



FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO PARA O CENTRO ONCOLÓGICO DR. RENAM C. TINOCO

Itaperuna
2024



Fluxos de encaminhamento para o Centro Oncológico Dr. Renam C. Tinoco

Autores:

Ademil Amil de Oliveira
Augusto Claudio Tinoco
Ana Maria Vitarelli
Bruno Almeida Bastos da Silveira
Carlos Eugênio Monteiro de Barros
Indyara Cordeiro Machado
Danilo Augusto Emery
Djalma Gomes Neto
Frederico Reis Bastos
Fabiano Fernandes
Guilherme Veloso
Loreni Daneluz
Rodrigo Amil
Rogério Martins
Tais Sepulveda da Cruz
Thaís Valente

Revisão Técnica:

Loreni Daneluz
Lucas da Costa Almeida

Colaboração:

Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna
Conselho Municipal de Saúde de Itaperuna
Central de Regulação Estadual
COSEMS-RJ
Flávia Néri

*Aprovado na 10ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional Noroeste (CIR), em 30/10/2023,
conforme Anexo 3.*



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE TIREÓIDE

Recurso: Neoplasia de Tireóide (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);
- (2) PAAF com diagnóstico papilífero, folicular ou medular;
- (3) PAAF com Bethesda IV, V ou VI.

*Anexar resultado da PAAF.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE CABEÇA E PESCOÇO (EXCETO TIREÓIDE)
Recurso: Cirurgia de Cabeça e Pescoço exceto tireóide (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

(1) Diagnóstico anatomopatológico ou citopatológico de neoplasia maligna de cabeça e pescoço (Anexar resultado da biópsia);

(2) Videolaringoscopia ou imagem que evidenciam lesões suspeitas de neoplasia maligna (descrever);

(3) Placas ou manchas brancacentas ou eritematosas, ulcerações e/ou edema na mucosa oral ou orofaringe, que persistam por mais de três semanas, particularmente se indolores;

(4) Lesões ulceradas ou sangrativas de boca ou orofaringe (requerem encaminhamento imediato);

(5) Estridor laríngeo (requer encaminhamento imediato);

(6) Mobilidade dentária inexplicada, não associada com doença periodontal após avaliação e constatação da odontologia (Anexar relatório do Odontologista);

(7) Disfagia, rouquidão que persista por mais de três semanas em pacientes etilistas e tabagistas;

(8) Linfadenomegalia cervical que persista por mais de três semanas;

(9) Secreção nasal serosanguinolenta unilateral que persista por mais de três semanas;

(10) Tumorações orbitais;

(11) Otalgia sem evidências de anormalidades ao exame físico e otoscopia, após avaliação do otorrinolaringologista (Anexar relatório do otorrino).

***NÃO INSERIR PACIENTE COM LESÃO EM TIREÓIDE.**

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE COLO DE ÚTERO

Recurso: Ginecologia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia)
- (2) Biópsia* com NIC II, III / carcinoma in situ, carcinoma microinvasor, carcinoma invasor;
- (3) Colpocitologia oncótica sugestiva de invasão ou microinvasão, NIC III*;
- (4) Lesão suspeita ao exame especular/colposcopia (descrever características da lesão) com citopatológico/histopatológico divergente*.

*Anexar exames

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE ENDOMÉTRIO

Recurso: Ginecologia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

- (1) Diagnóstico anatomopatológico de câncer de endométrio (Anexar biópsia);
- (2) Exame de imagem com lesão tumoral suspeita de neoplasia de endométrio;
- (3) Mulheres na menopausa com espessura endometrial maior que 5 mm ou descrição de endométrio heterogêneo e irregular ou pólipos endometrial na ecografia;
- (4) Mulheres na menopausa com sangramento uterino anormal.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – ONCO HEMATOLOGIA

Recurso: Hematologia (oncologia)

- 1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____
- 2) Nome _____ Data de Nascimento: _____
- 3) Hipótese Diagnóstica: _____
- 4) Qual situações abaixo apresenta- **AMBULATORIAL**
- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia)
 - (2) Linfonodomegalia/esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência;
 - (3) Linfonodomegalia associada a sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional);
 - (4) Linfonodomegalia com esplenomegalia não associada a quadro infeccioso agudo;
 - (5) Diagnóstico citológico, histopatológico e/ou imunohistoquímico de leucemia, linfoma ou doença linfoproliferativa;
 - (6) Leucocitose persistente sugestiva de neoplasia hematológica:
 - Leucocitose persistente às custas de linfócitos (>4.000 linfócitos/mm³ e inversão da proporção entre neutrófilos segmentados e linfócitos), ou manchas de gumprecht no esfregaço de sangue periférico (linfoproliferação crônica);
 - Leucocitose persistente às custas de granulócitos, com presença de formas jovens (desvio à esquerda), na ausência de processo infeccioso ou uso de medicamento que justifique;
 - (7) Quadro clínico sugestivo de gamopatia monoclonal (ex. Mieloma múltiplo): anemia, hipercalcemia, perda de função renal, fraturas patológicas e/ou alteração monoclonal identificada na eletroforese de proteínas séricas.

*Orientar levar todos os exames de hemograma.

- 5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

- 6) Descrição do exame físico (Se linfonodomegalia descrever tamanho, consistência, fixação a planos profundos e localização dos linfonodos):

- 7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – ONCO HEMATOLOGIA

Recurso: Hematologia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta- **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

(1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia)

(2) Citopenias ou leucocitose ou presença de blastos e sinais de alarme para neoplasias hematológicas - suspeita de leucemias agudas;

(3) bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:

a. hemoglobina < 7 g/dl; e/ou

b. neutrófilos < 500 células/mm³ ; e/ou

c. plaquetas < 50 mil células/mm³ ;

(4) citopenias graves em pessoas com linfonomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo;

(5) neutropenia febril (< 1500 neutrófilos/mm³);

(6) sinais ou sintomas de leucostase (presença de sintomas respiratórios, neurológicos ou priapismo em pessoas com hiperleucocitose¹) ou leucócitos com valores superiores a 100 mil/mm³ ;

(7) suspeita de lise tumoral (sintomas como náusea, vômito, diarreia, letargia, câimbras, arritmia) ou sintomas compressivos (como dispneia, síndrome da veia cava superior, síndrome de Horner) em pessoa com massas linfonodais grandes;

(8) trombocitopenia crítica (< 20.000 plaquetas/mm³).

*Sinais de alarme: sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional), sangramentos (petéquias, equimoses, sangramentos de gengiva), fadiga generalizada, fraqueza, palidez, infecções recorrentes, esplenomegalia, linfadenopatia, bicitopenia/pancitopenia.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE MAMA
Recurso: Mastologia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);
- (2) Nódulo mamário palpável* em qualquer idade com exame ultrassonografia e/ou mamografia** direcionada;
- (3) Nódulo mamário em homem*;
- (4) Diagnóstico histológico ou citológico de Câncer de Mama**;
- (5) Exames de imagem (US, MMG, RM) mamário classificados como BIRADS 4, 5 ou 6**;
- (6) Achados ao exame físico como descarga papilar espontânea, alteração de pele da mama ou do mamilo, retração de pele da mama ou do mamilo, adenomegalia axilar suspeita*.

*Descrever exame físico;

** Anexar resultado de exames.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA MALIGNA

Recurso: Planejamento de quimioterapia se biópsia confirmando ou Cirurgia geral (oncologia) se sem biópsia

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Diagnóstico anatomopatológico:

- () **Sim** (Anexar resultado da biópsia e inserir PLANEJAMENTO DE QUIMIOTERAPIA)
- () **Não** (Anexar exames e inserir para CIRURGIA GERAL ONCOLOGIA)

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

*Anexar exames pertinentes à hipótese diagnóstica

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE PELE

Recurso: Neoplasia de Pele (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

(1) Diagnóstico anatomopatológico de neoplasia maligna de pele não melanoma (Carcinoma basocelular/carcinoma espinocelular)*.

***Nos casos de melanoma, encaminhar para cirurgia geral (Oncologia).**

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE PÊNIS
Recurso: Urologia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

(1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);

(2) Linfonodos inguinais no seguimento oncológico de pacientes com história de cirurgia por câncer de pênis;

(3) Lesão peniana ao exame clínico com suspeita forte de neoplasia.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE PRÓSTATA

Recurso: Urologia (oncologia)

- 1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____
- 2) Nome _____ Data de Nascimento: _____
- 3) Hipótese Diagnóstica: _____
- 4) Qual situações abaixo apresenta:
- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);
 - (2) Nódulo palpável ao exame digital retal (EDR) com PSA>4*;
 - (3) Exame de PSA> 10*.

*Anexar resultado de PSA

- 5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

- 6) Descrição do exame físico (incluir descrição do toque retal com tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo):

- 7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE PULMÃO
Recurso: Cirurgia Torácica (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

(1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);

(2) Presença de achados em exames de imagem*:

- Massa (lesão sólida circunscrita maior que 3cm);
- Nódulo pulmonar;
- Massa mediastinal ou alargamento de mediastino;
- Atelectasia lobar e/ou segmentar;
- Linfonomegalia mediastinal;
- Derrame pleural;
- Massa em parede torácica (costela, esterno e partes moles) executando-se as lesões da mama, sugestiva de neoplasia) **

*Anexar laudo de exames de imagens e orientar trazer imagens;

** Caso lesão visível ao EF, descrever.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE RIM
Recurso: Urologia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

(1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);

(2) Exame de imagem com:

(a) Massa renal sólida ou heterogênea por métodos de imagem;

(b) Cisto renal complexo (Bosniak III ou IV).

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE TESTÍCULO
Recurso: Urologia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);
- (2) Massa testicular sólida confirmada por métodos de imagem ou presença de nódulo testicular;
- (3) Massa sólida ao exame de imagem de pelve/abdome sugestiva de neoplasia maligna.

*Anexar exames

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE BEXIGA, URETER E PELVE RENAL

Recurso: Urologia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);
- (2) Biópsia da lesão por ressecção transuretral (RTU) ou cistoscopia, biópsia de lesão de ureter/pelve renal por ureterosopia;
- (3) Cistoscopia ou ureterosopia com descrição de neoplasia em bexiga, ureter ou pelve renal;
- (4) Lesão sugestiva de neoplasia maligna por métodos de imagem.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE VAGINA

Recurso: Ginecologia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

(1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);

(2) Biópsia com NIVA II, III/carcinoma in situ, carcinoma microinvasor ou carcinoma invasor.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE VULVA
Recurso: Ginecologia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);
- (2) Lesões vulvares com suspeita clínica de malignidade (assimetria, bordas irregulares, variação de cor, mudança rápida, sangramento, úlceras que não cicatrizam, endurecidas ao toque)*;
- (3) Suspeita clínica ou diagnóstico de líquen escleroso vulvar confirmado em anatomopatológico e:
 - surgimento de nova lesão com suspeita clínica de malignidade;
 - áreas previamente acometidas com desenvolvimento de características suspeitas de malignidade;
 - sem melhora com tratamento clínico otimizado).
- (4) NIV 2 ou 3 confirmada em anatomopatológico.

*Descrever exame físico.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE CÓLON, RETO E CANAL ANAL
Recurso: Cirurgia Geral (oncologia)

- 1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____
- 2) Nome _____ Data de Nascimento: _____
- 3) Hipótese Diagnóstica: _____
- 4) Qual situações abaixo apresenta:
- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);
 - (2) Massa abdominal em topografia colônica identificada em exame de imagem;
 - (3) Diagnóstico de neoplasia maligna de reto ou canal anal;
 - (4) Suspeita (massa anal/retal ou úlcera anal persistente) ao exame físico ou exames de imagem.

*Anexar exames

- 5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

- 6) Descrição do exame físico:

- 7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE ESÔFAGO/ESTÔMAGO

Recurso: Cirurgia Geral (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

(1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);

(2) Lesão fortemente suspeita em endoscopia digestiva alta com laudo de biópsia inconclusiva.

*Anexar os exames

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE FÍGADO
Recurso Cirurgia Geral (Oncologia) ou Hepatobiliar (Oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

(1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);

(2) Imagem típica de carcinoma hepatocelular pela ressonância ou tomografia;

(3) Massa Hepática Sólida ou Heterogênea sugestiva de neoplasia maligna secundária (metástase) por imagem.**

** Encaminhar para Cirurgia Geral- Oncologia.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Recurso: Triagem em Oncologia Pediátrica

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);
- (2) Dor óssea generalizada, dor articular;
- (3) Cefaléia associada a vômitos matinais, excluídas as causas oftalmológicas e sinusopatias;
- (4) Febre de origem indeterminada com duração maior que 7 dias, excluídas causas infecciosas;
- (5) Adenomegalias, de qualquer localização, sem regressão ou progressão após 08 semanas;
- (6) Massa abdominal palpável; urina hematúrica sem história de trauma ou de hipertensão arterial;
- (7) Alargamento de mediastino comprovado a radiografia de tórax, exceto hiperplasias tímicas;
- (8) Dor óssea localizada e contínua com duração maior que 15 dias; tumoração osteoarticular;
- (9) Alteração dos olhos; brilho, reflexo branco (retinoblastoma), proptose, heterocromia, equimose bilateral.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – TUMORES DO SISTEMA CONECTIVO E ÓSSEO
Recurso: TSCO (adulto e infantil)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);
- (2) Diagnóstico por biópsia com laudo histopatológico de Sarcoma ou Tumor Desmoide;
- (3) Exames de imagem com lesões ósseas suspeitas (dor ou o aumento de volume local, de piora progressiva);
- (4) Diagnóstico por biópsia com laudo histopatológico de neoplasia óssea maligna.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE OVÁRIO/MASSA ANEXIAL
Recurso: Ginecologia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);
- (2) Presença de achados em exames de imagem:
 - (a) Massa ovariana sólida ou cística complexa (multisseptado, conteúdo misto, projeções sólidas);
 - (b) Massa anexial com sintomas de distensão ou dor abdominal, saciedade precoce ou perda de apetite, perda de peso involuntária, mudança hábito intestinal;
 - (c) Massa anexial com presença de ascite;
 - (d) Cistos simples em mulher na menopausa;
 - (e) Cistos simples em mulheres na menacme \geq a 8cm ou $<$ que 8,0 cm que não tenham regredido em duas ecografias pélvicas transvaginais com intervalo de 3 meses entre elas.

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – NEOPLASIA DE PÂNCREAS E VIAS BILIARES
Recurso: Cirurgia Geral (oncologia) ou Hepatobiliar (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

(1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);

(2) Imagem de massa abdominal/retroperitoneal por ressonância ou tomografia com suspeita para neoplasia maligna.

*Anexar exames de imagem

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____



FICHA DE REGULAÇÃO – TUMORES SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Recurso: Neurocirurgia (oncologia)

1) Unidade Solicitante: _____ CNS: _____

2) Nome _____ Data de Nascimento: _____

3) Hipótese Diagnóstica: _____

4) Qual situações abaixo apresenta:

- (1) Diagnóstico anatomopatológico (Anexar biópsia);
- (2) Suspeita de neoplasia com sintomas/sinais de hipertensão intracraniana (cefaleia persistente acompanhada de vômitos, alteração no nível de consciência, fundo de olho com papiledema)*;
- (3) Exame de imagem com lesão compatível com neoplasia e evidência de hipertensão intracraniana (desvio da linha média, herniação subfalcina, uncal ou transtentorial), presença de hidrocefalia, compressão do tronco encefálico)*;
- (4) Exame de imagem com lesão compatível com neoplasia e evidência de compressão medular*.
- (5) Paciente com alteração em exame de imagem sugestiva de neoplasia assintomático.

*Encaminhamento com urgência/emergência

5) Descrição da história clínica com sinais e sintomas e tempo de evolução:

6) Descrição do exame físico:

7) Médico responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura):

Data: ____/____/____