Nome: _____ SES: _____

ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL PARA HEMATOLOGIA - SES

PRIORIDADE	ACHADO	REFERÊNCIA
❒. Alta	❒. Plaquetose > 1.000.000/mm³ ou Plaquetopenia < 20.000/mm³ ❒. Leucocitose > 50.000/mm3 ❒. Neutropenia grave (agranulocitose) < 500/mm3 ❒. *Mulher* Hemoglobina >16.0g/dl ou Hematócrito > 48% + 1 dos sintomas sugestivos: prurido após o banho, eritromelalgia, trombose venosa ou arterial prévia, leucocitose ou trombocitose, esplenomegalia ou sintomas microvasculares persistentes: cefaleia, parestesias ❒. *Homem* Hemoglobina >16.5g/dl ou Hematócrito > 49% + 1 dos sintomas sugestivos: vide acima *Mulher* ❒. Presença de ***células "jovens" ou blásticas*** circulantes (avaliação realizada por Hematologista) ou ***diagnóstico de Leucemia Aguda ou Crônica*** ❒.Diagnóstico histopatológico de Linfoma de Hodgkin, Linfoma não Hodgkin, Histiocitose, Sarcoma Granulocítico ou plasmocitoma ❒. Diagnostico de Púrpura Trombocitopenica Trombótica ❒. Síndrome mielodisplásica (avaliação realizada por Hematologista) ❒. Diagnostico de mieloma/macroglobulinemia/amiloidose	**HB/IGESDF** ou HCB<18anos (Avaliação do Hematologista em até 72 horas)
❒. Alta	❒. Suspeita de Coagulopatia Hereditária (Hemofilias e Doença de Von Willebrand) – (Hematologista)	FHB
❒. Alta	❒. Diagnóstico de doença falciforme (HbSS, HbSC, Sβtalassemia) ou talassemia – CIDs D57 ou D56	HRT, HRG, HRC, HRAN, HRS, e HCB<18anos
❒. Normal	❒. Anemia hemolítica ou anemia grave (hemoglobina < 8g/dl) ❒. Plaquetose > 500.000/mm³ e < 1.000.000/mm³ ❒. Policitemias (Hb > 16g/dl) sem causas identificadas: DPOC, tabagismo, hepatocarcinoma, carcinoma renal, apneia do sono, síndrome de Pickwick ❒. Plaquetopenia < 50.000/mm³ e > 20.000/mm³ ❒. Leucocitose > 13.000/mm³ e < 50.000/mm³ ❒. Leucopenia < 2.000/mm3; Neutropenia < 1.000 ❒. Monocitose > 1.000/mm3 ❒.Eosinofilia > 1.000/mm3; ❒.Basofilia > 3% ❒. Pico Monoclonal de imunoglobulinas séricas ou urinárias. ❒. Diagnostico de Hemoglobinúria paroxística noturna ❒. Linfonodomegalia/esplenomegalia persistente não associada a infecção ou síndrome de hipertensão portal	HRT, HRG, HRC, HRAN, HRS e HCB<18anos
❒. Baixa	❒. Anemia de causa desconhecida e hemoglobina < 10g/dl e > 8g/dl ❒. Suspeita Clínica de **Neoplasia Hematologica** ❒. Plaquetopenia < 100.000/mm³ e > 50.000/mm³ ❒. Diagnostico de Hemocromatose ou Sobrecarga de Ferro (ferritina > 1000ng/ml + saturação de transferrina > 45%) ❒. Suspeita de Trombofilia	HRT, HRG, HRC, HRAN, HRS e HCB<18anos
❒. Baixa	❒. Leucopenia < 3.000/mm3; Neutropenia < 1.500 e > 1.000/mm³ ❒. Suspeita clínica de enfermidade Hematológica ❒. Diagnostico de Hemocromatose ou Sobrecarga de Ferro (ferritina < 1000ng/ml + saturação de transferrina > 45%)	HRT, HRG, HRC, HRAN, HRS e HCB<18anos
❒. Baixa	❒. Controle de cura de Linfoma (até 5 anos após fim do tratamento) ❒. Controle de cura de Leucemia (até 5 anos após fim do tratamento)	IHB ou HCB<18anos
Contra –fluxo ❒	❒. Retorno para o Hospital/Unidade para acompanhamento Data:____/_____/_____ Médico Hematologista:_____ Comentário:	

HCB: Hospital da Criança de Brasília / HB: Hospital de base

Data do Encaminhamento: ____/_____/_____ Assinatura do Médico: _____

É obrigatório apresentar este encaminhamento no dia da consulta, bem como os exames complementares.