



MUNICÍPIO DE NOVA FÁTIMA - PR

Secretaria Municipal de Saúde



**Procedimento Operacional Padrão (POP) para o setor
de Tratamento Fora do Domicílio (TFD)**

**NOVA FÁTIMA
2024**

Procedimento Operacional Padrão (POP) para Tratamento Fora do Domicílio (TFD)

Número do Documento: POP-TFD-001

Elaborado por: José Augusto Fabri

Data da Aprovação: 02/05/2024

Revisão: 01

APRESENTAÇÃO

Este documento tem a finalidade de estabelecer as diretrizes e o fluxo de atendimento para os usuários do serviço de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), garantindo o cumprimento das normas vigentes e assegurando o direito dos pacientes que necessitam de tratamento médico especializado em outros Municípios.

OBJETIVO

Estabelecer as normas, os fluxos e as rotinas para o encaminhamento de pacientes que necessitam de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), garantindo acesso eficiente e organizado aos serviços de saúde não disponíveis no município.

DEFINIÇÕES

Entende-se por Tratamento Fora do Domicílio (TFD) o atendimento médico prestado a pacientes com domicílio no Município de Nova Fátima/PR, quando esgotados todos os meios de tratamento local, limitado ao período estritamente necessário ao seu atendimento de média e alta complexidade.

RESPONSABILIDADES

- **Unidade Básica de Saúde (UBS):** Realizar triagem inicial, orientar o paciente e encaminhar a documentação necessária ao Setor de Agendamento.
- **Setor de Agendamento da UBS:** Verificar a conformidade da documentação e encaminhar para o Setor de TFD da 18ª Regional de Saúde de Cornélio Procópio-PR.
- **Setor de TFD (18ª RS):** Inserção do agendamento no sistema e aguardar a liberação dos órgãos/prestadores competentes. O Tratamento Fora do Domicílio somente poderá ser autorizado quando estiver garantido o atendimento no Município de referência, com o horário e data previamente definidos.

SOLICITAÇÃO INICIAL

- O paciente ou responsável legal deve procurar a UBS com os documentos exigidos.
- O médico da UBS deve avaliar o caso e emitir o laudo médico, indicando o tratamento fora do município.

ANÁLISE E REGULAÇÃO

A documentação será enviada ao setor de TFD para análise.

O setor de TFD verifica:

- Conformidade do laudo médico
- Disponibilidade do serviço na rede SUS de referência
- Encaminha o caso para regulação estadual, quando necessário.

DESLOCAMENTO:

O Setor encarregado pelo TFD de origem providenciará o deslocamento do paciente prevalecendo o meio de transporte adequado (conforme formulário de Solicitação de Tratamento Fora do Domicílio), autorizando o transporte (ida e volta) de pacientes, seja de ambulância, carro

ou ônibus. Além disso, o setor também tem autorização em casos específicos de liberar hospedagem, após avaliação e deferimento da necessidade do paciente e acompanhante.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA COMPOR O PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)

Para garantir o atendimento, o paciente ou seu responsável legal deverá apresentar à Secretaria Municipal de Saúde os seguintes documentos:

- Formulário de solicitação de Tratamento Fora de Domicílio - TFD devidamente preenchido, no qual deverá constar a situação clínica do paciente (Anexo I), bem como a necessidade de realizar tratamento em serviço fora do local de residência e a indicação da necessidade ou não de acompanhante;
- Cópia de exames diagnósticos;
- Documentos pessoais do paciente e acompanhante, sendo: cópia da Carteira de Identidade (RG) ou Certidão de Nascimento, no caso de paciente menor de idade e cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Cartão Nacional de Saúde;
- Comprovante de residência no nome do paciente
- Laudos de exames atualizados

DISPOSIÇÕES GERAIS

Revisar este POP a cada 12 meses ou quando houver alteração nas normas de TFD.


José Augusto Fabri
Secretário Municipal de Saúde



REFERÊNCIA
SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO



NOME DO PACIENTE		DOCUMENTO DE IDENTIDADE
CARTÃO SUS		CPF
NOME DA MÃE		DATA NASCIMENTO
ENDEREÇO		TELEFONE
MUNICIPIO		ESTADO
QUANDO PACIENTE MENOR DE IDADE		
NOME RESPONSÁVEL		RELAÇÃO C/ PACIENTE
CARTÃO SUS	CPF	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
LAUDO MÉDICO		
HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL		
EXAME FÍSICO		
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL		CID
EXAME (S) COMPLEMENTAR (ES) REALIZADO (S). ANEXAR CÓPIA (S)		
TRATAMENTO (S) REALIZADO (S)		
TRATAMENTO/EXAME INDICADO		
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO		

JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO/EXAME NA LOCALIDADE

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO URGENTE

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

TRANSPORTE RECOMENDÁVEL

LOCAL E DATA

MÉDICO ASSISTENTE – CARIMBO – CRM

AUTORIZAÇÃO DO TFD

APROVAÇÃO DO GESTOR LOCAL (SMS OU REGIONAL DE SAÚDE) _____

ENCAMINHAMENTO A _____

LOCAL – DATA

ASSINATURA – CARIMBO

PARECER DA

RS _____

() AUTORIZO

() NÃO AUTORIZO

() DEVOLVIDO

AGENDADO PARA (DATA, LOCAL, ENDEREÇO) _____

RETORNE AO ORGÃO SOLICITANTE.

LOCAL – DATA

ASSINATURA – MÉDICO – CHEFE

NECESSITA DE RETORNO

() SIM

() NÃO

DATA PROVÁVEL DE RETORNO: _____

LOCAL – DATA

ASSINATURA – CARIMBO RESPONSÁVEL



PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE AVALIAÇÃO CONTROLE E AUDITORIA

SOLICITAÇÃO DE CONSULTA REFERENCIADA

DATA: ___/___/___

ESPECIALIDADE: _____

() 1ª CONSULTA () RETORNO/PROFISSIONAL: _____

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ ID Paciente: _____

CNS: _____

Endereço: _____

Fone: _____ Cel: _____ Com: _____

CARIMBO DA UNIDADE

A) Justificativa da solicitação: RESUMO CLÍNICO

B) Medicação em uso (posologia e tempo de uso):

C) Patologias associadas:

D) Exames realizados (transcrever os resultados e orientar usuário a levar os exames no dia da consulta):

Carimbo/Assinatura do Médico Solicitante

Carimbo/ Assinatura Assessor Técnico

Parecer Técnico da Regulação de Consultas de Especialidades:

Carimbo/Assinatura do Regulador

Setor de Agendamento:

Médico: _____
Data da Consulta: ___/___/___ Hora: _____ Local: _____

Setor de Agendamento: (reagendamento)

Médico: _____
Data da Consulta: ___/___/___ Hora: _____ Local: _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
DIRETORIA DE GESTÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE



FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE TFD – PRIORIZAÇÃO

DADOS DA ORIGEM DO SOLICITANTE			
Estabelecimento de Origem:		18ª REGIONAL DE SAUDE	
Município:	CORNELIO PROCOPIO	Estado:	PARANA
Funcionário:	EVERTON LUIZ DA SILVA	Telefone:	(43) 35203517
DADOS DO PACIENTE			
Nome Completo:			
Nome da Mãe:			
Sexo:			
RG:		CPF:	
CNS:			
Data de Nascimento:		Naturalidade:	
Endereço:		Nº	
Complemento		Bairro	
Cidade:		UF:	
CEP:		Telefone:	
EAS REFERÊNCIA			
Buscas realizadas no EAS de Referência?		Sim: X	Não:
Estabelecimento:			
Médico			CRM:
Justificativa de não atendimento:			
Buscas realizadas no EAS de Referência?		Sim: X	Não:
Estabelecimento:			
Médico			CRM:
Justificativa de não atendimento:			
RECURSOS SOLICITADOS			
Especialidade		Exame	Procedimento
Diagnóstico:			CID:
Médico			CRM:
CADASTRO SISTEMA AGENDAMENTO			
SISTEMA	ITEM	DATA INCLUSÃO EM FILA	DATA PRIORIZAÇÃO
GSUS/CARE-PR E-SAUDE			
DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA		SIM	NÃO:
1. Comprovante de inserção em fila, emitida através do Sistema ESAUDE, com prazo mínimo de 72 horas de espera, exceto no caso de Demanda Judicial de cumprimento menor de 05 (cinco) dias.		X	
2. Cópia de documentos pessoais, Cartão SUS, comprovante de endereço em nome do paciente (água, luz, telefone, cartão de crédito) ou declaração comprovação de residência emitido pela equipe de Atenção Primária em Saúde.		X	
3. Solicitação/formulário de Referência e Contra-referência, devidamente preenchido pelo EAS solicitante.		X	
4. Cópia dos exames que comprovem a suspeita diagnóstica, conforme requisitos e orientações dos Protocolos de encaminhamento.		X	
DADOS CLINICOS			

Breve histórico com tratamento/conduta, exame físico e exames realizados. Justificativa da impossibilidade de realização do tratamento:

PARECER MÉDICO – REGIONAL

Parecer da Auditoria local que justifique priorização do caso, dentre as demandas já existentes em fila de espera, com um breve relatório médico. Devidamente assinada e carimbada.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DA APS PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Qual Protocolo de referencia utilizado?

Atende os requisitos e orientações de encaminhamento?

Atende ao critério de prioridade conforme Protocolos de Encaminhamentos da Atenção Primária para Atenção Especializada SIM OU NÃO? QUAL?

PRIORIZAÇÃO

Autoriza encaminhamento para priorização na CERA – SESA?

O usuário devesse permanecer em fila para a especialidade solicitada sem priorização

Acompanhamento devesse ser realizado pela APS e usuário retirado da fila de espera

Data:

MÉDICO AUDITOR REGIONAL

Assinatura e Carimbo