

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE**Despacho n.º 283/2017**

A Portaria n.º 164/2017, de 24 de maio, da Secretaria Regional da Saúde, procedeu à regulamentação na Região Autónoma da Madeira do Programa de Intervenção Precoce no Cancro Oral, abreviadamente designado por PIPCO-RAM, no âmbito do Sistema Regional de Saúde da RAM.

A aludida Portaria prevê, no n.º 4 do artigo 9.º, que os modelos de credenciais do PIPCO-RAM são aprovados por Despacho do Secretário Regional da Saúde.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 4 do artigo 9.º da Portaria n.º 164/2017, de 24 de maio, da Secretaria Regional da Saúde, e da alínea i) do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 16/2015/M, de 19 de agosto, determino o seguinte:

- 1 - Aprovar na Região Autónoma da Madeira os modelos de credenciais do PIPCO-RAM referentes à consulta de diagnóstico, ao exame anatomopatológico e ao encaminhamento para o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E., respetivamente constantes dos Anexos I, II, III ao presente despacho e que dele fazem parte integrante.
- 2 - O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Secretaria Regional da Saúde, no Funchal, aos 5 dias do mês de julho de 2017.

O SECRETÁRIO REGIONAL DA SAÚDE, Pedro Miguel de Câmara Ramos

Anexo I

(a que se refere o número 1 do presente Despacho)



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

Credencial PIPCO-RAM Consulta Diagnóstico

A preencher pelo Médico Referenciador	Origem da Referência: Médico Dentista Não Credenciado _____ <input type="checkbox"/> Médico Dentista Aderente PIPCO-RAM _____ <input type="checkbox"/>	Grupo de Risco: Sim ___ Não ___ (Idade => 40 anos, fumador e hábitos alcoólicos) Crítérios Clínicos e/ou macroscópicos de suspeita de malignidade: Sim ___ Não ___
	Identificação do Utente: Nome: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: Masculino ___ Feminino ___ N.º de Utente: _____ Subsistema: _____ Outro: _____	
A preencher pelo Médico Referenciador	Médico Referenciador: _____ N.º Cédula Profissional: _____ Local de Referência: _____	Assinatura Médico Referenciador: _____ Data da Referência: ___/___/___ <div style="text-align: right; font-size: small;"><i>Carimbo do Local de Prestação</i></div>
	1ª Consulta de Diagnóstico: ___/___/___ Realização de Biópsia: Sim ___ Não ___ 2ª Consulta de Diagnóstico: ___/___/___ Assinatura do Utente: _____ <div style="text-align: right; font-size: small;"><i>Carimbo do Local de Prestação</i></div> Assinatura do Médico Aderente: _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Nº de Cédula OMD _____</div> Data: ___/___/___	
A preencher pelo Médico Dentista Aderente	_____	



Anexo II

(a que se refere o número 1 do presente Despacho)



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

Credencial PIPCO-RAM Exame Anatomopatológico

Identificação do Utente: Nome: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: Masculino ___ Feminino ___ N.º de Utente: _____ Subsistema: _____ Outro: _____	
Médico Dentista Aderente PIPCO-RAM: _____ N.º Cédula Profissional: _____ Local de Referência: _____	
Tipo de Procedimento: 1ª Biópsia _____ <input type="checkbox"/> 2ª Biópsia _____ <input type="checkbox"/>	
Assinatura do Utente: _____ Data: ___/___/___	Assinatura do Médico Aderente: _____ Data: ___/___/___ <i>Carimbo do Local de Prestação</i>
A preencher pela Médico Anatomopatologista: Data do envio do Relatório ao Médico Dentista Aderente: ___/___/___ Assinatura do Médico Responsável: _____ <i>Carimbo da Entidade Prestadora</i>	



Anexo III

(a que se refere o número 1 do presente Despacho)



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

Credencial PIPCO-RAM
Encaminhamento SESARAM, E.P.E.

Direção Clínica do SESARAM, E.P.E.

Data de entrada: ___/___/___

Identificação do Utente:

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: Masculino ___ Feminino ___

N.º de Utente: _____

Subsistema: _____ Outro: _____

Médico Referenciador: _____

Data de Referência: ___/___/___

Médico Aderente: _____

Data da 1ª Consulta de Diagnóstico: ___/___/___

Data da 2ª Consulta de Diagnóstico: ___/___/___

Data do Estudo Anátomo-Patológico: ___/___/___

Assinatura do Médico Aderente:Carimbo do Local de
Prestação

Data: ___/___/___

*O Médico Dentista Aderente PIPCO-RAM deverá juntar em anexo Relatório Médico e os resultados do Estudo Anátomo-Patológico.***Declaração do Utente:***Para os devidos efeitos, autorizo o envio dos dados constantes do quadro anterior, ao SESARAM, E.P.E..***Assinatura do Utente:**

Data: ___/___/___

