



Protocolo de Atenção à Saúde

[Endodontia]

Área(s): [Odontologia]

Portaria SES-DF Nº[287] de[02 de dezembro de 2016], publicada no DODF Nº [228] de [06.12.2016].

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

[Medline/Pubmed, Cochrane, Scielo, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, protocolos da SES/DF..]

1.2 Palavra(s) chaves(s)

[Endodontia, tratamento endodôntico, abscesso periapical, lesão periapical, urgência, dor..]

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

[Considerou-se o período de 1985 a 2015, totalizando 14 textos.]

2- Introdução

[Endodontia é uma área da odontologia que trata da etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças pulpares e periapicais.

A Política Distrital é constituída sobre os fundamentos já estabelecidos pela Política Nacional que traz por meio dos manuais publicados pelo Ministério da Saúde (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004; Caderno de Atenção Básica nº17, 2006; Manual de Especialidades em Saúde Bucal, 2008; entre outros), os elementos necessários para a construção de uma rede de cuidados em saúde bucal.

Com base nesses parâmetros, o presente protocolo tem como objetivo normatizar e padronizar o atendimento referente à especialidade de endodontia nos Centros de

Especialidades Odontológicas - CEO e nas demais unidades odontológicas que possuam atendimento endodôntico da SES/DF.]

3- Justificativa

[O objetivo deste protocolo é padronizar a ação dos profissionais de saúde para o atendimento dos usuários, objetivando a otimização no atendimento dos centros de referência endodôntica (SES/DF) para aqueles procedimentos não realizados e indicados pelas Unidade Básica de Saúde (UBS). Objetiva-se também a melhora no fluxo do atendimento clínico para os casos de endodontia, com maior agilidade e resolutividade.]

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

[K04 – Doenças da polpa e dos tecidos periapicais,
K04.0 – Pulpite, K04.1 – Necrose da polpa,
K04.2 - Degeneração da polpa,
K04.4 – Periodontite apical aguda de origem pulpar,
K04.5 - Periodontite apical crônica,
K04.6 – Abscesso periapical com fístula,
K04.7 Abscesso periapical sem fístula,
K 04.8 Cisto radicular,
K04.9 – Outras doenças da polpa e dos tecidos periapicais e as não especificadas.]

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

[O diagnóstico é realizado pelo cirurgião-dentista (endodontista) baseado em exame clínico e exame radiográfico. O exame radiográfico pode ser realizado no próprio CEO durante o tratamento endodôntico.

Destacamos abaixo as principais características clínicas e radiográficas das alterações pulpares e periapicais que podem levar à necessidade de intervenção endodôntica^{4,5,6,7}:

1. Doenças pulpares

- Alterações agudas – “alteração inflamatória fase reversível, alteração inflamatória fase transição, alteração inflamatória fase irreversível” (Paiva & Antoniazzi). Pulpites reversíveis e irreversíveis.
- Clinicamente – cárie profunda / trauma dental.
- Radiograficamente – sem alterações visíveis no rx.

- Alterações pulpares crônicas - pólipos pulpar.
 - Clinicamente – cavidade aberta com tecido pulpar em forma de pólipo.
 - Radiograficamente – sem alterações periapicais no rx.
-
- Alterações degenerativas – “degenerações cálcicas (nódulo pulpar e calcificação difusa), reabsorções (reabsorção interna (...), reabsorção externa)⁴”
 - Clinicamente – Reabsorção interna – coloração rósea na câmara pulpar quando localizada mais coronariamente. Reabsorção externa – coloração rósea na cervical do dente.
 - Radiograficamente – Reabsorção interna - áreas côncavas na parede do canal radicular ou reabsorção da face interna da cavidade pulpar. Reabsorção externa – achado radiográfico. Radiolucidez adjacente ao tecido ósseo vizinho⁶.

2. Doenças Periapicais

- Alterações agudas – “periodontite Apical aguda (microbiana / traumática), Abscesso Periapical Agudo⁵”.
 - Clinicamente – cárie profunda, com comprometimento pulpar, trauma, necrose pulpar após restaurações extensas e muito profundas em resina ou amálgama, lesão endo-perio.
 - Radiograficamente – aumento do espaço pericementário ou sem alterações radiográficas.
-
- Alterações crônicas – “periodontite apical crônica, abscesso perirradicular crônico, granuloma, cisto⁵”.
 - Clinicamente – cárie profunda, com comprometimento pulpar, trauma, necrose pulpar após restaurações extensas e muito profundas de resina ou amálgama. Presença ou não de fístula.
 - Radiograficamente – área radiolúcida na região perapical sugestiva de cisto ou granuloma.

CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS PULPARES E PERIAPICAIS

Doenças Pulpares				Doenças Periapicais			
Principais características Clínicas e Radiográficas			Paiva & Antoniazzi	Principais Características Clínicas e Radiográficas			
AGUDAS	Dor provocada (frio), localizada, fugaz (hiperemia): Tratamento conservador.		Alteração Inflamatória Fase Reversível	AGUDAS	Dor violenta, provocada, sensação de dente extruído, sensibilidade principalmente à percussão vertical, sem edema. Radiograficamente, aumento do espaço perirradicular e rompimento da lâmina dura para dentes desvitalizados.		
	Dor provocada (frio e/ou calor), intensa, declínio lento, por vezes necessita o uso de analgésicos: Tentativa de tratamento conservador ou pulpectomia.		Alteração Inflamatória Fase Transição				
	Dor espontânea, intensa, difusa, contínua, mal combatida com analgésicos, aumenta com calor, alivia com frio (pulpite). Tratamento: Pulpectomia		Alteração Inflamatória Fase Irreversível				
CRÔNICAS	Hipertrofia Pulpar, câmaras pulpares expostas ao meio bucal, normalmente associadas com ápices incompletos, assintomáticas		Pólipo Pulpar	CRÔNICAS	Dor violenta, espontânea, pulsátil, difusa, com edema, sensibilidade principalmente à percussão horizontal. Radiograficamente, aumento do espaço perirradicular e rompimento da lâmina dura.		
DEGENERATIVAS	Assintomáticas, alterações estruturais da polpa por causas desconhecidas, detectáveis histologicamente.		Degeneração Destrutiva			CRÔNICAS	Abscesso Periradicular Agudo
	Degenerações cálcicas	Calcificações pulpares na câmara pulpar, detectáveis radiograficamente, podendo ser sintomáticas.	Nódulo Pulpar				
		Calcificação total/ parcial de toda a cavidade pulpar, detectável radiograficamente.	Calcificação Difusa				
	Reabsorções	Reabsorções das paredes do interior do canal, detectáveis em RX	Reabsorção Interna (nível radicular)	Assintomático. Radiograficamente pode apresentar rarefação óssea periapical difusa ou circunscrita, associada ao ápice de um dente.	Periodontite Apical Crônica		
Reabsorções na câmara pulpar, com alteração cromática da coroa		Mancha rósea (câmara pulpar)	Assintomático. Presença de fistula. Radiograficamente pode apresentar rarefação óssea periapical difusa ou circunscrita, associada ao ápice de um dente.		Abscesso Periradicular Crônico		
Reabsorções da superfície externa da raiz, detectáveis em Rx		Reabsorção Externa	Assintomático. Radiograficamente apresenta rarefação óssea periapical circunscrita com aproximadamente 5 mm, associada ao ápice de um dente.		Granuloma		
				Assintomático. Clínicamente apresenta abaixamento da cortical óssea. Radiograficamente apresenta rarefação óssea periapical circunscrita com aproximadamente 10 mm, associada ao ápice de um dente e deslocamento dos dentes vizinhos.	Cisto		

PAIVA, J.G. & ANTONIAZZI, J.H. – Endodontia: bases para a prática clínica 2 ed. - São Paulo – Ed. Artes Médicas – 1991.886p.

SIQUEIRA Jr., J.F.- Tratamento das infecções endodônticas 1ed. - Rio de Janeiro – Ed. Medsi – 1997.196p.

ERICO DE MELO LEMOS. **Endodontia, Endodontics, Endodoncia.** Disponível em www.endo-e.com. Acesso em 20/07/2015.

6- Critérios de Inclusão

1. Paciente em tratamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) que apresente dente com necessidade de tratamento endodôntico, encaminhado pela UBS com a guia de consulta nº 6600 (anexo I) em 02 vias devidamente preenchidas (nome completo, endereço completo com cep, cartão do sus) nos padrões deste protocolo.
2. Possuir cartão do SUS e cartão do Centro de Saúde de sua referência.
3. O dente enviado para tratamento endodôntico deve estar sem sintomatologia, com remoção total do tecido cariado e, se necessário, com pulpotomia ou pulpectomia realizadas. A restauração provisória deste elemento deve estar em ionômero de vidro, resina ou material restaurador intermediário a base de óxido de zinco e eugenol. Caso as lesões de cárie sejam interproximais (classe IV, classe III, classe II), o dente deve ser reconstruído com ionômero de vidro ou resina previamente ao encaminhamento, facilitando assim o isolamento do campo operatório pelo endodontista e agilizando o atendimento.
4. Encaminhar apenas dentes permanentes unirradiculares, birradiculares ou multirradiculares para tratamento endodôntico.
5. Encaminhar dentes em condições de isolamento absoluto e que depois de tratado possam ser reabilitados de forma satisfatória (contorno, resistência, funcionalidade, estabilidade, etc.) na UBS que o indicou (contra-referência) da rede de saúde do Distrito Federal. Caso contrário será indicada exodontia.
6. Os dentes com necessidade prévia de aumento de coroa clínica deverão primeiramente ser encaminhados ao periodontista do CEO com 02 guias nº 6600 (endodontia e periodontia).]

7- Critérios de Exclusão

1. Dentes onde não se é possível fazer a reabilitação / restauração da coroa dentária na UBS que o encaminhou.
2. Dentes onde não se é possível realizar o isolamento absoluto (neste caso, verificar a necessidade prévia de aumento de coroa clínica).
3. Dentes com o periodonto severamente comprometido (grande perda de sustentação óssea, envolvimento de furca e/ou alto grau de mobilidade).
4. Paciente com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico deve ser primeiramente estabilizado na Unidade Básica de Saúde para posterior encaminhamento para o centro de especialidade - CEO.
5. Terceiros molares sem função na arcada dentária ou com anatomia do sistema de canais complexos, dilaceração radicular, posicionamento incorreto na arcada dentária que dificultem o procedimento clínico.
6. Retratamentos endodônticos.]

8- Conduta

- Alteração Inflamatória Fase Irreversível – dor espontânea, intensa, difusa, contínua, mal combatida com analgésicos. Aumenta com calor e alivia com frio (pulpite) → Tratamento endodôntico completo (CEO)^{8,10,11,12,13}.
- Reabsorção radicular interna e externa – detectáveis pelo exame radiográfico ou alteração cromática da coroa, respectivamente → Tratamento endodôntico completo (CEO)^{8,10,11,12,13}.
- Periodontite Apical Aguda (microbiana / traumática) – dor violenta, provocada, sensação de dente extruído sensibilidade principalmente à percussão vertical, sem edema. Aumento do espaço perirradicular e rompimento da lâmina dura para dentes desvitalizados (Rx) → Tratamento endodôntico completo (CEO)^{8,10,11,12,13}.
- Abscesso Perirradicular Agudo – dor violenta, pulsátil, difusa, com edema, sensibilidade principalmente à percussão horizontal. Aumento do espaço perirradicular e rompimento da lâmina dura (Rx) → Tratamento endodôntico completo (CEO)^{8,10,11,12,13}.
- Periodontite Apical Crônica – Assintomático. Pode apresentar no exame radiográfico rarefação óssea periapical difusa ou circunscrita, associada ao ápice de um dente → Tratamento endodôntico completo (CEO)^{8,9,10,11,12,13}.
- Abscesso Perirradicular Crônico – Assintomático. Presença de fístula. Pode apresentar radiograficamente rarefação óssea periapical difusa ou circunscrita, associada ao ápice de um dente → Tratamento endodôntico completo^{8,9,10,11,12,13}.]

8.1 Conduta Preventiva

[A prevenção do tratamento endodôntico na sua forma mais comum está na prevenção da cárie dentária. Com isso, as ações e promoções de saúde na atenção básica são de suma importância para diminuir o fluxo de pacientes na atenção especializada. Dentre essas ações destacamos: atividade educativa/orientação em grupo processo saúde-doença, ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel, ação coletiva de escovação supervisionada, aplicação de selante, evidenciação de placa bacteriana, selamento provisório de cavidade, profilaxia profissional, etc.

A adequação do meio bucal é também uma medida que quando bem indicada e executada pode evitar a necessidade de tratamento endodôntico assim como a remoção do tecido cariado precocemente^{1,14}.]

8.2 Tratamento Não Farmacológico

[A dor de origem odontogênica deverá ser tratada clinicamente por meio da remoção do tecido cariado, pulpectomia, limpeza e curativo de demora do sistema de canais e restauração provisória¹.

A medicação, se necessária, poderá ser prescrita após a realização do procedimento clínico.]

8.3 Tratamento Farmacológico

[A dor de origem odontogênica pode ter uma pequena melhora durante a utilização de analgésico ou anti-inflamatório prescritos pelo dentista, mas a não remoção da causa levará ao processo doloroso novamente em questão de horas.]

8.3.1 Fármaco(s)

[Durante o tratamento endodôntico faz-se necessário, em alguns casos, o suporte farmacológico para reduzir infecção e/ou inflamações locais. Dentre as medicações mais utilizadas e disponíveis na rede, destacam-se^{2,3}:

- Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg – comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg + 62 mg/5ml - (nº DCB – 00736 / 00137)
- Amoxicilina 500 mg – cápsulas ou comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg/5ml, frasco 150 ml – (nº DCB – 00734 / 00736)
- Cloridrato de Clindamicina 300 mg – cápsulas - (nº DCB 02230)
- Cefalexina 500 mg – drágea ou comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg/5ml (nº DCB 01826).
- Metronidazol 400 mg – comprimidos - (nº DCB 05902).
- Paracetamol 500 mg – comprimidos, solução oral 200mg/ml - (nº DCB 06827).
- Ibuprofeno 600 mg – comprimidos, solução oral 50 mg/ml - (nº DCB 04766).
- Dipirona Sódica – solução oral 500mg/ml - (nº DCB 03121).]

8.3.2 Esquema de Administração

[Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg – comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg + 62 mg/5ml - (nº DCB – 00736 / 00137) ministrado de 08/08 h durante 07 dias.

• Amoxicilina 500 mg – cápsulas ou comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg/5ml, frasco 150 ml – (nº DCB – 00734 / 00736) ministrado de 08/08h durante 07 dias.

• Cloridrato de Clindamicina 300 mg – cápsulas - (nº DCB 02230) ministrado de 08/08 h durante 07 dias.

- Cefalexina 500 mg – drágea ou comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg/5ml (nº DCB 01826) ministrado de 06/06h durante 07 dias.
- Metronidazol 400 mg – comprimidos - (nº DCB 05902) ministrado de 08/08h durante 07 dias.
- Paracetamol 500 mg – comprimidos, solução oral 200mg/ml - (nº DCB 06827) ministrado de 06/06h enquanto o sintoma persistir.
- Ibuprofeno 600 mg – comprimidos, solução oral 50 mg/ml - (nº DCB 04766) ministrado de 08/08h enquanto o sintoma persistir.
- Dipirona Sódica – solução oral 500mg/ml - (nº DCB 03121) ministrado de 06/06h enquanto o sintoma persistir.]

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

[Os analgésicos e anti-inflamatórios são utilizados em média 3 a 5 dias, já os antibióticos podem ser administrados em média de 07 a 10 dias ou até a remoção dos sinais e sintomas.

Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em reação à medicação prescrita, o paciente deve suspender seu uso e procurar a unidade de saúde de referência para consulta profissional.]

9- Benefícios Esperados

[Dentre os benefícios deste protocolo, objetiva-se a otimização do atendimento com a padronização no encaminhamento do dente a ser realizado endodontia. Além da remoção total da dor, regressão de infecção óssea, regressão de tumefação extra-oral nos casos de abscesso periapical agudo, regressão de fístula intra-oral nos casos de abscesso periapical crônico, cicatrização óssea para os casos de lesão periapical, e, por fim, a manutenção do dente na cavidade bucal.]

10- Monitorização

[O número de atendimentos por dente varia de acordo com a situação clínica do dente, por exemplo:

- Tratamento endodôntico de dentes com pulpite irreversível – 02 sessões
- Tratamento endodôntico em dentes com necrose pulpar – 02 a 03 sessões
- Tratamento de dentes com rizogênese incompleta (com ou sem necrose pulpar) dependerá do processo de apicigênese/ apicificação - a critério do endodontista.

Nos dentes com anatomia do sistema dos canais complexos pode ser necessário mais que 02 ou 03 sessões e devem ficar a critério do endodontista.

Em média, o intervalo entre as consultas varia de 1 semana.]

11- Acompanhamento Pós-tratamento

[O acompanhamento ou preservação caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que visam manter a saúde bucal após o término do tratamento endodôntico, no caso. Quando o usuário finaliza o tratamento endodôntico, ele já sai do CEO com retorno programado agendado para 6 meses após. Preservação é realizada semestralmente por dois anos, com avaliação através de exames clínico radiográfico que será realizada no CEO sob responsabilidade do endodontista que realizou o tratamento.

Após finalizado o tratamento endodôntico o paciente retornará a UBS mais próxima de sua residência, onde já realiza o tratamento odontológico, para restauração do elemento dental e conclusão do mesmo.]

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

[Eu, _____,
declaro estar ciente que nesta Unidade de Saúde, na especialidade de Endodontia, será realizado o canal do (s) dente (s): _____. Após ser concluído(s) o tratamento de canal, deverei retornar à minha unidade de saúde de origem para realizar a restauração direta deste dente (Dentística).

O(s) dente(s) em questão se torna(m) frágil devido ao acesso para tratamento endodôntico e extensão da lesão de cárie, incorrendo em risco de fratura de coroa dentária durante o tratamento. Caso ocorra fratura, impossibilitando a recuperação do dente nas Unidades Básicas de Saúde, o tratamento endodôntico deste elemento deverá ser realizado em rede privada. Outros acidentes também podem ocorrer, como: FRATURA DE LIMA, PERFURAÇÃO RADICULAR, DESVIO DE CANAL, EXTRAVAZAMENTO DE MATERIAL OBTURADOR e outros:

O tratamento endodôntico pode ainda apresentar limitações, especialmente na ocorrência de canais atrésicos ou obliterados, calcificações pulpare, dilacerações radiculares e variações anatômicas relevantes, como nos casos de dens in dente.

O(s) dente(s) _____ chegou ao Centro de Especialidades Odontológicas na(s) seguinte(s) condição: _____

Diante do exposto, declaro estar esclarecido(a) e dou o meu consentimento para o tratamento.

Brasília, ___ de _____ de 20__.

Ass.do paciente ou responsável

Odontólogo]

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

[A regulação, controle e avaliação das atividades através deste protocolo se refletirá em dados que serão coletados em cada CEO da SES-DF e analisados de forma mensal através do trackcare. Nas unidades sem trackcare será avaliado a produtividade mensal através das fichas de boletim de produção ambulatorial (BPA).


]

14- Referências Bibliográficas

- [1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17), ISBN 85-334-1228-2.
2. Relação de medicamentos padronizados da SESDF.
<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/441-assistencia-farmaceutica.html>
3. Lista de denominações comuns brasileiras DCB / RDC 64/2012.
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeiabrasileira/conteudo/2013/marco/DCB%20IFA%20e%20EXA%2015-3.pdf>
4. Paiva, J.G. & Antoniazzi, J. H. Endodontia: Bases para a prática clínica. 2º. Ed. São Paulo. Ed. Artes Médicas. 1997. 886p
5. Lopes, H. P. & Siqueira, J. F. Endodontia> Biologia e Técnica. 2º. Ed. Medsi – Guanabara Koogan S. A. 2004. 964p
6. Camargo, S.E.A., Moraes, M.E.L., Moraes, L.C., Camargo, C.H.R. Principais características clínicas e radiográficas das reabsorções radiculares internas e externas. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo 2008 maio-ago; 20(2): 195-203.
7. Erico de melo Lemos. Endodontia, Endodontics, Endodoncia. Disponível em www.endo-e.com. Acesso em 20/07/2015.
8. Nery, MJ, Cintra, LTA, Gomes-Filho, JE, Dezan-Junior, E, Otoboni-Filho, JA, Sivieri-Araújo, G, Nery, TS, Salzedas, LMP. Estudo longitudinal do sucesso clínico-radiográfico de dentes tratados com medicação intracanal de hidróxido de cálcio. RevOdontol UNESP. 2012 Nov-Dec;41(6):396-401
9. Silva, V.T, Piva, MR, Souza, LMA, Amorim, K.S, Groppo, FC. Relação entre presença de fendas de cristais de colesterol em lesão periapical e nível de colesterol sérico. RevOdontol UNESP. 2013 Mar-Apr;42(2):94-98
10. Holland R, Souza V, Nery, MJ, Otoboni-Filho, J A, Dezan-Junior E, et al. Apostila de endodontia. UNESP: Araçatuba; 2009

11. Tronstad L, Asbjornsen K, Doving L, Pedersen I, Eriksen HM. Influence of coronal restorations on the periapical health of endodontically treated teeth. *Endod Dent Traumatol.* 2000; 16:218-221. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-9657.2000.016005218.x>
12. Bystrom A, Claesson R, Sundqvist G. The antibacterial effect of camphorated paramonochlorophenol, camphorated phenol and calcium hydroxide in the treatment of infected root canals. *Endod Dent Traumatol.* 1985; 1:170-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-9657.1985>
13. Ricucci D, Lin LM, Spangberg LS. Wound healing of periapical tissues after root canal therapy: a long-term clinical, radiographic, and histopathologic observation study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod.* 2009;108:609-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2009.05.028>.
14. Carvalho, JW. Terapias conservadoras pulpares na dentição permanente. Revisão de literatura. Brasília:2015.

ANEXO I

 GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DIRETORIA DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE Do C.S.Nº: _____ Para: _____	REGISTRO CLÍNICO Nº: _____	Iniciais do Nome	D C	DATA DE NASC:			Sexo M/F
			Dia	Mês	Ano		
GUIA DE CONSULTA		Nome: _____ Filiação: _____ Natural: _____ End.: _____ Fone: _____					

CENTRO DE SAÚDE		
ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência		
Queixa Principal: _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Impressão Diagnóstica (CID): _____		
Referência: _____ _____		
_____ _____		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;"> ____/____/____ Data </td> <td style="width: 70%; border: none; text-align: right;"> _____ Carimbo e Assinatura do Médico do C.S. </td> </tr> </table>	____/____/____ Data	_____ Carimbo e Assinatura do Médico do C.S.
____/____/____ Data	_____ Carimbo e Assinatura do Médico do C.S.	

HOSPITAL REGIONAL			
INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO			
_____ _____ _____			
ORIENTAÇÃO DE SEGMENTO Internado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CONDUTA AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> Especializado <input type="checkbox"/> Primário		
Terapêutica: _____ _____ _____			
Contra Referência: _____			
OBSERVAÇÃO: A nível primário, orientar a conduta de seguimento. _____ _____ _____			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;"> ____/____/____ Data </td> <td style="width: 70%; border: none; text-align: right;"> _____ Carimbo e Assinatura do Médico da C.R.S. </td> </tr> </table>		____/____/____ Data	_____ Carimbo e Assinatura do Médico da C.R.S.
____/____/____ Data	_____ Carimbo e Assinatura do Médico da C.R.S.		

Med. 56.00

M.P. Gráfica

Med. 20 x 28,5 cm

CC. 51361

Fluxograma

