeça, da face, da coluna e do tórax

Q77 Osteocondrodysplasia com anomalias de crescimento dos ossos longos e da coluna vertebral

Q77.8 Outras osteocondrodysplasias com anomalias do crescimento dos ossos longos e da coluna vertebral

Q77.9 Osteocondrodysplasia não especificada com anomalias do crescimento dos ossos longos e da colunavertebral

M45 Espondilite anquilosante

M46.1 Sacroileíte não classificada em outra parte M48.1 Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa (DISH)

7. CONDUTA

- 7.1 A regulação dos pacientes se dará conforme os critérios de classificação de prioridade e estratificação dos níveis de atendimento.
- 7.2 O encaminhamento dos pacientes para o Ambulatório de Cirurgia da Coluna fica restrito aos CID listados nos Critérios de Inclusão.
- 7.3 Somente médicos da atenção especializada nas especialidades de ORTOPEDIA, ONCOLOGIA, NEUROCIRURGIA e REUMATOLOGIA, podem inserir pacientes no sistema de regulação SISREG III para o Ambulatório Cirurgia da Coluna do HRL.

EXCEÇÃO: Pacientes classificados como VERMELHO (Quadro 1), com sua prioridade confirmada por Ressonância Magnética de Coluna, podem ser encaminhados por outros especialistas.

- 7.4 Para encaminhamento de pacientes para primeira consulta o especialista deve emitir obrigatoriamente relatório médico detalhado, caracterizando o tratamento feito, as medicamentos usados, o objetivo da consulta conforme o formulário ANEXO I.
- 7.5 Somente neurocirurgiões e ortopedistas especializados em coluna, e lotados no Serviço de Cirurgia de Coluna do HRL, podem inserir pacientes no sistema de regulação (SISREG III) para o GRUPO CE – ORTOPEDIA COLUNA (Grupo de Cirurgia Eletiva).
- 7.6 Quanto à estratificação de nível de atendimento deve-se observar:
- **Atenção Primária (APS):** O paciente com queixas sugestivas de disfunção de coluna deverá ser inserido no sistema de regulação (SISREG III) para o atendimento na atenção secundária quando houver falha no tratamento conservador por no mínimo 6 meses (incluindo fisioterapia, tratamento medicamentoso, perda ponderal, condicionamento físico) para consulta na atenção secundária na especialidade relacionada à sua queixa identificada – ortopedia geral (panorama 1) e/ou outras especialidades afins.
 - **Atenção Secundária:** os ambulatórios de especialidades (reumatologistas, psiquiatras, ortopedistas, ambulatório de dor, fisioterapia) absorverão os pacientes que a atenção primária não obtiver êxito em seu tratamento inicial e necessitar do especialista da secundária para o seguimento.

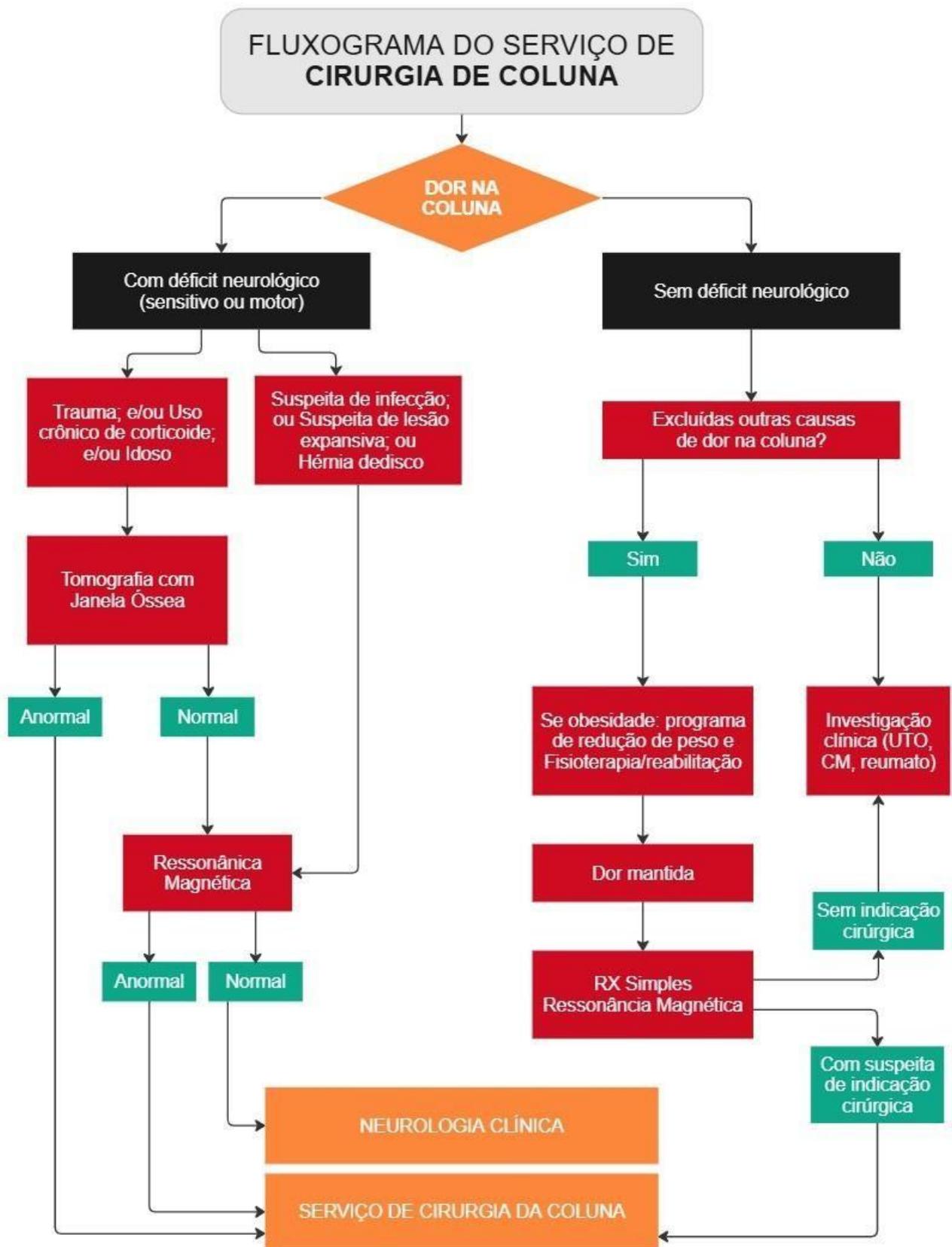
- **Atenção Terciária**

- Hospitais regionais habilitados em alta complexidade (HBDF, HRS e HRT – Portaria SAS/MS 90 de 27/03/2009) e o IGES-DF deverão encaminhar os casos potencialmente cirúrgicos que já foram investigados a partir de exames específicos, para parecer do SCC.
- Hospitais Regionais não habilitados em alta complexidade deverão avaliar e acompanhar os casos que não são cirúrgicos conforme protocolos específicos próprios.

EXCEÇÃO: Pacientes com PRIORIDADE VERMELHA – encaminhar para atendimento imediato no pronto socorro do Hospital da Região Leste.

FLUXO DE ACESSO:

8.1 Fluxograma



8.1.1 Fluxo PÓS 1º atendimento ambulatorial pelo Serviço de Cirurgia de Coluna (marcado via SISREG)

- Caso não cirúrgico: retorna à unidade de origem com as devidas orientações.
- Caso cirúrgico: o especialista de coluna determinará se há urgência para internar ou se o paciente deve ser inserido em lista eletiva no SIS

Fluxo dos pareceres, retornos ou reavaliações:

8.1.1.1 Pacientes para parecer (obrigatoriamente deverão estar internados no hospital solicitante do parecer), agendados pela Gestão de Leitos (apêndice II):

- Pacientes potencialmente instáveis e graves (exemplo: entubação orotraqueal, recém operado por outra clínica cirúrgica, drenagem de tórax por exemplo), deverão ser internados na UTI do HRL, e terão o parecer respondido no leito – casos não cirúrgicos deverão retornar à unidade de origem.
- Pacientes estáveis ou sem gravidades, internados em pronto socorro ou enfermaria da regional solicitante, serão agendados pela Gestão de Leitos para parecer conforme oferta de vaga do SCC
- Para casos cirúrgicos, será solicitada internação, que ficará condicionada à disponibilidade de vagas, a critério do NGINT.
- A solicitação do pedido de cirurgia de casos eletivos deverá ser feito no SISREG III pelo especialista do SCC que avaliou o caso.

8.1.1.2 Pacientes pós cirúrgicos em condições de alta hospitalar:

- O primeiro atendimento (retorno ambulatorial) deverá ocorrer em até 30 dias do pós operatório – a marcação será feita pela Gestão de Leitos do HRL, panorama 1 e os retornos subsequentes serão a critério do médico assistente.

8.1.1.3 Pacientes pós cirúrgicos, sem condições de alta hospitalar:

- Pacientes pós internação e alta do SCC, porém com necessidade de manutenção da internação relacionada a outras especialidades – deverá retornar para a regional de origem em 24 horas após o contato, via SISLeitos.

- Pacientes pós resolução do problema cirúrgico da coluna, com cronicidade de sintomas, sem indicação de outras intervenções cirúrgicas da coluna – deverá retornar ao hospital de origem ou da região de residência do paciente e/ou familiares responsáveis em até 7 dias.

- O retorno ao ambulatório do SCC será definido e programado no momento da alta pelo especialista responsável pelo caso. O agendamento será feito pelo NGINT.

Todo paciente atendido e operado ou não pelo SCC, porém com conduta concluída, deverá retornar para a regional de origem ou de referência da sua residência.

8.2 Sistema Informatizado

- SISREG III : CONSULTA EM CIRURGIA DA COLUNA- CE – ORTOPEDIA COLUNA
- SISLeitos: pareceres de pacientes internados
- TrakCare: Ambulatório de cirurgia – consulta e acompanhamento

8.3 Priorização de risco

Casos de urgência absoluta, destacados como PRIORIDADE VERMELHA no quadro abaixo:

- – cauda equina há menos de 48hs – efcit para urinar e/ou evacuar e parestesia/anestesia perineal, com ou sem efcit motor.
- – pé caído há menos de 48 hs: perda súbita do movimento de dorsiflexão do pé, com melhora da dor (em geral
- – efcitsia grave (não fica mais em pé sem apoio) igual ou menor que 15 dias

➤ SOLICITAR RM COMO URGÊNCIA E ENCAMINHAR DIRETAMENTE AO SCC (sem passar pela consulta ambulatorial do SCC)



QUANTO A ORIGEM DA PATOLOGIA	PATOLOGIA	PRIORIDADE VERMELHA	PRIORIDADE AMARELA	PRIORIDADE VERDE
Patologias degenerativas	Canal Estreito	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de sinais neurológicos graves, como: - Pé Caído (perda súbita e completa da força no pé) - Cauda Equina (alteração esfinteriana importante e mantida), - Paraplegia / Paraparesia súbitas, abaixo de 15 dias 	<ul style="list-style-type: none"> - Perda da força muscular (FM grau IV ou menos) - Déficit neurológico em progressão há menos de 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - Dor crônica acima do grau 7 (EVA 0-10), com alterações nos exames de imagem compatíveis com os critérios de inclusão do item 5 - Sintomas neurológicos sem déficit - Falha dos tratamentos conservadores com alteração sugestiva de cirurgia nos exames de imagem, compatíveis com os critérios de inclusão do item 5
	Mielopatia Cervical			
	Hérnia de Disco			
	Escoliose degenerativa			
Deformidades	Malformação da transição crânio cervical		<ul style="list-style-type: none"> - Dor intratável, (na vigência de lesão som imagem) Compatível com os critérios de inclusão do item 5, Suspeita de instabilidade e/ou déficit neurológico (FM grau IV ou menos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dor intratável (na vigência de lesão), igual ou acima de grau 8 sem déficit neurológico (EVA 0-10), com exames e imagem que sejam compatíveis com os critérios de inclusão do item 5.
	Escoliose idiopática do adolescente			- Deformidade sem outros sintomas associados
	Escoliose secundária			- Deformidade em progressão há menos de 6 meses
	Hipercifose			

<p>Neoplasias primárias e secundárias</p> <p>Além dos casos descritos, as demais suspeitas de neoplasias devem ser encaminhadas com diagnóstico e estadiamento confirmados. As biópsias deverão ser solicitadas para o serviço de Radiologia Intervencionista do HUB ou IHB.</p>	<p>Neoplasias da coluna vertebral</p>	<p>- Déficit em progressão (FM abaixo de IV) Paraplegia ou Déficit sensitiva súbitas, abaixo de 15 dias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dor intratável (na presença de alterações nos exames de imagem, de acordo com os critérios de inclusão do item 5) • Suspeita de instabilidade de Déficit neurológico (Fmigual a IV) 	
<p>Doenças infecciosas</p>	<p>Infecções da coluna vertebral</p>	<p>- Déficit em progressão (FM abaixo de IV) - Paraplegia ou Déficit sensitiva súbitas, abaixo de 15 dias</p>	<p>- Falha no tratamento conservador com suspeita de fratura</p>	

9 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Apêndice I – Formulário de Encaminhamento para agendamento de primeira consulta ambulatorial em cirurgia da coluna.
- Exames de imagem – deverão ser entregues em CD ou filme, não sendo aceitos somente laudos ou protocolos para visualização através da web.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BRASIL. **Portaria nº 30, de 17 de fevereiro de 2014.** Aprova o Regulamento do Processo de Avaliação e Acompanhamento de Desempenho de Instituições de Ensino Superior. *Diário Oficial do Distrito Federal* (DODF), Brasília, DF, n. 37, p. 1-3, 18 fev. 2014.
- 2- BRASIL. **Portaria SAS/MS nº 251, de 24 de julho de 2009.** Estabelece normas para a organização dos serviços de atendimento à saúde no Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jul. 2009. Seção 1, p. 37. Lesões Traumáticas da Coluna Torácica (T1-T9), Toracolombar (T10- L2) e Lombar (L3-L5) – Canto FT, Néri OJ, Canto RST, Defino HLA, Façanha Filho FAM, Veiga JCE, Skaf AY. Amb.org.br/projeto-diretrizes- Nov. 2007
- 3- CANTO, F.T. et al. **Lesões Traumáticas da Coluna Torácica (T1-T9), Toracolombar (T10-L2) e Lombar (L3-L5).** nov. 2007. Disponível em: <https://www.amb.org.br/projeto-diretrizes>. Acesso em: 05 Dez. 2024.
- 4- BOTELHO, Ricardo Vieira; BATISTA, André Lima; BORGHERESI, Marcelo Duva. **Diretrizes Trauma Raquimedular Craniocervical.** *Cirurgia da Coluna Vertebral*, [s.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.cirurgiadacolunavertebral.com.br>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- 5- CANTO, FRT; ORLI, JN; CANTO, RST; DEFINO, HLA; FAÇANHA FILHO, FAM; VEIGA, JCE; SKAF, AY. **Lesões Traumáticas da Coluna Cervical (Cervical Alta – C1 e C2, e Cervical Baixa – C3 a C7).** nov. 2007.
- 6- CECIN, H.A. e colaboradores. **Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias.** jun. 2001.
- 7- BOTELHO, R. et al. **Hérnia de Disco Cervical no Adulto: Tratamento Cirúrgico.** set. 2011.
- 8- FAÇANHA FILHO, FAM et al. **Hérnia de Disco Lombar no Adulto Jovem.** out. 2007.
- 9- KWON, Brian K. et al. **AO Spine/Praxis Clinical Practice Guidelines for the Management of Acute Spinal Cord Injury: An Introduction to a Focus Issue.** mar. 2024. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0003-1974-5224>. Acesso em: 31 jan. 2025.

Formulário de Encaminhamento para agendamento de primeira consulta ambulatorial em cirurgia da coluna:

Nome Idade Profissão

Tempo dos sintomas

Localização: exemplo: membro superior direito, membro superior esquerdo, membro inferior direito, membro inferior esquerdo, coluna cervical, coluna torácica, coluna lombar

Tem déficit motor? Sim ou não

Tem déficit de sensibilidade? Sim ou não Tem déficit esfinteriano? Sim ou não Tem desequilíbrio? Sim ou não

A dor foi tratada com quais medicações?

Fez fisioterapia ou outro tipo de reabilitação por no mínimo 3 meses consecutivos?

Fez algum tratamento adjuvante para dor? Exemplo: acupuntura, osteopatia Tem exame feito?

Existe alteração no laudo (não há necessidade de descrever o laudo)

- RX do segmento afetado (máx 6 meses) : sim ou não
- Tomografia computadorizada do segmento afetado (máx 6 meses): sim ou não
- Ressonância magnética (máx 2 meses): sim ou não – obrigatório para todos os casos com déficit,ou falha no tratamento conservador.

APÊNDICE II

Orientações para serem encaminhadas pelo Núcleo de Gestão de Internação (NGINT) de origem para o Núcleo de Gestão de Internação (NGINT) de destino para solicitação de Parecer

Agendado: Parecer de Coluna 📍 Paciente: xx

Marcado para o dia: xx/xx às x:00h com Dr. Xx no ambulatório do HRL . ✅ 🚫 🚫 Atenção 🚫 🚫

📄 Em casos de trauma: todo paciente com trauma de coluna, que necessitem de parecer, devem ser tratados como potencialmente instáveis e serem transportados deitados, com imobilização em bloco e uso de colar cervical quando for indicado (TRM cervical).

📄 Trauma raquimedular NÃO necessita ficar em prancha quando internado, SOMENTE para transporte

📄 Atendimento de parecer é exclusivo para pacientes internados, paciente que chegar no ambulatório de alta hospitalar da regional que solicitou parecer, será orientado a procurar o hospital de origem e não será atendido.

📄 O paciente deve vir à consulta munido de todos os exames de imagem que possuir, TC ou RMN (trazer imagens impressas ou em CD dos exames e não apenas o laudo ou senha WEB).

Pacientes do IGES deverão trazer evolução médica e prescrição do dia.

📄 Passar pela triagem do ambulatório para confirmar a chegada do paciente, entrar pelo acesso interno e aguardar a chamada do médico.

📄 Caso o paciente não possa comparecer, avise com antecedência para que possamos disponibilizar a vaga para outro paciente.

🚫 Atenção: Não enviar paciente graves, instáveis e ou entubados.