



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

DECRETO Nº 571/2025

Aprova a instrução Normativa nº 001/2025 - Versão 01 do Sistema de Saúde Pública e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA, no uso de suas atribuições legais que lhes são conferidas e objetivando a operacionalização do Sistema de Controle Interno do Município, no âmbito deste Poder, e Considerando o Ofício nº 353/2025 da Secretaria Municipal de Saúde, processo nº 4915/2025;

Considerando ainda, a necessidade de padronizar e organizar os fluxos de solicitação, autorização e realização de exames laboratoriais de rotina no Município de Laranja da Terra, promovendo maior eficiência, economia e segurança assistencial;

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovada a Instrução Normativa do Sistema de Saúde Pública nº 001/2025, versão 01, que segue anexa como parte integrante deste Decreto.

Parágrafo Único: a Instrução Normativa a que se refere este caput, dispõe sobre a padronização e organização dos fluxos de solicitação, autorização e realização de exames laboratoriais de rotina no Município de Laranja da Terra.

Art. 2º Todas as Instruções Normativas, após a sua publicação e divulgação, deverão ser executadas e aplicadas pelas unidades responsáveis e por seus respectivos sistemas administrativos.

Art. 3º Caberá à Unidade Central de Controle Interno, prestar os esclarecimentos e orientações a respeito da aplicação dos dispositivos deste Decreto.



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

Art. 4º Caberá a unidade responsável a divulgação da Instrução Normativa ora aprovada.

Art. 5º este Decreto entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 6º Revogam-se as disposições em contrário.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.

Prefeitura Municipal de Laranja da Terra/ES, 08 de dezembro de 2025.

JOADIR LOURENÇO MARQUES

Prefeito



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 001/2025 - SSP

FINALIDADE:

Art. 1º Dispõe sobre a instituição do Protocolo Municipal para Solicitação de Exames Laboratoriais de Rotina no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Laranja da Terra/ES.

ABRANGÊNCIA:

Art. 2º Ficam abrangidas por esta Instrução Normativa todas as unidades da estrutura organizacional, no âmbito do Poder Executivo Municipal de Laranja da Terra.

CONCEITOS:

I – Exames laboratoriais de rotina: aqueles necessários ao acompanhamento básico da saúde do usuário do SUS, incluindo, mas não se limitando a hemograma completo, glicemia, lipidograma, função renal, função hepática, exames hormonais e outros definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

II – Unidade Solicitante: qualquer Unidade Básica de Saúde ou profissional de saúde credenciado que realize requisições de exames.

III – Sistema de Regulação: setor responsável pela análise, conferência e autorização das solicitações realizadas.

BASE LEGAL E REGULAMENTAR:

Art. 3º A presente instrução Normativa tem como base:

- a) Constituição Federal, Art. 30, I e II (competência municipal para legislar sobre assuntos de interesse local e suplementar legislação federal e estadual); Art. 23, II (competência comum para cuidar da saúde) e Art. 196 a 200 (organização e princípios do SUS).



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

- b) Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde, organiza o SUS, princípios da descentralização e responsabilidade dos entes federados).
- c) Lei Orgânica Municipal, dispositivos que tratam da organização da saúde no município.

Art. 4º Fundamentado nesses termos, a Unidade Central de Controle Interno, tendo como intuito de cumprir com os requisitos obrigatórios, estabelece a presente Instrução Normativa na prática de suas atividades.

DAS RESPONSABILIDADES

Art. 5º Da Unidade Responsável pela Instrução Normativa (Secretaria de Saúde):

- a) Promover a divulgação e implementação da Instrução Normativa, mantendo-a atualizada. Orientar as áreas executoras e supervisionar sua aplicação.
- b) Promover discussões técnicas com as unidades executoras e com a unidade responsável pela coordenação do controle interno, para definir as rotinas de trabalho e os respectivos procedimentos de controle que devem ser objeto de alteração, atualização ou expansão.
- c) Zelar para que todos cumpram esta instrução normativa, em todos os seus termos.

Art. 6º Da Unidade de Controle Interno:

- a) Prestar apoio técnico por ocasião das atualizações da Instrução Normativa, em especial no que tange os procedimentos de controle;
- b) Promover e incentivar práticas contínuas e permanentes de gestão de riscos e de controle preventivo;
- c) Atuar na segunda e terceira linha de defesa, em conformidade com o art. 169 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

DOS PROCEDIMENTOS

Art. 7º As solicitações de exames deverão ser realizadas exclusivamente mediante formulário próprio instituído pela Secretaria Municipal de Saúde, devidamente preenchido, legível e assinado pelo profissional solicitante.

§1º O formulário deverá conter identificação completa do paciente, CID, justificativa clínica, exames solicitados e demais informações obrigatórias.

§2º Solicitações incompletas ou ilegíveis serão devolvidas à unidade de origem para correção.

Art. 8º Compete ao Setor de Regulação:

- I – Receber, protocolar e conferir as solicitações realizadas pelas unidades;
- II – Verificar a pertinência clínica conforme protocolos vigentes;
- III – Autorizar ou devolver para ajustes;
- IV – Encaminhar para a unidade responsável pela coleta ou laboratório contratado.

Art. 9º A realização dos exames observará:

- I – A ordem cronológica de autorização;
- II – A disponibilidade orçamentária e contratual do Município;
- III – Os critérios de prioridade definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 10º Os resultados dos exames deverão ser enviados diretamente para a unidade solicitante, preferencialmente por meio eletrônico, para inserção no prontuário do paciente.

Art. 11º Os profissionais de saúde deverão observar rigorosamente este Protocolo, sendo vedada a solicitação de exames em desacordo com esta Instrução Normativa.



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

Art. 12º A Secretaria Municipal de Saúde poderá atualizar periodicamente o rol de exames de rotina e os fluxos operacionais, mediante ato complementar.

Art. 13º Os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 14º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Laranja da Terra/ES, 08 de dezembro de 2025.

JUNIO POSSMOSER SIMÃO
Secretário Municipal de Saúde

BRUNA PIO MARTINS
Controladora Interna Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

ANEXO I
PLANILHAS A SEREM OBSERVADAS PARA PEDIDOS

PROTOCOLO DE RASTREAMENTO PARA PACIENTES ASSINTOMÁTICOS

PACIENTES ASSINTOMÁTICOS	Hemograma completo EPF Glicose de Jejum Lipídograma	A CADA 2 (DOIS) ANOS
---------------------------------	--	-----------------------------

PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA PROGRAMA SAÚDE DA MULHER

PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: 1º TRIMESTRE	EXAME
	Hemograma Completo
	Tipagem Sanguínea + Fator RH
	COOMBS Indireto (se RH negativo)
	Glicose de Jejum
	EAS + Cultura de Urina
	Toxoplasmose IGG e IGM
	HBSAG + Anti-HBS
	HIV (teste rápido) *
	Sífilis (teste rápido) *
	Hepatite C (teste Rápido) *
	Citomegalovírus IGM e IGG
	Rubéola IGM e IGG
	HTLV
	Ferritina
	Vitamina D
	Vitamina B12
*Realizar primeiro teste rápido em todos os casos e posteriormente solicitar exames sorológicos em laboratório caso resultado de teste rápido negativo.	



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: 2º TRIMESTRE	EXAME
	TOXOPLASMOSE IGG E IGM
	HEMOGRAMA COMPLETO
	GLICOSE
	TESTE DE TOLERÂNCIA GLICOSE 1h e 2h após 75gr de dextrosol)
	HIV (teste rápido)
	SIFILIS (teste rápido)
	HEPATITE C (Teste rápido)
	HBSAG + Anti-HBS
	HTLV
	EAS+UROCULTURA
	Vitamina D – se necessário
	Vitamina B12 - se necessário
PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: 3º TRIMESTRE	EXAME
	HEMOGRAMA COMPLETO
	GLICOSE E JEJUM
	COOMBS INDIRETO (SE RH NEGATIVO)
	EAS+UROCULTURA
	TOXOPLASMOSE IGG E IGM
	HIV
	VDRL
	HBSAG + Anti-HBS
	HTLV
	UROCULTURA
	Vitamina D
CLIMATÉRIO	EXAME
	HEMOGRAMA COMPLETO
	GLICOSE (se alterado repetir e hemoglobina glicada)
	CITOPATOLOGICO DO COLO DO ÚTERO - FAIXA ETÁRIA (24 - 64 ANOS)
	MAMOGRAFIA - FAIXA ETÁRIA (50 - 69 ANOS)
ROTINA MUHERES ACIMA DE 60 ANOS	EXAME
	HEMOGRAMA COMPLETO
	COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES
	GLICOSE DE JEJUM
	TRIGLICERIDEOS
	VITAMINA B12 – se necessário
	VITAMINA D
	FERRITINA – se necessário



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

PLANEJAMENTO FAMILIAR	PSO
	TSH – Em caso de de queixa
	T4 LIVRE – Em caso de queixa
	EXAME
	BHCG
	GLICOSE
	HIV
	TOXOPLASMOSE IGG E IGM
	HBSAG
	ANTI-HBS
	VDRL
	HCV
	FERRITINA – se necessário
	VITAMINA D – se necessário
	VITAMINA B12 – se necessário

**PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA –
HIPERTENSÃO**

	EXAMES	FINALIDADE
HIPERTENSÃO EXAMES DE ROTINA (OBRIGATÓRIOS PARA TODO HIPERTENSO) PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO: ANUAL	GLICOSE DE JEJUM	Avaliar presença de diabetes ou prédiabetes.
	COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES (HDL, LDL, VLDL)	Avaliar perfil lipídico e risco cardiovascular.
	TRIGLICERÍDEOS	Avaliar perfil lipídico e risco cardiovascular.
	CREATININA COM CÁLCULO DA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (TFG)	Avaliar função renal.
	POTASSIO	Detectar alterações eletrolíticas, principalmente antes de iniciar diuréticos.
	ÁCIDO ÚRICO	Pode estar elevado em hipertensos e tem relação com risco cardiovascular.
	EAS (URINA TIPO 1)	Avaliar presença de proteinúria ou alterações renais iniciais.
HIPERTENSÃO EXAMES COMPLEMENTARES	MICROALBUMINÚRIA (OU RELAÇÃO ALBUMINA/CREATININA NA URINA)	Avaliação precoce de lesão renal.



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

(QUANDO INDICADOS, CASO SUSPEITA DE)	SODIO	Quando uso de diuréticos ou suspeita de hipertensão secundária.
	CALCIO	Quando uso de diuréticos ou suspeita de hipertensão secundária.
	TSH	Se houver suspeita de hipertensão de causa endócrina (ex: hipertireoidismo).
	T4 LIVRE	Se houver suspeita de hipertensão de causa endócrina (ex: hipertireoidismo).
	CREATININA	Avaliar função renal.

PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA – DIABETES

RASTREAMENTO DE DIABETES	EXAME	PERIODICIDADE	
	GLICOSE DE JEJUM	APENAS QUANDO GLICEMIA ALTERADA	
	HEMOGLOBINA GLICADA		
DIABETES EXAMES DE ROTINA (PARA TODO PACIENTE COM DIABETES)	EXAME	FINALIDADE	PERIODICIDADE
	GLICOSE DE JEJUM	Controle glicêmico	SEMESTRAL
	HEMOGLOBINA GLICADA (HBA1C)	Controle glicêmico de longo prazo	SEMESTRAL
	COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES (HDL, LDL, VLDL) - ANUAL	Avaliação de risco cardiovascular	ANUAL
	TRIGLICERÍDEOS	Avaliação de risco cardiovascular	ANUAL
	CREATININA + TFG (TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR ESTIMADA)	Avaliar função renal	ANUAL
	SÓDIO	Avaliar função renal	ANUAL
	MICROALBUMINÚRIA (OU RELAÇÃO ALBUMINA/CREATININA URINÁRIA)	Deteção precoce de nefropatia diabética	ANUAL
	EAS (URINA TIPO 1)	Avaliar infecção ou alterações urinárias	ANUAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

	POTÁSSIO	Monitorar eletrólitos, especialmente se uso de IECA/BRA	ANUAL
DIABETES EXAMES COMPLEMENTARES (INDICADOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA)	TSH	Em DM tipo 1, ou se suspeita de distúrbio tireoidiano	ANUAL
	T4 LIVRE	Em DM tipo 1, ou se suspeita de distúrbio tireoidiano	ANUAL
DIABETES EXAMES PARA CASOS ESPECÍFICOS	PROTEINÚRIA DE 24 HORAS	Se microalbuminúria confirmada	ANUAL

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO EXAMES DE ROTINA PARA SAÚDE DO HOMEM

SAÚDE DE HOMEM - ACIMA 50 ANOS	EXAME	PERIODICIDADE
	SANGUE OCULTO (PSO)	ANUAL
	LIPIDOGRAMA	
	GLICOSE DE JEJUM	
	HEMOGRAMA COMPLETO	
	TESTOSTERONA TOTAL E LIVRE	SE QUEIXA
	PSA	SE QUEIXA

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO EXAMES DE ROTINA PARA OBESIDADE

OBESIDADE	GLICOSE	ANUAL
	HEMOGRAMA	
	LIPIDOGRAMA	
	TSH	
	T4 LIVRE	
	TGO	
	TGP	



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO EXAMES DE ROTINA PARA CRIANÇAS

AO NASCIMENTO (NA MATERNIDADE OU ATÉ 7 DIAS DE VIDA)	EXAME
	Teste do pezinho (Triagem Neonatal – obrigatória pelo SUS)
	Teste do olhinho (Reflexo vermelho)
	Teste da orelhinha (Triagem auditiva neonatal)
1 A 6 MESES	EXAME
	HEMOGRAMA COMPLETO (aos 6 meses, principalmente em situações de risco nutricional)
	Avaliação antropométrica e do desenvolvimento neuropsicomotor
6 MESES A 2 ANOS	EXAME
	HEMOGRAMA COMPLETO (aos 12 meses) – rastreio de anemia
	FERRITINA (em casos de risco para deficiência de ferro)
	GLICOSE DE JEJUM (em casos selecionados com fatores de risco)
	Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, auditiva e visual periódica
	EPF
2 A 5 ANOS	EXAME
	HEMOGRAMA COMPLETO (caso não tenha sido feito ou em presença de sintomas/riscos)
	GLICEMIA DE JEJUM (em caso de obesidade ou histórico familiar de DM)
	EPF (anual, em áreas endêmicas ou em caso de sintomas)
	EXAME DE URINA TIPO I (anual ou conforme suspeita clínica)
5 A 9 ANOS	EXAME
	HEMOGRAMA COMPLETO
	GLICOSE DE JEJUM (aos 5 anos e conforme fatores de risco)
	COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES (a partir dos 6 anos, especialmente com histórico familiar ou fatores de risco)
	Avaliação auditiva e do desenvolvimento (escolarização, linguagem)



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA -
HANSENIASE**

HANSENIASE Clínico-epidemiológicos:	Avaliação dermatoneurológica completa
	Mapeamento de lesões e nervos acometidos
	Avaliação de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa
	Avaliação motora e força muscular
LABORATORIAIS E COMPLEMENTARES	BACILOSCOPIA DE LINFA DÉRMICA: coleta em lóbulos das orelhas, cotovelos ou lesões suspeitas.
	EXAME HISTOPATOLÓGICO DA PELE: e houver dúvida diagnóstica
	HEMOGRAMA COMPLETO
	GLICOSE DE JEJUM
	TGO - se houver uso de rifampicina ou suspeita de hepatopatia
	TGP - se houver uso de rifampicina ou suspeita de hepatopatia
	UREIA - em pacientes com comorbidades ou uso prolongado de medicamentos
MONITORAMENTO DO TRATAMENTO Periodicidade: trimestral	CREATININA - em pacientes com comorbidades ou uso prolongado de medicamentos
	EPF - antes de iniciar o corticoide
	Avaliação dermatoneurológica e motora
	Testes de sensibilidade cutânea
	Monitoramento de reações hanseníase (tipo I e II)
	HEMOGRAMA COMPLETO (importante no uso da dapsona → risco de anemia hemolítica)
	TGO - se houver uso de rifampicina
	TGP - se houver uso de rifampicina
	GLICOSE DE JEJUM - uso de corticoides

**PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA –
TUBERCULOSE**

TUBERCULOSE Clínico-epidemiológicos:	Avaliação clínica completa com história de tosse por mais de 2 semanas, febre, emagrecimento e sudorese noturna.
	Investigação de contatos domiciliares.



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

EXAMES LABORATORIAIS E COMPLEMENTARES:	BACILOSCOPIA DE ESCARRO (BAAR) – 2 amostras – independente do resultado da primeira
	SOROLOGIA PARA HIV
	GLICEMIA DE JEJUM
	HEMOGRAMA COMPLETO
	TGO (função hepática) – importante antes do início do esquema padrão
	TGP (função hepática) – importante antes do início do esquema padrão
	UREIA - se uso de fármacos potencialmente nefrotóxicos ou comorbidades
	CREATININA - se uso de fármacos potencialmente nefrotóxicos ou comorbidades
ENVIO AO LACEN	TESTE RÁPIDO MOLECULAR PARA TUBERCULOSE - Realizado na primeira amostra de escarro. Detecta presença do bacilo e resistência à rifampicina.
	CULTURA PARA MICOBACTÉRIA – todos os casos positivos, preferencialmente antes de iniciar o tratamento e em casos onde após BAAR persistir a suspeita.
	SOROLOGIA PARA FUNGOS – ASPERGILOS, HISTOPLASMOSE E PARACOCO.
MONITORAMENTO DO TRATAMENTO Periodicidade: TRIMESTRAL	TGO – caso uso de medicamentos hepatotóxicos, hepatopatia prévia, etilismo ou sintomas sugestivos
	TGP – caso uso de medicamentos hepatotóxicos, hepatopatia prévia, etilismo ou sintomas sugestivos
	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES – caso uso de medicamentos hepatotóxicos, hepatopatia prévia, etilismo ou sintomas sugestivos
	CREATININA – caso uso de medicamentos hepatotóxicos, hepatopatia prévia, etilismo ou sintomas sugestivos
	HEMOGRAMA COMPLETO – se sintomas de toxicidade hematológica
	CONTROLE DE ESCARRO (BAAR) - mensal
ALTA	BAAR de controle obrigatória ao final do 6º mês.



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

**PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA –
LEISHMANIOSE**

LEISHMANIOSE Exames complementares	HEMOGRAMA COMPLETO
	GAMA GT
	TRANSAMINASES (TGO/TGP)
	CREATININA E UREIA
	EAS (URINA TIPO I)
	ECG – obrigatório se uso de antimonial pentavalente (GLUCANTIME)

PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA – IST

	EXAME	PERIODICIDADE
IST	TESTES RÁPIDOS DE HIV	SEMPRE QUE NECESSÁRIO
	TESTES RÁPIDOS DE HEPATITE C	
	TESTES RÁPIDOS DE HEPATITE B	
	TESTE RÁPIDO SÍFILIS	
	VDRL	SE NECESSÁRIO
SÍFILIS MONITORAMENTO	VDRL	TRIMESTRALMENTE

**PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA DE DENGUE,
ZIKA, CHIKUNGUNYA, OROPOUCHE, FEBRE MACULOSA,
LEPTOSPIROSE, COQUELUCHE E TOXPLASMOSE GESTACIONAL**

DENGUE E CHIKUNGUNYA – 1ª CONSULTA	HEMOGRAMA COMPLETO – OBRIGATÓRIO NO PRIMEIRO ATENDIMENTO OBRIGATÓRIO
ENVIO AO LACEN	PCR PARA ARBOVIROSE – 1º AO 5º DIA DE SINTOMAS
	SOROLOGIA IGM E IGG – 6º AO 28º DIA DE SINTOMAS
MONITORAMENTO DENGUE E CHIKUNGUNYA	HEMOGRAMA COMPLETO – SEMANAL PARA PACIENTES DO GRUPO A, DEMAIS GRUPOS DE

ZIKA E OROPOUCHE	ACORDO COM CRITÉRIO MÉDICO OU QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE
	TGO/TGP - DE ACORDO COM QUADRO CLÍNICO
	CREATININA - DE ACORDO COM QUADRO CLÍNICO
	UREIA - DE ACORDO COM QUADRO CLÍNICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

	HEMOGRAMA COMPLETO - OBRIGATÓRIO NO PRIMEIRO ATENDIMENTO OBRIGATÓRIO
ENVIO AO LACEN APENAS PARA ZIKA**	PCR PARA ARBOVIROSE – 1º AO 5º DIA DE SINTOMAS
	SOROLOGIA IGM E IGG – 6º AO 28º DIA DE SINTOMAS **
ZIKA E OROPOUCHE – GESTANTES ENVIO AO LACEN	PCR NA URINA – ATÉ O 15º DIA DE SINTOMAS
MONITORAMENTO ZIKA E OROPOUCHE	HEMOGRAMA COMPLETO – SE NECESSÁRIO
	TGO/TGP - DE ACORDO COM QUADRO CLÍNICO
	CREATININA - DE ACORDO COM QUADRO CLÍNICO
	UREIA - DE ACORDO COM QUADRO CLÍNICO
ZOONOSES – FEBRE MACULOSA – 1ª CONSULTA	HEMOGRAMA COMPLETO - DE ACORO COM QUADRO CLÍNICO
	UREIA
	CREATININA
	TGO/TGP
	GAMA GT
	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
	FOSFATASE ALCALINA - DE ACORO COM QUADRO CLÍNICO
	CPK - DE ACORO COM QUADRO CLÍNICO
	SODIO - DE ACORO COM QUADRO CLÍNICO
	POTASSIO - DE ACORO COM QUADRO CLÍNICO
ENVIO AO LACEN	PCR – COLETA IMEDIATA
	1ª COLETA: SOROLOGIA IGG E IGM – IMEDIATO
	2ª COLETA: SOROLOGIA IGG E IGM – 15 DIAS APÓS A COLETA DA PRIMEIRA AMOSTRA
ZOONOSES – LEPTOSPIROSE – 1ª CONSULTA DE ACORDO COM QUADRO CLÍNICO	HEMOGRAMA COMPLETO
	UREIA
	CREATININA
	TGO/TGP
	GAMA GT
	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES
	FOSFATASE ALCALINA - DE ACORDO COM QUADRO CLÍNICO
	CPK - DE ACORDO COM QUADRO CLÍNICO
	SODIO - DE ACORDO COM QUADRO CLÍNICO
	POTASSIO - DE ACORDO COM QUADRO CLÍNICO
ENVIO AO LACEN	1ª COLETA: SOROLOGIA IGG E IGM – IMEDIATO



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
UNIDADE CENTRAL DE CONTROLE INTERNO

	2ª COLETA: SOROLOGIA IGG E IGM – 15 DIAS APÓS A COLETA DA PRIMEIRA AMOSTRA
COQUELUCHE	HEMOGRAMA COMPLETO
ENVIO AO LACEN	SWAB NASOROFARINGEO
TOXOPLASMOSE GESTACIONAL	SOROLOGIA IGG E IGM
ENVIO AO LACEN	RESULTADO IGM REAGENTE REALIZAR TESTE DE AVIDEZ ATÉ 12ª SEMANA

PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA RISCO-
CIRURGICO

RISCO CIRURGICO – SOLICITAÇÃO 2 MESES ANTES DO PROCEDIMENTO AGENDADO	
COLECISTECTOMIA E HISTERECTOMIA	HEMOGRAMA COMPLETO
	GLICOSE
	CREATININA
	TAP
	PTTK OU TTP ATIVADA
	TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE
	TEMPO DE COAGULAÇÃO
	EAS - MULHERES
	TIPAGEM SANGUINEA + FATOR RH
LAQUEADURA	HEMOGRAMA COMPLETO
	GLICOSE
	CREATININA
	TAP
	PTTK OU TTP ATIVADA
	TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE
	TEMPO DE COAGULAÇÃO
	EAS
	BHCG – EM REQUISIÇÃO SEPARADA PARA COLETA UM DIA ANTES DO PROCEDIMENTO AGENDADO
DEMAIS CIRURGIAS ELETIVAS REALIZADO NO HOSPITAL	HEMOGRAMA COMPLETO
	GLICOSE
	CREATININA
	TAP
	PTTK OU TTP ATIVADA
	TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE
	TEMPO DE COAGULAÇÃO
	EAS - MULHERES