

APAC

Solicitante APAC

Versão: 1.68.4



SUMÁRIO

1. SOLICITANTE APAC	. 3
2. TELA DE ACESSO AO SISTEMA	. 4
3. FUNCIONALIDADES DA TELA	. 5
4. SOLICITAÇÃO DE LAUDO	. 8
4.1. Laudo tipo geral	10
4.2. Laudo tipo Tratamento Dialítico	.11
4.3. Laudo tipo prótese mamária	12
4.4. Laudo tipo Acompanhamento Multiprofissional em D.R.C.	13
4.5. Laudo tipo Pré Cirurgia Bariátrica	.14
4.6. Laudo tipo Pós-Cirurgia Bariátrica	.16
4.7. Laudo tipo Quimioterapia	18
4.8. Laudo tipo Radioterapia	19
5. Pendências do Laudo/Críticas da solicitação	20
6. RENOVAR LAUDO	21
7. STATUS DA SOLICITAÇÃO APAC	22
REQUISITOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS PARA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA	23
HISTÓRICO	.24



1. SOLICITANTE APAC

O perfil "Solicitante APAC" é destinado ao Estabelecimento que solicita laudos de APAC. Ele permite o acompanhamento da Solicitação através de sua situação, pesquisar solicitações em seus diversos estágios, emitir o laudo de APAC, bem como sua inserção no sistema.



2. TELA DE ACESSO AO SISTEMA

Para acessar o sistema acesse a página da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

(www.saude.pr.gov.br), clique no ícone Regulação e escolha o módulo desejado.

Informe sua identificação de **usuário** e **senha pessoal** e clique em <u>S</u>. Se for o seu primeiro acesso o sistema pedirá para que redefina a senha.

Espere carregar e selecione o **perfil "SOLICITANTE APAC"** e o **Estabelecimento**, e pressione novamente o botão

Após realizar o login, aparecerá a tela abaixo:



07		
SOLI	CITANTE APAC	*
HONI	PAR HOSPITAL NORTE PARANAENSE	×



3. FUNCIONALIDADES DA TELA

Ao carregar a tela principal, o sistema permite pesquisar os laudos já cadastrados, apresentando como facilitador, campos de filtros para agilizar a consulta. Os campos de preenchimento obrigatório para realizar a pesquisa são "**Tipo de laudo de APAC**" e "**Período da Solicitação**". O filtro "**Tipo de laudo de APAC**", dispõe das seguintes opções:

- ➤ TODOS;
- Quimioterapia;
- Radioterapia;
- Tratamento Dialítico;
- Acompanhamento Multiprofissional em D.R.C.;
- Confecção de Fístula Arteriovenosa;
- Prótese Mamária;
- Pré Cirurgia Bariátrica;
- Pós Cirurgia Bariátrica;
- ➤ Geral;
- Medicamento;

501	vmJu	A	PAC - /	Autorização de l	Proce	dimentos de Alto	Custo				SC Versão - S	OLICITAN listema:	TE APAC HO	ONPAR	HOSPITAL NOR	TE PARANAE	NSE		Ļ	
V Pes	quisa simples		Estabe	lecimento solicitan	te *				c	NES			Estabeleci	mento	executante					
Núme	ro da solicitação	Tipo de la	udo de .	AR HOSPITAL NOP	ITE PA	Faixa de APAC				Situa	ção		Período de	e solicit	ação *		-			
∧ Pes	quisa avançada	TODOS			×						JOS	~			a				0	
	Nº Solicitaç:	US solicitante	÷	US executante	* *	Procedimento	;	CNS	a V	Cidadão		C Tip	o de laudo	*	Número APAC	C Situaç	ão 🗘	Dt. solici	tação	
							H	Página	1	de 0	н									
	lovo 📝 Edita	r 🖉 Cancel	ar	Finalizar	Impr	imir 🚯 Conso	idar realizaçã	o 🐧 Ren	ovar											



Além desses campos, o sistema possui outros filtros facilitadores para melhorar a pesquisa. Para acessá-los, clique no ícone Pesquisa Avançada:

Pesquisa simples	Estabelecimento so	licitante *			CNES	Estabelecimen	to executante		
013633	HOSPITAL ANGEL	INA CARON			CHES	Latabelecimen	to executante		
non de sellettes la Tire d					Citure 2 -	Desferte de cell	- 14 2 - •		
mero da solicitação Tipo d	e laudo de APAC		aixa de APAC		TODOS	Periodo de soli			
						<u> </u>	a		
Pesquisa avançada									
digo		Procedimen	ito principal						
IS		CPF			Cidadão				
15		CPF			Profissional solicitante				
	÷ 110		Descediments *	CHIC	*	Tine de laude	* Número ADAC	* Pitura Xa	* De catiolecció
N° Solicitaç US solicitan	e "USexecuti	ante 💡	Procedimento -	CNS .	- Cidadao -	Tipo de laudo	 Numero APAC 	 Situação 	 Dt. solicitação
			144 14	Página 1	de D N NN				
Informe	os campo	os de	sejados e p	ression	e 🔎				
	os campo	os de	sejados e p	ression	e				
		os de	sejados e p	ression	e .	Estabelecimen	to executante		
Informe Presquisa simples		DS de	sejados e p	ression	e .	Estabelecimen	to executante		
Informe (Pesquisa simples KES 1013033 Imero da solicitação Tipo d	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL	DS de Nicitante * INA CARON	sejados e p	ression	e .	Estabelecimen	to executante		
Informe Pesquisa simples IES D15833 Imero da solicitação Tipo d	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL e laudo de APAC * 25	DS de	sejados e p	ression	e .	Estabelecimen Periodo de soli	to executante	1/12/2017	
Informe Pesquisa simples IES 013633 mero da solicitação Tipo d Topo	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL e laudo de APAC * DS	NA CARON	axa de APAC:	ression	e Situação	Estabelecimen Período de soli ~ 01/11/2017	citação *	1/12/2017	
Informe Pesquisa simples ES D18933 mero da solicitação Top Pesquisa avançada	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL e laudo de APAC * 25	DS de Ilicitante * INA CARON F	axa de APAC	ression	e Situação	Estabeleciment Período de soli	to executante	1112/2017	
Informe Pecquisa simples ES D19833 mero da solicitação Too Pecquisa avançada digo	Estabelecimiento so HOSPITAL ANGEL Estabelecimiento so HOSPITAL ANGEL	Ilicitante * INA CARON	aixa de APAC	ression	e Situação TODOS	Estabelecimen Periodo de soli v 01/11/2017	to executante	1/12/2017	
Informe Pequisa simples ES 019833 mero da solicitação Tipo d Pequisa avençada digo	Establicimento so HOSPITAL ANGEL te taudo de APAC * JS	Ilicitante * INA CARON Procedimen	sejados e p aixa de APAC	ression	e Situação	Estabeleciment Periodo de soll V 01/11/2017	to executante citação * iii) a 31	1112/2017	E Q Ø
Informe Pesquisa simples IES OriSB33 mero da solicitação Too Pesquisa avençada: digo IS	Establiscimento so HOSPITAL ANGEL e laudo de APAC * 25	Ilicitante * INA CARON Procedimen CPF	aixa de APAC	ression	e Situação TODOS	Estabelecimen Período de soli V 01/11/2017	to executante	112/2017	e <i>e</i>
Informe Pesquisa simples ES 1019833 mero da solicitação Top Pesquisa avançada Idigo	Establecimento so (HOSPITAL ANGEL Rado de APAC * 25	NA CARON	aixa de APAC	ression	e Stuação Stuação TODOS	Estabelecimen Período de soli V 01/11/2017	to executante citação * imi a 31	11/2/2017	
Informe	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL HOSPITAL ANGEL Eaudo de APAC * 25	Ilicitante * INA CARON Procediment CPF	sejados e p aixa de APAC		e Situação TODOS	Estabelecimen Periodo de soli V 01/1/2017	to executante	1/12/2017	
Informe	Establishmento so HOSPITAL ANGEL HOSPITAL ANGEL SS	Ilicitante * INA CARON Procedimen CPF CPF	sejados e p aixa de APAC 		e Situação Situação TODOS	Estabelecimen Periodo de soli V 01/11/2017	to executante	1/12/2017	
Informe Pesquisa simples ES DISB35 D	Establicimento so MOSPITAL ANGEL te taudo de APAC * 55	NACARON F	aixa de APAC		e Stuação Stuação TODOS	Estabelecimen Período de soli v Orin12017	citação *	1/12/2017	
Informe of the second s	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL HOSPITAL ANGEL SS S S S S S S S S S S S S S S S S S	Alicitante * IINA CARON Procediment CPF CPF CPF CPF CPF CPF CPF CPF	sejados e p		e Situação Situação TODOS	Estabelecimen Periodo de soli V 01/1/2017	citação *	1/12/2017	Dt. solicitação
Informe sequias aimples ES Informe ES Infor	Establicimento so HOSPITAL ANGEL E iaudo de APAC * 25	Ilicitante * INA CARON Procedimen CPF CPF CPF	sejados e p aixa de APAC		e Situação Situação TODOS	Estabeleciment Periodo de soll V 01/1/2017	to executante citação * a 31 Número APAC 411720550667	1/12/2017 C Situação FINALIZADO	 DL solicitação 16/11/2017 16:
Informe Pesquisa simples ES 013833 Tipo d mero da solicitação Top Pesquisa avançada digo S S S S S S S S S S S S S S S S S S S	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL Plaudo de APAC * 35 e : US executo IngELINA HOSPITAL HOSPITAL MOSPITAL	Hicitante * INA CARON F Procedimen CPF CPF CPF ANGELINA ANGELINA	sejados e p	CNS 210106681550001	e Stração Stração TODOS Cidadão Cid	Estabelecimen Período de soli v Intración Tipo de laudo GERAL GERAL	citação * 31 Image: Imag	 Situeção FINALIZADO FINALIZADO 	 Dt. solicitsgäd 14/11/2017 16:
Informe	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL HOSPITAL ANGEL kaudo de APAC * 35	Alcitante * INA CARON Procediment CPF CPF CPF ANGELINA ANGELINA ANGELINA	sejados e p	CNS	e Situação Situação TODOS	Estabelecimen Período de soli V 01/1/2017 Tipo de laudo GERAL GERAL OUMIOTERAPIA	Citação *	Situação FINALIZADO REJEITADO REJEITADO	Dt. solicitação 14/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16:
Informe Pecquisa simples IES 013633 mero da solicitação Tipo d digo Pecquisa avançada digo IS	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL HOSPITAL ANGEL E taudo de APAC * 35	Na CARON	sejados e p	CNS 21015628155000	e	Estabeleciment Periodo de soli V 01/1/2017 Tipo de laudo GERAL GERAL GERAL QUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA	to executante citação *	1/12/2017 C Situeção FINALIZADO FINALIZADO REJEITADO SOLICITADO	C Dt. solicitação 16/11/2017 16: 14/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16:
Informe Pequita simples IES Diseasa Imero da solicitação Too Pequita avençada Ita S S S S S S S S S S S S S S S S S S S	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL HOSPITAL ANGEL Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL So So So So So So So So So So So So So	ANGELINA ANGELINA	sejados e p	CNS 210156261910052116	e Stração Stração TODOS Cidadão Cos NATO DE ANDRA. Cos NATO SIS ROSIMARTINS DOS SANTOS Cidadão	Estabelecimen Período de soli v Ori/1/2017 Tipo de laudo GERAL GERAL QUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA	citação * 31 Image: Imag	 Situeção FINALIZADO FINALIZADO REJETADO SOLICITADO SOLICITADO 	OL solicitação Id/11/2017 16: 14/11/2017 16: 07/11/2017
Informe Pesquisa simples IES III3833 Imero da solicitação Topo Pesquisa avançada Idigo IS IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL HOSPITAL ANGEL Istudo de APAC * 35	Procedimen Procedimen CPF CPF ANGELINA ANGELINA ANGELINA ANGELINA	sejados e p	CNS 701804297242678 2101668155001 210156281910005 89800107452811 700009914775300	e Situação Situação TODOS Cidadão C	Estabelecimen Período de soli V 01/11/2017 Tipo de laudo GERAL GERAL OUMIOTERAPIA OUMIOTERAPIA OUMIOTERAPIA	Citação *	Situsção FINALIZADO REJEITADO SOLICITADO SOLICITADO	Dt. solicitação 16/11/2017 16: 07/11/2017 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 16: 07/11/2017 07/11/2017 07/11/2017 07/11/2017 07/11/2017 07/11/2017 07/11/2017 07/11/2017 07/11/2017 07/11/2017 07/11/2017 07/11/2017 07
Informe Pecquisa simples IES O13633 Tipo d Pecquisa simples IES Pecquisa evençada digo IS	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL HOSPITAL ANGEL Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL So So So So So So So So So So So So So	Vicitante * INA CARON Procedimen CPF CPF CPF ANGELINA ANGELINA ANGELINA ANGELINA ANGELINA	sejados e p	CNS 70160425724267 2101668155001 21015626191005 59600407602216 59600407602216 59600407602216 70000991477500 700070354163917	e Situação Situação TODOS Cidadão C	Estabelecimeni Periodo de soli V 01/11/2017 Tipo de laudo GERAL GERAL GERAL GUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA	to executante citação *	1/12/2017 Situação FINALIZADO FINALIZADO REJEITADO SOLICITADO SOLICITADO SOLICITADO	Dt. solicitação 16/11/2017 16: 07/11/2
Informe Pecquisa simples IES 054833 mero da solicitação Tipo d 054833 mero da solicitação Topo Pecquisa avançada: digo 15 15 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL HOSPITAL ANGEL Estabelecimento so HOSPITAL ANGEL SS US CONTRAL IGELINA HOSPITAL . IGELINA HOSPITAL . IGELINA HOSPITAL .	ANGELINA ANG ANGELINA A	sejados e p	CNS T01804297242678 210160684155001 20165265191005 296001074528311 296001074528311 296001074528311	e Eiladão Cida Cida Cida Cida Cida Cida Cida Cida	Estabelecimen Período de soli v Ori/1/2017 Tipo de laudo GERAL GERAL GUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA	citação * imi a 31 imi a 31 i	 Situeção FINALIZADO FINALIZADO REJETADO SOLICITADO SOLICITADO SOLICITADO SOLICITADO 	OL solicitação Id/11/2017 16: O7/11/2017 16: O7/11/20
Informe esquisa simples ES 213633 mero da solicitação Tupo d esquisa sivançade tigo S S N* Solicitaç US solicita, AI 305577 HOSPITA, AI 305582 HOSPITA, AI 30558	Estabelecimiento so HOSPITAL ANGEL HOSPITAL ANGEL So So So So So So So So So So So So So	Ilicitante * INA CARON Procedimen CPF CPF CPF ANGELINA ANGELINA ANGELINA ANGELINA	sejados e p	CNS 170150425724267 210160425724267 210166425724267 21016668155000 210155261910005 896001074508216 70009914775300 706703563163917	e Situação TODOS CIdadão Cida Cida Cida Cida Cida Cida Cida Cida	Estabelecimeni Periodo de soli V 01/11/2017 Tipo de laudo GERAL GERAL GERAL QUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA	Citação * Citação * C Número APAC 411720550667 4117205488242	2 Situação FINALIZADO FINALIZADO REJEITADO SOLICITADO SOLICITADO SOLICITADO	Dt solicitação Idri12017 16: 07/11/201

O sistema apresenta os laudos já incluídos no sistema, conforme os critérios de pesquisa.

Dependendo da situação da solicitação, botões de ação serão habilitados:





pressionar este botão o sistema abre a seguinte janela:



4. SOLICITACÃO DE LAUDO

Na parte inferior a esquerda, pressione o botão e o sistema abrirá a seguinte tela:

s	Nome do cidad	ão *				Data de nascimento		Sexo	Telefi	one de contato	
								TODOS	×)		
me da mãe			Nome do resp	onsável		•		Telefone de contato			
							× .		۹.		
Dados da solicitação											
lúmero da solicitação CNES		Estabelecimento	solicitante *			CNRAC		Procedimento secundário *		Quantidade *	
00136		HOSPITAL ANG	ELINA CARON			×		Digite no mínimo 3 caracteres	×		+
Data da solicitação Tipo de I	udo de APAC *	Per	odo de validade *			Situação					
27/12/2017 🗮 Selecio	e um tipo de laudo	×) [i a		=						Ξ.
Procedimento principal						Quantidade *		Código C Procedimento		: 0	uantidade C
Digite no mínimo 3 caracteres					×						
CNS	CPF		Profissional s	olicitante •							
			Digite no min	imo 3 caract	eres		×				
CID principal		CID secundário			CID associa	do					
Digite no mínimo 3 caracteres	×	Digite no mínimo	3 caracteres	×	Digite no m	vínimo 3 caracteres	×				
Número APAC	CNES		Estabelecimento execu	ante				College de collector la			
			Digite no mínimo 3 cara	cteres			×	ciliaras da solicitação			
Descrição do disgnóstico								Mensagem	÷	Situação 🤤	Obrigatório;
Observações											

Informe os campos obrigatórios: "Nome do Cidadão" e "Sexo" e pressione esquisar.

ódigo	Cidadão JOSE MARIA		Data do nasc	imento Sexo MASC	ULINO
artão SUS	CPF	Nome da mãe		Q	8
Código	Nome	Nome da mãe	Nascimento	Cartão SUS	Sexo
16745	JOSE MARIA	SEVERINA MARIA DA SILVA	30/10/1942		MASCULINO
659849	JOSE MARIA	MARIA JOSE DA SILVA	25/03/1945	706408646954986	MASCULINO
2636495	JOSE MARIA	ROZALINA DOMINGUES TEIXEIRA	06/11/1943	700806988136689	MASCULINO
2346540	JOSE MARIA	MARIA APARECIDA	16/06/1958	706209040926060	MASCULINO
2210522	JOSE MARIA	BRAULINA RODRIGUES SILVA	21/04/1946	700001343954007	MASCULINO
2011384	JOSE MARIA	DOLORES MARIA DOS ANJOS	02/08/1936	708908752172114	MASCULINO
836546	JOSE MARIA	JOANA MARIA	24/08/1980		MASCULINO
1567984	JOSE MARIA	GERALDA MARIA DE JESUS	28/11/1941	704003864258461	MASCULINO
1499166	JOSE MARIA	MARIA MAGDALENA POLACO	15/03/1941	708008562838330	MASCULINO
1469183	JOSE MARIA	JUVENTINA MARIA FERRAZ	04/04/1930	708609091729982	MASCULINO
1102916	JOSE MARIA	MARIA GABRIELA DE JESUS	05/08/1938	700008363988507	MASCULINO
1087650	JOSE MARIA	IDALINA MARIA	09/08/1971	700402435371641	MASCULINO
72837	JOSE MARIA	ANA MOREIRA DE OLIVEIRA	12/09/1943		MASCULINO
410559	JOSE MARIA	SENHORINHA VAZ DE ARAUJO	30/10/1942	200127330370004	MASCULINO

🗅 Novo 🧪 Editar 🏩 Responsável

O sistema apresenta a janela "Dados cidadão".

Se o paciente já tiver cadastro, clique duas vezes na linha do paciente desejado para selecioná-lo.

para



Caso seja necessário atualizar alguma informação basta selecionar o cidadão, clicando

uma vez em seguida clique no botão "Editar".

Se não houver cadastro do paciente, o usuário tem a possibilidade de efetuar um novo

Editar

cadastro do cidadão no sistema, para tanto, deve utilizar o botão "Novo".

Dados cidadão					>
Cidadão *					Nascimento *
Sexo • Nome da mãe	•		Nome do pai		
Nome social]	Cartão SUS	CPF	
Nº da identidade	Email		Orgão emis	ssor/origem	
UF	Tipo sanguíneo	Nacionalidade *	、	Naturalidade	charae.
Raça cor *	Etnia	biologic	^		~
✓ Endereço	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
CEP	Município Digite no mínimo 3 caracteres	×	UF ~	Tipo de logradouro	×]
Logradouro	Número	Complemento		Bairro	
Telefone residencial	Telefone celular				



O sistema apresentará a tela de cadastro do cidadão, salientamos que não é possível realizar uma solicitação de APAC sem todos os dados preenchidos. Preencha todos os



Caso falte alguma informação será apresentada uma mensagem na parte superior a direita, solicitando que o dado seja preenchido para prosseguir.



Após a seleção do paciente o próximo passo é escolher o "Tipo de laudo da APAC".

N S.		Nome do cida	ião *				Oata de na	scimento	
703.0038-1619-42		JOSE MARIA	BARBOSA	DE JESUS			30/04/194		=
lome da mãe					Nome do responsável				
MARIA DA LUZ FO	ORTES				JOSE MARIA BARBOS	A DE JESUS			
Dados da solicitaç	ão								
Número da solici	tação	CNES *	Estabeleci	mento solici	tante *			CNRAC	
		0013633	HOSPITA	L ANGELINA	GARON		×		
Data da solicitaçã	äo	Tipo de laudo de APAC *		Periodo o	ie validade *		Situação		
	=	Selecione um tipo de laudo	^		🚞 a 🗌				
Procedimento pri	incipal *	QUIMIOTERAPIA				(Quantidade		
Digite no mínimo	o 3 caracter	RADIOTERAPIA				×) (
CNS		NEFROLOGIA			Profissional solicitante				
		PÓS CIRURGIA BARIÁTRI	CA		Digite no mínimo 3 can	acteres			×
CID principal		GERAL		ário		CID associado			
Digite no mínimo	o 3 caracter	CONFECÇÃO DE EÍSTUL		iínimo 3 cara	icteres >	C Digite no míni	mo 3 caract	leres	×
Número APAC		ARTERIOVENOSA		Estat	elecimento executante				
		TRATAMENTO DIALÍTICO		Digi	e no mínimo 3 caracteres				×



Salvar

para

4.1. Laudo tipo geral

Informar os seguintes campos: período de validade, procedimento principal, profissional solicitante, CID principal, estabelecimento executante e diagnóstico. Se necessários podem ser preenchidos os campos de observações e procedimentos secundários.

15	Nome do cida	adão *			Data de nasci	mento	Sexo		Tele	fone de contato	
33.0038-1619-4272	JOSE MARI	A BARBOSA DE JESUS			30/04/1943	1	MASCUL	INO	~ (42	99705961	
me da mãe			Nome do responsáve	el.			Telefone o	le contato			
IARIA DA LUZ FORTES			JOSE MARIA BARB	OSA DE JESUS			(42)9970	5961	Q		
Jados da solicitação											
Número da solicitação	CNES *	Estabelecimento solici	itante *			CNRAC	Procedir	nento secundário 🌁		Quantidade	
	0013633	HOSPITAL ANGELINA	CARON		×		Digite r	io mínimo 3 caracteres	×	[+
Data da solicitação	Tipo de laudo de APAC *	Período o	de validade 🔹		Situação						
27/12/2017	GERAL	×)	🚞 a 🗌								
Procedimento principal *					Quantidade *		Código	Procedimento		4 1	Quantidade
0405050097 - FACECTOM	IA C/ IMPLANTE DE LENTE	INTRA-OCULAR		×	1						
CNS	CPF		Profissional solicitar	nte *							
			Digite no mínimo 3 c	aracteres		×					
CID principal		CID secundário		CID associa	do						
Digite no mínimo 3 caracter	res X	Digite no mínimo 3 can	acteres	X Digite no m	iínimo 3 caractere	s X					
Número APAC	CNES	Estal	pelecimento executante				Críticas o	ta solicitação			
		Digi	te no mínimo 3 caracteres			×	Manaa	nem ,		Situação	* Obrigatório
Descrição do diagnóstico							mented	Bern		unayas	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
							J.				
Observações											
							~				
Salvar E Limpar	← voitar										

Após o preenchimento de todos os campos necessários, pressione enviar o laudo para autorização.



4.2. Laudo tipo Tratamento Dialítico

Além dos campos preenchidos nos dados da solicitação, o sistema habilita uma segunda aba para preenchimento dos campos específicos referente ao tratamento dialítico:

	Nome do cidadão *		Data de nasciment	to	Sexo		Telefone de contato	
03.0038-1619-4272	JOSE MARIA BARBOSA D	DE JESUS	30/04/1943	1	MASCUL	NO V	(42)99705961	
ne da mãe		Nome do responsável			Telefone d	e contato		
ARIA DA LUZ FORTES		JOSE MARIA BARBOSA DE JESU	US	Ý	(42)99705	5961	० 👼 🚭	
ados da solicitação Dados con	plementares tratamento dialítico							
 Característica do tratamento 				🗸 Acesso vascu	ar			
🔿 Caso novo 🔿 Continuidade	de tratamento 🔘 Paciente em trá	ânsito 🔿 Transferência de estabelecimento		○ FAV ○ Cat	eter curta pern	nanência 🔿 Cateter longa per	manência	
Data de início 1º diálise na vida	Data de início nesta clínica							
(iii)		H						
Preencher somente se for CAS				V Resultado dos	exames realiza	ados no mês		
Acompanhado há mais de um (01) ano com nefrologista?	Situação do paciente na ocasião em que ini	ciou o tratamento	Hb	TRU	aa HIV		
⊖ Sim ⊖ Não ⊖ Ignorado		🔿 Ambulatorial 🔿 Hospitalar 🔿 Ignorado	1		<u></u>	O Positivo O Negativo		
 Situação de transplante 				Fósforo	Albumina	aa HCV		
○ Apto ○ Inapto ○ Recusa	N/A (caso novo, com menos d	le 90 dias de tratamento)				O Positivo O Negativo		
V Se anto				Kt/v semanal	РТН	HBs Ag		
	 Em processo de avaliaçã 	io pré-transplante no centro transplantador				O Positivo O Negativo		
 Inscrito na CNCDO 	O Aguardando agendamen	to de consulta no centro transplantador						
 Inscrito na CNCDO Sem encaminhamento 								
 Inscrito na CNCDO Sem encaminhamento Intercorrência clínica 								
 Inscrito na CNCDO Sem encaminhamento Intercorrência clínica Paciente internado, com data de 	início no mês vigente, para trata	mento de intercorrência clínica?	Se em Diálise Peri	itoneal, houve periton	ite diagnostica	ada no mês vigente?		

Após o preenchimento de todos os campos necessários, pressione **Salvar** para enviar o laudo para autorização.



4.3. Laudo tipo prótese mamária

Além dos campos preenchidos nos dados da solicitação, o sistema habilita uma segunda aba para preenchimento dos campos específicos:

			Data de nascimento		Sexo	Telefone de contato
				=	TODOS	 Image: Colored and the second s
ome da mãe		Nome do responsável			Telefone de contato	
				*		् 🛒 🖓
Dados da solicitação Dados	s complementares protese mamária					
DIR O POEI						
) PIP () ROFIL						
no de implantação da prótese	e					
NES	Estabelecimento de saúde no	qual foi realizado o implante				
	Digite no mínimo 3 caracteres		×			
	177 - 19					

Após o preenchimento de todos os campos necessários, pressione enviar o laudo para autorização.



4.4. Laudo tipo Acompanhamento Multiprofissional em D.R.C.

Além dos campos preenchidos nos dados da solicitação, o sistema habilita uma segunda aba para preenchimento dos campos específicos conforme imagem abaixo:

5	Nome do cidadão *		Data de nascimento	Sexo	Telefone de contato
			6	TODOS	· [
ne da mãe		Nome do responsável		Telefone de contato	
					Q 🛒 🖓
ados da solicitação Acompanhan	nento multiprofissional em DRC				
Caso novo Continuidade de Data de início do tratamento	Encaminhado para EAV?	Finansterencia de estabelecimento de saude	Altura (cm)	Peso (kg)	
	Sim Não	⊖ Sim Não			
 Situação vacinal 		✓ Resultado dos exames realizados no n	nês		✓ Uso de medicamentos
🔿 Regular 🔿 Não regular		Hb aa HIV			IECA
Anti HBS		O Positivo O Negat	ivo		🔘 Sim 🖲 Não 🔾 Ignorado
○ Não reativo ○ Reativo		Fósforo aa HCV			BRA
Influenza		O Positivo O Negat	ivo		🔿 Sim 🖲 Não 🔿 Ignorado
○ Sim Não ○ Ignorado					
Duplo adulto dT		PTH HBs Ag	1		
Sim Não Ignorado		O Positivo O Negat	100		
		Albumina			
Pneumococica					
C sini C nao C ignorado					
Saluar I linnar	Voltor				
	voitai				

Após o preenchimento de todos os campos necessários, pressione **s**alvar para enviar o laudo para autorização.



4.5. Laudo tipo Pré Cirurgia Bariátrica

Além dos campos preenchidos nos dados da solicitação, o sistema habilita uma segunda aba para preenchimento dos campos específicos:

CNS Nome	do cidadão *	Data de nascimento	-	Sexo	Telefone de c	and the first
Nome da mãe	Nome do responsável	1.1.1	ADDRESS OF	TODOS		ontato
				Telefone de contato		
			~		۹ 🛒	9
Dados da solicitação Dados complementares r	pré-cirurgia bariátrica					
✓ Dados do paciente		✓ Fase inicial - Essa avaliaç	ão foi feita p	or		
Data da 1ª avaliação IMC	1º avaliação (Kg/m²) Peso (kg)	2237-10 - Nutricionista				
Data avaliacão atual	atual (Kalmi)	2515-10 - Psicólogo				
	Comorbidades	2251-25 - Médico Clínic	0			
Exames complementares		2254 22 Médiae seisu				
Sim ○ Não <u>Ă</u> * Exames	complementares	2251-33 - Medico psidu	Jidua			
✓ Fase secundária		2251-55 - Endocrinolog	gista			
Sim Não		2252-20 - Médico cirurg	gião do apa	relho digestivo		
Realizado exames laboratoriais		2252-25 - Médico cirurg	gião geral			
Sim Nao Anto para procedimento cirúrgico		Sim Não	grupo com e	equipe multiprofissional?		
Sim Não C Em preparo						
B selver Lumper + Voter	o botão "Comorbidades"	Comorbidades	o s	iistema apres	senta a	
Salver Lumper Votar Pressionando seguinte jane Informar con Comorbidade Sim O Não	o o botão "Comorbidades"	Comorbidades Uso (Si Prati	OS de med im	iistema apres icamentos: Não	senta a	3
Salver) Umper) Voter	o o botão "Comorbidades" la: norbidades do paciente: 110 - Hipertensão arterial sistemica 024.3 - Diabetes mellitus	Comorbidades Uso Si Pratic	de med im 1 ca de a	iistema apres icamentos: Não tividade física: Não	senta a	
Salver) Umper) Voter	o o botão "Comorbidades" la: norbidades do paciente: 110 - Hipertensão arterial sistemica 024.3 - Diabetes mellitus E78.0 - Dislipidemia	Comorbidades Uso (Si Pratic Si	de med im () 1 ca de a im () 1	iistema apres icamentos: Não tividade física: Não	senta a	
Salver) Limper) Voter Vote	o o botão "Comorbidades" la: norbidades do paciente: 110 - Hipertensão arterial sistemica 024.3 - Diabetes mellitus E78.0 - Dislipidemia	Comorbidades	de med im () 1 ca de a im () 1 íduo co 6 de so	iistema apres icamentos: Não tividade física: Não om IMC > 50kg/m² p ubreneso no pré-on	senta a verda ponderal c eratório:	le 10
Salver Lumper + Volter Pressionando seguinte jane Informar con Comorbidade Sim O Não	o o botão "Comorbidades" la: horbidades do paciente: 110 - Hipertensão arterial sistemica 024.3 - Diabetes mellitus E78.0 - Dislipidemia M19.9 - Artrose	Comorbidades	de med im (e) 1 ca de a im (e) 1 íduo co % de so im (e) 1	iistema apres icamentos: Não tividade física: Não om IMC > 50kg/m² p ibrepeso no pré-op Não	Senta a verda ponderal d eratório:	le 10
Salver Lumper + Voter Pressionando seguinte jane Informar con Comorbidade In Sim O Não	o o botão "Comorbidades" la: horbidades do paciente: 110 - Hipertensão arterial sistemica 024.3 - Diabetes mellitus E78.0 - Dislipidemia M19.9 - Artrose G47.3 - Apnéia	Comorbidades	OS de med im I ca de a im I íduo co % de so im I	iistema apres iicamentos: Não tividade física: Não om IMC > 50kg/m² p obrepeso no pré-op Não	Senta a erda ponderal d eratório:	ie 10
Salver Lumper + Volter Pressionando seguinte jane Informar con Comorbidade In Sim O Não	o o botão "Comorbidades" la: horbidades do paciente: 110 - Hipertensão arterial sistemica 024.3 - Diabetes mellitus E78.0 - Dislipidemia M19.9 - Artrose G47.3 - Apnéia	Comorbidades	OS de med im ● 1 ca de a im ● 1 íduo cc % de so im ● 1	iistema apres iicamentos: Não tividade física: Não om IMC > 50kg/m² p obrepeso no pré-op Não	senta a verda ponderal d eratório:	; le 10
Salver Lumper + Volter Pressionando seguinte jane Informar con Comorbidade In Sim O Não	o o botão "Comorbidades" la: horbidades do paciente: 110 - Hipertensão arterial sistemica 024.3 - Diabetes mellitus E78.0 - Dislipidemia M19.9 - Artrose G47.3 - Apnéia Outro CID-10	Comorbidades Uso () Si Pratic) Si Indiv a 20%) Si	OS de med im ● I ca de a im ● I íduo co % de so im ● I	iistema apres iicamentos: Não tividade física: Não om IMC > 50kg/m² p ibrepeso no pré-op Não	senta a verda ponderal d eratório:	: le 10





4.6. Laudo tipo Pós-Cirurgia Bariátrica

Dados do cidadão

Além dos campos preenchidos nos dados da solicitação, o sistema habilita uma segunda aba para preenchimento dos campos específicos:

CNS	Nome do cidadão *		Data de nascimento		Sexo		Telefone de contato
[=	TODOS	~	
Nome da mãe		Nome do responsável			Telefone de contato		
] [~			९ 🛃 🕾
Dados da solicitação Dados complem	entares pós-cirurgia bariátrica						
✓ Dados do paciente		V Procedimento cirúrgico bariátrico					
IMC atual (Kg/m ²) Excesso d	e peso perdido (%)	0 04.07.01.012-2 - Gastrectomia cor	n ou sem desvio duodenal		Data da cirurgia		
		O 04.07.01.036-0 - Gastrectomia ver	tical em manga (Sleeve)			m	
Quilogramas perdidos (Kg)		O 04.07.01.017-3 - Gastroplastia cor	n derivação intestinal		Número da AlH		
¥	Comorbidades	O 04.07.01.018-1 - Gastroplastia ver	ical com banda				
 Cirurgia(s) plástica(s) reparadora(s) plástica(s) 	iós bariátrica		✓ Periodicidade do acompanhame	ento			
04.13.04.005-4 - Dermolipectomia	abdominal pós-bariatrica	Tempo pós cirurgia bariátrica (Meses)	Mês (até o 18º mês) Ano (a	partir	do 2º ano)		
U4.13.04.008-9 - Mamoplastia pos	banatrica						
04.13.04.006-2 - Dermolipectomia	braquial pós-bariatrica						
04.13.04.007-0 - Dermolipectomia	crural pós-bariatrica						
04.13.04.026-7 - Dermolipectomia	abdominal circunferencial pós-bariatrica						
Salvar 🖉 Limpar 🧲 Vol	tar						

🝸 Comorbidades

o sistema apresenta a

Pressionando o botão "Comorbidades"

morbidades

seguinte janela:

Comorbidade Sim () Não	🗌 I10 - Hipertensão arterial sistemica	Uso de medicamentos: O Sim Não
	O24.3 - Diabetes mellitus	Uso de polivitaminico:
		Sim Não
	E 278.0 - Distipidemia	Pratica de atividade física:
	M19.9 - Artrose	🔿 Sim 🖲 Näo
	G473 Appáis	Houve reganho de peso:
	Outra CID 40	🔘 Sim 🖲 Não
		Houve adesão a alimentação saudável e balanceada:
	Digite no minimo 3 caracteres	Sim Näo



Quando selecionado algum dos campos abaixo, automaticamente o sistema habilita campo correspondente para preenchimento do tempo em meses da cirurgia bariátrica.

 Cirurgia(s) plástica(s) reparadora(s) pós bariátrica 	
V 04.13.04.005-4 - Dermolipectomia abdominal pós-bariatrica	Tempo pós cirurgia bariátrica (Meses)
🗹 04.13.04.008-9 - Mamoplastia pós bariatrica	
✓ 04.13.04.006-2 - Dermolipectomia braquial pós-bariatrica	
✓ 04.13.04.007-0 - Dermolipectomia crural pós-bariatrica	
✓ 04.13.04.026-7 - Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-bariatrica	

Após o preenchimento de todos os campos necessários, pressione Salvar para enviar o laudo para autorização



4.7. Laudo tipo Quimioterapia

Além dos campos preenchidos nos dados da solicitação, o sistema habilita uma segunda aba para preenchimento dos campos específicos:

NS		Nome do cidadão *				Data de nascimento		Sexo		Telefone de contato	
							=	TODOS	~		
ome da mãe				Nome do responsáv	vel			Telefone de contato			
							×.			२ 🛒 🕾	
Dados da solicitação	Dados compleme	entares quimioterapia									
 Identificação patoló 	gica do caso										
Localização do tumo	or primário									CID topografia	
Digite no mínimo 3 (caracteres								×	Digite no mínimo 3 caracteres	×
Linfonodos regionai	is invadidos	Localização de met	ástase								
⊖ Sim ⊖ Não ⊖ I	Não avaliáveis										
	Estadiamento der	al	Grau histopatolór	nico							
Estadiamento	Estadiamento ger	ui,	SELECIONE	Jico	Tratamentos	anteriores					
Disconduction of the field	Anna Antifation) No.					Data da diana (atian	
	1/3/3/4//3//3//////////////////////////									Data do diagnostico	
Diagnostico citornis	robutologico										-
	roputologico										8
Tratamento solici	tado - Planejamento	terapêutico global									ŧ
V Tratamento solici Continuidade do O Sin @ Nic	tado - Planejamento tratamento	terapêutico global Data de início do	tratamento	Esquema				Total de meses planejados		otal de meses autorizados	1

Acionando o botão **Estadiamento** o sistema abre a janela para seleção. Primeiro selecione o sistema e em seguida monte a composição do estádio (TNM). Em seguida defina o nível relacionado ao estádio.

Sistema *			Estádio	*	1	-
SELECIONE O S	ISTEMA		SELECI	ONE O ESTADIO	~	+
Sistema	÷	Estádio	÷	Descrição		÷
Estadiamento gera	1			Nível *		
						~
 Confirmar 	Excluir					
					Confirmer	

Após o preenchimento de todos os campos necessários, pressione Salvar para enviar o laudo para autorização.



4.8. Laudo tipo Radioterapia

Além dos campos preenchidos nos dados da solicitação, o sistema habilita uma segunda aba para preenchimento dos campos específicos:

Grau histopatológico SELECIONE			X (Digite no mínimo 3 caracteres
Grau histopatológico SELECIONE			<u> </u>	Digite no minimo 5 caracteres
Grau histopatológico SELECIONE				
Grau histopatológico SELECIONE				
Grau histopatológico SELECIONE				
SELECIONE				
	Tratamentos anteriores			
			C	Data do diagnóstico
rição da área irradiada te no mínimo 3 caracteres	N° Campo/Inserções	Data de início	Data de término	
e no minimo o consciolos				
ada		Nº Campo/Inserções	0 C D	ata de início 💲 Data de térm
	o global de inicio do tratamento iticio da área irradiada nição da área irradiada de no minimo 3 caracteres ada	o global de inicio do tratamento tipão do área irradiada He no minimo 3 caracteres X	o global de inicio do tratamento inicio da área irradiada ter no minimo 3 caracteres ada M* CampoInserções Data de inicio M* CampoInserções M* CampoInserções M* CampoInserções	oglobal de inicio do tratamento rição da área irradiada te no minimo 3 caracteres ada

Acionando o botão **Estadiamento** o sistema abre a janela para seleção. Primeiro selecione o sistema e em seguida monte a composição do estádio (TNM). Em seguida defina o nível relacionado ao estádio.

-		Estádio	*				
SELECIONE O	SISTEMA	✓ SELEC	SELECIONE O ESTÁDIO +				
Sistema	‡ Estádio	;	Descrição	:			
Estadiamento gera	al		Nível *				
✓ Confirmar	Excluir						
			no botão 🗸 Confirmar				

enviar o laudo para autorização.



5. Pendências do Laudo/Críticas da solicitação

Dados do cidad

Após a inclusão do laudo o sistema apresenta as críticas da solicitação.

IN S		Nome do cidad	täo *					Data de nas	scimento		Sexo		Те	lefone de cor	ntato
										iii	TODOS		~		
lome da <mark>l</mark> mãe				N	ome do re	sponsável					Telefone de c	ontato			
										×)				२ 🖳 (9
Dados da solicitação															
Número da solicitação	CNES *		Estabelecime	nto solicitante	*				CNRAC		Procedimen	to secundário 🌯		Quantida	de *
	0013633		HOSPITAL A	NGELINA CAR	ON			×			Digite no m	ínimo 3 caracteres	×		+
Data da solicitação	Tipo de laudo	o de APAC 🔺		Período de vali	dade *			Situação			-				
28/12/2017	Selecione un	m tipo de laudo	~		=	a	=								
Procedimento principal *								Quantidade	*		Código 🗘	Procedimento			Quantidade
Digite no mínimo 3 caracte	res						×								
CNS		CPF		F	rofissiona	I solicitante	*								
					Digite no r	nínimo 3 carac	teres			×					
CID principal *			CID secundár	io			CID associa	ido							
Digite no mínimo 3 caracte	res	×	Digite no mín	imo 3 caractere	s	×	Digite no n	nínimo 3 caract	eres	×					
Número APAC		CNES		Estabeleci	mento exe	cutante					Críticas da si	olicitação			
				Digite no r	mínimo 3 ci	aracteres				×				* Citurell	
Descrição do diagnóstico											Mensagem			- Situaça	o - Obligatori
										- J.					
Observações															
														,	
R Salvar	← Voits	ar									~				

Corrija o que o sistema apresenta e salve novamente a solicitação.

Algumas críticas podem ser adiadas para posterior correção, através do botão "Autorizar críticas".



×

6. RENOVAR LAUDO

Nos casos em que o paciente precisa realizar sucessivos procedimentos, o sistema disponibiliza a função de renovar o laudo. Essa funcionalidade será disponibilizada através do

C Renovar . Esse botão só será habilitado após a solicitação de APAC já estar botão consolidada em todas as três competências; a mesma também deverá estar finalizada com indicação de motivo de continuidade.

Renovar solicitação de APAC

0013633		
	HOSPITAL ANGELINA CARON	
CNS	Cidadão	
898.0030-511	MARCELO TAMOTSU TUJIMOTO	
procedimento p	rincipal	Quantidade
0304020044 - 0	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO	1
CID principal		
C160 - NEOPL	ASIA MALIGNA DA CÁRDIA	

solicitação de APAC e pressionar

A solicitação ficará na situação "Pré-Laudo", na tela inicial será necessário realizar a pesquisa das solicitações nessa situação, selecionar a solicitação recém-criada desejada e editá-la para envio a avaliação do médico autorizador APAC.

da



7. STATUS DA SOLICITAÇÃO APAC

- "Pré-laudo": solicitação cadastrada mas ainda não enviada ao auditor pois possui inconsistência no cadastro do laudo. A solicitação deverá ser revisada para o envio ao médico autorizador;
- "Solicitado": solicitação cadastrada e enviada para avaliação pelo auditor;
- "Autorizado": solicitação avaliada e autorizada pelo auditor. Após a autorização, o sistema associa o número de APAC para que o executante dê prosseguimento;
- "Cancelado": solicitação cancelada pelo solicitante;
- "Rejeitado": solicitação avaliada e rejeitada pelo autorizador. A solicitação rejeitada retorna para tela do solicitante para que o mesmo tome conhecimento do motivo, realize as correções e reenvie ao autorizador;
- "Reencaminhado para autorização": solicitação corrigida pelo solicitante e reenviada para o autorizador;
- "Em realização": solicitação que foi consolidada com a indicação de um motivo de permanência e terá continuidade na próxima competência;
- "Finalizado": solicitação consolidada com a indicação de um motivo de saída e que foi encerrada;
- "Renovado": solicitação que foi renovada para dar continuidade ao tratamento.



REQUISITOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS PARA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA

- 1. Internet banda larga 10Mb ou superior.
- 2. Sistema Operacional Windows XP ou superiores.
- 3. Flash Player 10 ou superior atualizado.
- 4. Resolução de tela 1024 X 768 pixels ou superior.
- 5. Aplicativo Java versão 7 ou superior.
- 6. Navegadores de internet atualizados, ex.:
 - Internet Explorer versão 7 ou superior.
 - Mozilla Firefox 8 ou superior.
 - Google Chrome atualizado.



HISTÓRICO

Versão	RC	Data	Atualizado	Revisado	Descrição
1.68.4	30	29/12/17	Gezeli	Sonia	Revisão de documento.