



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CENTRAL MUNICIPAL DE REGULAÇÃO**

---

**NORMAS E ORIENTAÇÕES PARA  
SOLICITAÇÃO DE POLISSONOGRAFIA**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CENTRAL MUNICIPAL DE REGULAÇÃO**

**NORMAS E ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE POLISSONOGRAFIA**

A oferta do exame de **POLISSONOGRAFIA** está disponibilizada somente para **municípios e usuários do SUS de Campinas, atendidos nos serviços de saúde municipais ou nos serviços conveniados ao SUS Campinas, solicitados por especialistas em Pneumologia, Neurologia e Otorrinolaringologia.**

A solicitação deverá ser realizada em APAC em duas (2) vias, **com assinatura do corresponsável**, preenchidas com letra legível, incluídos nos campos respectivos:

- Dados completos do paciente;
- Numero do prontuário no ambulatório de especialidades;
- Código do exame: **0211050105 - POLISSONOGRAFIA;**
- Hipótese Diagnóstica e/ou CID-10;
- Justificativa completa;
- Resultado do Questionário de Berlim (ANEXO I);
- Nome completo do profissional solicitante com CPF e/ou CNS, carimbo com número do CRM, especialidade e assinatura.

**CRITÉRIOS PARA PRIORIZAÇÃO NO AGENDAMENTO**

- 1º Apnéia com comorbidades
- 2º Profissão
- 3º Questionário de Berlim

Todos os casos devem ser encaminhados por malote conforme rotinas estabelecidas. A responsabilidade pela comunicação aos usuários é da unidade solicitante. Os malotes deverão ser entregues e retirados na Central Municipal de Regulação (CMR) da Secretaria Municipal de Saúde, à Rua Barão de Paranapanema, 351 - Bosque - Campinas - SP, de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 17:00 horas. O agendamento realizado pela CMR será autorizado após regulação médica, conforme protocolo de indicação do procedimento (ANEXO II). O procedimento será realizado no Instituto de Medicina e Sono de Campinas à Rua Tiradentes, 279 - Guanabara - Campinas, todos os dias, às 21:00 horas, e as orientações para realização do procedimento (ANEXO III) deverão ser respeitadas.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CENTRAL MUNICIPAL DE REGULAÇÃO

ANEXO I

**Questionário Clínico de Berlin**

**CATEGORIA 1**

**1. Você ronca?**

Sim

Não

Não sei

**2. Seu ronco é:**

Pouco mais alto que sua respiração?

Tão mais alto que sua respiração?

Mais alto do que falando?

Muito alto que pode ser ouvido nos quartos próximos?

**3. Com que frequência você ronca?**

Praticamente todos os dias

3-4 vezes por semana

1-2 vezes por semana

Nunca ou praticamente nunca

**4. O seu ronco incomoda alguém?**

Sim

Não

**5. Alguém notou que você para de respirar enquanto dorme?**

Praticamente todos os dias

3-4 vezes por semana

1-2 vezes por semana

Nunca ou praticamente nunca

**CATEGORIA 2**

**6. Quantas vezes você se sente cansado ou com fadiga depois de acordar?**

Praticamente todos os dias

3-4 vezes por semana

1-2 vezes por semana

Nunca ou praticamente nunca

**7. Quando você está acordado, se sente cansado, fadigado ou não se sente bem?**

Praticamente todos os dias

3-4 vezes por semana

1-2 vezes por semana

Nunca ou praticamente nunca

**8. Alguma vez você cochilou ou caiu no sono enquanto dirigia?**

Sim

Não

**CATEGORIA 3**

**9. Você tem pressão alta?**

Sim

Não

Não sei

**Peso:**

**Alt:**

**IMC:**

**Sexo:**

**Pontuação das perguntas:**

Qualquer resposta circulada é considerada positiva

**Pontuação das categorias:**

Categoria 1 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 1-5

Categoria 2 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 6-8

Categoria 3 é positiva se a resposta para a questão 9 é positiva ou o IMC > 30

**Resultado final:**

2 ou mais categorias positivas indica alto risco para AOS

**REFERENCIA**

Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP.

Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. Ann Intern Med. 1999 Oct 5;131(7):485-91.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CENTRAL MUNICIPAL DE REGULAÇÃO**

**Escala de Sonolência de EPWORTH**

Qual possibilidade de você cochilar ou adormecer nas seguintes situações?

<b>SITUAÇÕES</b>	<b>Chance de cochilar 0-3</b>
1. Sentado e lendo	
2. Vendo televisão	
3. Sentado em lugar público sem atividades como sala de espera, cinema, teatro, igreja	
4. Como passageiro de carro, trem ou metro andando por 1 hora sem parar	
5. Deitado para descansar a tarde	
6. Sentado e conversando com alguém	
7. Sentado após uma refeição sem álcool	
8. No carro parado por alguns minutos no durante trânsito	
<b>TOTAL</b>	

0 - nenhuma chance de cochilar

1 - pequena chance de cochilar

2 - moderada chance de cochilar

3 - alta chance de cochilar

Resultado deve ser avaliado:

0 a 10 = NORMAL

> 12 = PATOLÓGICO - Necessita Avaliação