



Tutorial para utilização do SUSfácilMG pelos estabelecimentos solicitantes

Módulo Urgência/Emergência

DIRETORIA REGULAÇÃO DO ACESSO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (DRAUE)
SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO DO ACESSO (SRA)
SUBSECRETARIA DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE (SUBASS)
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES-MG)

Fluxo de regulação do acesso à leitos hospitalares nas situações de urgência/emergência

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

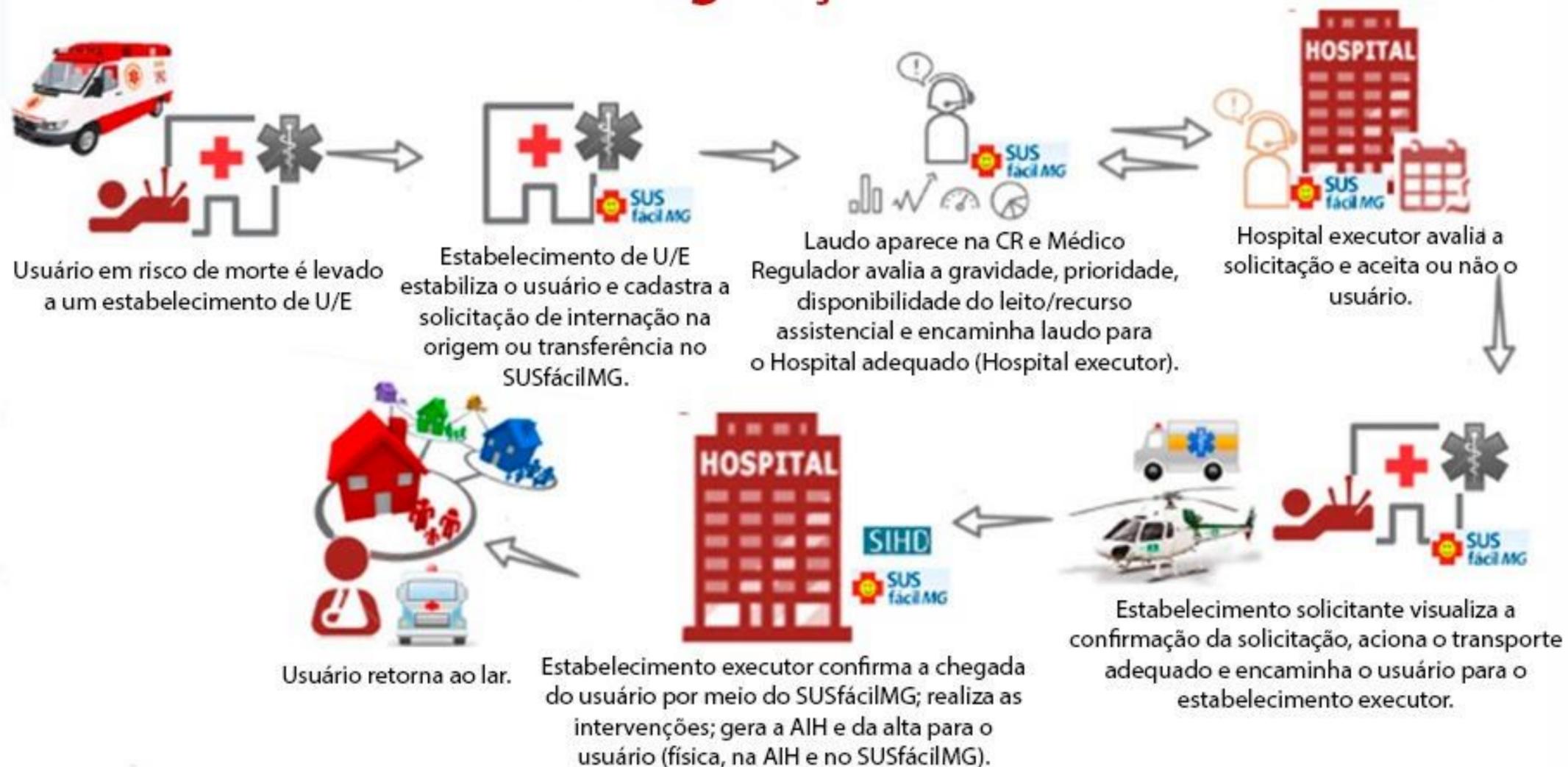
GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Para solicitar uma internação/ transferência em situação de urgência/emergência é importante conhecer o processo regulatório, o qual se dá da seguinte forma:

TORNAR REAL
O SUS IDEAL



Sistema Estadual de Regulação Assistencial - Fluxo U/E



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Siglas e Definições

TORNAR REAL
O SUS IDEAL



AIH: Autorização de Internação Hospitalar.

Caso de uso: é uma descrição de comportamento ou operação do sistema em termos de sequências de ações.

Competência: mês corrente.

CID: Código Internacional de Doenças

CRRA: Central Regional de Regulação Assistencial.

Estabelecimento executor: é o hospital que realiza a internação e que está localizado no território do município executor.

Estabelecimento solicitante: é o estabelecimento de saúde que presta atendimento de urgência/emergência e funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, que solicita a internação ou transferência.

Login: cadastro de um usuário para acesso ao sistema.

Pop-up: é uma janela extra que abre no navegador ao visitar uma página ou clicar em um link específico.

SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

SMS de origem do paciente: é a secretaria do município onde está localizado o estabelecimento que solicitou a internação/transferência.

SMS executora: é a secretaria do município em que se localiza o hospital que realizará o procedimento.



SAÚDE



Sobre o processo regulatório na Urgência/Emergência

TORNAR REAL
O SUS IDEAL



Ao concluir o cadastro, o **laudo** é automaticamente encaminhado para a **Central de Regulação Assistencial (CR)** a qual o estabelecimento é adstrito, onde o médico regulador avalia as solicitações de internação/transferência afim de qualificar o laudo, verificando o preenchimento dos protocolos com informações clínicas suficientes para a avaliação do caso e a decisão quanto ao recurso assistencial necessário e o grau de priorização no atendimento. Neste momento, pode ser necessária a obtenção de maiores informações sobre o quadro clínico do paciente, cabendo ao **médico regulador registrar pendências** no laudo.

A partir de um **laudo** de solicitação de internação/transferência **qualificado**, o médico regulador orienta e supervisiona a busca de leito pelos operadores da Central, que deve considerar os seguintes critérios: capacidade técnica de atendimento (disponibilidade de recursos); disponibilidade de vagas e Programação Pactuada Integrada – PPI Assistencial (como orientadora de fluxos e não determinante, em casos de urgência/emergência).



SAÚDE



Definido o estabelecimento de destino (executor) pela Central de Regulação, uma **solicitação de reserva** de leito é **encaminhada** de forma online para ele. Caso o estabelecimento negue a reserva com uma justificativa pertinente, outro estabelecimento será consultado até que a reserva de leito se concretize. Também é possível que o médico do destino realize algum questionamento e a Central de Regulação intermediará com a origem a questão, através do Chat SUSfácilMG ou pelo próprio laudo, interpondo nova pendência.

Até a confirmação da reserva de leito, o estabelecimento de origem deve **informar no sistema a evolução clínica do paciente a cada 12 horas** a fim de garantir a busca adequada de leito. Atingido o período de **72 horas sem** nenhuma **evolução clínica** registrada pela origem no laudo do paciente que encontra-se em processo regulatório ou sem resposta às pendências interpostas pela Central, o **laudo é automaticamente cancelado**. Ao longo do processo de regulação, as atividades de busca e reserva de leito, bem como eventuais intercorrências administrativas, são registradas por meio de ocorrências no laudo do paciente.

Acesso ao SUSfácilMG

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Para a solicitar o acesso ao SUSfácilMG, os **estabelecimentos públicos e da rede complementar ao SUS/MG**, devem enviar à Diretoria de Regulação do Acesso de Urgência e Emergência (DRAUE), um ofício em papel timbrado assinado pelo coordenador ou diretor do estabelecimento, contendo o número do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) do estabelecimento e os seguintes dados do futuro operador:

- Nome;
- CPF;
- e-mail.

Além disso, deverá ser anexado o termo de confidencialidade, disponibilizado pela Diretoria, assinado pelo futuro operador. Os documentos deverão ser digitalizados e encaminhados para o endereço eletrônico: senha.susfacilmg@saude.mg.gov.br.

Os estabelecimentos de urgência/emergência da **rede privada de saúde** podem solicitar acesso ao SUSfácilMG, seguindo o disposto na Resolução SES/MG nº 8744/2023.

Destaca-se os motivos que autorizam a transferência de um paciente internado em instituição de saúde privada para a rede SUS-MG, nos termos do §3º do art. 3º da Resolução SES nº 8744/2023:

“I) O paciente não dispuser de condições para arcar com o tratamento particular e, em razão da sua condição clínica, necessitar de continuidade dos cuidados na assistência hospitalar.

II) A instituição de saúde, em situação emergencial, acolher caso de paciente que não dispuser de condições para arcar com o tratamento.

III) Necessidade de tratamentos que demandem tecnologia ou recurso assistencial exclusivo na rede SUS”.

Para solicitar o acesso ao SUSfácilMG, a **instituição de saúde privada** deverá enviar requerimento à SES/MG, solicitando o cadastro da instituição no SUSfácilMG, bem como o acesso dos profissionais por ele indicados.

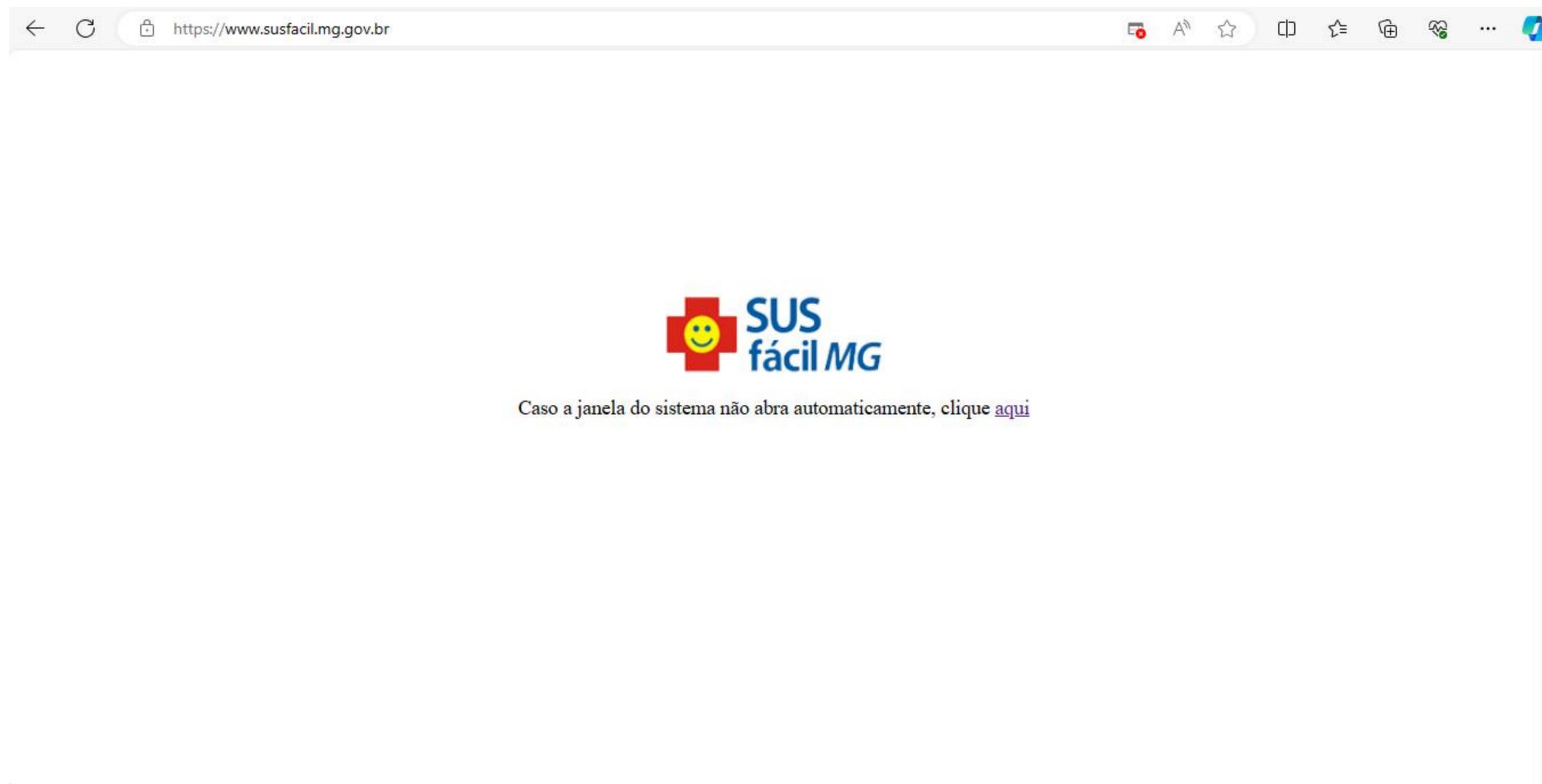
O requerimento deverá ser encaminhado por e-mail e deverá conter o “Termo de adesão para acesso de instituição de saúde privada à Ferramenta Estadual de Regulação SUSfácilMG” (disponível no anexo I da Resolução SES/MG nº 8744/2023), bem como a lista de profissionais que poderão acessar o sistema, com os respectivos Termos de responsabilidade e uso da Ferramenta Estadual de Regulação SUSfácilMG” (anexo II da Resolução SES/MG nº 8744/2023).

A solicitação de acesso será analisada e os demais passos seguirão o termos dispostos na Resolução SES/MG nº 8744/2023.

O tutorial de acesso ao SUSfácilMG para os estabelecimentos privados está disponível separadamente deste material.

Tela inicial do SUSfácilMG, acessada através do link:
<http://www.susfacil.mg.gov.br>

TORNAR REAL
O SUS IDEAL



Caso não seja encaminhado para a tela seguinte, que é a tela de login, verifique se seu computador possui um **bloqueador de Pop-Up** ou se a tela inicial se encontra em outra página de seu navegador. Caso possua bloqueador de Pop-Up, desbloqueie para o endereço anteriormente indicado.

Tela inicial do SUSfácilMG, acessada através do link: <http://www.susfacil.mg.gov.br>

TORNAR REAL
O SUS IDEAL



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES-MG)



Operação:
Acesso ao sistema

Siga os passos abaixo:
Identificação do operador
Seleção de operação

IDENTIFICAÇÃO DO OPERADOR

Informe nome do operador e senha e clique em Avançar.

OPERADOR

→ Inserir o login

SENHA

→ Inserir a senha de acesso

Não sou um robô



reCAPTCHA
Privacidade - Termos

→ Realizar a validação
do Captcha

Avançar

→ Clicar em Avançar

Procure manter o seu navegador atualizado em sua última versão, para melhor utilização do SUSfácilMG.



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Na tela inicial, insira **o login fornecido e a senha.**

Lembramos que a senha inicial corresponde aos 8 primeiros dígitos do login.

No primeiro acesso, o sistema automaticamente solicita o cadastro de nova senha. Ela deve ser composta de **8 caracteres.**

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

O login e a senha são **peçoais e intransferíveis** e todas as ações do operador no sistema são gravadas e podem ser consultadas no sentido de responsabilizá-lo. Lembramos ser o SUSfácilMG uma ferramenta para regulação do acesso dos usuários aos serviços de internações hospitalares e, neste sentido, cabem todas as legislações quanto ao **sigilo dos dados do usuário**.

Solicitação de Internação / Transferência / AIH Subsequente

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

**CADASTRO DE
SOLICITAÇÃO PARA
SOLICITAR
INTERNAÇÃO**

**Caso de uso:
“Solicitação de
Internação /
Transferência / AIH
Subsequente”**

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Acesso ao sistema

Siga os passos abaixo:
Identificação do operador
Seleção de operação

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



SELEÇÃO DA OPERAÇÃO

ASSISTENCIAL

Urgência

[Consultar, Reimprimir Saioite de Autorização de AIH](#)

[Solicitar Internação / Transferência / AIH Subsequente](#)

[Acompanhar Solicitação de Internação / Mudança de Leito / Leito Complementar](#)

[Analisar / Confirmar Solicitação de Reserva de Leito](#)

[Confirmar a Chegada do Paciente](#)

Atendimento Hospitalar

[Consultar Pacientes Internados \(ES\)](#)

[Informar Evolução do Paciente](#)

[Mudar Leito de Internação](#)

[Alocar Leito Complementar](#)

[Liberar Leito Complementar](#)

[Finalizar Internação / Liberar Leito](#)

Atendimento Ambulatorial

[Cancelar Atendimento Confirmado Indevido](#)

[Confirmar Atendimento](#)

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação
Solicitar Transferência
Solicitar AIH Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



CNS / NOME

Pesquisar

Inserir o nome completo
do paciente e *pesquisar*

Lista de pacientes

CNS ▲ ▼	PACIENTE ▲ ▼	NASCIMENTO ▲ ▼	MÃE ▲ ▼	MUNICÍPIO NASC ▲ ▼
*****	*****	*****	*****	*****

Voltar

[Cadastrar paciente](#)

Se o paciente não for localizado
na primeira busca,
cadastrar o paciente.

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência
Solicitar Transferência
Solicitar AIH Subsequente

Siga os passos abaixo:
Erro ao enviar mensagem de
integração com a CINT-BH
Seleção do paciente
Seleção do paciente
Verificação de óbito
Cancelamento do óbito
Dados da solicitação
Operação finalizada com sucesso
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

CADASTRO DE PACIENTE

Informe os dados solicitados e clique em Avançar.

OBS: Os campos marcados com "*" são opcionais.

Dados Pessoais

CPF	<input type="text"/>
CNS	<input type="text"/>
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CPF/CNS	<input type="text"/>
NOME DO PACIENTE	<input type="text"/>
NOME SOCIAL DO PACIENTE*	<input type="text"/>
DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
IDENTIDADE DE GÊNERO	<input type="text"/>
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
ORIENTAÇÃO SEXUAL	<input type="text"/>
PERTENCE A POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS?	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS	<input type="text"/>
RAÇA/COR	<input type="text"/>
ETNIA	<input type="text"/>
ESTRANGEIRO	<input type="text"/>
NOME DO PAI*	<input type="text"/>
NOME DA MÃE	<input type="text"/>
DATA DE NASCIMENTO	<input type="text"/>
SEXO	<input type="text"/>

Nascimento

PAÍS	<input type="text"/>
ESTADO	<input type="text"/>
MUNICÍPIO	<input type="text"/>

Endereço de Residência (ou Estadia)

ESTADO	<input type="text"/>
MUNICÍPIO	<input type="text"/>
BAIRRO*	<input type="text"/>
LOGRADOURO	<input type="text"/>
NÚMERO*	<input type="text"/>
COMPLEMENTO*	<input type="text"/>
CEP*	<input type="text"/>
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CEP	<input type="text"/>

Contato

DDD/TELEFONE*	<input type="text"/>
DDD/CELULAR*	<input type="text"/>
EMAIL*	<input type="text"/>

Ao cadastrar o paciente, é necessário informar os dados pessoais e clínicos. Atenção aos campos autodeclarados. Campos com asteriscos são de preenchimento opcional.

Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



Identificação do paciente

PACIENTE	*****
NÚMERO DO PRONTUÁRIO*	
NOME DO RESPONSÁVEL	*****
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL*	
PLANO DE SAÚDE	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> NÃO INFORMADO
DOADOR DE ÓRGÃOS	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO INFORMADO
Médico Responsável pelo Cadastro	
MÉDICO (cpf/cns)	*****
CRM/UF	123456 / MG
DDD/TELEFONE PARA CONTATO	31 123456789
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES*	

Se o paciente já for cadastrado, será necessário inserir apenas os dados relativos a essa internação.

Solicitação

PROFISSIONAL SOLICITANTE (cpf/cns)	*****
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407020039 APENDICECTOMIA
COMPLEXIDADE	MEDIA COMPLEXIDADE
TIPO DE LEITO	3 - CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
CLÍNICA COMPLEMENTAR *	75 - UTI ADULTO - TIPO II
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	2 - URGENCIA
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	1 - RISCO DE VIDA

INTERNAR NO PRÓPRIO ESTABELECIMENTO SIM NÃO

Caso o estabelecimento tenha condições de internar o paciente no próprio estabelecimento, selecionar a opção adequada para auxiliar a ação da Central de Regulação

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL	K350	APENDICITE AGUDA COM PERITONITE
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL*		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO *		
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS*		

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE NÃO SE APLICA

Escada de Coma de Glasgow

VALOR DA ESCALA 15

Voltar Avançar

O SUSfácilMG apresenta a correlação existente na Tabela de Procedimentos SUS (SIGTAP) entre código de procedimento e diagnóstico (CID). Dessa forma, ao preencher um código de procedimento e pesquisar o diagnóstico, os CID relacionados ao procedimento serão apresentados inicialmente pelo sistema. É possível também pesquisar outros CID não relacionados.

Se escolhido um **CID não relacionado ao procedimento**, o SUSfácilMG informará que não existe relação entre ambos, mas **permitirá avançar** para a próxima tela. Isto alerta o operador antes de iniciar o preenchimento do protocolo e permite conferir o procedimento e CID preenchidos evitando eventuais glosas.

PROCEDIMENTO SOLICITADO 0303010223 TRATAMENTO DE INFECCAO PELO NOVO ...

SUSfácil - Google Chrome

Não seguro | mgsusfacilhomologa.mg.gov.br/popups/pop_lista_cid_rel.php?prh=0303010223&tex...

SUSfácil - Relação de Diagnósticos Relacionados

Diagnósticos

CID ▲ ▼	DIAGNÓSTICO ▲ ▼
B342	INFECCAO POR CORONAVIRUS NAO ESPECIFICADA

Caso deseje localizar diagnósticos não relacionados:

[Diagnósticos não relacionados](#)

O sistema permite que o operador busque outros diagnósticos não relacionados

Copiar dados do áudio

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303010223

TRATAMENTO DE INFECCAO PELO NOVO

SUSfácil - Google Chrome

Não seguro | mgsusfacilhomologa.mg.gov.br/popups/pop_lista_cid.php?s_CID_CHR_NOME=PNEU...

SUSfácil - Relação de Diagnósticos

CÓDIGO OU NOME DO DIAGNÓSTICO

Resultado da pesquisa

CID	DESCRIÇÃO
P238	PNEUMONIA CONGENITA DEVIDA A OUTROS ORGANISMOS
P235	PNEUMONIA CONGENITA DEVIDA A PSEUDOMONAS
P239	PNEUMONIA CONGENITA NAO ESPECIFICADA
J16	PNEUMONIA DEV OUT MICROORG INFECC ESPEC NCOP
J150	PNEUMONIA DEVIDA + KLEBSIELLA PNEUMONIAE
J122	PNEUMONIA DEVIDA + PARAINFLUENZA
J120	PNEUMONIA DEVIDA A ADENOVIRUS
J160	PNEUMONIA DEVIDA A CLAMIDIAS
J155	PNEUMONIA DEVIDA A ESCHERICHIA COLI
J14	PNEUMONIA DEVIDA A HAEMOPHILUS INFUENZAE
J157	PNEUMONIA DEVIDA A MYCOPLASMA PNEUMONIAE
J156	PNEUMONIA DEVIDA A OUTRAS BACT+RIAS AEROBICAS GRAM-NEGATIVAS
J154	PNEUMONIA DEVIDA A OUTROS ESTREPTOCOCOS
J168	PNEUMONIA DEVIDA A OUTROS MICROORGANISMOS INFECCIOSOS ESPECIFICADOS

Copiar dados do laudo

PROCEDIMENTO SOLICITADO	0303010223	TRATAMENTO DE INFECCAO PELO NOVO ...
COMPLEXIDADE	MEDIA COMPLEXIDADE	
TIPO DE LEITO	3 - CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL ▼	
CLÍNICA COMPLEMENTAR *	75 - UTI ADULTO - TIPO II ▼	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	2 - URGENCIA ▼	
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	1 - RISCO DE VIDA ▼	
INTERNAR NO PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
Justificativa da internação		
DIAGNÓSTICO INICIAL	J100	PNEUMONIA DEVIDA AO VIRUS DA INFLU ...
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL*		...
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO *		...
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS*		...
Causas externas		
DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APLICA ▼	
Escada de Coma de Glasgow		
VALOR DA ESCALA	15 ▼	

Voltar

Avançar

Clicar em *Avançar*

Caso deseje copiar dados do laudo você pode:

[Copiar dados do laudo](#)

USUARIO: operador.tutorial

Operação:

Solicitar Internação
Solicitar Transferência
Solicitar AIH Subsequente

Siga os passos abaixo:

Erro ao enviar mensagem de
integração com a CINT-BH
Seleção do paciente
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho

Acesso / Desconectar
Operações



DIAGNÓSTICO E PROCEDIMENTO INCOMPATÍVEIS

Para continuar o registro de internação clique em Avançar.

OS SEGUINTEs DIAGNÓSTICOS NÃO SÃO COMPATÍVEL COM O PROCEDIMENTO: O DIAGNÓSTICO INICIAL: "J100 - PNEUMONIA DEVIDA AO VIRUS DA INFLUENZA(GRIPE) IDENTIFICADO" É INCOMPATÍVEL COM O PROCEDIMENTO: "0303010223 - TRATAMENTO DE INFECCAO PELO NOVO CORONAVIRUS - COVID 19".

Voltar

Avançar

O sistema alerta o operador e permite conferir o procedimento e CID preenchidos antes de iniciar o preenchimento do protocolo.

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação
Solicitar Transferência
Solicitar AIH Subsequente

Siga os passos abaixo:
Erro ao enviar mensagem de
integração com a CINT-BH
Seleção do paciente
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



DADOS DO PROTOCOLO

Informe os dados solicitados e clique em Avançar.

OBS: Os campos marcados com "*" são opcionais.

NOME DO PACIENTE



ADULTO - OUTROS

MEDICAMENTOS EM USO

Medicamentos

DADOS VITAIS

Pulsos

Temperatura Axilar

**

Frequência Cardíaca

Pressão Arterial

Frequência Respiratória

**

HISTÓRIA CLÍNICA

História Clínica

Todos os campos do
protocolo devem ser
preenchidos.

HISTÓRIA CLÍNICA

História Clínica

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO*

EXAMES COMPLEMENTARES

Radiografias

Outros Exames

Exames Laboratoriais

EXAME CLÍNICO

Exame Aparelho Circulatório

Outros Achados Exame Físico

Exame Aparelho Respiratório

Voltar

Avançar

Operação:
Solicitar Internação
Solicitar Transferência
Solicitar AIH Subsequente

Siga os passos abaixo:
Erro ao enviar mensagem de integração com a CINT-BH
Seleção do paciente
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações


CHAT


INFORMAÇÕES


SUPORTE

RESUMO DO PROTOCOLO

Informe os dados necessários e clique em Avançar.

NOME DO PACIENTE	*****
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	<p>HISTÓRIA CLÍNICA - História Clínica: **** DADOS VITAIS - Pressão Arterial: **** - Frequência Cardíaca: **** - Temperatura Axilar: **** MEDICAMENTOS EM USO - Medicamentos: **** DADOS VITAIS - Pulsos: **** - Frequência Respiratória: ****</p> <p>OUTRAS INFORMAÇÕES:</p> <input type="text"/>
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<p>EVOLUÇÃO - EVOLUÇÃO: ****</p> <p>OUTRAS INFORMAÇÕES:</p> <input type="text"/>
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	<p>EXAME CLÍNICO - Exame Aparelho Circulatório: **** - Exame Aparelho Respiratório: **** EXAMES COMPLEMENTARES - Outros Exames: **** - Radiografias: **** - Exames Laboratoriais: **** EXAME CLÍNICO - Outros Achados Exame Físico: ****</p> <p>OUTRAS INFORMAÇÕES:</p> <input type="text"/>

Conferir os dados clínicos do protocolo. Para fazer correções, clicar em *Voltar*.

Voltar

Avançar

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência
Solicitar Transferência
Solicitar AIH Subsequente

Siga os passos abaixo:
Erro ao enviar mensagem de
integração com a CINT-BH
Seleção do paciente
Seleção do paciente
Verificação de óbito
Cancelamento do óbito
Dados da solicitação
Operação finalizada com sucesso
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



CONFIRMAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para confirmar a solicitação de internação clique em Concluir.

-->

Identificação do paciente

PACIENTE	TUTORIAL ATUALIZAÇÃO 
NOME SOCIAL DO PACIENTE	TUTORIAL ATUALIZAÇÃO
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CPF/CNS	ACIDENTE GRAVE
IDENTIDADE DE GÊNERO	OUTROS
ORIENTAÇÃO SEXUAL	OUTROS
POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS	INDÍGENAS
RAÇA/COR	INDÍGENA
ETNIA	KARAJÁ
NOME DA MÃE	MÃE
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	05/04/2000 - 23 anos
SEXO	MASCULINO
PLANO DE SAÚDE	NÃO INFORMADO
DOADOR DE ÓRGÃOS	NÃO INFORMADO
NOME DO RESPONSÁVEL	ELE
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	RUA XXX 1
BAIRRO	CENTRO
CEP	
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CEP	PESSOA INCONSCIENTE SEM ACOMPANHANTE
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	ITAJUBA
PACIENTE ESTRANGEIRO	SIM
PAÍS DE NASCIMENTO	AFRICA DO SUL
CIDADE ESTRANGEIRA	MUNICIPIO ESTRANGEIRO

Médico Responsável pelo Cadastro

Conferir todos os dados
da solicitação. Para fazer
alterações, clicar em
Voltar.

Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows.

Ativar o Winc

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	HISTÓRIA CLÍNICA - História Clínica: **** DADOS VITAIS - Pressão Arterial: **** - Frequência Cardíaca: **** - Temperatura Axilar: **** MEDICAMENTOS EM USO - Medicamentos: **** DADOS VITAIS - Pulsos: **** - Frequência Respiratória: ****
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	EVOLUÇÃO - EVOLUÇÃO: ****
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	EXAME CLÍNICO - Exame Aparelho Circulatório: **** - Exame Aparelho Respiratório: **** EXAMES COMPLEMENTARES - Outros Exames: **** - Radiografias: **** - Exames Laboratoriais: **** EXAME CLÍNICO - Outros Achados Exame Físico: ****
HEMOGRAMA COMPLETO	
Causas externas	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APLICA
Escada de Coma de Glasgow	
VALOR DA ESCALA	15

Voltar

Concluir

Se todas as informações estiverem corretas, Concluir a solicitação.

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação
Solicitar Transferência
Solicitar AIH Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



OPERAÇÃO FINALIZADA COM SUCESSO

Anote o NÚMERO DA SOLICITAÇÃO informado pelo sistema. Para realizar uma nova solicitação de internação clique em Voltar.

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO	*****
CENTRAL DE REGULAÇÃO	*****

Voltar

A solicitação cadastrada é encaminhada automaticamente para a Central de Regulação de Referência e é possível acompanhá-la por meio do caso de uso “Acompanhar Solicitação de Internação / Mudança de Leito / Leito Complementar”

Solicitar transferência para paciente internado no estabelecimento

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

**CADASTRAR
SOLICITAÇÃO PARA
TRANSFERÊNCIA DE
PACIENTES QUE JÁ
ESTÃO INTERNADOS**

**Caso de uso:
“Solicitação de
Internação /
Transferência / AIH
Subsequente”**

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Acesso ao sistema

Siga os passos abaixo:
Identificação do operador
Seleção de operação

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



SELEÇÃO DA OPERAÇÃO

ASSISTENCIAL

Urgência

Consultar, Reimprimir Saiote de Autorização de AIH

Solicitar Internação / Transferência / AIH Subsequente

Acompanhar Solicitação de Internação / Mudança de Leito / Leito Complementar

Analisar / Confirmar Solicitação de Reserva de Leito

Confirmar a Chegada do Paciente

Atendimento Hospitalar

Consultar Pacientes Internados (ES)

Informar Evolução do Paciente

Mudar Leito de Internação

Alocar Leito Complementar

Liberar Leito Complementar

Finalizar Internação / Liberar Leito

Atendimento Ambulatorial

Cancelar Atendimento Confirmado Indevido

Confirmar Atendimento

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação
Solicitar Transferência
Solicitar AIH Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



CNS / NOME

Pesquisar

Inserir o nome completo
do paciente e *pesquisar*

Lista de pacientes

CNS ▲ ▼	PACIENTE ▲ ▼	NASCIMENTO ▲ ▼	MÃE ▲ ▼	MUNICÍPIO NASC ▲ ▼
	*****	*****	*****	*****

Voltar

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência / AIH
Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



PACIENTE INTERNADO - DADOS DO LAUDO

Para continuar com a solicitação de transferência clique em Avançar.

Identificação do paciente

PACIENTE	*****	
NOME DA MÃE	*****	
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	*****	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	*****	
SEXO	*****	
NOME DO RESPONSÁVEL	*****	
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	*****	
ENDEREÇO	*****	
BAIRRO		
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
Plantonista		
MÉDICO	*****	
DDD/TELEFONE PARA CONTATO	*****	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES		

Solicitação

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	HISTÓRIA CLÍNICA - História Clínica: **** DADOS VITAIS - Pressão Arterial: **** - Frequência Cardíaca: **** - Temperatura Axilar: **** MEDICAMENTOS EM USO - Medicamentos: **** DADOS VITAIS - Pulsos: **** - Frequência Respiratória: ****
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	EVOLUÇÃO - EVOLUÇÃO: ****
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	EXAME CLÍNICO - Exame Aparelho Circulatório: **** - Exame Aparelho Respiratório: **** EXAMES COMPLEMENTARES - Outros Exames: **** - Radiografias: **** - Exames Laboratoriais: **** EXAME CLÍNICO - Outros Achados Exame Físico: ****
Causas externas	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA
CNPJ DA SEGURADORA	
NÚMERO DO BILHETE	
SÉRIE DO BILHETE	
CNPJ DA EMPRESA EMPREGADORA	
OCUPAÇÃO REDUZIDO/CBO	-
NATUREZA DA LESÃO	

Voltar

Caso deseje realizar operações na internação do paciente você pode:

[Solicitar AIH subsequente](#)

[Solicitar Transferência](#)

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência / AIH
Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



DADOS DA SOLICITAÇÃO

Informe os dados solicitados e clique em Avançar.

OBS: Os campos marcados com "*" são opcionais.

Identificação do paciente

PACIENTE	*****
NÚMERO DO PRONTUÁRIO*	<input type="text"/>
NOME DO RESPONSÁVEL	*****
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL*	<input type="text"/>
PLANO DE SAÚDE	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> NÃO INFORMADO
DOADOR DE ÓRGÃOS	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO INFORMADO

Preencher os dados clínicos
referentes a solicitação de
transferência

Médico Responsável pelo Cadastro

MÉDICO (cpf/cns)	*****	*****	...
CRM/UF	<input type="text"/>	/ MG ▼	
DDD/TELEFONE PARA CONTATO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES*	<input type="text"/>		

Solicitação

PROFISSIONAL SOLICITANTE (cpf/cns)	*****	*****	...
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0303010223	TRATAMENTO DE INFECCAO PELO N	...
COMPLEXIDADE	MEDIA COMPLEXIDADE		
TIPO DE LEITO	3 - CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL ▼		
CLÍNICA COMPLEMENTAR *	75 - UTI ADULTO - TIPO II ▼		
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	2 - URGENCIA ▼		
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	1 - RISCO DE VIDA ▼		

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL	B342	INFECCAO POR CORONAVIRUS NAO	...
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APLICA ▼
-----------------------	-----------------

Escada de Coma de Glasgow

VALOR DA ESCALA	15 ▼
-----------------	------

[Voltar](#)

[Avançar](#)

Caso deseje copiar dados do laudo você pode:

[Copiar dados do laudo](#)

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência / AIH
Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



DADOS DA SOLICITAÇÃO

Informe os dados solicitados e clique em Avançar.

OBS: Os campos marcados com "*" são opcionais.

Identificação do paciente

PACIENTE	*****
NÚMERO DO PRONTUÁRIO*	<input type="text"/>
NOME DO RESPONSÁVEL	*****
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL*	<input type="text"/> <input type="text"/>
PLANO DE SAÚDE	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> NÃO INFORMADO
DOADOR DE ÓRGÃOS	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO INFORMADO

Médico Responsável pelo Cadastro

MÉDICO (cpf/cns)	*****	*****
CRM/UF	*****	/ MG ▼
DDD/TELEFONE PARA CONTATO	**	*****
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES*	<input type="text"/>	

Preencher os dados clínicos referentes
a solicitação de transferência

Solicitação

PROFISSIONAL SOLICITANTE (cpf/cns)	*****	*****	...
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0303010223	TRATAMENTO DE INFECCAO PELO NOV	...
COMPLEXIDADE	MEDIA COMPLEXIDADE		
TIPO DE LEITO	3 - CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL		
CLÍNICA COMPLEMENTAR *	75 - UTI ADULTO - TIPO II		
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	2 - URGENCIA		
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	1 - RISCO DE VIDA		
INTERNAR NO PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO		

Marcar a opção NÃO para solicitar a transferência

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL	U071	INFEÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS	...
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL*			...
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO *			...
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS*			...

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APLICA
-----------------------	---------------

Escada de Coma de Glasgow

VALOR DA ESCALA	15
-----------------	----

Voltar

Avançar

Clicar em Avançar

Caso deseje copiar dados do laudo você pode:

[Copiar dados do laudo](#)

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência / AIH
Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



DADOS DO PROTOCOLO

Informe os dados solicitados e clique em Avançar.

OBS: Os campos marcados com "*" são opcionais.

NOME DO PACIENTE *****



Todos os campos do protocolo
devem ser preenchidos.

ADULTO - OUTROS

MEDICAMENTOS EM USO

Medicamentos

DADOS VITAIS

Pulsos

Temperatura Axilar

Frequência Cardíaca

Pressão Arterial

Frequência Respiratória

HISTÓRIA CLÍNICA

História Clínica

HISTÓRIA CLÍNICA

História Clínica	*****
------------------	-------

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO*	*****
-----------	-------

EXAMES COMPLEMENTARES

Radiografias	*****
--------------	-------

Outros Exames	*****
---------------	-------

Exames Laboratoriais	*****
----------------------	-------

EXAME CLÍNICO

Exame Aparelho Circulatório	*****
-----------------------------	-------

Outros Achados Exame Físico	*****
-----------------------------	-------

Exame Aparelho Respiratório	*****
-----------------------------	-------

Voltar

Avançar

Clicar em *Avançar*

Operação:
Solicitar Internação
Solicitar Transferência
Solicitar AIH Subsequente

Siga os passos abaixo:
Erro ao enviar mensagem de integração com a CINT-BH
Seleção do paciente
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



RESUMO DO PROTOCOLO

Informe os dados necessários e clique em Avançar.

NOME DO PACIENTE	708906713931318 - DEBORAH TATIANE DE OLIVEIRA 
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	HISTÓRIA CLÍNICA - História Clínica: ***** DADOS VITAIS - Pressão Arterial: *** - Frequência Cardíaca: *** - Temperatura Axilar: *** MEDICAMENTOS EM USO - Medicamentos: ***** DADOS VITAIS - Pulsos: *** - Frequência Respiratória: *** OUTRAS INFORMAÇÕES: <input type="text"/>
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	EVOLUÇÃO - EVOLUÇÃO: ***** OUTRAS INFORMAÇÕES: <input type="text"/>
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	EXAME CLÍNICO - Exame Aparelho Circulatório: ***** - Exame Aparelho Respiratório: ***** EXAMES COMPLEMENTARES - Outros Exames: ***** - Radiografias: ***** - Exames Laboratoriais: ***** EXAME CLÍNICO - Outros Achados Exame Físico: ***** OUTRAS INFORMAÇÕES: <input type="text"/>

Voltar

Avançar

Clicar em Avançar

Utilizar protocolo

Utilizar protocolo

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência / AIH
Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



CONFIRMAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para confirmar a solicitação de internação clique em Concluir.

Identificação do paciente

PACIENTE	*****	
NOME DA MÃE	*****	
NÚMERO DO PRONTUÁRIO		
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	*****	
SEXO	*****	
PLANO DE SAÚDE	*****	
DOADOR DE ÓRGÃOS		
NOME DO RESPONSÁVEL	*****	
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL		
ENDEREÇO	*****	
BAIRRO	*****	
ESTADO DE RESIDÊNCIA		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	*****	

Conferir as informações inseridas no laudo de transferência e clicar em *Concluir*. Para fazer alterações, clique em *Voltar*.

Médico Responsável pelo Cadastro

MÉDICO	*****
CRM/CRG	*****
DDD/TELEFONE PARA CONTATO	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	

Solicitação

NÚMERO	*****
DATA - HORA	*****

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação
Solicitar Transferência
Solicitar AIH Subsequente

Siga os passos abaixo:
Erro ao enviar mensagem de
integração com a CINT-BH
Seleção do paciente
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
**Operação finalizada com
sucesso**

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



OPERAÇÃO FINALIZADA COM SUCESSO

Anote o NÚMERO DA SOLICITAÇÃO informado pelo sistema. Para realizar uma nova solicitação de internação clique em Voltar.

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO	*****
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO - *****

Voltar

Responder pendências inseridas pelo médico regulador

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

**RESPONDER
PENDÊNCIAS DAS
SOLICITAÇÕES DE
TRANSFERÊNCIAS**

**Caso de uso:
“Acompanhar
solicitação de
internação/ Mudança
de Leito / Leito
Complementar”**

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Acesso ao sistema

Siga os passos abaixo:
Identificação do operador
Seleção de operação

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



SELEÇÃO DA OPERAÇÃO

ASSISTENCIAL

Urgência

- Consultar, Reimprimir Saiote de Autorização de AIH
- Solicitar Internação / Transferência / AIH Subsequente
- Acompanhar Solicitação de Internação / Mudança de Leito / Leito Complementar**
- Analisar / Confirmar Solicitação de Reserva de Leito

Confirmar a Chegada do Paciente

Atendimento Hospitalar

- Consultar Pacientes Internados (ES)
- Informar Evolução do Paciente
- Mudar Leito de Internação
- Alocar Leito Complementar
- Liberar Leito Complementar
- Finalizar Internação / Liberar Leito

Atendimento Ambulatorial

- Cancelar Atendimento Confirmado Indevido
- Confirmar Atendimento

ACOMPANHAMENTO

Hospitalar

- Consultar Histórico do Paciente

USUARIO: - UNIDADE:

Operação:
Acompanhar Solicitação de Internação / Mudança de Leito / Leito Complementar

Siga os passos abaixo:
Seleção da solicitação

Atalho
Acesso / Desconectar Operações



VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para alterar a solicitação de internação clique em Avançar.

[\[Histórico do Paciente\]](#)[\[Programação\]](#)[\[Protocolo\]](#)

Identificação do paciente

PACIENTE	TESTE INTERNACAO 1
NOME SOCIAL DO PACIENTE	
RAÇA/COR	
NOME DA MÃE	
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	01/02/1960 - 63 anos
SEXO	
NOME DO RESPONSÁVEL	O MESMO
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	
BAIRRO	
CEP	
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS

Ao acessar o laudo, ir até ao final da página, onde estão as ocorrências para analisá-las

Causas externas

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE 1 - NÃO SE APLICA

Pendência:

02/12/2023 20:03:34 - OPERADOR : *****

- SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS INSUFICIENTES
- PROVAS DIAGNÓSTICAS INSUFICIENTES
- JUSTIFICATIVAS INSUFICIENTES

descrever os resultados de exames laboratoriais, detalhar exame físico

Dados alterados do laudo:

Nenhum registro encontrado.

Dados alterados do protocolo:

Nenhum registro encontrado.

Evolução do paciente

DATA - HORA ▲ ▼

OPERADOR ▲ ▼

EVOLUÇÃO ▲ ▼

Nenhum registro encontrado.

Voltar

Avancar

Analisar as pendências.
Para responder, clicar
em *Avançar*

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

[Cancelar solicitação](#)

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

[Acessar ocorrências](#)

Seleção do paciente
Seleção do paciente
Verificação de óbito
Cancelamento do óbito
Dados da solicitação
Operação finalizada com sucesso
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



Identificação do paciente

PACIENTE	TESTE INTERNACAO 1
NÚMERO DO PRONTUÁRIO*	
NOME DO RESPONSÁVEL	O MESMO
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL*	
PLANO DE SAÚDE	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> NÃO INFORMADO
DOADOR DE ÓRGÃOS	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> NÃO INFORMADO

Médico Responsável pelo Cadastro

MÉDICO (opcional)		
CRM/UF		MG
DDD/TELEFONE PARA CONTATO	*****	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES*		

Solicitação

PROFISSIONAL SOLICITANTE (opcional)	****	*****
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA
COMPLEXIDADE	MEDIA COMPLEXIDADE	
CLÍNICA	3 - CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL	
CLÍNICA COMPLEMENTAR*		
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	2 - URGENCIA	
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	1 - RISCO DE VIDA	
INTERNAR NO PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	
PACIENTE POSSIVELMENTE ELEGIVEL PARA LEITO DE TRANSIÇÃO?	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	

Justificativa da Internação

DIAGNÓSTICO INICIAL	R10	DOR ABDOMINAL E PÉLVICA
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL*		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO*		
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS*		

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APLICA
-----------------------	---------------

Escala de Coma de Glasgow

VALOR DA ESCALA	15
-----------------	----

Voltar

Avançar

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



As informações do laudo vem pré-carregadas, e é possível editá-las, de acordo com a pendência. É obrigatório preencher o médico responsável pelo cadastro. Responder preenchendo as informações necessárias, de acordo com a pendência e clicar em *Avançar*



SAÚDE



EVOLUÇÃO*	<input type="text" value="teste"/>		
EXAMES COMPLEMENTARES			
Radiografias	<input type="text" value="teste"/>		
Outros Exames	<input type="text" value="teste"/>		
Exames Laboratoriais	<input type="text" value="teste"/>		
EXAME CLÍNICO			
Exame Aparelho Circulatório	<input type="text" value="teste"/>		
Outros Achados Exame Físico	<input type="text" value="teste"/>		
Exame Aparelho Respiratório	<input type="text" value="teste"/>		

As informações do laudo
vem pré-carregadas.
Responder editando as
informações necessárias, de
acordo com a pendência e
clique em *Avançar*

Voltar

Avançar

EVOLUÇÃO*	<input type="text" value="teste"/>		
EXAMES COMPLEMENTARES			
Radiografias	<input type="text" value="demonstra perfuração de alça intestinal"/>		
Outros Exames	<input type="text" value="teste"/>		
Exames Laboratoriais	<input type="text" value="HMG alterado"/>		
EXAME CLÍNICO			
Exame Aparelho Circulatório	<input type="text" value="teste"/>		
Outros Achados Exame Físico	<input type="text" value="Sinal de Blumberg +; Náusea; Vômitos"/>		
Exame Aparelho Respiratório	<input type="text" value="teste"/>		

Editar as informações, de acordo com a pendência e clicar em *Avançar*

Voltar

Avançar

CONDIÇÕES QUE
JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO

- EVOLUÇÃO
 - EVOLUÇÃO: teste

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Caso não tenha outra
edição a realizar, clicar em
Avançar

PRINCIPAIS RESULTADOS
DE PROVAS
DIAGNÓSTICAS

- EXAME CLÍNICO
 - Outros Achados Exame Físico: Sinal de Blumberg +; Náusea; Vômitos
 - Exame Aparelho Respiratório: teste
- EXAMES COMPLEMENTARES
 - Radiografias: demonstra perfuração de alça intestinal
 - Outros Exames: teste
 - Exames Laboratoriais: HMG alterado
- EXAME CLÍNICO
 - Exame Aparelho Circulatório: teste

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Voltar

Avançar

Utilizar protocolo

[Utilizar protocolo](#)

	<ul style="list-style-type: none"> Pressão Arterial: 10 Frequência Respiratória: 10
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> EVOLUÇÃO <ul style="list-style-type: none"> EVOLUÇÃO: teste
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> EXAME CLÍNICO <ul style="list-style-type: none"> Outros Achados Exame Físico: Sinal de Blumberg +; Náusea; Vômitos Exame Aparelho Respiratório: teste EXAMES COMPLEMENTARES <ul style="list-style-type: none"> Radiografias: demonstra perfuração de alça intestinal Outros Exames: teste Exames Laboratoriais: HMG alterado EXAME CLÍNICO <ul style="list-style-type: none"> Exame Aparelho Circulatório: teste
HEMOGRAMA COMPLETO	
Causas externas	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APLICA
Escada de Coma de Glasgow	
VALOR DA ESCALA	15

Conferir as informações inseridas e clicar em *Concluir*

Voltar
Concluir

Informar a evolução do paciente

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

REALIZAR A EVOLUÇÃO MÉDICA DO PACIENTE

Caso o laudo fique o período de 72 horas sem nenhuma evolução clínica registrada pela origem ou sem resposta às pendências interpostas pela Central de Regulação, o laudo é cancelado automaticamente

Caso de uso:
“Informar a
evolução do
paciente”

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Acesso ao sistema

Siga os passos abaixo:
Identificação do operador
Seleção de operação

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



SELEÇÃO DA OPERAÇÃO

ASSISTENCIAL

Urgência

- Consultar, Reimprimir Saiote de Autorização de AIH
- Solicitar Internação / Transferência / AIH Subsequente
- Acompanhar Solicitação de Internação / Mudança de Leito / Leito Complementar
- Analisar / Confirmar Solicitação de Reserva de Leito
- Confirmar a Chegada do Paciente

Atendimento Hospitalar

- Consultar Pacientes Internados (ES)
- Informar Evolução do Paciente**
- Mudar Leito de Internação
- Alocar Leito Complementar
- Liberar Leito Complementar
- Finalizar Internação / Liberar Leito

Atendimento Ambulatorial

- Cancelar Atendimento Confirmado Indevido
- Confirmar Atendimento

ACOMPANHAMENTO

Hospitalar

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Informar Evolução do Paciente

Siga os passos abaixo:

Identificação do laudo

Seleção do paciente

Complementação dos dados do laudo

Confirmação dos dados do laudo

Operação finalizada com sucesso

Atalho

Acesso / Desconectar

Operações



IDENTIFICAÇÃO DO LAUDO

Informe um dos dados solicitados e clique em Avançar.

NOME DO PACIENTE

Pesquisar

Inserir o nome completo do paciente e *Pesquisar*

Lista de paciente

NOME ▲ ▼	DATA DE NASCIMENTO ▲ ▼	NOME DA MÃE ▲ ▼	MUN. DE NASCIMENTO ▲ ▼	MUN. DE RESIDENCIA ▲ ▼
*****	*****	*****	*****	*****

Primeira Anterior 1 de 1 Próxima Última

Voltar

Selecionar o paciente ao qual deseja informar a evolução

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Informar Evolução do Paciente

Siga os passos abaixo:
Identificação do laudo
Seleção do paciente
Complementação dos dados do laudo
Confirmação dos dados do laudo
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



COMPLEMENTAÇÃO DOS DADOS

Informe os dados necessários e clique em Avançar.

NÚMERO DO LAUDO	*****
PACIENTE	*****

Dados atuais

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	HISTÓRIA CLÍNICA - História Clínica: ***** DADOS VITAIS - Pressão Arterial: *** - Frequência Cardíaca: *** - Frequência Respiratória: *** MEDICAMENTOS EM USO - Medicamentos: *** - Dor Torácica: *** - Febre: *** - Tosse: *** - Uso de Oxigênio: ***
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	EVOLUÇÃO - EVOLUÇÃO: ***

PRINCIPAIS RESULTADOS
DE PROVAS
DIAGNÓSTICAS

EXAME CLÍNICO
- Exame Aparelho Circulatório: ****
- Exame Aparelho Respiratório: ****
EXAMES COMPLEMENTARES
- Outros Exames: ****
- Radiografias: ****
- Exames Laboratoriais: ****
EXAME CLÍNICO
- Outros Achados Exame Físico: ****

Médico Responsável pela Evolução

MÉDICO (CPF / CNS)

TELEFONE PARA CONTATO (xx) xxxx-xxxx

** *****

CRM DO MÉDICO

***** / MG ▼

Evolução

EVOLUÇÃO MÉDICA

Escala de Coma de Glasgow

VALOR DA ESCALA

Digitar a evolução
clínica do paciente

Voltar

Avançar

USUARIO: - UNIDADE:

Operação:
Informar Evolução do Paciente

Siga os passos abaixo:
Identificação do laudo
Seleção do paciente
Complementação dos dados do laudo
Confirmação dos dados do laudo
Operação finalizada com sucesso

Atalho
[Acesso / Desconectar](#)
[Operações](#)



CONFIRMAÇÃO DOS DADOS DO LAUDO

Para confirmar a alteração dos dados do laudo clique em Concluir.

NÚMERO DO LAUDO	*****
PACIENTE	*****
EVOLUÇÃO	TESTE
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	EMERGÊNCIA
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15
MÉDICO RESPONSÁVEL	<input type="text"/>
CRM DO MÉDICO RESPONSÁVEL	<input type="text"/> /MG
TELEFONE DO MÉDICO RESPONSÁVEL	(35) 35-3535

[Voltar](#)

[Concluir](#)

Clicar em Concluir. Se tiver que corrigir alguma informação, clicar em voltar.

USUARIO: - UNIDADE:

Operação:
Informar Evolução do Paciente

Siga os passos abaixo:

Identificação do laudo
Seleção do paciente
Complementação dos dados do laudo
Confirmação dos dados do laudo
Operação finalizada com sucesso

Atalho

Acesso / Desconectar
Operações



OPERAÇÃO FINALIZADA COM SUCESSO

Para realizar uma nova operação nos dados de um laudo clique em Voltar.

Voltar

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

TORNAR REAL
O SUS IDEAL



Durante o processo regulatório, a Central de Regulação avalia e regula as solicitações de internação cadastradas pela origem, as quais podem seguir um dos fluxos:

A) CENTRAL MACRORREGIONAL DE REGULAÇÃO RESERVA O LEITO NO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE;

B) CENTRAL MACRORREGIONAL DE REGULAÇÃO RESERVA O LEITO EM OUTRO ESTABELECIMENTO (DIFERENTE DO SOLICITANTE).

Observação: Durante a solicitação de internação, é possível ao solicitante indicar se a internação pode se dar na própria origem ou se seria uma solicitação de transferência (ver item “Internar no próprio estabelecimento – sim/não” que encontra-se no slide 19 desta apresentação).

A) CENTRAL MACRORREGIONAL DE REGULAÇÃO REGULA A SOLICITAÇÃO E RESERVA O LEITO NO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

**ACEITAR A
INTERNAÇÃO NO
PRÓPRIO
ESTABELECIMENTO**

**Caso de uso:
“Acompanhar solicitação
de internação/ mudança
de leito / leito
complementar”**

**Situação do laudo:
SOLICITAÇÃO COM
INTERNAÇÃO
PERMITIDA**

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Acesso ao sistema

Siga os passos abaixo:
Identificação do operador
Seleção de operação

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



SELEÇÃO DA OPERAÇÃO

ASSISTENCIAL

Urgência

- Consultar, Reimprimir Saiote de Autorização de AIH
- Solicitar Internação / Transferência / AIH Subsequente
- Acompanhar Solicitação de Internação / Mudança de Leito / Leito Complementar**
- Analisar / Confirmar Solicitação de Reserva de Leito

Confirmar a Chegada do Paciente

Atendimento Hospitalar

- Consultar Pacientes Internados (ES)
- Informar Evolução do Paciente
- Mudar Leito de Internação
- Alocar Leito Complementar
- Liberar Leito Complementar
- Finalizar Internação / Liberar Leito

Atendimento Ambulatorial

- Cancelar Atendimento Confirmado Indevido
- Confirmar Atendimento

ACOMPANHAMENTO

Hospitalar

- Consultar Histórico do Paciente

Operação:
Acompanhar Solicitação de Internação / Mudança de Leito / Leito Complementar

Siga os passos abaixo:
Seleção da solicitação

Atalho
Acesso / Desconectar Operações



CONFIRMAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Para confirmar a internação do paciente clique em Concluir.

[Histórico do Paciente][Programação][Protocolo]

Identificação do paciente

PACIENTE	TUTORIAL ATUALIZACAO 
NOME SOCIAL DO PACIENTE	TUTORIAL ATUALIZACAO
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CPF/CNS	ACIDENTE GRAVE
IDENTIDADE DE GÊNERO	OUTROS
ORIENTAÇÃO SEXUAL	OUTROS
POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS	INDÍGENAS
RAÇA/COR	INDÍGENA
ETNIA	KARAJÁ
NOME DA MÃE	MAE
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	05/04/2000 - 23 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	ELE
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	RUA XXX, Nº 1
BAIRRO	CENTRO
CEP	
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CEP	PESSOA INCONSCIENTE SEM ACOMPANHANTE
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	ITAJUBA

Plantonista

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	HISTÓRIA CLÍNICA - História Clínica: **** DADOS VITAIS - Pressão Arterial: **** - Frequência Cardíaca: **** - Temperatura Axilar: **** MEDICAMENTOS EM USO - Medicamentos: **** DADOS VITAIS - Pulsos: **** - Frequência Respiratória: ****
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	EVOLUÇÃO - EVOLUÇÃO: ****
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	EXAME CLÍNICO - Exame Aparelho Circulatório: **** - Exame Aparelho Respiratório: **** EXAMES COMPLEMENTARES - Outros Exames: **** - Radiografias: **** - Exames Laboratoriais: **** EXAME CLÍNICO - Outros Achados Exame Físico: ****
HEMOGRAMA COMPLETO	
Causas externas	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA
Evolução do paciente	
DATA - HORA ▲ ▼	OPERADOR ▲ ▼
Evolução do paciente	
Nenhum registro encontrado.	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> Voltar Concluir <div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-left: 20px;"> <p style="text-align: center; color: red;">Conferir o laudo e clicar em <i>Concluir</i></p> </div> </div>	
<p>Caso deseje cancelar solicitação de internação você pode: Cancelar solicitação</p> <p>Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode: Acessar ocorrências</p>	

Ao concluir, o estabelecimento solicitante estará confirmando a internação nele mesmo.

B) CENTRAL MACRORREGIONAL DE REGULAÇÃO REGULA A SOLICITAÇÃO E RESERVA O LEITO EM OUTRO ESTABELECIMENTO

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Sobre o fluxo

A solicitação de reserva de leito chega ao estabelecimento de destino através do caso de uso “Analisar/confirmar solicitação de reserva de leito”. Este caso de uso (ou link) está disponível para os estabelecimentos de origem, os quais podem ser o destino de outros usuários.

Quando o estabelecimento de destino aceita a reserva de leito feita pela Central de Regulação, o estabelecimento de origem e a Central de Regulação recebem um aviso, via pop-up de gerenciador de aviso, em suas telas de que foi aceita a reserva de leito para o paciente.

Sobre o fluxo

É possível ao estabelecimento de destino **negar a reserva de leito**. Ao negar uma reserva realizada pela Central de Regulação, o estabelecimento de destino deve justificar o motivo.

Caso a Central de Regulação acate o motivo apontado, ela buscará outro estabelecimento para fornecer os recursos necessários à assistência do usuário.

Em situações específicas, o regulador pode encaminhar a solicitação de internação em “**vaga zero**”, sem confirmação de reserva de leito. Caso seja utilizada esta estratégia, o destino não necessitará confirmar a reserva de leito e a origem receberá um aviso, via pop-up, para proceder o registro da saída do usuário do estabelecimento.

Sobre o fluxo

Após a **confirmação da reserva do leito** pelo estabelecimento executor, o estabelecimento de **origem é informado** por meio de gerenciador de avisos na tela, bem como é possível consultar o novo status do laudo do paciente em “Acompanhar solicitação de internação/mudança de leito/ leito complementar”. O **paciente deve ser preparado** para a transferência e a **saída deve ser registrada pela origem no SUSfácilMG**. A equipe da Central de Regulação acompanha virtualmente a transferência do paciente, verificando quando o estabelecimento de origem **registra a saída do paciente** e o **estabelecimento de destino confirma sua chegada**.

**REGISTRAR A SAÍDA
DO PACIENTE PARA
SER TRANSFERIDO
PARA OUTRO
ESTABELECIMENTO**

**Caso de uso:
“Acompanhar solicitação
de internação/ mudança
de leito / leito
complementar”**

**Situação do laudo:
SOLICITAÇÃO COM
TRANSFERÊNCIA
PERMITIDA**

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Acesso ao sistema

Siga os passos abaixo:
Identificação do operador
Seleção de operação

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



SELEÇÃO DA OPERAÇÃO

ASSISTENCIAL

Urgência

- Consultar, Reimprimir Saíote de Autorização de AIH
- Solicitar Internação / Transferência / AIH Subsequente
- Acompanhar Solicitação de Internação / Mudança de Leito / Leito Complementar**
- Analisar / Confirmar Solicitação de Reserva de Leito

Confirmar a Chegada do Paciente

Atendimento Hospitalar

- Consultar Pacientes Internados (ES)
- Informar Evolução do Paciente
- Mudar Leito de Internação
- Alocar Leito Complementar
- Liberar Leito Complementar
- Finalizar Internação / Liberar Leito

Atendimento Ambulatorial

- Cancelar Atendimento Confirmado Indevido
- Confirmar Atendimento

ACOMPANHAMENTO

Hospitalar

Consultar Histórico do Paciente

Operação:
Acompanhar Solicitação de Internação / Mudança de Leito / Leito Complementar

Siga os passos abaixo:
Seleção da solicitação

Atalho
Acesso / Desconectar Operações


CHAT


INFORMAÇÕES


SUPORTE

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para continuar transferência e confirmar saída do paciente clique em Avançar.

Identificação do paciente

PACIENTE	TUTORIAL ATUALIZACAO 
NOME SOCIAL DO PACIENTE	TUTORIAL ATUALIZACAO
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CPF/CNS	ACIDENTE GRAVE
IDENTIDADE DE GÊNERO	OUTROS
ORIENTAÇÃO SEXUAL	OUTROS
POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS	INDÍGENAS
RAÇA/COR	INDÍGENA
ETNIA	KARAJÁ
NOME DA MÃE	MAE
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	05/04/2000 - 23 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	ELE
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	RUA XXX, Nº 1
BAIRRO	CENTRO
CEP	
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CEP	PESSOA INCONSCIENTE SEM ACOMPANHANTE
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	ITAJUBA

Diantoniata

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA
- História Clínica: ****
DADOS VITAIS
- Pressão Arterial: ****
- Frequência Cardíaca: ****
- Temperatura Axilar: ****
MEDICAMENTOS EM USO
- Medicamentos: ****
DADOS VITAIS
- Pulsos: ****
- Frequência Respiratória: ****

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EVOLUÇÃO
- EVOLUÇÃO: ****

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

EXAME CLÍNICO
- Exame Aparelho Circulatório: ****
- Exame Aparelho Respiratório: ****
EXAMES COMPLEMENTARES
- Outros Exames: ****
- Radiografias: ****
- Exames Laboratoriais: ****
EXAME CLÍNICO
- Outros Achados Exame Físico: ****

HEMOGRAMA COMPLETO

Causas externas

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA

Evolução do paciente

DATA - HORA ▲ ▼

OPERADOR ▲ ▼

EVOLUÇÃO ▲ ▼

Nenhum registro encontrado.

Voltar

Concluir

Conferir o laudo e clicar em Concluir

Caso deseje cancelar solicitação de internação você pode:

[Cancelar solicitação](#)

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

[Acessar ocorrências](#)

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação / Mudança de Leito /
Leito Complementar

Siga os passos abaixo:
Seleção da solicitação

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



REGISTRO DE TRANSFERÊNCIA

Informe a data e a hora da saída do paciente e clique em Avançar.

DATA DA SAÍDA (dd/mm/aaaa)
HORA DA SAÍDA (hh:mm)

Voltar

Avançar

Inserir dados de data e hora da
saída do paciente e clicar em
Avançar

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação / Mudança de Leito /
Leito Complementar

Siga os passos abaixo:
Seleção da solicitação

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



CONFIRMAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Para confirmar a transferência do paciente clique em Concluir.

Identificação do paciente

PACIENTE	*****	
NOME DA MÃE	*****	
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	*****	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	*****	
SEXO	*****	
NOME DO RESPONSÁVEL	*****	
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	*****	
ENDEREÇO	*****	
BAIRRO	*****	
ESTADO DE RESIDÊNCIA	*****	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	*****	
Plantonista		
MÉDICO	*****	
DDD/TELEFONE PARA CONTATO	*****	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	*****	

Solicitação

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	HISTÓRIA CLÍNICA - História Clínica: **** DADOS VITAIS - Pressão Arterial: **** - Frequência Cardíaca: **** - Temperatura Axilar: **** MEDICAMENTOS EM USO - Medicamentos: **** DADOS VITAIS - Pulsos: **** - Frequência Respiratória: ****	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	EVOLUÇÃO - EVOLUÇÃO: ****	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	EXAME CLÍNICO - Exame Aparelho Circulatório: **** - Exame Aparelho Respiratório: **** EXAMES COMPLEMENTARES - Outros Exames: **** - Radiografias: **** - Exames Laboratoriais: **** EXAME CLÍNICO - Outros Achados Exame Físico: ****	
HEMOGRAMA COMPLETO		
Causas externas		
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA	
Reserva		
DATA - HORA	*****	
DATA - HORA DA SAÍDA	*****	
MUNICÍPIO	*****	
ESTABELECIMENTO	*****	
TIPO DE LEITO	33 - CLINICOS - CLINICA GERAL	
CLÍNICA COMPLEMENTAR		
LEITO	MISTO	
Evolução do paciente		
DATA - HORA ▲ ▼	OPERADOR ▲ ▼	EVOLUÇÃO ▲ ▼
Nenhum registro encontrado.		

Voltar

Concluir



USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação / Mudança de Leito /
Leito Complementar

Siga os passos abaixo:
Seleção da solicitação

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



OPERAÇÃO FINALIZADA COM SUCESSO

Para retornar a lista de situações das solicitações clique em Voltar.

Voltar

Observa-se que ao final do laudo em que vai registrar a saída é possível **cancelar a solicitação** caso tenha ocorrido alguma intercorrência entre a solicitação e a reserva de leito (como, por exemplo, evasão, mudança de conduta do médico assistente, declaração do paciente que não quer ser internado ou seja, **se por algum motivo a solicitação de internação não seja mais pertinente**). O sistema solicitará o motivo do cancelamento da solicitação e, caso seja concluído, a Central de Regulação receberá um aviso que a solicitação foi cancelada pelo estabelecimento de origem e a reserva de leito para o usuário será cancelada.

HEMOGRAMA COMPLETO	
Causas externas	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA
Evolução do paciente	
DATA - HORA	
Nenhum registro encontrado.	
Voltar	Concluir

Caso deseje cancelar solicitação de internação você pode:
[Cancelar solicitação](#)

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:
[Acessar ocorrências](#)

Solicitar AIH subsequente

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

**SOLICITAR AIH
SUBSEQUENTE PARA
OS PACIENTES
INTERNADOS,
QUANDO NECESSÁRIO**

**Caso de uso:
“Solicitação de
Internação /
Transferência / AIH
Subsequente”**

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Acesso ao sistema

Siga os passos abaixo:
Identificação do operador
Seleção de operação

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



SELEÇÃO DA OPERAÇÃO

ASSISTENCIAL

Urgência

Consultar, Reimprimir Saiote de Autorização de AIH

Solicitar Internação / Transferência / AIH Subsequente

Acompanhar Solicitação de Internação / Mudança de Leito / Leito Complementar

Analisar / Confirmar Solicitação de Reserva de Leito

Confirmar a Chegada do Paciente

Atendimento Hospitalar

Consultar Pacientes Internados (ES)

Informar Evolução do Paciente

Mudar Leito de Internação

Alocar Leito Complementar

Liberar Leito Complementar

Finalizar Internação / Liberar Leito

Atendimento Ambulatorial

Cancelar Atendimento Confirmado Indevido

Confirmar Atendimento

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação
Solicitar Transferência
Solicitar AIH Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



CNS / NOME

Pesquisar

Inserir o nome completo
do paciente e *pesquisar*

Lista de pacientes

CNS ▲ ▼	PACIENTE ▲ ▼	NASCIMENTO ▲ ▼	MÃE ▲ ▼	MUNICÍPIO NASC ▲ ▼
	*****	*****	*****	*****

Voltar

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência / AIH
Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



PACIENTE INTERNADO - DADOS DO LAUDO

Para continuar com a solicitação de transferência clique em Avançar.

Identificação do paciente

PACIENTE	*****	
NOME DA MÃE	*****	
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	*****	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	*****	
SEXO	*****	
NOME DO RESPONSÁVEL	*****	
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	*****	
ENDEREÇO	*****	
BAIRRO		
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
Plantonista		
MÉDICO	*****	
DDD/TELEFONE PARA CONTATO	*****	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES		

Solicitação

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	HISTÓRIA CLÍNICA - História Clínica: **** DADOS VITAIS - Pressão Arterial: **** - Frequência Cardíaca: **** - Temperatura Axilar: **** MEDICAMENTOS EM USO - Medicamentos: **** DADOS VITAIS - Pulsos: **** - Frequência Respiratória: ****
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	EVOLUÇÃO - EVOLUÇÃO: ****
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	EXAME CLÍNICO - Exame Aparelho Circulatório: **** - Exame Aparelho Respiratório: **** EXAMES COMPLEMENTARES - Outros Exames: **** - Radiografias: **** - Exames Laboratoriais: **** EXAME CLÍNICO - Outros Achados Exame Físico: ****
Causas externas	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA
CNPJ DA SEGURADORA	
NÚMERO DO BILHETE	
SÉRIE DO BILHETE	
CNPJ DA EMPRESA EMPREGADORA	
OCUPAÇÃO REDUZIDO/CBO	-
NATUREZA DA LESÃO	

[Voltar](#)

Caso deseje realizar operações na internação do paciente você pode:

[Solicitar AIH subsequente](#)

[Solicitar Transferência](#)

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência / AIH
Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



SOLICITAÇÃO DE AIH SUBSEQÜENTE

Para continuar com a solicitação de AIH Subseqüente, clique em Avançar.

OBS: Os campos marcados com "*" são opcionais.

Identificação do paciente

PACIENTE	*****	
NÚMERO DO PRONTUÁRIO*	<input type="text"/>	
NOME DO RESPONSÁVEL	<input type="text"/>	
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plantonista		
MÉDICO (cpf/cns)	<input type="text"/>	<input type="text"/> ...
CRM/UF	<input type="text"/>	/ MG ▼
DDD/TELEFONE PARA CONTATO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES*	<input type="text"/>	

Solicitação

PROFISSIONAL SOLICITANTE (cpf/cns)	<input type="text"/>	<input type="text"/> ;	...
PROCEDIMENTO SOLICITADO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	...

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES*

Solicitação

PROFISSIONAL SOLICITANTE (cpf/cns)

 ...

PROCEDIMENTO SOLICITADO

 ...

COMPLEXIDADE

PROCEDIMENTO REALIZADO*

 ...

TIPO DE LEITO

CLÍNICA COMPLEMENTAR *

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

 ...

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL*

 ...

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO *

 ...

DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS*

 ...

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

Escada de Coma de Glasgow

VALOR DA ESCALA

Voltar

Avançar

USUARIO: operador.tutorial

Operação:

Solicitar Internação /
Transferência / AIH
Subsequente

Siga os passos abaixo:

Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho

Acesso / Desconectar
Operações



DADOS DO PROTOCOLO

Informe os dados solicitados e clique em Avançar.

OBS: Os campos marcados com "*" são opcionais.

NOME DO PACIENTE



**Todos os campos do protocolo
devem ser preenchidos.**

PNEUMONIA EM ADULTO

MEDICAMENTOS EM USO

Medicamentos

SINAIS / SINTOMAS

Dispnéia

Dor Torácica

Sim Não

Típica ▼

Chieira

Tosse

Sim Não

Uso de Oxigênio

Sim Não

Catéter ▼

Alteração Consciência

Sim Não

Sonolência ▼

HISTÓRIA CLÍNICA

História Clínica

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO*

EXAMES COMPLEMENTARES

Radiografias

Outros Exames

Exames Laboratoriais

EXAME CLÍNICO

Exame Aparelho Circulatório

Outros Achados Exame Físico

Exame Aparelho Respiratório

Voltar

Avançar

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência / AIH
Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



RESUMO DO PROTOCOLO

Informe os dados necessários e clique em Avançar.

NOME DO PACIENTE



PRINCIPAIS SINAIS
E SINTOMAS CLÍNICOS

SINAIS / SINTOMAS
- Derrame Pleural: *
DADOS VITAIS
- TEMPERATURA AXILAR: ***
SINAIS / SINTOMAS
- Dor Torácica: SIM (Típica)
- Febre: NÃO
- Tosse: SIM
- Uso de Oxigênio: SIM (Catéter)
DADOS VITAIS
- Pressão Arterial: ***
- Frequência Cardíaca: ***
HISTÓRIA CLÍNICA
- História Clínica: *****
SINAIS / SINTOMAS
- Alteração Consciência: NÃO
- Cheira: ***
DADOS VITAIS
- Frequência Respiratória: ***
MEDICAMENTOS EM USO
- Medicamentos: *****
DADOS VITAIS
- Pulsos: ***
- Temperatura Axilar: ***
SINAIS / SINTOMAS
- Dispnéia: ***

Conferir os dados clínicos do
protocolo. Para fazer correções,
clique em Voltar.

USUARIO:

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência / AIH
Subsequente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



CONFIRMAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para confirmar a solicitação de internação clique em Concluir.

Identificação do paciente

PACIENTE	*****
NOME DA MÃE	*****
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	*****
SEXO	*****
PLANO DE SAÚDE	*****
DOADOR DE ÓRGÃOS	*****
NOME DO RESPONSÁVEL	*****
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	*****
ENDEREÇO	*****
BAIRRO	
ESTADO DE RESIDÊNCIA	*****
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	*****
Médico Responsável pelo Cadastro	
MÉDICO	*****

	SINAIS / SINTOMAS - Alteração Consciência: NÃO - Cheira: *** DADOS VITAIS - Frequência Respiratória: *** MEDICAMENTOS EM USO - Medicamentos: ***** DADOS VITAIS - Pulsos: *** - Temperatura Axilar: *** SINAIS / SINTOMAS - Dispneia: *** *****
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	EVOLUÇÃO - EVOLUÇÃO: ***** *****
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	EXAME CLÍNICO - Exame Aparelho Circulatório: ***** - Exame Aparelho Respiratório: ***** EXAMES COMPLEMENTARES - Outros Exames: ***** - Radiografias: ***** - Exames Laboratoriais: ***** EXAME CLÍNICO - Outros Achados Exame Físico: ***** *****
HEMOGRAMA COMPLETO	
Causas externas	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APLICA
Escada de Coma de Glasgow	
VALOR DA ESCALA	15

Voltar

Concluir

Se todas as informações estiverem corretas, Concluir a solicitação.

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Solicitar Internação /
Transferência / AIH
Subsequente

Siga os passos abaixo:

Seleção do paciente
Dados da solicitação
Resumo do protocolo
Confirmação da solicitação
Operação finalizada com sucesso

Atalho

Acesso / Desconectar
Operações



OPERAÇÃO FINALIZADA COM SUCESSO

Anote o NÚMERO DA SOLICITAÇÃO informado pelo sistema. Para realizar uma nova solicitação de internação clique em Voltar.

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO SUBSEQUENTE	*****
NÚMERO DA SOLICITAÇÃO ANTERIOR	*****
MUNICÍPIO EXECUTOR	*****

Voltar

Alterar cadastro do paciente

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

**UTILIZAR QUANDO
NECESSÁRIO ALTERAR
OS DADOS DO
PACIENTE, COMO, POR
EXEMPLO, ENDEREÇO,
TELEFONE**

**Caso de uso:
“Gerenciar cadastro
de paciente”**

Informar Evolução do Paciente
Mudar Leito de Internação
Alocar Leito Complementar
Liberar Leito Complementar
Finalizar Internação / Liberar Leito

ACOMPANHAMENTO

Hospitalar

Consultar Histórico do Paciente no Estabelecimento

Leitos

Consultar Pacientes Internados

Relatórios

Consultar Relatórios

Operacional

Consultar Painel de Controle

Consultar Tabelas

Avisos e Ocorrências

Gerenciar Ocorrências

Programação

Consultar PPI por Origem

ADMINISTRATIVO

Segurança

Modificar Senha de Acesso

Manutenção de Cadastro

Gerenciar Cadastro de Paciente

APOIO

Ajuda

Consulta de Perguntas e Respostas

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Gerenciar Cadastro de Paciente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Visualização dos dados do paciente

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



SELEÇÃO DO PACIENTE

1. Informe um dos dados solicitados e clique em Pesquisar.
2. Clique no nome do paciente desejado para continuar.

Informar maior
quantidade de dados
possíveis.

CNS/NOME	<input type="text"/>
NOME DA MÃE	<input type="text"/>
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO	<input type="text"/>
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	<input type="text"/>
DATA DE NASCIMENTO	<input type="text"/>
<input type="button" value="Pesquisar"/>	

Lista de pacientes

NOME ▲ ▼	DATA DE NASCIMENTO ▲ ▼	NOME DA MÃE ▲ ▼	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO ▲ ▼	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ▲ ▼
Nenhum registro encontrado.				

USUARIO: operador.tutorial

Operação:
Gerenciar Cadastro de Paciente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Visualização dos dados do paciente

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



SELEÇÃO DO PACIENTE

1. Informe um dos dados solicitados e clique em Pesquisar.
2. Clique no nome do paciente desejado para continuar.

CNS/NOME	*****		
NOME DA MÃE	*****		
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO	310620	BELO HORIZONTE	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	310620	BELO HORIZONTE	
DATA DE NASCIMENTO	*****	[Calendar Icon]	
Pesquisar			

Quanto mais dados
fornecidos, maiores chances
de encontrar o paciente
correto

Lista de pacientes

NOME ▲ ▼	DATA DE NASCIMENTO ▲ ▼	NOME DA MÃE ▲ ▼	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO ▲ ▼	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ▲ ▼
*****	*****	*****	BELO HORIZONTE	BELO HORIZONTE

Clicar sobre o nome do paciente
que estará em destaque

Voltar

Operação:
Gerenciar Cadastro de Paciente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Visualização dos dados do paciente

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



ALTERAR CADASTRO COMPLETO

Altere os dados desejados e clique em Avançar para confirmar a operação.

OBS: Os campos marcados com "*" são opcionais.

Dados pessoais

CPF	<input type="text"/>
CNS	<input type="text"/>
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CPF/CNS	ACIDENTE GRAVE
NOME	TUTORIAL ATUALIZACAO
NOME SOCIAL DO PACIENTE*	TUTORIAL ATUALIZACAO
DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
IDENTIDADE DE GÊNERO	OUTROS
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
ORIENTAÇÃO SEXUAL	OUTROS
PERTENCE A POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS?	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS	INDÍGENAS
RAÇA/COR	INDÍGENA
ETNIA	KARAJÁ
NOME DO PAI*	PAI
NOME MAE	MAE
DATA DE NASCIMENTO	05/04/2000
SEXO	MASCULINO

Nascimento

PAÍS	AFRICA DO SUL
ESTADO	* ESTADO ESTRAN
MUNICÍPIO	980000 MUNICÍPIO ESTRANGEIRO

Residência

LOGRADOURO	RUA XXX
NUMERO	1
COMPLEMENTO*	
BAIRRO	CENTRO
ESTADO	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO	313240 ITAJUBA
CEP*	
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CEP	PESSOA INCONSCIENTE SEM ACOMPANHANTE

Contato

DDD/TELEFONE* (XX) XXXX-XXXX	33 33333333
DDD/CELULAR* (XX) XXXX-XXXX	
E-MAIL*	

Voltar Avançar

Alterar os dados desejados e clicar em Avançar.

Operação:
Gerenciar Cadastro de Paciente

Siga os passos abaixo:
Seleção do paciente
Visualização dos dados do paciente

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações



CONFIRMAÇÃO DO CADASTRO

Clique em Concluir para confirmar a alteração.

Dados pessoais

CPF	
CNS	
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CPF/CNS	ACIDENTE GRAVE
NOME	TUTORIAL ATUALIZACAO
NOME SOCIAL	TUTORIAL ATUALIZACAO
IDENTIDADE DE GÊNERO	OUTROS
ORIENTAÇÃO SEXUAL	OUTROS
RAÇA/COR	INDÍGENA
ETNIA	KARAJÁ
NOME DO PAI	PAI
NOME DA MÃE	MAE
DATA DE NASCIMENTO	05/04/2000
SEXO	MASCULINO
Nascimento	
PAÍS	AFRICA DO SUL
ESTADO	* ESTADO ESTRANGEIRO
MUNICÍPIO	980000 - MUNICIPIO ESTRANGEIRO
Endereço	
LOGRADOURO	RUA XXX
NÚMERO	1
COMPLEMENTO	
BAIRRO	CENTRO
CEP	
JUSTIFICAR O NÃO PREENCHIMENTO DO CEP	PESSOA INCONSCIENTE SEM ACOMPANHANTE
ESTADO	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO	313240 - ITAJUBA
Contato	
DDD/TELEFONE (xx) xxxx-xxxx	(33) 33333333
DDD/CELULAR (xx)xxxx-xxxx	
E-MAIL	

Confirmar os
dados alterados e
Concluir.

Voltar

Concluir

EU CONTRIBUO PARA
TORNAR
REAL
O SUS
IDEAL

**DIRETORIA DE REGULAÇÃO DO ACESSO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO
ASSISTENCIAL**

**SUBSECRETARIA DE ACESSO A SERVIÇOS
DE SAÚDE**

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE
MINAS GERAIS**

Contato: draue@saude.mg.gov.br

OBRIGADO!

**TORNAR REAL
O SUS IDEAL**



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.