



EXAME POLISSONOGRAFIA

- () **Cópia do cartão SUS de Goiânia;**
- () **Cópia dos documentos pessoais do paciente (RG e CPF) – se a abertura do processo for feita por um responsável e não pelo requerente, necessário anexar cópia do RG do responsável;**
- () **Cópia do comprovante de endereço (Água, Luz ou Telefone Fixo com validade até 90 dias à abertura do processo) – caso o comprovante de endereço esteja no nome do cônjuge, anexar cópia da certidão de casamento;**
- () **Pedido médico original em formulário APAC do SUS com consulta regulada – contendo nome e carimbo do estabelecimento solicitante, código da polissonografia (02.11.05.01-5), histórico clínico detalhado justificando a necessidade do exame, CIDs compatíveis: (CID10 – F51.1 Hipersonia não-orgânica; CID10 – F51.2 Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos; CID10 – G47.0 Distúrbios do início e da manutenção do sono (insônias); CID10 – G47.1 Distúrbios do sono por sonolência excessiva (hipersonia); CID10 – G47.2 Distúrbios do ciclo vigília-sono; CID10 – G47.3 Apnéia de sono; CID10 – G47.4 Narcolepsia e cataplexia);**
- () **AIH - Autorização de Internação Hospitalar - em formulário do SUS com consulta regulada;**
- () **Ficha de encaminhamento para polissonografia.**

OBSERVAÇÕES:

- **Médicos Autorizados Para Solicitação:** Pneumologista / Neurologista / Neuropediatra / Otorrinolaringologista / Cirurgião Bariátrico / Nutrólogo;
- SUS – Tele Agendamento: 0800-646 1560 ou se for área de abrangência de CSF procurar a Unidade para agendar consulta. **Imprescindível a consulta regulada pela Rede do Sistema Único de Saúde.**



**PREFEITURA DE GOIÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE REGULAÇÃO E POLITICAS DE SAUDE
GERENCIA DE PROCEDIMENTOS DE ALTO CUSTO**

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA POLISSONOGRAFIA

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	
Endereço:	Cidade:	
Telefone:	CEP:	
Nº da Identidade:	Cartão SUS:	CPF:
Médico Responsável:		
Local de Atendimento:		

RELATÓRIO MÉDICO COM DADOS CLÍNICOS E DE PARAMETROS DE AVALIAÇÃO:

IMC:

LAUDO DA VIDEONASOLARINGOSCOPIA:





LAUDO DAS PROVAS DE FUNÇÃO PULMONAR:

OBS. Apenas para pacientes com restrição respiratória crônica associada

COMORBIDADES DECLARADAS OU DIAGNOSTICADAS:

A -
B -
C -

GASOMETRIA ARTERIAL:

OBS. Apenas para pacientes com insuficiência respiratória diagnosticada.

pH:	PCO ₂	PO ₂
Sat. de O ₂	HCO ₃	BE

DATA:

Assinatura e Carimbo do Autorizador

Parecer do Autorizador:	
Favorável:	Desfavorável:

