



DELIBERAÇÃO 075/CIB/18 – Retificada em 19/10/2023

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 219ª reunião ordinária de 19 de abril de 2018 e RETIFICADA na 276ª reunião ordinária da CIB de 19 de outubro de 2023 para mudança do fluxo.

Considerando o Art. 227 da Constituição Federal de 1988, que define como dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão;

Considerando a Lei Estadual nº 17.080, de 12 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a garantia da realização por parte das maternidades, hospitais e instituições similares da rede pública de saúde no Estado de Santa Catarina, do exame do estudo cromossômico, denominado teste de cariótipo, nos recém-nascidos com diagnóstico de doenças cromossômicas ou genéticas;

Considerando o Decreto nº 1.510, de 28 de fevereiro de 2018, que regulamenta a Lei 17.080/2017.

APROVA

Art. 1º A solicitação do estudo cromossômico de recém-nascidos somente poderá ser realizada por profissionais que atuem em maternidades e hospitais que realizam partos na rede pública de saúde ou rede privada contratualizada com o SUS no Estado de Santa Catarina.

PARÁGRAFO ÚNICO. Os profissionais que podem fazer esta solicitação são médico pediatra, neonatologista ou geneticista.

Art. 2º Para ter acesso ao estudo do cariótipo, o profissional deverá ter identificado no recém-nascido, sinais e sintomas das doenças genéticas: Síndrome de Down, Síndrome de Cri Du Chat, Trissomia do Cromossomo 13, Trissomia do Cromossomo 18, Síndrome de Turner, Polimalformações ou Genitália Ambígua, conforme os critérios estabelecidos pela Regulação Estadual com base no Protocolo de Acesso.

Art. 3º O médico assistente do paciente nas especialidades supracitadas deverá preencher corretamente os formulários de encaminhamento (Anexo I, Aba 1 e Aba 2) com todas as informações clínicas solicitadas, bem como o seu e-mail e o da Secretaria de Saúde do Município do paciente.

PARÁGRAFO ÚNICO. A coleta deve ser feita pela Maternidade e Hospitais que realizam partos na rede pública de saúde ou rede privada contratualizada com o SUS, até a alta do paciente.



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

Art. 4º Logo após a coleta, a Secretaria de Saúde do Município deverá ser acionada para providenciar o transporte do material, juntamente com os formulários de solicitação, seguindo o fluxo de envio (Anexo II), e serem entregues no Hospital Dia do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no prazo máximo de 48 horas após a coleta, ficando o referido laboratório responsável pelo armazenamento do material e envio para o prestador.

§ 1º. As Maternidades e Hospitais que realizam partos na rede pública de saúde ou rede privada contratualizada com o SUS podem discutir o fluxo de encaminhamento das amostras coletadas junto ao Município do paciente, ficando facultativo o envio das amostras pelas Maternidades e Hospitais.

§ 2º. Os Hospitais e Maternidades da Grande Florianópolis devem entregar diretamente no Hospital Dia do HIJG.

Art. 5º O Hospital Infantil Joana de Gusmão providenciará o encaminhamento do material para o laboratório prestador do estudo cromossômico, conforme o Contrato de Prestação de Serviços.

Art. 6º Fica estabelecido a obrigatoriedade do médico solicitante de anotar na carteira de saúde da criança a data da coleta deste exame.

Art. 7º Fica sob responsabilidade do médico solicitante (via Hospital solicitante) a verificação do resultado do exame e o encaminhamento do mesmo para a Unidade Básica de Saúde do Município do paciente para informação do resultado à família do bebê.

PARÁGRAFO ÚNICO. Para ter acesso ao laudo do exame, o médico solicitante (via Hospital solicitante) deverá estar cadastrado no Sistema NAV (Anexo II).

Art. 8º Compete à Diretoria de Educação Permanente em Saúde e à equipe da Gerência de Atenção Básica (Saúde da Criança e Rede Cegonha) da Superintendência de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde realizar, apoiar e estimular ações de educação permanente, voltadas para o diagnóstico e atendimento dos recém-nascidos com alterações genéticas, para os profissionais de saúde que atuam nos estabelecimentos que realizam partos.

Art. 9º Esta Deliberação entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Florianópolis, 19 de outubro de 2023.

CARMEN EMILIA BONFA ZANOTTO
Secretária de Estado da Saúde
Coordenadora CIB/SES

SINARA REGINA LANDT SIMIONI
Presidente do COSEMS
Coordenadora CIB/COSEMS



Assinaturas do documento



Código para verificação: **Q07FSP97**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✓ **SINARA REGINA LANDT SIMIONI** (CPF: 030.XXX.839-XX) em 23/10/2023 às 18:09:06
Emitido por: "AC LINK RFB v2", emitido em 18/09/2023 - 14:18:18 e válido até 18/09/2024 - 14:18:18.
(Assinatura ICP-Brasil)

✓ **CARMEN EMÍLIA BONFÁ ZANOTTO** (CPF: 514.XXX.459-XX) em 24/10/2023 às 09:04:34
Emitido por: "SGP-e", emitido em 01/04/2021 - 13:53:43 e válido até 01/04/2121 - 13:53:43.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAyMTY4OTJfMjE5MDQ0XzlwMjNfUTA3RINQOTc=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00216892/2023** e o código **Q07FSP97** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.



ANEXO I - FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO - DELIBERAÇÃO Nº 075/CIB/2018
EXAME SOLICITADO: CARIÓTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO COM TÉCNICA DE BANDAS
CÓDIGO: 02.02.10.003-0 (Preencher Aba 1 e Aba 2)

Informações do Laboratório

Nome completo do laboratório: _____

Nome do Profissional que fez a coleta: _____

Data da coleta: ____/____/____ Hora: ____:____ Telefone: (____) _____

Urgente: SIM NÃO

Informações do Solicitante

Hospital / Maternidade: _____

Email: _____ Telefone: (____) _____

Médico Solicitante: _____ CRM _____

Email: _____ Telefone: (____) _____

Informações do Paciente

(*) Nome completo do paciente: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Email: _____

Sexo: FEM MASC Telefone: (____) _____

Dados clínicos, medicamentos, outras informações: _____

Medicamento em uso: _____

SIM NÃO
OUTROS CASOS NA FAMÍLIA

SIM NÃO
CONSANGUIDADE ENTRE OS PAIS

Amostras Enviadas

Sangue Heparinizado

- Os exames de Biologia Molecular e Citogenética devem ser acompanhados obrigatoriamente de uma cópia do pedido médico.

Cariótipo – Avaliação Constitucional e Oncohematológica

Etiqueta do Paciente

Questionário para o Exame Cariótipo

As informações descritas neste questionário servirão como complemento para a análise do exame, o seu não preenchimento ou preenchimento inadequado poderá comprometer o laudo final.

Nome do Paciente: _____ Sexo: Masculino Feminino
Data de Nascimento: __/__/____ Contato: _____
Médico Solicitante: _____ Contato médico: _____

1. Exame Solicitado

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cariótipo com banda G –Constitucional. | <input type="checkbox"/> Cariótipo com banda G –Oncohematológico. |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo com banda G – 50 Metáfases. | <input type="checkbox"/> Cariótipo com Pesquisa de Quebras Cromossômicas. |
| <input type="checkbox"/> Cariótipo com banda G – 100 Metáfases. | |

2. Tipo de Amostra

- Sangue periférico em heparina sódica.
 Medula óssea em heparina sódica.

3. Motivo da solicitação do exame:

Constitucional:

- Ambiguidade genital.
 Aborto de repetição.
 Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.
 Amenorréia.
 Baixa estatura.
 Defeito físico ao nascimento /Dismorfismo.
 Deficiência intelectual.
 Infertilidade.
 Puberdade tardia.
 Síndrome de Klinefelter.
 Síndrome de Turner.
 TEA | Autismo.
 Trissomia do cromossomo 13: Síndrome de Patau.
 Trissomia do cromossomo 18: Síndrome de Edwards.
 Trissomia do cromossomo 21: Síndrome de Down.
 Outros: _____.

Oncohematológico:

- LLA.
 LMA.
 LLC.
 LMC (cromossomo Philadelphia).
 Síndrome Mielodisplásica (SMD).
 Linfoma: _____
 Mieloma Múltiplo.
 Outros: _____
- Transplante de medula óssea (TMO). Autólogo.
Sexo do doador:
 Feminino.
 Masculino.

4. Fez ou faz uso de algum medicamento? Qual e há quanto tempo?

5. Possui cariótipo anterior? Se sim, especificar a data e o resultado.

6. Outras informações que julgar relevantes / História clínica resumida:

Observação: Anexar cópia do pedido médico e cópia da identificação do paciente (RG, CNH, Certidão).

Assinatura _____ Data: __/__/__.

ANEXO II – FLUXO PARA ENVIO DE EXAME CARIÓTIPO DELIBERAÇÃO Nº 75/CIB/2018

Considerando a mudança do prestador de serviço laboratorial em 01 de agosto de 2023, vimos por meio deste, apresentar o novo fluxo para envio de exames cariótipos a fim de atender a Deliberação 075/CIB/2018.

- Os exames devem ser coletados em tubo próprio (com heparina - tampa verde), disponibilizados pelo Laboratório por intermédio do HIJG.
- Os tubos devem estar identificados e acondicionados em caixa térmica / resfriada.
- Necessário 4 ml de sangue.
- Não serão aceitos materiais em seringa.
- Deve ser enviado pedido médico e termos próprios devidamente preenchidos e assinados (ANEXO I – aba 1 e 2).
- Os materiais devem chegar ao Hospital Infantil Joana de Gusmão, de segunda a quarta-feira durante horário comercial e quinta-feira até às 13h, para posterior envio ao Laboratório.
- As amostras devem ser entregues no Hospital Dia, preferencialmente para Enf. Elediane.
- Amostras recebidas quinta-feira a tarde e as sextas-feiras serão descartadas devido a impossibilidade de transporte até o Laboratório.
- Para acessar o resultado dos exames, é necessário que o médico solicitante, realize cadastro no sistema NAV, através do link:
<https://pro-nav.dasa.com.br/auth#cadastro>.
- Para o acesso de pacientes ao resultado dos exames, é necessário cadastro no sistema NAV, através do link:
<https://nav.dasa.com.br/entrar?redirectTo=/plataforma/exames/limitado>