

		GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL Secretária de Estado de Saúde Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde Coordenação de Atenção Especializada à Saúde Diretoria de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias Referência Técnica Distrital de Ginecologia e Obstetrícia Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia	Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar Central de Regulação Ambulatorial Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços Gerência de Serviços Ambulatoriais Coordenação de Atenção Primária à Saúde Diretoria da Estratégia Saúde da Família Gerência de Apoio à Saúde da Família
CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA - PANORAMA 3			
A SES/DF reformula atendimento a mulher, definindo o fluxo de encaminhamento PARA regulação de CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA			
GRUPO / PROCEDIMENTO / CIRURGIA CE - GINECOLOGIA GERAL CE - UROGINECOLOGIA CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA / REPRODUÇÃO HUMANA CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA CE - MALFORMAÇÃO GENITAL CONGÊNITA			
GRUPO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PRIORIDADE	JUSTIFICATIVA E OBJETIVO Este documento, Nota Técnica N.º 06/2023 - SES/SAIS/CATES/DUAEC, tem como objetivo apresentar os principais elementos que serão observados para o encaminhamento das usuárias da atenção secundária para a realização de cirurgias ginecológicas eletivas na Rede Pública de Atenção à Saúde no Distrito Federal, incluindo as unidades geridas pelo IESDF e HUB. A uniformização e padronização de condutas para o encaminhamento de pacientes para outros níveis de atenção, permite o atendimento integral à saúde da mulher, aumenta a qualidade da assistência e organiza as demandas para que não haja sobrecarga, com melhoria do acesso e continuidade do cuidado.	Descritivo mínimo UNIFICADO • Correta identificação com idade da paciente; • História clínica e exame físico completo; • Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal; • Descrição da fase da mulher: se menarca, perimenopausa ou pós-menopausa; • Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino anormal (medicamentos utilizados e posologia);
		DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PRIORIDADE	Propedêutica mínima para o encaminhamento, além do exame ginecológico completo:
DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA. PANORAMA 03 GRUPO - CE - GINECOLOGIA GERAL			
I. CIRURGIA DE GRANDE PORTE - PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL OU VAGINAL "SEM" PROLAPSO			
		CE - HISTERECTOMIA TOTAL - SIGTAP: 04.09.06.013-5 CE - HISTERECTOMIA SUBTOTAL - SIGTAP: 04.09.06.012-7 CE - HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) - SIGTAP: 04.09.06.011-9 CE - HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL - SIGTAP: 04.09.06.010-0	* No SISREG III, caso a cirurgia for ser realizada por videolaparoscopia ou por via vaginal no caso de prolapso uterino, solicitar a cirurgia no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA ou no Grupo CE - UROGINECOLOGIA no caso de prolapso uterino, respectivamente.
CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL ou VAGINAL SEM PROLAPSO:			
		1.1. LEIOMIOMA DO ÚTERO OU MIOMA DO ÚTERO	D25- Leiomioma do útero D26- Outras neoplasias benignas do útero
I. CONDIÇÕES CIRURGIA DE GRANDE PORTE HISTERECTOMIA ABDOMINAL ou VAGINAL SEM PROLAPSO	VERMELHA	A - Mioma(s) em útero com mais de 250 cm ³ , em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, causando anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero.	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos usados com posologia); • Hemograma completo, com data; • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Descrição do exame de imagem, com data; • Colposcopia Oncológica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).
	AMARELA	B - Mioma(s) em útero com menos de 250 cm ³ , em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, causando anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero;	
	VERDE	C - Mioma(s) em útero de qualquer tamanho, em mulheres com prole definida, com dor pélvica ou dismenorria moderada ou grave, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero.	
		D - Mioma(s) em útero com menos de 250 cm ³ , em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, sem causar anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero;	
		E - Mioma(s) em útero acima de 250 cm ³ , em mulheres com prole definida, assintomática, ou com dor pélvica ou dismenorria leve, refratária a tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero.	
		1.2. ADENOMIOSE	N80.0-Adeniose
VERMELHA	A - Adeniose em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, causando anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero.	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado para adeniose (medicamentos usados com posologia); • Hemograma completo, com data; • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Descrição do exame de imagem, com data confirmando o diagnóstico; • Colposcopia Oncológica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).	
AMARELA	B - Adeniose em mulheres com prole definida, com sangramento uterino anormal, sem causar anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com manifestado desejo para retirar o útero.		
VERDE	C - Adeniose em mulheres com prole definida, com útero acima de 250 cm ³ , assintomática, com manifestado desejo para retirar o útero		
		1.3. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL SEM PATOLOGIAS ESTRUTURAIS	N92 - Menstruação excessiva e frequente
VERMELHA	A - Sangramento uterino anormal não-estrutural, em mulheres com prole constituída, causando anemia, não responsivo ao tratamento clínico (ANE, hormonioterapia, pró-coagulante) por 6 meses ou com contraindicação para tal, com encaminhamento da ginecologia endócrina, com manifestado desejo para retirar o útero.	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado para adeniose (medicamentos usados com posologia); • Hemograma completo, com data; • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Descrição do exame de imagem, com data confirmando o diagnóstico; • Colposcopia Oncológica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).	
AMARELA	B - Sangramento uterino anormal não-estrutural, em mulheres com prole constituída, sem causar anemia, não responsivo ao tratamento clínico (ANE, hormonioterapia, pró-coagulante) por 6 meses ou com contraindicação para tal, com encaminhamento da ginecologia endócrina, com manifestado desejo para retirar o útero.		
II. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - PARA MIOMECTOMIA POR LAPAROTOMIA			
		CE - MIOMECTOMIA ABDOMINAL - SIGTAP: 04.09.06.019-4	* No SISREG III, caso a cirurgia for ser realizada por videolaparoscopia solicitar a cirurgia no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA.
CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE MIOMECTOMIA ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA			
		2.1 LEIOMIOMA DO ÚTERO OU MIOMA DO ÚTERO	D25- Leiomioma do útero D25.0- Leiomioma submucoso do útero (maior 4 cm) D25.9- Leiomioma do útero não especificado
II. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE MIOMECTOMIA POR LAPAROTOMIA	VERMELHA	A - Mioma(s) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero com mais de 250 cm ³ , em mulheres no menarca, com sangramento uterino anormal, causando anemia, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo.	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado para miomatose (medicamentos usados com posologia); • Hemograma completo, com data; • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Descrição do exame de imagem, com data; • Colposcopia Oncológica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).
	AMARELA	B - Mioma(s) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero com menos de 250 cm ³ , em mulheres no menarca, com sangramento uterino anormal, causando ou não anemia, refratário a tratamento clínico por 6 meses, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo.	
	VERDE	C - Mioma(s) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero de qualquer tamanho, em mulheres no menarca, com dor pélvica ou dismenorria moderada ou grave, refratária a tratamento clínico por 6 meses, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo.	
		D - Mioma(s) submucoso maior 4 cm, intramural e/ou subseroso, em útero de qualquer tamanho, em mulheres no menarca, assintomática, com desejo de preservação do útero, com desejo reprodutivo imediato.	
		E - Mioma(s) de qualquer localização, em útero acima de 250 cm ³ em mulheres no menarca, assintomáticas, com desejo de preservação do útero, sem desejo reprodutivo imediato.	

III. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE INVESTIGAÇÃO ENDOMETRIAL no espessamento endometrial, pólio endometrial (suspeita de pólio) ou sangramento uterino anormal	III. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE - INVESTIGAÇÃO ENDOMETRIAL no espessamento endometrial, pólio endometrial (suspeita de pólio) ou sangramento uterino anormal	
	CE - CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO - SIGTAP: 04.09.06.004-6 CE - BIÓPSIA DE ENDOMETRIO - SIGTAP: 02.01.01.015-1 CE - BIÓPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA (AMIU) - SIGTAP: 02.01.01.016-0	* No SISREG III, caso a investigação for ser por videohisteroscopia, solicitar a cirurgia CE - HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA.
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO ENDOMETRIAL E TERAPÊUTICA (QUANDO FOR O CASO)	
III. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE INVESTIGAÇÃO ENDOMETRIAL no espessamento endometrial, pólio endometrial (suspeita de pólio) ou sangramento uterino anormal	3.1 ESPESAMENTO ENDOMETRIAL, PÓLIO ENDOMETRIAL (SUSPEITA DE PÓLIO) ou SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL	
	VERMELHA A - Espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal nas mulheres na pós-menopausa, assintomáticas : o Espessura ≥ 14 mm naquelas sem terapia hormonal; o Espessura ≥ 14 mm persistente na ultrassonografia de reavaliação após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal. B - Sangramento uterino anormal na presença de alteração estrutural ou não , em mulheres no menacme, COM anemia , sem resposta ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia, pró-coagulante) por 6 meses ou com contra-indicação para tal; C - Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal com espessura ≥ 14 mm ou causando anemia independente de espessura ; D - Sangramento uterino anormal e exame de imagem com lesão suspeita de neoplasia de endométrio; E - Pólio endometrial em mulheres no menacme, com sangramento uterino anormal, causando anemia ; F - Pólio endometrial de qualquer tamanho , em mulheres na pós-menopausa, com sangramento uterino anormal, causando anemia ou não .	Z12.9- Exame de rastreamento de neoplasias de outras localidades (espessamento endometrial) N84.0- Pólio endometrial N92- Menstruação excessiva e frequente Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal; • Descrição da fase da mulher, se menacme, perimenopausa ou pós-menopausa; • Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino anormal (medicamentos utilizados e posologia); • Hemograma completo com data. • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, na primeira METADE da primeira fase do ciclo para as pacientes que ainda menstruam ou em qualquer momento para as menopausadas sem terapia hormonal ou após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal, com data ; • Mamografia atualizada de rotina se indicada, obedecendo a recomendação do MS; • Colposcopia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).
	AMARELA G - Espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal nas mulheres na pós-menopausa, assintomáticas : o Espessura ≥ 7 mm naquelas sem terapia hormonal; o Espessura ≥ 7 mm persistente na ultrassonografia de reavaliação após sangramento da supressão hormonal naquelas com terapia hormonal. H - Sangramento uterino anormal na presença de alteração estrutural ou não, em mulheres no menacme, SEM anemia , sem resposta ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia, pró-coagulante) por 6 meses ou com contra-indicação para tal I - Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal com espessura ≥ 7 mm e < 14 mm , sem anemia J - Pólio endometrial em mulheres na menacme, com sangramento uterino anormal, sem anemia , ou com dismenorreia; L - Pólio endometrial de qualquer tamanho , em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas , com fator de risco para câncer de endométrio como obesidade, hipertensão, diabetes ou usuária de Tamoxifeno	
VERDE M - Sangramento pós-menopausa nas mulheres sem terapia hormonal e/ou com espessura > 4 mm e < 7 mm , sem anemia; N - Pólio endometrial , em mulheres na pós-menopausa, assintomáticas O - Pólio endometrial , em mulheres na menacme, assintomáticas		
IV. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA ou SALPINGECTOMIA	IV. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA ou SALPINGECTOMIA	
	CE - OOFOROPLASTIA / OOFORRECTOMIA - SIGTAP: 04.09.06.021.6 CE - SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL - SIGTAP: 04.09.06.023-2	* No SISREG III, CASO a cirurgia for ser por videolaparoscopia, neste caso, solicitar a cirurgia no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA ou SALPINGECTOMIA UNI ou BILATERAL	
IV. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA ou SALPINGECTOMIA	4.1 TUMORES ANEXIAIS	
	VERMELHA A - Neoplasias benignas do ovário, em mulheres no menacme, abaixo de 35 anos, maiores que 10 cm, com as outras características de benignidade pelo IOTA presentes: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro	D27- Neoplasia benigna do ovário N83.0- Cisto folicular do ovário N83.2- Outros cistos ovarianos e os não especificados N83.8- Outros transformos não inflamatórios da trompa de falópio (hidrossalpinge) D60.1- Cisto ovariano de desenvolvimento - Parovulose
	AMARELA B - Neoplasias benignas do ovário, doenças das trompas, em mulheres de qualquer idade com características de benignidade pelo IOTA: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro < 10 cm, sem ascite ou sem fluxo ao doppler. Com desejo reprodutivo imediato; C - Neoplasias benignas do ovário, doenças das trompas, em mulheres de qualquer idade com características de benignidade pelo IOTA: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro < 10 cm, sem ascite ou sem fluxo ao doppler. Sem desejo reprodutivo imediato. D - Alterações funcionais dos ovários, cistos foliculares, cistos lúteos ou tecaluteínicos, em mulheres no menacme que persistem acima de 5 cm após 12 semanas com controle ultrassonográfico	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia); • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Descrição do exame de imagem, com data; • Colposcopia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

V. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE LAQUEADURA TUBÁRIA	V. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - PARA LAQUEADURA TUBÁRIA		
	CE - LAQUEADURA TUBÁRIA - SIGTAP: 04.09.06.018.6		* No SISREG III, no campo "OBSERVAÇÃO" informar se a cirurgia será aberta, por laparotomia ou por videolaparoscopia, neste caso, solicitar a cirurgia no Grupo CE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA/ REPRODUÇÃO HUMANA)
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA desde que atendidos os critérios definidos na Lei N° 9.263, de 12 de janeiro de 1996, alterada pela Lei No 14.443, de 2 de setembro de 2022		
	5.1. CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA		Z30.2- Esterilização (feminina)
VERMELHA	A - Mulheres no menacme com comorbidade de risco de vida elevado se engravidar , necessidade imediata de esterilização cirúrgica conforme relatório de especialidade médica , com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei;		
AMARELA	B - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, com 04 (quatro) filhos OU mais , desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.		
VERDE	D - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva, com 02 (dois) ou 03 (três) , desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.		
	E - Mulheres no menacme com necessidades especiais ou comorbidades que dificultem ou contraindiquem o uso dos métodos contraceptivos disponíveis na atenção primária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.		
	F - Mulheres no menacme com desejo de esterilização cirúrgica definitiva , laqueadura tubária, desde que atendidos os demais critérios definidos na Lei.		
CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:			
<ul style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes); Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia); Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano) 			
CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA			
Mulheres ou homens com capacidade civil plena; Ser maior de 21 anos OU ter pelo menos dois filhos vivos (comprovados através de documentação probatória); Passar por atendimento individual ou em grupo de orientação e aconselhamento multidisciplinar; Respeitar o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre o registro da manifestação da vontade e a realização do procedimento cirúrgico.			
Documentação mínima necessária, para regulação com inserção da paciente no SISREG III para esterilização cirúrgica definitiva, através da laqueadura tubária bilateral, atendendo os critérios definidos na Lei N° 9.263, de 12 de janeiro de 1996, alterada pela Lei No 14.443, de 2 de setembro de 2022:			
<ul style="list-style-type: none"> Comprovante de participação em palestra / reunião de aconselhamento sobre a importância do planejamento reprodutivo (Anexo I) preenchido, incluindo a data (sem rasura) e assinado, com "confere" do agente público que atender a paciente; Termo de Consentimento Informado (TCI) (Anexo II) preenchido, incluindo a data (sem rasura) e assinado, com "confere" do agente público que atender a paciente; ATA de Conferência (ATA) (Anexo III) preenchido incluindo a data (sem rasura) e assinado, com "confere" do agente público que atender a paciente. 			
"VI. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE GLÂNDULA DE BARTHOLIN, ou CISTO VAGINAL."	VI. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE - GLÂNDULA DE BARTHOLIN, ou CISTO VAGINAL		
	CE - MARSUPIALIZAÇÃO GLÂNDULA DE BARTHOLIN - SIGTAP: 04.09.07.019-0 CE - BARTHOLINECTOMIA - SIGTAP: 04.09.07.015-7 CE - EXÉRESE DE CISTO VAGINAL - SIGTAP: 04.09.07.014-9		
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE MARSUPIALIZAÇÃO DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN, BARTHOLINECTOMIA ou EXÉRESE DE CISTO VAGINAL		
	6.1 CISTO VAGINAL e OUTRAS DOENÇAS DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN		N75.0- Cisto da glândula de Bartholin N75.8- Outras doenças da glândula de Bartholin Q52.4-b- Cisto embrionário vaginal
AMARELA	A - Cisto da glândula de Bartholin;		
VERDE	B - História de dois ou mais abscessos da glândula de Bartholin no mesmo lado drenados em pronto-socorro;		
	C - Cisto embrionário vaginal		
CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:			
<ul style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes); Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia); Tratamento cirúrgico prévio realizado; Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano) 			
VII. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE PARA NINFOPLASTIA	VII. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE - PARA NINFOPLASTIA		
	CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS - SIGTAP: 04.09.07.026-2 (Ninfoplastia ou plástica íntima)		* No SISREG III, no campo "OBSERVAÇÃO" informar se a cirurgia será realizada pela cirurgia ginecológica ou por equipe da MALFORMAÇÃO GENITALI, neste caso, encaminhar para consulta e solicitar a cirurgia no Grupo CE - MALFORMAÇÃO GENITAL CONGÊNITA.
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE NINFOPLASTIA		
	7.1. HIPERTROFIA DE PEQUENOS LÁBIOS		N90.6 - Hipertrofia de vulva, dos pequenos lábios
AMARELA	A - Hipertrofia disfuncional dos pequenos lábios, maior que 8 cm de altura .		
VERDE	B - Hipertrofia dos pequenos lábios, menor que 8 cm de altura		
CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:			
<ul style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes); Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia); Tratamento cirúrgico prévio realizado; Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; Colpocitologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano) 			

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA.		
PANORAMA 03 GRUPO - CE - UROGINECOLOGIA		
VIII. CIRURGIA DE GRANDE PORTE HISTERECTOMIA VAGINAL OU COLPOCLEISE NO PROLAPSO UTERINO	VIII. CIRURGIA DE GRANDE PORTE - HISTERECTOMIA VAGINAL ou COLPOCLEISE no PROLAPSO UTERINO	
	CE - HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL) - SIGTAP: 04.09.06.010-0 CE - COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LEFORT) - SIGTAP: 04.09.07.003-3 CE - COLPOPERINEOCLEISE - SIGTAP: 04.09.07.004-1	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE HISTERECTOMIA VAGINAL ou COLPOCLEISE	
	8.1. PROLAPSO UTERINO:	N81.2 - Prolapso uterovaginal incompleto N81.3 - Prolapso uterovaginal completo
VERMELHA	A - Prolapso uterino com exteriorização do órgão, com manifestado desejo para retirar o útero.	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (tempo de evolução e outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado para micromotose (medicamentos usados com posologia); • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Colpocitologia Oncológica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).
AMARELA	B - Prolapso uterino sem exteriorização do órgão, com manifestado desejo para retirar o útero.	
"IX. CIRURGIA DE GRANDE PORTE - CORREÇÃO DE PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL."	IX. CIRURGIA DE GRANDE PORTE - CORREÇÃO DE PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL	
	CE - COLPOPEXIA SACRO-ESPINHOSA / COLPOSACROSUSPENSÃO - SIGTAP: 04.09.07.021-1	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE COLPOPEXIA SACRO-ESPINHOSA	
	9.1. PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL	N99.3 - Prolapso de cúpula de vagina após histerectomia
VERMELHA	A - Prolapso de cúpula de vagina com exteriorização	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Cirurgia prévia se realizada, com data; • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia).
AMARELA	B - Prolapso de cúpula vaginal sem exteriorização	
X. CIRURGIA DE GRANDE PORTE CORREÇÃO DE FÍSTULA GINECOLÓGICA	X. CIRURGIA DE GRANDE PORTE - CORREÇÃO DE FÍSTULA GINECOLÓGICA	
	CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA VESICO-UTERINA - SIGTAP: 04.09.06.028-3 CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA RETO-VAGINAL - SIGTAP: 04.09.07.023-8 CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA URETRO-VAGINAL - SIGTAP: 04.09.07.024-6 CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA VESICO-VAGINAL - SIGTAP: 04.09.07.025-4	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FÍSTULA GINECOLÓGICA, do trato genital feminino:	
	10.1. FÍSTULA GINECOLÓGICA:	N82 - Fístulas do trato genital feminino
VERMELHA	A - Fístula ginecológica, fístula vesico-uterina, fístula reto-vaginal, fístula uretrovaginal, fístula vesicovaginal.	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia).
XI. CIRURGIA DE GRANDE PORTE CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA "Cirurgia de Burch"	XI. CIRURGIA DE GRANDE PORTE - CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA "Cirurgia de Burch"	
	CE - CIRURGIA DE BURCH - SIGTAP: 04.09.07.020-3	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE PARA CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA	
	11.1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA	N39.3 - Incontinência urinária de tensão ("stress") N39.4 - Outras incontinências urinárias especificadas
AMARELA	A - Incontinência urinária de esforço ("stress") em mulheres de qualquer idade, refratária a tratamento clínico e ou fisioterápico por 6 meses; B - Incontinência urinária mista em mulheres de qualquer idade, refratária a tratamento clínico e fisioterápico por 6 meses.	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia); • Descrição do exame de imagem, com data; • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Resultado de urocultura, com data.
XII. CIRURGIA DE DE MÉDIO PORTE COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR / POSTERIOR	XII. CIRURGIA DE DE MÉDIO PORTE - COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR / POSTERIOR	
	CE - COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR - SIGTAP: 04.09.07.005-0 CE - COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR - SIGTAP: 04.09.07.006-8 CE - COLPOPERINEORRAFIA NÃO OBSTÉTRICA - SIGTAP: 04.09.07.007-6 CE - COLPOPLASTIA ANTERIOR - SIGTAP: 04.09.07.008-4	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR / POSTERIOR DEVIDO CISTOCELE E OU RETOCELE, COM OU SEM LACERAÇÃO DE PERÍNEO SEM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE TENSÃO	
	12.1. CISTOCELE, RETOCELE E LACERAÇÃO DE PERÍNEO	N81.1 - Cistocele N81.6 - Retocele O70 - Laceração de perineo durante o parto
VERMELHA	A - Laceração de perineo de terceiro ou quarto grau (Grau III ou IV), com ou sem cistocele e / ou retocele	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia); • Colpocitologia Oncológica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).
AMARELA	B - Laceração de perineo de segundo grau (Grau II), com ou sem cistocele e / ou retocele	
VERDE	C - Laceração de perineo de primeiro grau (Grau I), com ou sem cistocele e / ou retocele, não responsivo a tratamento fisioterápico	
XIII. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE Tratamento Cirúrgico De Incontinência Urinária Por Via Vaginal	XIII. CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - Tratamento Cirúrgico De Incontinência Urinária Por Via Vaginal	
	CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL ("SLING") - SIGTAP: 04.09.07.027-0	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA	
	13.1. INCONTINÊNCIA URINÁRIA	N39.3 - Incontinência urinária de tensão ("stress") N39.4 - Outras incontinências urinárias especificadas
AMARELA	A - Incontinência urinária de esforço ("stress") em mulheres de qualquer idade, refratária a tratamento clínico e fisioterápico por 6 meses; B - Incontinência urinária mista em mulheres de qualquer idade, refratária a tratamento clínico e fisioterápico por 6 meses.	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Descrição do exame de imagem, com data; • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Resultado de urocultura, com data; • Colpocitologia Oncológica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

XVI - CIRURGIA DE MÉDIO PORTE HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA	XVI - CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA	
	CE - HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA - SIGTAP: 02.09.03.001-1	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA PARA RETIRADA DE DIU PERDIDO	
	16.1 DIU PERDIDO	T19.3 Corpo Estranho no útero (qualquer parte)
VERMELHA	A - DIU perdido, em mulheres no menacme, sem desejo reprodutivo imediato, com DOR pélvica, COM sangramento uterino anormal, com ou sem anemia;	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal;
AMARELA	B - DIU perdido na cavidade uterina, em mulheres no menacme, associado a infertilidade, com desejo reprodutivo imediato;	• Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos usados com posologia); • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data;
VERDE	C - DIU perdido na cavidade uterina, bem posicionado, vencido (eficácia) ou não, em mulheres no menacme, assintomática, sem desejo reprodutivo imediato.	• Colpocytologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).
XVII - CIRURGIA DE MÉDIO PORTE RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA	XVII - CIRURGIA DE MÉDIO PORTE - RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA	
	CE - SALPINGOPLASTIA - SIGTAP: 04.09.06.025-9 CE - SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SIGTAP: 04.09.06.026-7	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE REVERSÃO DA FERTILIDADE COM RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA APÓS LAQUEADURA TUBÁRIA PRÉVIA	
	17.1. REVERSÃO DA FERTILIDADE, (RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA)	N97.1 - Infertilidade feminina de origem tubária
VERDE	A - CASAL COM mulher no menacme, com Laqueadura tubária prévia informada e comprovada através de exame de Histerossalpingografia, sem suspeita de ser fimbriectomia, com avaliação da reserva ovariana com contagem de folículos superior a 5 folículos antrais, descartada outras causas de infertilidade, descartada principalmente a infertilidade masculina associada.	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Descrição padrão menstrual da mulher; • Ultrassonografia transvaginal com Contagem de Folículos Antrais, realizado entre o 3º e o 5º dia, após o 1º dia da menstruação, considerando o 1º dia, o dia que apresenta sangramento vermelho; • Espereograma do marido; • Exame de Histerossalpingografia, com data; • Colpocytologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).
XVIII - CIRURGIA DE GRANDE PORTE - ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA VIDEOLAPAROSCOPIA, OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA OU SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL e ENDOMETRIOSE PÉLVICA e "SEM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA	XVIII - CIRURGIA DE GRANDE PORTE – ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA VIDEOLAPAROSCOPIA, OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA OU SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL	
	Procedimento a ser solicitado no SISREG: CE - VIDEOLAPAROSCOPIA - SIGTAP: 02.09.01.006-1 Incluindo Cirurgia para tratamento de endometriose pélvica "SEM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA Procedimentos a serem informados no campo "OBSERVAÇÃO" no SISREG: CE - LIBERAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTESTINAIS - SIGTAP: 04.07.04.018-8 CE - SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SIGTAP: 04.09.06.024-0 CE - SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SIGTAP: 04.09.06.025-7 CE - OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA - SIGTAP: 04.09.06.021-6 CE - HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SIGTAP: 04.09.06.015-1	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE PARA OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA OU SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL	
	18.1 TUMORES ANEXIAIS	D27 - Neoplasia benigna do ovário N83.0 - Cisto folicular do ovário N83.2 - Outros cistos ovarianos e os não especificados N83.8 - Outros transtornos não inflamatórios da trompa de falópio (hidrossalpinge) D60.1 - Cisto ovariano de desenvolvimento - Parovoto
VERMELHA	A - Neoplasias benignas do ovário, em mulheres no menacme, abaixo de 35 anos, maiores que 10 cm, com as outras características de benignidade pelo IOTA presentes: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro < 10 cm, sem ascite ou sem fluxo ao doppler, com desejo reprodutivo imediato;	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (tempo de evolução e infertilidade, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia);
AMARELA	B - Neoplasias benignas do ovário, doenças das trompas, em mulheres de qualquer idade com características de benignidade pelo IOTA: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro < 10 cm, sem ascite ou sem fluxo ao doppler. Com desejo reprodutivo imediato;	• Descrição do exame de imagem, com data; • Colpocytologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).
VERDE	C - Neoplasias benignas do ovário, doenças das trompas, em mulheres de qualquer idade com características de benignidade pelo IOTA: cisto unilocular, componente sólido < 7 mm, sombra acústica presente, multilocular liso com maior diâmetro < 10 cm, sem ascite ou sem fluxo ao doppler. Sem desejo reprodutivo imediato;	
	D - Alterações funcionais dos ovários, cistos foliculares, cistos lúteos ou tealutênicos, em mulheres no menacme que persistem acima de 5 cm após 12 semanas com controle ultrassonográfico.	
	18.2. ENDOMETRIOSE PÉLVICA "SEM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA	N80.1 - Endometriose do ovário N80.2 - Endometriose da trompa de falópio N80.3 - Endometriose do peritônio pélvico N80.6 - Endometriose em cílix uterina N80.8 - Outra endometriose N80.9 - Endometriose não especificada N84.5 - Dismenorreia secundária K66.0 - Adesências peritoniais
VERMELHA	A - Pacientes com diagnóstico de endometriose, endometrioma por exames de imagem, com dor pélvica moderada ou severa, sem resposta ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia) por 6 meses ou com contraíndicação para tal, com interesse reprodutivo;	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário); • Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com posologia); • História de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias;
AMARELA	B - Pacientes com diagnóstico de endometriose, endometrioma por exames de imagem, com dor pélvica leve, sem resposta ao tratamento clínico (AINE, hormonioterapia) por 6 meses ou com contraíndicação para tal, sem interesse reprodutivo.	• Descrição do exame de imagem, com data; • Exame físico, abdominal e ginecológico completo com exame especular e toque vaginal; • Descrição da fase da mulher, se menacme, perimenopausa ou pós-menopausa; • Ultrassonografia de Abdômen total, com data;
	C - Pacientes com diagnóstico de endometriose de parede abdominal.	• Colpocytologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA.		
PANORAMA 03		
GRUPO - CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA		
Observação importante: Somente membros da(s) equipe(s) constituída(s) com EQUIPE MULTIDISCIPLINAR para realizar CIRURGIA AVANÇADA para TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA poderão inserir paciente neste GRUPO – CE		
XIX - CIRURGIA DE GRANDE PORTE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA "COM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	XIX - CIRURGIA DE GRANDE PORTE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA "COM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	
	Procedimento a ser solicitado no SISREG: CE - VIDEOLAPAROSCOPIA - SIGTAP: 02.09.01.006-1 no GRUPO - CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA Incluindo Cirurgia para tratamento de endometriose pélvica "COM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA Procedimentos a serem informados no campo "OBSERVAÇÃO" no SISREG: CE - LIBERAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTESTINAIS - SIGTAP: 04.07.04.018-8 CE - SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SIGTAP: 04.09.06.024-0 CE - SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SIGTAP: 04.09.06.026-7 CE - OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA - SIGTAP: 04.09.06.021-6 CE - HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SIGTAP: 04.09.06.015-1 CE - CISTECTOMIA PARCIAL - SIGTAP: 04.09.01.002-2 CE - CISTORRAFIA - SIGTAP: 04.09.01.008-1 Enteroectomia com reanastomose de reto sigmoido; CE - EXCIÇÃO DE LESÃO INTESTINAL / MÉSENTERICA LOCALIZADA - SIGTAP: 04.07.02.023-3 CE - FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO) - SIGTAP: 04.07.02.024-1 Dissecção de ureter com implante de ureter CE - URETEROENTEROSTOMIA - SIGTAP: 04.16.01.019-9 CE - INSTALAÇÃO ENDOSCOPIA DECATETER DUPLA J - SIGTAP: 04.09.01.017-0	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA "COM" ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA COM CIRURGIA AVANÇADA REALIZADA POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA	
	19.1 ENDOMETRIOSE PÉLVICA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA	N80.4 - Endometriose do septo reovaginal e da vagina N80.5 - Endometriose do intestino N80.3 - Endometriose do peritônio pélvico
VERMELHA	A - Pacientes com diagnóstico de endometriose profunda infiltrativa por exames de imagem, com estreitamento de reto sigmoido, e/ou com hidronefrose devido obstrução de ureter, e com sintomatologia algica sem resposta a analgesia por via oral.	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: • Sinais e sintomas (caracterização do quadro, descrição do hábito intestinal e urinário, exame físico e ginecológico completo); • Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com posologia); • História de cirurgias abdominais ou ginecológicas prévias;
AMARELA	B - Pacientes com diagnóstico de endometriose profunda infiltrativa por exames de imagem, com desejo reprodutivo.	• Descrição da fase da mulher, se menacme, perimenopausa ou pós-menopausa; • Resultado dos exames da propeéutica mínima, com data; • Mulheres no menacme: CA125, Beta-HCG, TSH, Proladina; • Ultrassonografia de Abdômen total, com data;
	C - Pacientes com diagnóstico de endometriose profunda infiltrativa por exames de imagem, com sem estreitamento de reto sigmoido, ou com hidronefrose devido compressão de ureter, e com sintomatologia algica leve ou moderada.	• Colpocytologia Oncótica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano).

DOS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA.

PANORAMA 03

GRUPO - CE - MALFORMAÇÃO GENITAL CONGÊNITA

XX. CIRURGIA DE GRANDE PORTE - PARA CORREÇÃO DE MALFORMAÇÃO	XX. CIRURGIA DE GRANDE PORTE - PARA CORREÇÃO DE MALFORMAÇÃO	
	CE - CIRURGIA DE ALARGAMENTO DA VAGINA - SIGTAP: 04.09.07.001-7 CE - CONSTRUÇÃO DE VAGINA (NEOVAGINA) - SIGTAP: 04.09.07.011-4 CE - RECONSTRUÇÃO DE VAGINA - SIGTAP: 04.09.07.021-1 CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VAGINA SEPTADA / ATRESICA - SIGTAP: 04.09.07.028-9 CE - PLÁSTICA DE VULVA E CLITÓRIS - SIGTAP: 04.09.07.026-2	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DA MALFORMAÇÃO, alargamento da vagina ou construção de vagina (neovagina)	
	20.1. MALFORMAÇÃO GENITAL CONGÊNITA Q51 - Malformações congênita do útero e do colo do útero Q52 - Outras malformações congêntas dos órgãos genitais femininos	
	VERMELHA	A - Septo vaginal oblíquo causando criptomenorréia, hematocolpo, hematometra, hematossalpinge, em útero duplo com duplicação do colo útero e da vagina com uma haste fechada - Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich B - Septo vaginal transverso causando criptomenorréia, hematocolpo, hematometra, hematossalpinge;
	AMARELA	C - Agenesia e aplasia do colo do útero causando criptomenorréia, hematocolpo, hematometra, hematossalpinge; D - Estreitamento de vagina ou anel himenal estreitado, COM criptomenorria e/ou dismenorria grave e/ou dispaurenia grave E - Estreitamento de vagina ou anel himenal estreitado, SEM criptomenorria e/ou dismenorria grave e/ou dispaurenia grave. F - Agenesia de útero e de vagina (Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hause).
	Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: <ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas (características do sangramento, tempo de evolução, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e ginecológico completo (a depender do tipo de malformação); • Tratamento em uso ou já realizado para o sangramento uterino (medicamentos usados com posologia); • Tratamento cirúrgico relacionado à malformação já realizado; • Resultado dos exames da propedêutica mínima, com data, TSH, FSH, Prolactina; • Ultrassonografia de abdome total, com data; • Ultrassonografia transvaginal ou pélvica, com data; • Descrição de outro exame de imagem, com data 	
	XXI. CIRURGIA DE PEQUENO PORTE - PARA CORREÇÃO DA MALFORMAÇÃO	
	CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COAPTAÇÃO DE NINFAS- SIGTAP: 04.09.07.022-0 CE - HIMENOTOMIA- SIGTAP: 04.09.07.018-1 CE - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LÁBIOS - SIGTAP: 04.09.07.026-2 (Ninfoplastia ou plástica íntima)	
	CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REGULAÇÃO DE CIRURGIA DE CORREÇÃO DA MALFORMAÇÃO: imperfuração himenal ou coaptação de pequenos lábios e HIPERTROFIA DE PEQUENOS LÁBIOS	
21.1 MALFORMAÇÃO GENITAL CONGÊNITA, Imperfuração de himen e coaptação de ninfas Q52.3 - Imperfuração de himen N90.0 - Outros transtornos não-inflamatórios especificados da vulva e do períneo (coaptação de ninfas)		
VERMELHA	A - Imperfuração himenal causando criptomenorréia, hematocolpo, hematometra e/ou hematossalpinge;	
AMARELA	B - Coaptação de pequenos lábios, inclusive em crianças.	
Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: <ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes); • Tratamento cirúrgico relacionado à malformação já realizado; • Ultrassonografia pélvica abdominal, com data; • Descrição de outro exame de imagem, com data; • Colposcopia Oncológica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano). 		
21.2. HIPERTROFIA DE PEQUENOS LÁBIOS N90.6 - Hipertrofia de vulva, dos pequenos lábios		
AMARELA	A - Hipertrofia disfuncional dos pequenos lábios, maior que 8 cm de altura .	
VERDE	B - Hipertrofia dos pequenos lábios, menor que 8 cm de altura	
Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter: <ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas (tempo de evolução, outras informações relevantes); • Exame físico, abdominal e exame ginecológico completo; • Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos usados com posologia); • Colposcopia Oncológica (CCO) preventivo recente (colhida há menos de 01 ano). 		
*RTD de Ginecologia e Obstetrícia da SESDF RTD Colaborador de Ginecologia e Obstetrícia da SESDF Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da SESDF Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial CRDF Central de Regulação de Cirurgia Eletiva do CRDF		
Nota Técnica N.º 12/2023 - SESIS/ANIS/CAT/ESD/UAEC Anexo 3. Condições Clínicas para encaminhamento para Regulação de pedido de Cirurgia Ginecológica Eletiva com os principais elementos que serão observados para o encaminhamento das usuárias da atenção secundária para atendimento na atenção secundária e terciária em cirurgia ginecológica eletiva, na especialidade de Ginecologia, na rede pública de saúde do Distrito Federal (SES/DF, incluindo as unidades geridas pelo IGESDF e HUB).		