

ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL PARA HEMATOLOGIA - SES

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