



ANEXO 1

Programa de rastreio 1: mulheres dos 18 aos 44 anos

Periodicidade: 5 anos

Referência interna: [referência]
Beneficiária: [nome próprio, apelido]
N.º pessoal ou de pensionista: [xxxxxxx]
Válido até: [data do fim da cobertura ou 18 meses]

A preencher pelo médico na consulta inicial

Exames padrão

+ Consulta inicial (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado): anamnese pormenorizada + exame físico (tensão, peso, altura, IMC)

- Exame dermatológico para deteção de melanoma
- Análise de sangue
 - o Colesterol total, HDL, LDL
 - o Vírus da imunodeficiência humana adquirida (VIH) (serologia) (exceto em caso de recusa escrita da participante)
 - o Glicemia em jejum ou hemoglobina glicosilada
 - o Hemoglobina, hematócrito e contagem de glóbulos vermelhos
 - o Leucocitose e fórmula leucocitária, plaquetas
 - o Creatinina, ácido úrico, potássio, cálcio
 - o GOT, GPT, gama GT
- Análise de urina: albumina + glicose urinária

+ Consulta pós-rastreio (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado)

Possibilidade de acrescentar

- Hepatite B – Hepatite C – Sífilis (serologia)

Exames recusados pela participante:

Enviar relatório final para:

- Endereço da participante:
.....
.....
- Endereço do médico de família ou de clínica geral:
.....
.....

Data:

Assinatura/carimbo do médico:

Assinatura da participante (para aprovação):

- No caso de exames não previstos no âmbito deste programa, a participante deve apresentar um pedido de autorização prévia separado.
- O presente documento e o anexo 2 – preenchidos e assinados – devem ser anexados à fatura (centro convencionado) ou ao pedido de reembolso da consulta inicial e da consulta pós-rastreio (participante).

**ANEXO 1****Programa de rastreio 2: mulheres dos 45 aos 59 anos**

Periodicidade: 4 anos

Referência interna: [referência]
Beneficiária: [nome próprio, apelido]
N.º pessoal ou de pensionista: [xxxxxxx]
Válido até: [data do fim da cobertura ou 18 meses]

A preencher pelo médico na consulta inicial**Exames padrão**

+ Consulta inicial (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado): anamnese pormenorizada + exame físico (tensão, peso, altura, IMC)

- Exame dermatológico para deteção de melanoma
- Exame oftalmológico (medida da acuidade visual / correção ótica + tonometria)
- Análise de sangue
 - o Colesterol total, HDL, LDL
 - o Vírus da imunodeficiência humana adquirida (VIH) (serologia) (exceto em caso de recusa escrita da participante)
 - o Glicemia em jejum ou hemoglobina glicosilada
 - o Hemoglobina, hematócrito e contagem de glóbulos vermelhos
 - o Leucocitose e fórmula leucocitária, plaquetas
 - o Creatinina, ácido úrico, potássio, cálcio
 - o GOT, GPT, gama GT
- Análise de urina: albumina + glicose urinária
- Exame realizado por um cardiologista: eletrocardiograma em repouso e com prova de esforço (por indicação do médico, cf. risco cardiovascular)

+ Consulta pós-rastreio (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado)

Possibilidade de acrescentar

- Hepatite B – Hepatite C – Sífilis (serologia)
- Exame do cólon (a partir dos 50 anos)
 - o Teste imunoquímico fecal sobre uma única colheita e
 - o colonoscopia ótica DE 10 EM 10 anos
 - o ou colonoscopia virtual DE 10 EM 10 anos

Exames recusados pela participante:

.....

Enviar relatório final para:

- Endereço da participante:
.....
- Endereço do médico de família ou de clínica geral:
.....

Data

Assinatura/carimbo do médico:

Assinatura da participante (para aprovação):

- No caso de exames não previstos no âmbito deste programa, a participante deve apresentar um pedido de autorização prévia separado.
- O presente documento e o anexo 2 – preenchidos e assinados – devem ser anexados à fatura (centro convencionado) ou ao pedido de reembolso da consulta inicial e da consulta pós-rastreio (participante).

**ANEXO 1****Programa de rastreio 3: mulheres de 60 anos ou mais**

Periodicidade: 2 anos

Referência interna: [referência]
Beneficiária: [nome próprio, apelido]
N.º pessoal ou de pensionista: [xxxxxxx]
Válido até: [data do fim da cobertura ou 18 meses]

A preencher pelo médico na consulta inicial**Exames padrão**

+ Consulta inicial (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado): anamnese pormenorizada + exame físico (tensão, peso, altura, IMC)

- Exame dermatológico para deteção de melanoma
- Exame oftalmológico (medida da acuidade visual / correção ótica + tonometria)
- Análise de sangue
 - o Colesterol total, HDL, LDL
 - o Vírus da imunodeficiência humana adquirida (VIH) (serologia) (exceto em caso de recusa escrita da participante)
 - o Glicemia em jejum ou hemoglobina glicosilada
 - o Hemoglobina, hematócrito e contagem de glóbulos vermelhos
 - o Leucocitose e fórmula leucocitária, plaquetas
 - o Creatinina, ácido úrico, potássio, cálcio
 - o GOT, GPT, gama GT
- Análise de urina: albumina + glicose urinária
- Exame realizado por um cardiologista: eletrocardiograma em repouso e com prova de esforço (por indicação do médico, cf. risco cardiovascular)
- Consulta ginecológica + citologia do colo do útero
- Colposcopia, se necessário
- Mamografia (até aos 75 anos)

+ Consulta pós-rastreio (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado)

Possibilidade de acrescentar

- Hepatite B – Hepatite C – Sífilis (serologia)
- Clamídia e infeção gonocócica por PCR
- Exame do cólon (até aos 75 anos):
 - o Teste imunológico fecal sobre uma única colheita e
 - o Colonoscopia ótica DE 10 EM 10 anos
 - o ou colonoscopia virtual DE 10 EM 10 anos
- Densitometria óssea (DEXA) (uma única vez)

Exames recusados pela participante:**Enviar relatório final para:**

- Endereço da participante:
.....
- Endereço do médico de família ou de clínica geral:
.....

Data:

Assinatura/carimbo do médico:

Assinatura da participante (para aprovação):

- No caso de exames não previstos no âmbito deste programa, a participante deve apresentar um pedido de autorização prévia separado.
- O presente documento e o anexo 2 – preenchidos e assinados – devem ser anexados à fatura (centro convencionado) ou ao pedido de reembolso da consulta inicial e da consulta pós-rastreio (participante).



ANEXO 1

Programa de rastreio 4: homens dos 18 aos 44 anos

Periodicidade: 5 anos

Referência interna: [referência]
Beneficiário: [nome próprio, apelido]
N.º pessoal ou de pensionista: [xxxxxxx]
Válido até: [data do fim da cobertura ou 18 meses]

A preencher pelo médico na consulta inicial
Exames padrão
+ Consulta inicial (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado): anamnese pormenorizada + exame físico (tensão, peso, altura, IMC)
<input type="checkbox"/> Exame dermatológico para deteção de melanoma
<input type="checkbox"/> Análise de sangue <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Colesterol total, HDL, LDL<input type="checkbox"/> Vírus da imunodeficiência humana adquirida (VIH) (serologia) (exceto em caso de recusa escrita do participante)<input type="checkbox"/> Glicemia em jejum ou hemoglobina glicosilada<input type="checkbox"/> Hemoglobina, hematócrito e contagem de glóbulos vermelhos<input type="checkbox"/> Leucocitose e fórmula leucocitária, plaquetas<input type="checkbox"/> Creatinina, ácido úrico, potássio, cálcio<input type="checkbox"/> GOT, GPT, gama GT
<input type="checkbox"/> Análise de urina: albumina + glicose urinária
+ Consulta pós-rastreio (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado)
Possibilidade de acrescentar
<input type="checkbox"/> Hepatite B – Hepatite C – Sífilis (serologia)
<input type="checkbox"/> Clamídia e infeção gonocócica por PCR
Exames recusados pelo participante:
Enviar relatório final para:
<input type="checkbox"/> Endereço do participante:
<input type="checkbox"/> Endereço do médico de família ou de clínica geral:

Data:

Assinatura/carimbo do médico:

Assinatura do participante (para aprovação):

- No caso de exames não previstos no âmbito deste programa, o participante deve apresentar um pedido de autorização prévia separado.
- O presente documento e o anexo 2 – preenchidos e assinados – devem ser anexados à fatura (centro convencionado) ou ao pedido de reembolso da consulta inicial e da consulta pós-rastreio (participante).



ANEXO 1

Programa de rastreio 5: homens dos 45 aos 59 anos

Periodicidade: 4 anos

Referência interna: [referência]
Beneficiário: [nome próprio, apelido]
N.º pessoal ou de pensionista: [xxxxxxx]
Válido até: [data do fim da cobertura ou 18 meses]

A preencher pelo médico na consulta inicial

Exames padrão

+ Consulta inicial (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado): anamnese pormenorizada + exame físico (tensão, peso, altura, IMC)

- Exame dermatológico para deteção de melanoma
- Exame oftalmológico (medida da acuidade visual / correção ótica + tonometria)
- Análise de sangue
 - o Colesterol total, HDL, LDL
 - o Vírus da imunodeficiência humana adquirida (VIH) (serologia) (exceto em caso de recusa escrita do participante)
 - o Glicemia em jejum ou hemoglobina glicosilada
 - o Hemoglobina, hematócrito e contagem de glóbulos vermelhos
 - o Leucocitose e fórmula leucocitária, plaquetas
 - o Creatinina, ácido úrico, potássio, cálcio
 - o GOT, GPT, gama GT
- Análise de urina: albumina + glicose urinária
- Exame realizado por um cardiologista: eletrocardiograma em repouso e com prova de esforço (por indicação do médico, cf. risco cardiovascular)

+ Consulta pós-rastreio (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado)

Possibilidade de acrescentar

- Hepatite B – Hepatite C – Sífilis (serologia)
- Clamídia e infeção gonocócica por PCR
- PSA a partir dos 55 anos
- Exame do cólon (a partir dos 50 anos)
 - o Teste imunológico fecal sobre uma única colheita e
 - o Colonoscopia ótica DE 10 EM 10 anos
 - o ou colonoscopia virtual DE 10 EM 10 anos

Exames recusados pelo participante:

.....

Enviar relatório final para:

- Endereço do participante:
.....
.....
- Endereço do médico de família ou de clínica geral:
.....
.....

Data:

Assinatura/carimbo do médico:

Assinatura do participante (para aprovação):

- No caso de exames não previstos no âmbito deste programa, o participante deve apresentar um pedido de autorização prévia separado.
- O presente documento e o anexo 2 – preenchidos e assinados – devem ser anexados à fatura (centro convencionado) ou ao pedido de reembolso da consulta inicial e da consulta pós-rastreio (participante).

**ANEXO 1****Programa de rastreio 6: homens de 60 anos ou mais**

Periodicidade: 2 anos

Referência interna: [referência]
 Beneficiário: [nome próprio, apelido]
 N.º pessoal ou de pensionista: [xxxxxxx]
 Válido até: [data do fim da cobertura ou 18 meses]

A preencher pelo médico na consulta inicial**Exames padrão**

+ Consulta inicial (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado): anamnese pormenorizada + exame físico (tensão, peso, altura, IMC)

- Exame dermatológico para deteção de melanoma
- Exame oftalmológico (medida da acuidade visual / correção ótica + tonometria)
- Análise de sangue
 - Colesterol total, HDL, LDL
 - Vírus da imunodeficiência humana adquirida (VIH) (serologia) (exceto em caso de recusa escrita do participante)
 - Glicemia em jejum ou hemoglobina glicosilada
 - Hemoglobina, hematócrito e contagem de glóbulos vermelhos
 - Leucocitose e fórmula leucocitária, plaquetas
 - Creatinina, ácido úrico, potássio, cálcio
 - GOT, GPT, gama GT
- Análise de urina: albumina + glicose urinária
- Exame realizado por um cardiologista: eletrocardiograma em repouso e com prova de esforço (por indicação do médico, cf. risco cardiovascular)

+ Consulta pós-rastreio (no médico de família ou num médico de clínica geral de um centro convencionado)

Possibilidade de acrescentar

- Hepatite B – Hepatite C – Sífilis (serologia)
- Clamídia e infeção gonocócica por PCR
- PSA (até aos 69 anos)
- Exame do cólon (até aos 75 anos):
 - Teste imunológico fecal sobre uma única colheita e
 - Colonoscopia ótica DE 10 EM 10 anos
 - ou colonoscopia virtual DE 10 EM 10 anos
- Ecografia abdominal para deteção de aneurisma da aorta (uma única vez)

Exames recusados pelo participante:

.....

Enviar relatório final para:

- Endereço do participante:

- Endereço do médico de família ou de clínica geral:

Data:

Assinatura/carimbo do médico:

Assinatura do participante (para aprovação):

- No caso de exames não previstos no âmbito deste programa, o participante deve apresentar um pedido de autorização prévia separado.
- O presente documento e o anexo 2 – preenchidos e assinados – devem ser anexados à fatura (centro convencionado) ou ao pedido de reembolso da consulta inicial e da consulta pós-rastreio (participante).



ANEXO 1

Programa de rastreio – GINECOLOGIA 1: mulheres dos 18 aos 44 anos

Periodicidade: 2 anos

Referência interna: [referência]
Beneficiária: [nome próprio, apelido]
N.º pessoal ou de pensionista: [xxxxxxx]
Válido até: [data do fim da cobertura ou 18 meses]

A preencher pelo médico durante a consulta	
Exame ginecológico e relatório de síntese	
<input type="checkbox"/> Citologia do colo do útero <input type="checkbox"/> Colposcopia, se necessário <input type="checkbox"/> Pesquisa de HPV por PCR em esfregaço <input type="checkbox"/> Clamídia e infeção gonocócica por PCR	
Exames recusados pela participante:	
Enviar relatório final para:	
<input type="checkbox"/> Endereço da participante:
<input type="checkbox"/> Endereço do médico de família ou de clínica geral:

Data:

Assinatura/carimbo do médico:

Assinatura da participante (para aprovação):

- No caso de exames não previstos no âmbito deste programa, a participante deve apresentar um pedido de autorização prévia separado.
- O presente documento e o anexo 2 – preenchidos e assinados – devem ser anexados à fatura (centro convencionado).



ANEXO 1

Programa de rastreio – GINECOLOGIA 2: mulheres dos 45 aos 59 anos

Periodicidade: 2 anos

Referência interna: [referência]
Beneficiária: [nome próprio, apelido]
N.º pessoal ou de pensionista: [xxxxxxx]
Válido até: [data do fim da cobertura ou 18 meses]

A preencher pelo médico durante a consulta	
Exame ginecológico e relatório de síntese	
<input type="checkbox"/> Citologia do colo do útero <input type="checkbox"/> Colposcopia, se necessário <input type="checkbox"/> Pesquisa de HPV por PCR em esfregaço <input type="checkbox"/> Clamídia e infeção gonocócica por PCR <input type="checkbox"/> Mamografia (a partir dos 50 anos)	
Exames recusados pela participante:	
Enviar relatório final para:	
<input type="checkbox"/> Endereço da participante:
<input type="checkbox"/> Endereço do médico de família ou de clínica geral:

Data:

Assinatura/carimbo do médico:

Assinatura da participante (para aprovação):

- No caso de exames não previstos no âmbito deste programa, a participante deve apresentar um pedido de autorização prévia separado.
- O presente documento e o anexo 2 – preenchidos e assinados – devem ser anexados à fatura (centro convencionado).