



Como solicitar um atendimento via sistema TELERARAS

Fluxo de encaminhamento pelo
TELERARAS ao SRDR do HUPES

Daniel Malta Ribeiro
MR2 – Genética Médica





Teleconsultoria Especializada

Em 17 de julho de 2020 foi aprovada a resolução [CIB 107/2020](#), que aprova o Programa de Telecompilhamento da Saúde com a Atenção Básica do Estado da Bahia, como estratégia para retomar, ampliar e fortalecer o cuidado ofertado pela Atenção Básica nos municípios, durante e após a pandemia da Covid-19, por meio do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação. Esta Resolução legitima as ofertas já desenvolvidas de teleconsultoria especializada e possibilita a ampliação com outros serviços especializados.

A teleconsultoria especializada ou teleinterconsulta é a troca de informações e opiniões entre profissionais de saúde, para auxílio diagnóstico e/ou terapêutico.

Para solicitar a teleconsultoria especializada o profissional deve atuar na Atenção Básica e realizar o cadastro na Plataforma do Telessaúde, acessada no endereço: (<http://plataformatelessaude.saude.ba.gov.br/>). As teleconsultorias poderão ser respondidas de forma síncrona e/ou assíncrona.

A síncrona acontece em tempo real, por meio de chat e ferramentas para interação com voz e/ou vídeo e as assíncronas são respondidas por meio de mensagens off-line na plataforma. A escolha do formato pode ser tanto do solicitante, que deve informá-la ao descrever sua dúvida na solicitação, como também a partir da avaliação do especialista. Assim, é fundamental que o profissional solicitante, mantenha seu cadastro atualizado na plataforma, com seu número de contato de preferência e mais fácil acesso.

Plataforma Telessaude



PASSO A PASSO



Plataforma Telessaúde Bahia

> Solicitação

Solicitação

☒ Nova Solicitação

▼ Filtros

Status

Tipo Solicitação

Nome Paciente

1 de 5

PASSO A PASSO



Plataforma Telessaúde Bahia

> Solicitação > Cadastro

Solicitação

[Voltar](#) [Enviar](#) [Salvar rascunho](#)

Equipe *

PSF SEDE

Tipo Solicitação *

Texto

Solicitante *

Solicitante Teste:

Paciente Específico *

☒ Sim ☐ Não

Descrição *

Paciente

CPF: 286.006.220-34  CNS: 700508356489057

Nome: Hira Maria de Sá Santana Data de nascimento: 01/11/2019

Sexo: Feminino Raça/Cor/Etnia: Parda

Nome da mãe: Mariana Costa Email: jkfjsu@gmail.com

Telefone: (71)9656-32123 CEP: 46548904

[Salvar](#)

PASSO A PASSO



Plataforma Telessaúde Bahia

> Central de solicitações

Paciente Específico *

☒ Sim ☐ Não

Serviço Especializado *

TELERARAS

Você tem intenção de encaminhar para um especialista? *

☒ Sim ☐ Não

Você já solicitou o encaminhamento?

☐ Sim ☒ Não

Para qual especialidade?

Médico geneticista

Descrição *

Paciente masculino, 7 anos, com atraso no desenvolvimento motor (início da marcha aos 24 meses), dificuldades de aprendizado e episódios de movimentos involuntários descritos como "espasmos". Nasceu a termo, sem intercorrências neonatais. Histórico familiar inclui avô materno com epilepsia e dificuldades de aprendizado, além de tia materna com "doença neurológica hereditária" não especificada. A clínica é sugestiva de síndrome de Angelman, considerando o atraso global do desenvolvimento, as dificuldades motoras e os movimentos involuntários. Solicito o apoio do geneticista para avaliação da hipótese diagnóstica, indicação de exames genéticos necessários (como MLPA para deleção no cromossomo 15) e orientações para seguimento.

PASSO A PASSO



Arquivo	Usuário	Data de envio	Download	Ações
FORMULARIO-GENETICA-TELESSAUDE.pdf	Solicitante Teste	27/11/2024 12:10:26		

+ Escolher

Enviar

Cancelar

FORMULARIO-GENETICA-TELESSAUDE.pdf	286.9 KB		
------------------------------------	----------	-------------	--

PASSO A PASSO



🏠 > Solicitação > Cadastro

Solicitação

[← Voltar](#) [✓ Enviar](#) [📄 Salvar rascunho](#)

Equipe *

PSF SEDE

Tipo Solicitação *

Texto

Solicitante *

Solicitante Teste

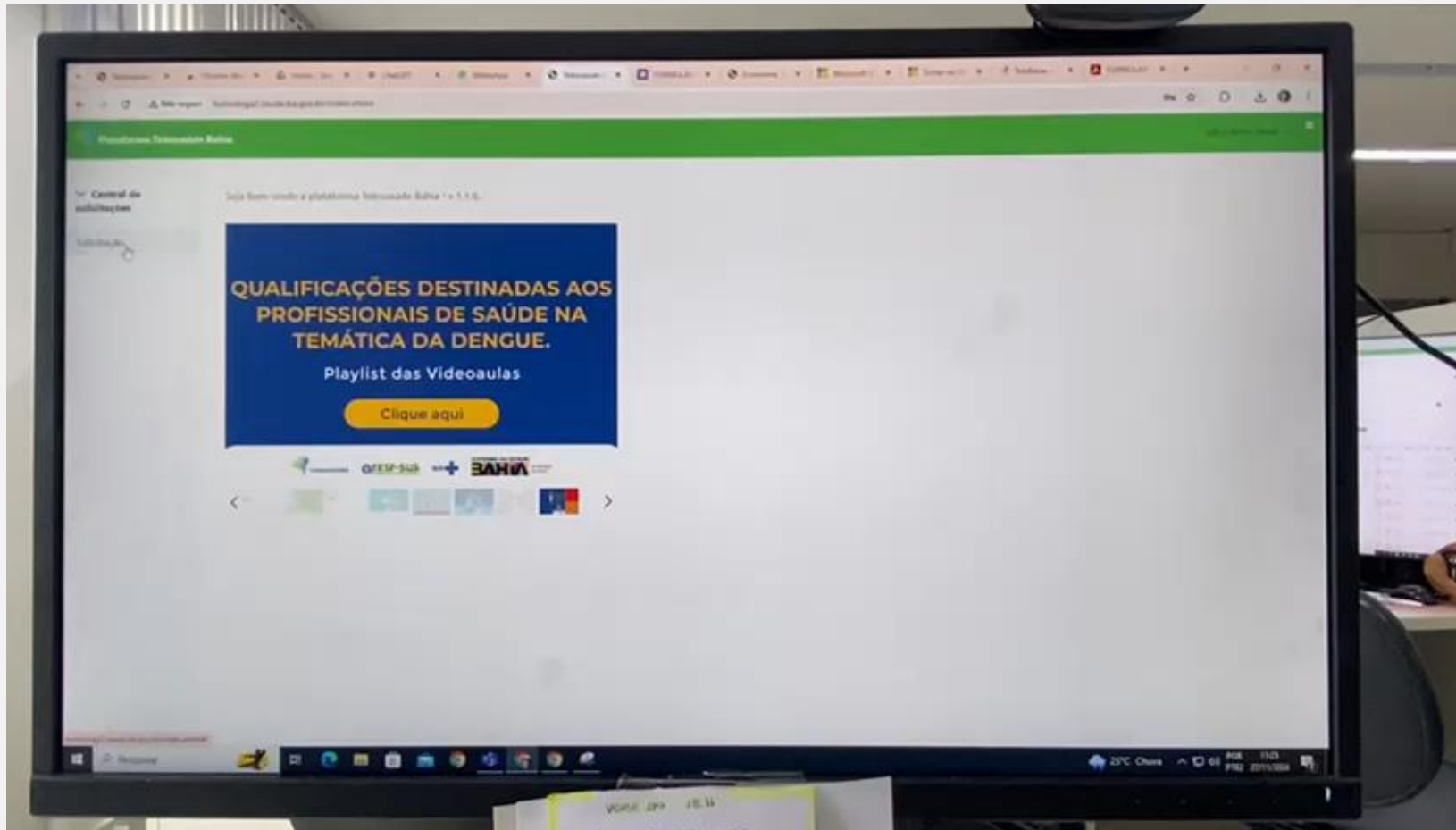
Paciente Específico *

☒ Sim ☐ Não

Serviço Especializado *

TFI FRARAS

PASSO A PASSO



EXEMPLOS



Solicitação



Solicitação

Solicitante

Classificação

Serviço/Especialidade

Relações (0)

Considerações (0)

Anexo (7)

Resposta

Avaliação

Historico



Paciente, F, 1 a 1 mês, trata-se de paciente com quadro de sindactilia bilateral dos pés. Necessita de seguimento e investigação para afastar outras malformações.



EXEMPLOS



Resposta direta

Recebido Teleconsulta dia 16/10/23 às 08:42 pelo Teleregulador

Solicitado teleconsulta para paciente de 1 ano e 1 mês de idade apresentando sindactilia bilateral em pés. Nos anexos enviados há um relatório informando que não apresentou complicações no pré-natal, somente infecção do coto umbilical. Não foi informado se a paciente realizou exames de imagem (radiografias), qual pododactilo apresenta sindactilia, se possui história familiar de sindactilia, ou outras alterações anatômicas (sem exame físico).

A sindactilia, a depender da extensão e se é cutânea ou óssea, tem apresentação autossômica dominante em algumas famílias, podendo ser uma característica de um grupo sem repercussão clínica, não necessitando de investigação molecular.

Oriento que o médico solicitante esclareça as características da alteração anatômica da paciente (recomendo mandar foto dos membros), solicite radiografias dos membros acometidos laudados, informe a história familiar da paciente, e informe também o restante do exame físico para a devida avaliação pela equipe da genética médica do HUPES, e assim, poder orientar melhor a teleconsulta sobre a possibilidade de ser um quadro síndrômico. Com tais dados, resolicitar teleconsulta no Teleraras.

Grato pelo contato.

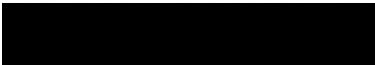
Obs.: Não preenchido formulário da genética médica que se encontra no site da Telessaúde Bahia (Obrigatório para casos não urgentes).

Teleconsulta realizado por [REDACTED]

EXEMPLOS



Menor, 06 anos, apresentando distúrbio do comportamento, atenção e atraso neuropsicomotor A/E, cursa com baixo peso, sem formular frases completas e hiperatividade. Em consulta com neuropediatra, foi solicitado o exame - Perfil Tandem.



EXEMPLOS



Resposta direta

Solicitado teleconsultoria para "menor de 06 anos, apresentando distúrbio do comportamento, atenção e atraso neuropsicomotor A/E, cursa com baixo peso, sem formular frases completas e hiperatividade. Em consulta com neuropediatra, foi solicitado o exame - Perfil Tandem". (Mesma informações descritas em por relatório simples em anexo). Entre os anexos, um aparentemente como guia SUS não foi possível entender a escrita. Outro anexo com a solicitação do pedido de Perfil Tandem.

Informo que o serviço de teleconsultoria de Doenças Raras tem como objetivo auxiliar nos casos de doenças genéticas, contribuindo com duvidas, orientações e fluxo para a especialidade genética médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. O fluxo de exames deve seguir a distribuição das cotas vigentes do Sistema Vida de Salvador, sendo esse um sistema a parte dos Médicos Geneticistas da Rede.

Caso queira sanar duvidas ou auxilio com o caso da paciente, oriento que seja solicitado nova teleconsultoria informando o caso melhor detalhado com anamnese, progressão da doença, historia pré-natal e obstétrica, historia familiar, exames realizado.

Grato pelo contato.

EXEMPLOS



Solicitação	Solicitante	Classificação	Serviço/Especialidade	Relações (0)	Considerações (0)	Anexo (14)	Justificativa (1)	Resposta
Avaliação	Historico							
	# PACIENTE: [REDACTED] DN: 12/01/2014 [REDACTED] NOME DA MÃE: [REDACTED]							
	[REDACTED] TELEFONE CONTATO: (75) 9298-3954 - UBIRAJARA (PAI). # PACIENTE MENOR, SEXO MASCULINO, 10 ANOS, NATURAL E PROCEDENTE DO CONDE-BA, TRAZIDO A CONSULTA MÉDICA PELO PAI (UBIRAJARA) - REFERE TER FAMILIAR (CUNHADA) QUE MORA NO TERRITÓRIO. GENITOR PORTADOR DE OSTECONDROMATOSE MÚLTIPLA HEREDITÁRIA (CID-10: D84). POSSUI TRÊS FILHOS HOMENS, SENDO QUE TODOS ELES HERDARAM A DOENÇA: [REDACTED] (21 ANOS), [REDACTED] (19 ANOS), O QUAL REALIZOU ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO NO H. MARTAGÃO GESTEIRA, E POR FIM, [REDACTED] (10 ANOS) - O PACIENTE EM QUESTÃO. NO CASO DE SAMUEL, GENITOR REFERE QUE OS SINAIS E SINTOMAS INICIARAM AOS 05 ANOS DE IDADE, COM O SURGIMENTO DE PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS ANORMAIS E DORES PELO CORPO. PACIENTE REFERE DOR TIPO LATEJANTE, PRINCIPALMENTE EM MMII (ATÉ RAIZ DE COXA) E EM DEDOS DAS MÃOS, BILATERALMENTE. GENITOR QUEIXA TAMBÉM QUE "O ANDAR DELE JÁ ESTÁ DIFERENTE". OBS: O FILHO MAIS VELHO ([REDACTED]) NÃO DESEJA REALIZAR TRATAMENTO, SEGUNDO RELATO DO PAI. # AO EXAME FÍSICO: PRESENÇA DE PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS ANORMAIS, SENDO AS MAIORES EM ÂNGULO SUPERIOR DE ESCÁPULA DIREITA E EM REGIÃO MEDIAL DE 1/3 PROXIMAL DE PERNAS, ASSIM COMO EM PUNHOS, DEDOS E COSTELAS. # SOLICITO TELECONSULTORIA EM GENÉTICA (TELERARAS) A FIM DE QUE O PACIENTE SEJA ADMITIDO EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO, CAPAZ DE DIAGNÓSTICAR E TRATAR ADEQUADAMENTE SUA CONDIÇÃO GENÉTICA. # EM ANEXO, FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO + FOTOS DAS ALTERAÇÕES ÓSSEAS DO PACIENTE + FOTOS DE RELATÓRIOS/LAUDOS DO IRMÃO DO PACIENTE QUE REALIZOU TRATAMENTO NO H. MARTAGÃO GESTEIRA							

EXEMPLOS



paciente 4.jpeg	[REDACTED]	09/09/2024 12:40:39		
laudo CINTILOGRAFIA OSSEA.jfif	[REDACTED]	09/09/2024 12:40:39		
relatório 2.jfif	[REDACTED]	09/09/2024 12:40:39		
paciente 7.jpeg	[REDACTED]	09/09/2024 12:40:39		
paciente 6.jpeg	[REDACTED]	09/09/2024 12:40:39		
TELERARAS SAMUEL.pdf	[REDACTED]	09/09/2024 12:57:07		

FORMULÁRIO



TeleRaras



FORMULÁRIO DE CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM GENÉTICA

Identificação

maalta7@gmail.com [Mudar de conta](#)



Rascunho salvo.

A foto e o nome associados à sua Conta do Google serão registrados quando você fizer upload de arquivos e enviar este formulário.. Seu e-mail não faz parte da resposta.

* Indica uma pergunta obrigatória

Numero da Teleconsulta *

000001

Nome *

Exemplo



Digite com letras maiúsculas

Data de Nascimento *

Data

01/12/2024



Idade *

1



TelessaúdeBA



Fundação Estatal Saúde da Família



SECRETARIA
DA SAÚDE

FORMULÁRIO



Campos de Preenchimento Obrigatório

Motivo da Consulta ? *

Sua resposta

Antecedentes morbidos pessoais (incluindo gestacionais e obstétricos e neonatais) *

Sua resposta

Antecedentes familiares (consanguinidade; outros casos na família; outras condições genéticas) *

Sua resposta

Exame físico (descrever dados alterados)

Sua resposta

Sinalize em qual grupo o paciente se enquadra *

- ☐ Anomalias congênitas
- ☐ Deficiência intelectual
- ☐ Erros inatos do metabolismo
- ☐ Síndromes neuromusculares
- ☐ Câncer hereditário
- ☐ Paciente com diagnóstico definido
- ☐ Casal consanguíneo ou história familiar de doença genética na família para aconselhamento genético
- ☐ História de infertilidade e ou perdas gestacionais de repetição
- ☐ Outros

FORMULÁRIO



Anomalias Congénitas

Início das manifestações *

- ☐ Período Neonatal
- ☐ Infância
- ☐ Adolescência
- ☐ Adulto jovem

Sinalizar as Alterações Presentes *

- ☐ Distúrbios do crescimento (baixa estatura, baixa velocidade de crescimento, alta estatura)
- ☐ Déficit pondero-estatural ("failure to thrive")
- ☐ Puberdade atrasada ou precoce

- ☐ Cromossomopatias ou outras condições identificadas ou suspeitas em filho/gestação anterior ou em parente de primeiro grau

Observação, caso o paciente sinalize mais de uma alteração favor relatar a baixo

Sua resposta

Descrever informações adicionais

Sua resposta

Exames complementares (anexar)

Faça upload de 1 arquivo aceito: PDF, document ou image. O tamanho máximo é de 100 MB.

[Adicionar arquivo](#)



MATERIAL DE REFERÊNCIA



5	
SUMÁRIO	
1. QUANDO SUSPEITAR DE DOENÇAS GENÉTICAS?	6
2. ANOMALIAS CONGÊNITAS OU DEFEITOS CONGÊNITOS	7
3. DEFICIÊNCIA AUDITIVA	11
4. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	15
5. ERROS INATOS DO METABOLISMO	18
6. CÂNCER HEREDITÁRIO	22



NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

