

Sorocaba, 06 de novembro de 2023.

Ofício SES/Rede de Saúde nº 743/2023

Ref.: Atualização de fluxos de pacientes odontológicos entre PAs, UBS e CEO

Considerando a necessidade de **otimização dos fluxos** de referência na rede de atenção em saúde bucal do município de Sorocaba, **a partir de 06/11/2023**, os pacientes atendidos nos serviços de Pronto Atendimento (PA) Odontológico das Unidades de gestão própria da Prefeitura de Sorocaba, que demandarem

- **tratamento endodôntico devido a doenças pulpares (ANEXO 1)**
- **exodontias de terceiros molares que não são possíveis de serem realizadas nos PAs (ANEXO 2)**
- **avaliação diagnóstico bucal (estomatologia) especializada (ANEXO 3),**
- **tratamento endodôntico devido a traumatismo dentário de elementos anteriores superiores/inferiores (ANEXO 4),**
- **tratamento periodontal especializado (ANEXO 5),** deverão seguir os fluxos abaixo:

Obs: reforçamos a necessidade de resolução da queixa principal dos pacientes atendidos no PA odontológico por meio da execução dos procedimentos de acesso endodôntico, curetagem e medicação, restauração provisória, etc previamente à realização da sequência do fluxo apresentado."

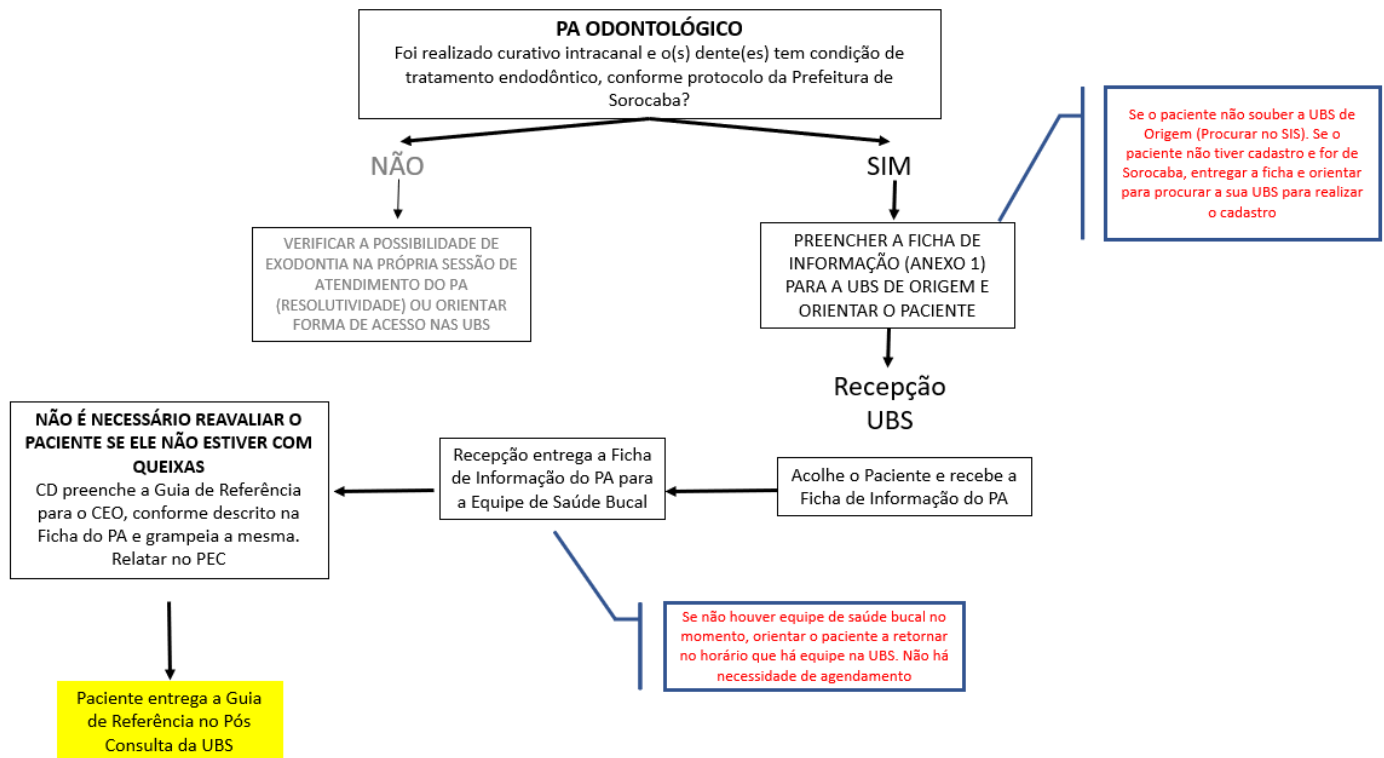
Diego Garcia Diniz

Coordenador Tec de Urg Emer Esp e APS/ Saúde Bucal

(ANEXO 1)

PA ODONTOLÓGICO – GESTÃO PRÓPRIA DA PREFEITURA DE SOROCABA

FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE NECESSITAM DE TRATAMENTO ENDODONTICO DEVIDO À DOENÇAS PULPARES



**PA ODONTOLÓGICO
FICHA INFORMAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDODÔNTICO**

Nome do Paciente: _____ DN: ____/____/____
 SIS: _____ UBS DE ORIGEM: _____
 () Sem comorbidades () Gestante (DPP: ____/____/____) () Hipertensão () Diabetes. () outros: _____
 - Número(s) do(s) dente(s) realizado curativo intracanal: _____
 - Medicamento utilizado: () PMCC. () FORMOCRESOL. () Outro: _____
 - Restauração Provisória: () IRM. () CIV. () Outro: _____
 - Medicação prescrita: _____

*Para esse encaminhamento é obrigatório que o dentista tenha realizado o acesso adequado a polpa com a medicação intracanal e restauração provisória.

Pronto Atendimento Odontológico: () Sorocaba 1 () Laranjeiras () São Bento

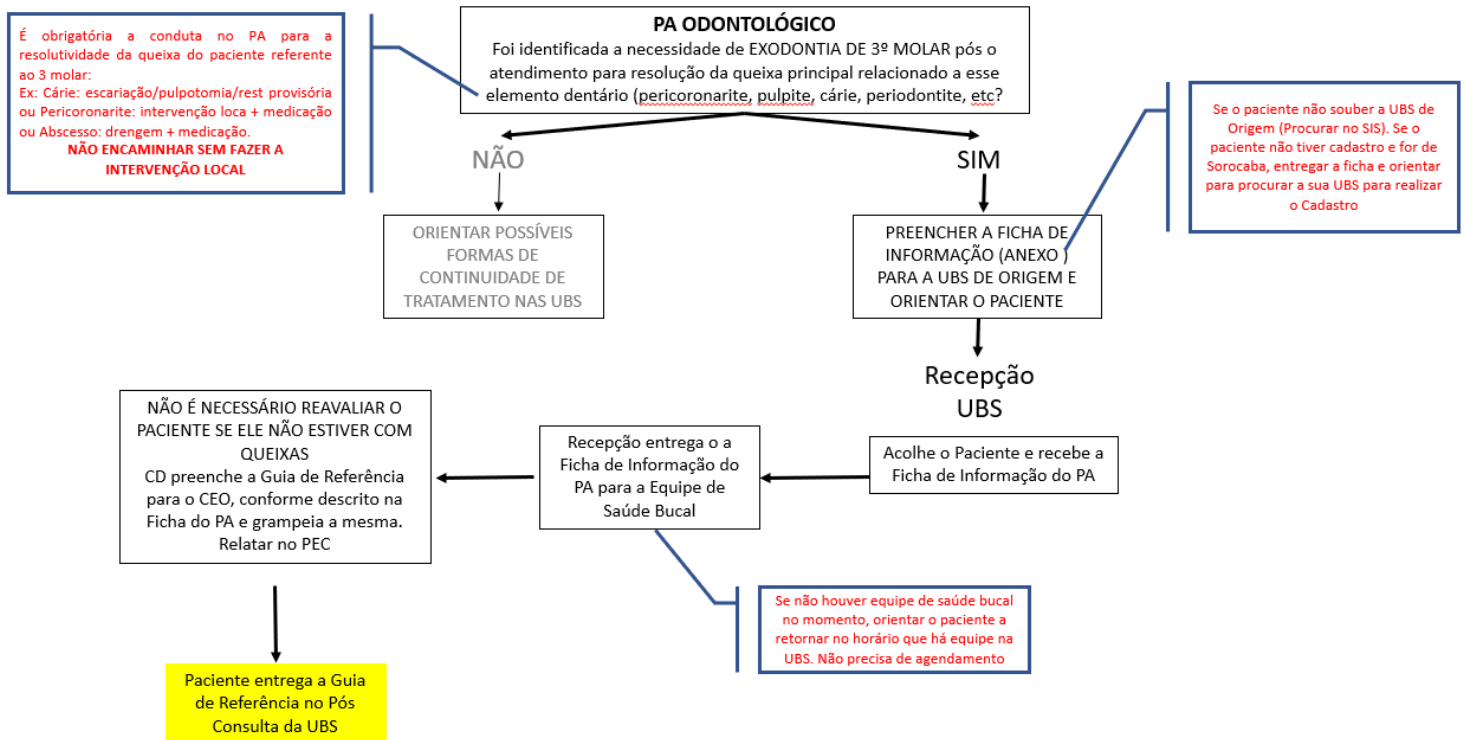
Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do Cirurgião-dentista do PA: _____

OBS: o paciente deve entregar essa Ficha de informação na recepção da sua UBS de Origem. Caso o paciente seja munícipe de Sorocaba e não tenha cadastro na sua UBS, deverá providenciar o mesmo.

Referência: Ofício SES/Rede de Saúde Pública Nº743/2023: Implantação de Fluxos de pacientes entre PA, UBS e CEO

(ANEXO 2)
PA ODONTOLÓGICO – GESTÃO PRÓPRIA DA PREFEITURA DE SOROCABA
FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE NECESSITAM DE EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES



PA ODONTOLÓGICO
FICHA INFORMAÇÃO PARA EXODONTIA DE 3º MOLARES

Nome do Paciente: _____ DN: ____/____/____
 SIS: _____ UBS: _____
 () Sem comorbidades () Gestante (DPP: ____/____/____) () Hipertensão () Diabetes. () outros: _____

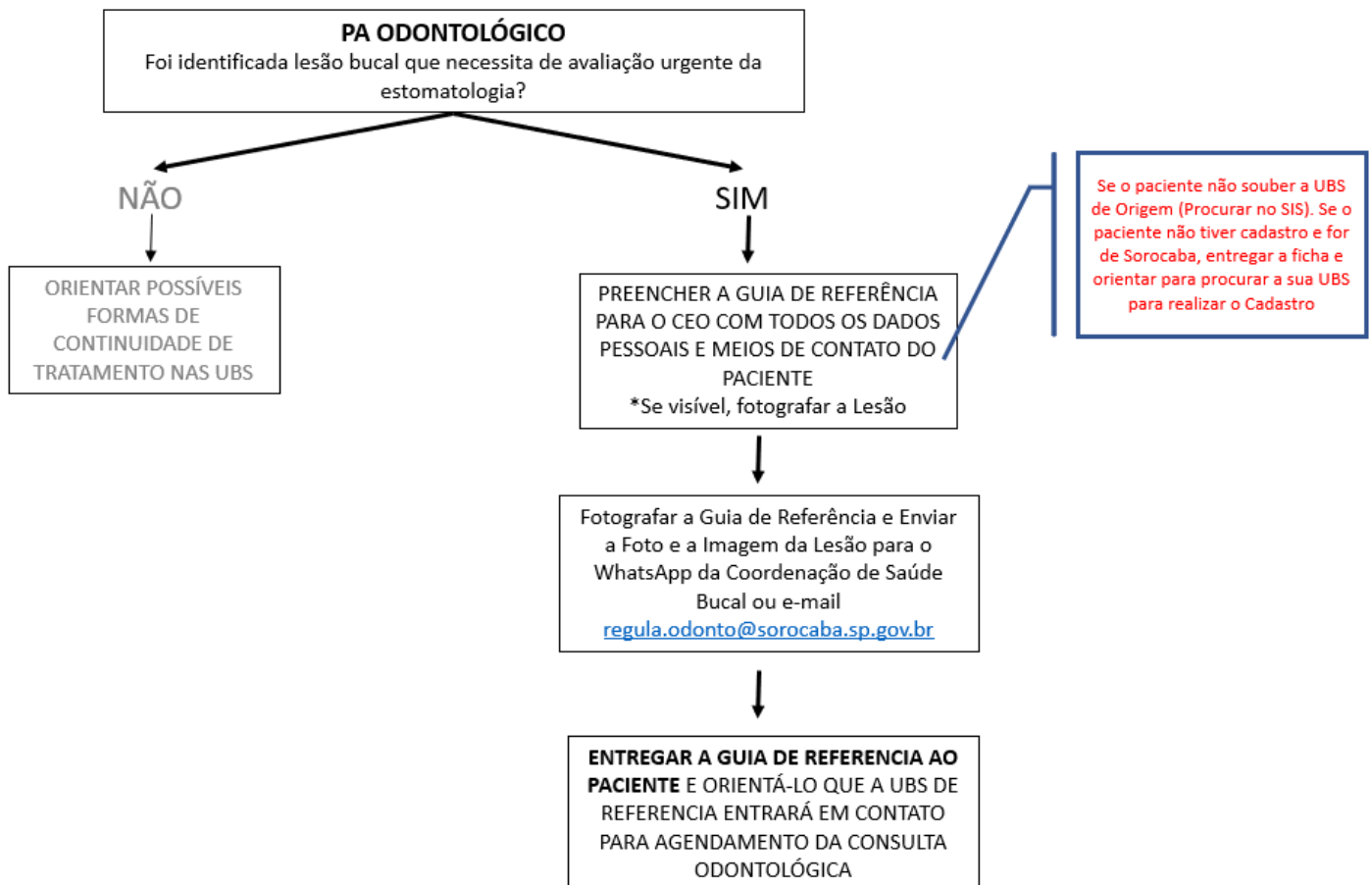
- Número(s) do(s) dente(s) que necessitam de exodontias: () 18. () 28 () 38. () 48.
 - Tratamento realizado no PA: _____

Pronto Atendimento Odontológico: () Sorocaba 1 () Laranjeiras () São Bento
 Data: ____/____/____
 Assinatura e carimbo do Cirurgião-dentista do PA: _____

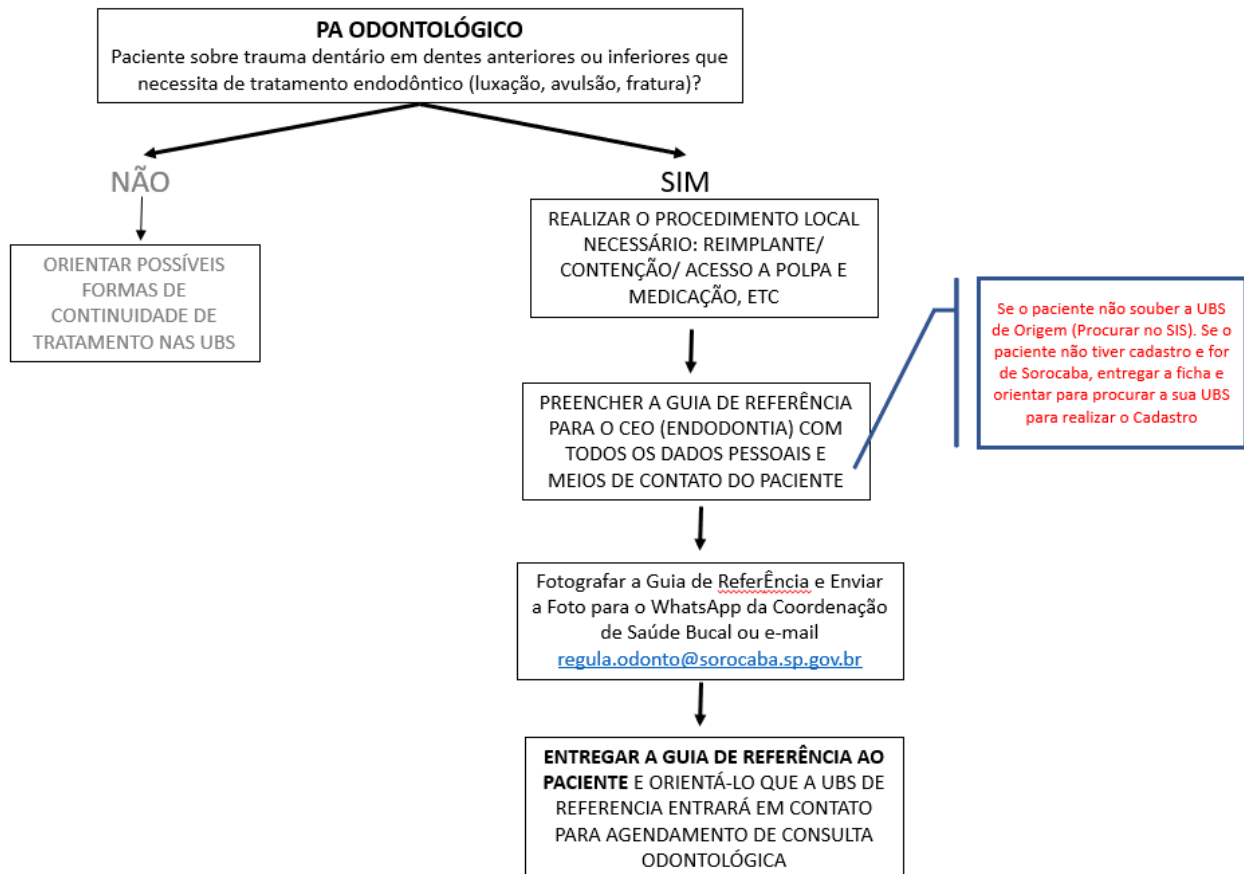
OBS: o paciente deve entregar essa Ficha de informação na recepção da sua UBS de Origem. Caso o paciente seja munícipe de Sorocaba e não tenha cadastro na sua UBS, deverá providenciar o mesmo.

Referência: Ofício SES/Rede de Saúde Pública Nº743/2023: Implantação de Fluxos de pacientes entre PA, UBS e CEO

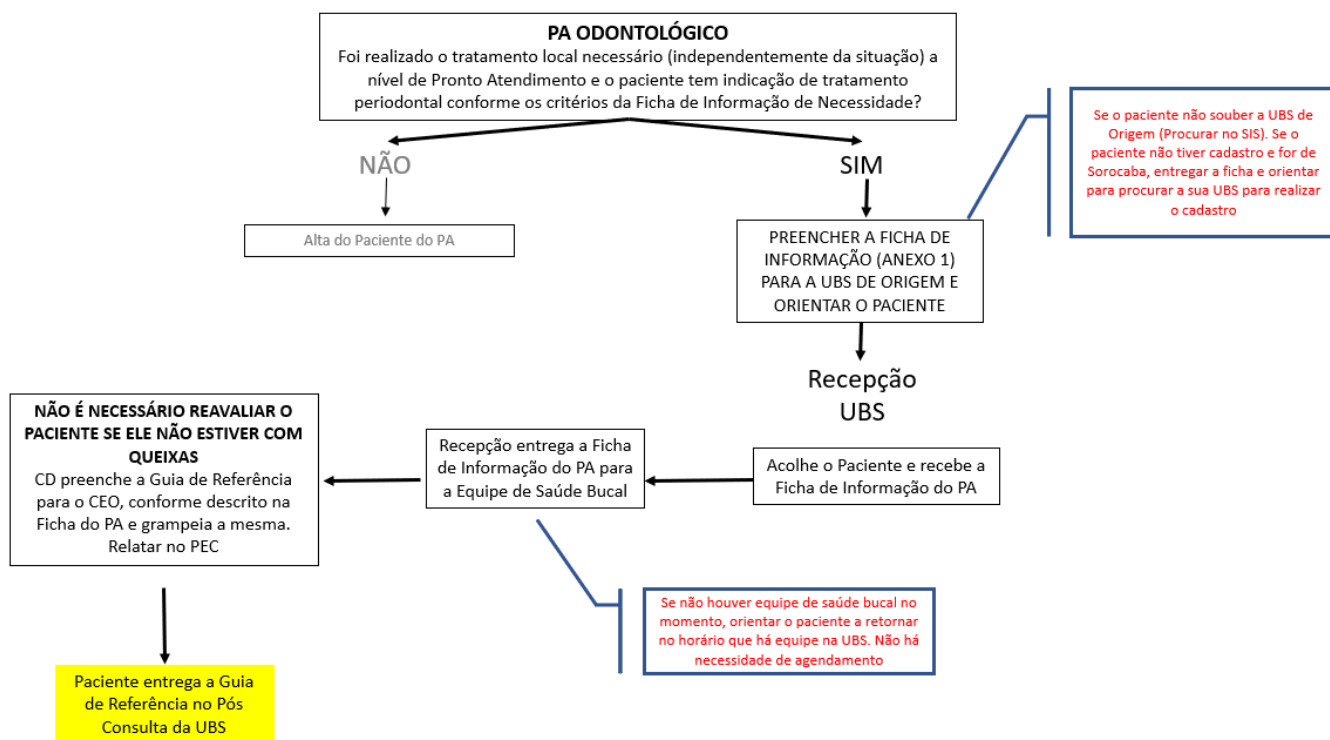
(ANEXO 3)
PA ODONTOLÓGICO – GESTÃO PRÓPRIA DA PREFEITURA DE SOROCABA
FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE NECESSITAM DE AVALIAÇÃO DE DIAGNÓSTICO BUCAL - ESTOMATOLOGIA (CEO)



(ANEXO 4)
PA ODONTOLÓGICO – GESTÃO PRÓPRIA DA PREFEITURA DE SOROCABA
FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE NECESSITAM DE
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DEVIDO A TRAUMATISMO DENTÁRIO DE ELEMENTOS ANTERIORES
SUPERIORES/INFERIORES



(ANEXO 5)
PA ODONTOLÓGICO – GESTÃO PRÓPRIA DA PREFEITURA DE SOROCABA
FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE NECESSITAM DE TRATAMENTO PERIODONTAL



PA ODONTOLÓGICO

FICHA INFORMAÇÃO PARA NECESSIDADE DE TRATAMENTO PERIODONTAL

Nome do Paciente: _____ DN: ____/____/____
 N° SIS: _____ UBS DE ORIGEM: _____
 PERFIL PACIENTE:
 () Sem comorbidades () Gestante (DPP: ____/____/____) () Hipertensão () Diabetes () outros: _____

Critérios para encaminhamento imediato:

- () Presença de Cálculo supra/subgingival generalizado
- () Mobilidade dental, independente do grau, em mais de 2 elementos dentários sem indicação de exodontia;
- () Recessão gengival generalizada e/ou envolvimento de furca de elementos posteriores;
- () Fístulas em regiões gengivais referentes ao terço cervical/médio e/ou secreção purulenta em sulco gengival durante palpação;
- () Hiperplasias gengivais severas envolvendo toda arcada superior e ou inferior
 - Medicação(ões) prescritas e tratamento realizado no PA: _____

Pronto Atendimento Odontológico: () Sorocaba 1 () Laranjeiras () São Bento

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do Cirurgião-dentista do PA _____

OBS: o paciente deve entregar essa Ficha de informação na recepção da sua UBS de Origem. Caso o paciente seja munícipe de Sorocaba e não tenha cadastro na sua UBS, deverá providenciar o mesmo.

Referência: Ofício SES/Rede de Saúde Pública Nº743/2023: Implantação de Fluxos de pacientes entre PA, UBS e CEO