



hcor

ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

Protocolo
Controle Glicêmico



1. Objetivo

O programa de controle glicêmico no hospital deverá ser realizado através de uma equipe médica e multiprofissional dedicada ao cuidado do paciente com diabetes ou alterações glicêmicas.

Comissão de Elaboração

Dr. Luiz Carlos Valente
Dra. Regeane Trabulsi
Dra. Laura Frontana
Dr. Marco Sérgio Martins
Dra. Sabrina Bernardez
Dra. Vivian Cenize Guardia
Equipe Multidisciplinar

2. Definições/ Nomenclatura

DM= Diabetes Mellitus
DM1= Diabetes Mellitus tipo 1
DM2= Diabetes Mellitus tipo 2

3. Protocolo Controle Glicêmico - Hiperglicemia

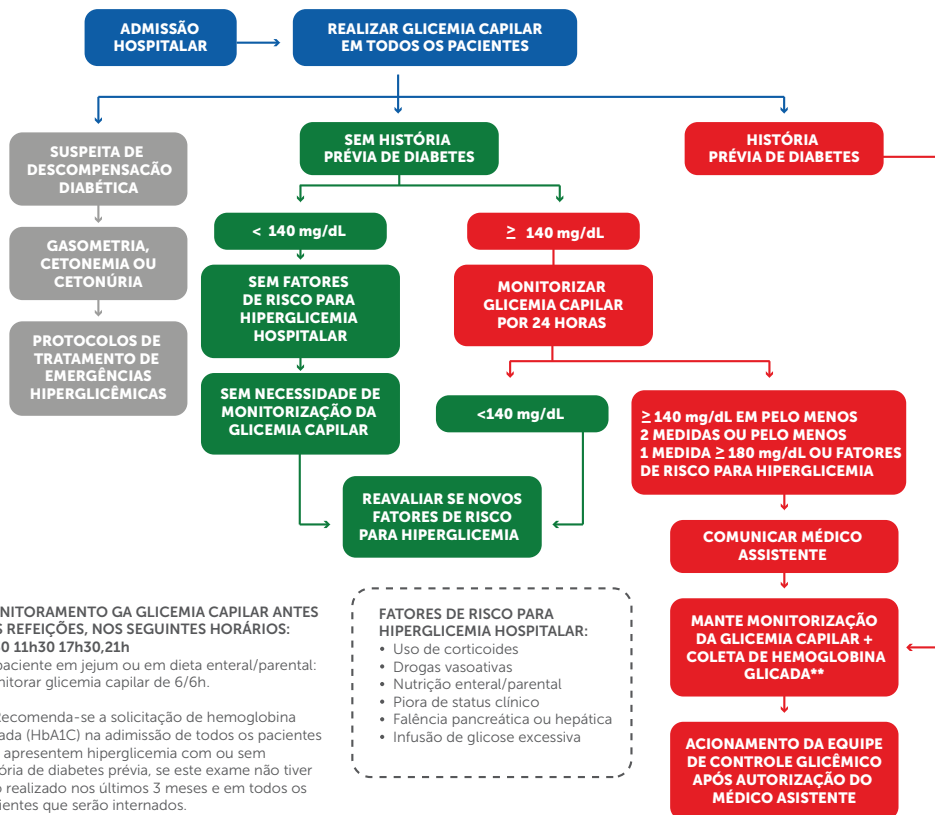
Elegibilidade

Pacientes adultos, > ou igual a 18 anos de idade com hiperglicemia hospitalar e/ou história prévia de diabetes mellitus.

3.1 Quando a Equipe Multidisciplinar de Controle da Hiperglicemia Hospitalar deverá ser acionada?

- Para todos os pacientes com DM1 que forem internados
- Pacientes com DM2 que estejam descompensados ou que a equipe titular achar necessário o acompanhamento
- Pacientes diagnosticados com hiperglicemia hospitalar sem diagnóstico prévio de DM
- Pacientes que estão em uso de insulina endovenosa e iniciarão a transição para insulina subcutânea
- No pré-operatório de pacientes diabéticos e nos quais for detectada hiperglicemia na admissão

3.2 Fluxograma de atendimento do Protocolo de Controle Glicêmico



MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR ANTES DAS REFEIÇÕES, NOS SEGUINTE HORÁRIOS:
6h30 11h30 17h30, 21h
Se paciente em jejum ou em dieta enteral/parental: monitorar glicemia capilar de 6/6h.

** Recomenda-se a solicitação de hemoglobina glicada (HbA1C) na admissão de todos os pacientes que apresentem hiperglicemia com ou sem história de diabetes prévia, se este exame não tiver sido realizado nos últimos 3 meses e em todos os pacientes que serão internados.

3.3 Como deverá ser feita a monitorização da glicemia capilar?

- **Dieta por via oral:** antes das refeições e às 22h
- **Dieta enteral ou parenteral:** 4/4h ou 6/6h
- **Jejum:** 4/4h ou 6/6h
- **Pacientes em insulinoterapia endovenosa:** 1/1h ou 2/2h

3.4 Metas glicêmicas

- Glicemias em jejum e pré-prandiais < 140mg/dL
- Glicemias pós-prandiais (2 horas) < 180mg/dL
- Glicemias aleatórias < 180mg/dL
- Controles mais estritos 110-140mg/dL: pacientes capazes de atingir e manter o controle glicêmico sem hipoglicemias
- Alvo mais alto ~180-200 mg/dl: doentes terminais, limitada expectativa de vida ou alto risco de hipoglicemia

3.5 Uso de hipoglicemiantes orais

De modo geral, seu uso deverá ser suspenso durante a internação.

Contudo, em pacientes estáveis, com bom controle glicêmico e sem contra indicações, pode-se avaliar a manutenção de seu uso (pacientes estáveis, de baixo risco, mantendo HbA1C <8%, com boa aceitação alimentar, perspectiva de alta hospitalar em até 48h, sem planos de que sejam submetidos a exames com uso de contrastes, na ausência de insuficiência renal aguda, não utilizando corticoides e na ausência de quadro infeccioso).

Uma alternativa que poderá ser utilizada, se indicada, seria o uso de inibidores da DPP-4 associado ao uso de uma insulina basal. O uso de inibidores de DDP-4 e análogos de GLP1, podem ser uma alternativa, em alguns casos, associados ou não à insulino terapia.

Caso os hipoglicemiantes orais sejam suspensos durante a internação e seja possível sua reintrodução para uso domiciliar, sugere-se que sejam prescritos 24-48h antes da alta prevista.

3.6 Pacientes que já faziam uso de insulina em casa

O regime de insulina poderá ser mantido se o paciente estiver apresentando bom controle glicêmico prévio à internação (HbA1C<8%) ou ser ajustado conforme a evolução clínica, a sensibilidade à insulina, a frequência de hipoglicemia, a função renal, as variações de aporte nutricional e o uso de medicações hiperglicemiantes.

3.7 Tratamento da hiperglicemia no paciente não crítico

O esquema terapêutico do diabetes durante a internação será feito, via de regra, utilizando-se a combinação de uma insulina basal de ação longa (Glargina) ou ação

intermediária (NPH), associada a uma insulina de ação rápida (Regular) ou ultra rápida (Lispro), podendo ser feito com apenas um dos tipos de insulina, conforme a necessidade do caso.

Pacientes com boa aceitação de dieta oral deverão receber esquema de insulina basal, associado a dose de insulina pré prandial fixa e correção suplementar conforme necessidade.

Pacientes com aceitação irregular de dieta oral deverão receber esquema de insulina basal, associado a correção com insulina suplementar conforme necessidade.

A aferição das glicemias deverá ser antes das refeições, assim como a administração da insulina de ação rápida ou ultra rápida.

O tratamento do diabetes durante a internação **não** deverá ser baseado no uso de esquemas que utilizem **apenas** insulina de ação rápida (Regular ou Lispro), conforme os níveis de hiperglicemia apresentados pelo paciente.

3.8 - Tratamento da hiperglicemia nos pacientes críticos

- A infusão intravenosa contínua de insulina é a terapia de escolha para pacientes críticos
- A administração da insulina intravenosa é baseada em protocolo validado nas unidades de terapia intensiva

3.9 Situações Especiais

3.9.1 Diabetes do tipo 1

- A Equipe de Multidisciplinar de Controle da Hiperglicemia Hospitalar deve ser acionada para acompanhar **todos** os paciente com diagnóstico de DM1, **mesmo** que seu controle glicêmico esteja adequado
- Em alguns casos selecionados, há a possibilidade de auto gerenciamento do diabetes no hospital, principalmente nos casos de pacientes que fazem uso de Sistema de Infusão Contínua de Insulina (SICI).
- Candidatos potenciais são aqueles com estado mental inalterado e habilidade no manejo de sua doença (ex.: contagem de carboidrato, calcular e controlar as doses de insulina, profundo conhecimento no manuseio de bomba de insulina, etc.).

Nos casos de “auto gerenciamento do diabetes” a equipe de enfermagem deverá:

- supervisionar a monitorização do controle glicêmico e anotar os valores no prontuário
- supervisionar a aplicação de insulina prandial e anotar a dose aplicada em prontuário
- Se usuário de SICI: acompanhar e registrar em prontuário a troca do conjunto de infusão (que deverá ser realizada a cada 72 horas)

(SICI= sistema de infusão contínua de insulina = bomba de insulina)

Os monitores contínuos de glicose (*continuous glucose monitoring* ou CGM) poderão ser usados como alternativa à glicemia capilar em casos selecionados, de acordo com orientações da equipe médica.

3.9.2 Insuficiência Renal

A influência da insuficiência renal nos ajustes de dose de insulina depende da fase de progressão da lesão renal e da terapia dialítica utilizada:

- Se houver redução do ritmo de filtração glomerular estimado (RFGe) <50, a dose de insulina necessária deverá diminuir cerca de 25%. Se o RFGe <10, a dose de insulina deverá ter redução adicional de 50%
- **Diálise peritoneal:** a utilização de soluções de diálise com maior concentração de glicose pode causar hiperglicemia
- **Hemodiálise:** a resistência à insulina aumenta em períodos de uremia e ocorre tendência à hipoglicemia durante e depois da terapia dialítica. As doses basais no período posterior à diálise devem ser reduzidas no mínimo 15% e as insulinas de ação rápida devem ser evitadas no período imediatamente anterior ao procedimento

3.9.3 Uso de glicocorticoide

- Tipicamente aumentam a glicemia de 4 a 6 horas após sua administração

Baixas doses de corticoide de curta duração pela manhã:

- tendem a aumentar a glicemia no final da manhã até a noite, sem afetar o jejum
- pode-se usar insulina prandial ou insulina de ação intermediária pela manhã

Altas doses de corticoide, mais de duas administrações ao dia e corticoides de ação prolongada:

- podem aumentar a glicemia também em jejum
- mais apropriado o tratamento com esquema Basal-Bolus (insulina basal + insulina rápida ou ultra rápida).

3.9.4 Dieta Enteral

Deve-se considerar o tipo da solução da dieta e a duração da alimentação (contínua versus intermitente).

Pacientes com DM1 devem continuar recebendo insulina basal mesmo com a interrupção da dieta.

Contínua:

- Insulina basal (glargina a cada 24h ou NPH cada 8h ou a cada 12h) + insulina de ação ultra rápida (Lispro) a cada 4h + correção s/n

Intermitente:

- Insulina basal + doses de insulina de ação ultra rápida (Lispro) antes do horário de cada alimentação + correção s/n

Doses de insulina na dieta enteral:

- Dose de insulina basal: iniciar com 30-50% da dose total de insulina que paciente estava recebendo previamente ou 5UI de NPH a cada 12h ou 10UI de insulina glargina
- Dose de insulina rápida ou ultra rápida: pode-se calcular 1UI para cada 10-15g de carboidrato

3.9.5 Dieta Parenteral

Em pacientes recebendo nutrição parenteral a insulina pode ser administrada das seguintes maneiras:

- Insulina regular adicionada à solução parenteral com dose inicial de 1U de insulina para cada 10g de dextrose associada a correção com insulina subcutânea
- Terapia com insulina regular endovenosa separadamente
- Insulina basal SC associada com insulina de ação rápida SC (regular) dose fixa e/ou conforme necessário a cada 6 horas: pacientes hemodinamicamente estáveis e com hiperglicemia leve a moderada

3.9.6 Pacientes Cirúrgicos

PERÍODO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIAS ELETIVAS

- Na medida do possível as cirurgias eletivas em pacientes com diabetes devem ser agendadas para o período da manhã para diminuir o período de jejum
- É desejável um valor de glicemia capilar entre 100 a 180 mg/dL antes de iniciar a cirurgia
- Insulina intravenosa pode ser necessária em algumas situações como hiperglicemia severa ou cirurgias prolongadas em pacientes com DM1

PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

- **Terapias não insulínicas:** podem ser mantidas se não houver contraindicações
 - Suspender ISGLT-2 72h antes de procedimentos cirúrgicos eletivos pelo risco aumentado de cetoacidose
- **Terapia insulínica (no dia anterior a cirurgia):**
 - Insulina basal de longa ação:
 - DM1 ou DM2: avaliar a redução da dose noturna para 50 a 75% da dose habitual
 - Insulina prandial de curta ação (insulinas ultra rápidas – Lispro):
 - DM1 ou DM2: manter

NO DIA DA CIRURGIA

- No momento da internação o paciente deverá ser submetido a uma glicemia na admissão.
- **Terapias não insulínicas:** devem ser suspensas
- **Terapia insulínica:**
 - Insulina basal de longa ação (Glargina):
 - DM1: se bom controle glicêmico prévio reduzir a dose em 10 a 20%; se mau controle manter a dose de insulina
 - DM2: reduzir a dose em 30-50%
 - Insulina de ação intermediária (NPH):
 - DM1 ou DM2: reduzir a dose em 50%
 - Insulina prandial de curta ação (Regular ou Lispro):
 - DM1 ou DM2: manter enquanto o paciente estiver se alimentando e suspender após o início do jejum

- Monitorização da glicemia capilar 4/4h
- Tratar hipoglicemia se necessário
- Se glicemia > 180 mg/dL: suplementar com insulina de ação rápida

NO INTRAOPERATÓRIO

- Manter a glicemia < 180 mg/dl sem hipoglicemias
- Se glicemia \geq 180 mg/dL, suplementar com insulina de ação rápida a cada 2h ou 4h ou iniciar infusão de insulina intravenosa com monitorização da glicemia capilar a cada 1 a 2 horas
- Tratar hipoglicemia se necessário

NO PÓS OPERATÓRIO

- Monitorizar glicemia capilar e revisar a prescrição de insulina
- Reiniciar regime de insulina basal-bolus assim que o paciente reiniciar alimentação
- Reiniciar antidiabéticos orais assim que possível (quando o paciente voltar a se alimentar e não tiver contraindicação)

4. Protocolo Controle Glicêmico - Manejo da Hipoglicemia

É importante ter em mente que a ocorrência de hipoglicemia é mais frequentemente um marcador de doença subjacente do que a causa do aumento da mortalidade de pacientes diabéticos.

- Graus de hipoglicemia:
 - <70 mg/dL – grau 1
 - <54 mg/dL – grau 2 (aqui, o paciente já apresenta sintomas de neuroglicopenia – palidez, tremores, sonolência, cefaleia, sudorese fria e intensa - e necessita de ação imediata para resolver o processo)
 - < 40 mg/dL - grau 3 – um evento grave, caracterizado por alterações de estado mental e/ou físico (convulsões, desmaio, perda da consciência), que requer a assistência de uma outra pessoa para resolver o processo

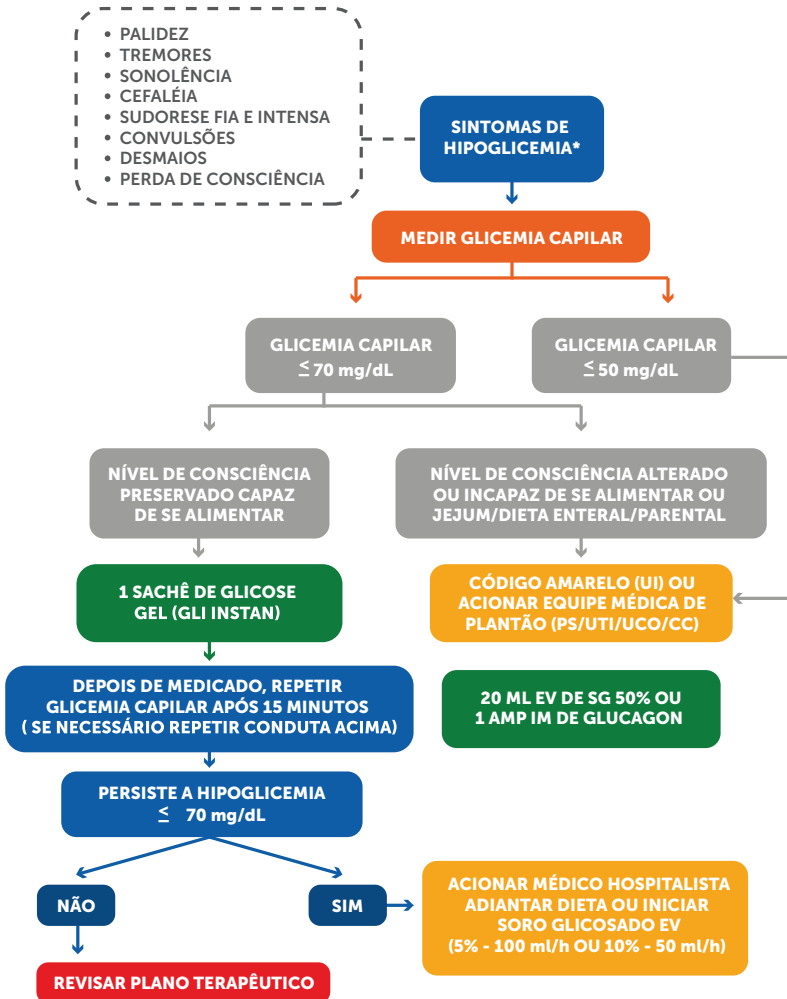
Fatores de risco para hipoglicemia

- Idosos
- Usuário de antidiabético oral (em especial sulfonilureias) e/ou insulina
- Redução da ingestão oral
- Descontinuação de nutrição enteral ou parenteral
- Redução de dose ou suspensão do uso de glicocorticoide



- Uso isolado de “escala de correção” com insulina rápida
- Vômitos
- Diminuição da capacidade do paciente de reportar sintomas
- Lesão renal aguda

4.1 Fluxograma de Manejo da Hipoglicemia



4.2 Atuação da Equipe Multidisciplinar na hipoglicemia:

- **Identificar pacientes em risco de apresentar hipoglicemia**
 - alerta em prescrição
 - anotar claramente no prontuário
- **Orientar os pacientes em risco e os acompanhantes quanto aos principais sintomas de hipoglicemia:**
 - sudorese fria, tremores, palpitação, palidez, fome, mal estar, confusão mental, sonolência, irritabilidade e náuseas.
- **Se houver suspeita de hipoglicemia os(as) enfermeiros da Equipe tem autonomia para dosar a glicemia capilar e tratar imediatamente conforme a prescrição ou o protocolo de hipoglicemia**
- **Notificação de eventos hipoglicêmicos (incluindo gravidade, causas potenciais, tratamento fornecido, notificação médica e resultado do tratamento)**

5. Prescrição segundo protocolo HCor para pacientes em ingestão via oral

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DOSE	VIA	FREQUÊNCIA	BI	HORÁRIO
1	Glicemia Capilar no jejum, pré-almoço, pré-jantar e às 22h			4x/dia		
2	Insulina Glargina ou Insulina NPH	50% da dose total de insulina*	SC	1x/dia (Glargina) 1-3x/dia (NPH)		
3	Insulina Lispro ou Regular	50% da dose total de insulina* em 3 tomadas (Se alimentação oral regular)	SC	3x/dia pre prandial		
4	Insulina Lispro ou Regular conforme glicemia capilar pre prandial Obs: As 22h, a suplementação deverá ser feita com 50% da dose	** (pacientes usuais) 141-180 mg/dl: 4UI 181-220 mg/dl: 6UI 221-260 mg/dl: 8UI 261-300 mg/dl: 10UI 301-350 mg/dl: 12 UI >351 mg/dl: 14UI	SC	4x/dia s/n		

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DOSE	VIA	FREQUÊNCIA	BI	HORÁRIO
5	Se Glicemia capilar <70mg/dl fazer GLINSTA 01 sachê e repetir glicemia capilar em 15 minutos e medicação até normalização da glicemia		Oral	s/n		
6	Se Glicemia capilar <50mg/dl ou <70mg/dl com paciente inconsciente fazer glicose 50% EV lento e repetir glicemia capilar em 15 minutos e medicação até normalização da glicemia	(100 - glicemia) x 0,4	EV			
7	Caso paciente em jejum, fazer glicemia capilar de 4/4h e avisar equipe médica					
8	SG 10% 500ml em caso de interrupção de alimentação por de 12h consecutivas		EV em BIC 10ml/h			

*** Como calcular dose de insulina total:**

- 0,2 a 0,3 UI/Kg: pacientes com > 70 anos e/ou TFG <60ml/min
- 0,4 UI/kg: pacientes que não se enquadram no critério acima e com glicemia 140-200mg/dl
- 0,5 UI/Kg: pacientes que não se enquadram no critério acima e com glicemia 201-400mg/dl

**

Pacientes sensíveis (idosos, pacientes com insuficiência renal e hepática):	Pacientes resistentes (obesos, recebendo corticoide):
141-180 mg/dl: 2UI	141-180 mg/dl: 6UI
181-220 mg/dl: 4UI	181-220 mg/dl: 8UI
221-260 mg/dl: 6UI	221-260 mg/dl: 10UI
261-300 mg/dl: 8UI	261-300 mg/dl: 12UI
301-350 mg/dl: 10 UI	301-350 mg/dl: 14UI
>351 mg/dl: 12UI	>351 mg/dl: 16UI

6. Equipe Multidisciplinar

Equipe médica:

- Determinar em conjunto com a equipe, diretrizes e protocolos de controle glicêmico hospitalar
- Coordenar a assistência multidisciplinar, com ênfase na aplicação e no monitoramento de falhas do programa e de eventos indesejáveis
- Promover educação continuada para toda a equipe
- Participar do controle de eventos adversos

Promover as seguintes ações:

- Comunicação de alta estruturada
- Reconciliação medicamentosa (ADOs e/ou insulinas)
- Prescrever os insumos necessários (tiras de teste, agulhas, seringas, etc.)
- Encaminhar para seguimento ambulatorial
- Orientação e educação do paciente

Médico assistente:

- Prescrever de maneira uniforme as medicações e a monitorização glicêmica
- Analisar todos os controles glicêmicos dos pacientes, realizando os ajustes necessários no tratamento
- Prevenir, detectar e tratar complicações crônicas relacionadas ao diabetes
- Orientar os pacientes, seus familiares e a equipe assistencial sobre o plano de tratamento, as metas glicêmicas e as estratégias de controle
- Aplicar o plano educacional de alta do paciente
- Comunicação de alta estruturada
- Reconciliação medicamentosa (antidiabéticos orais e/ou insulinas)
- Prescrever os insumos necessários (tiras de teste, agulhas, seringas, etc.)
- Encaminhar para seguimento ambulatorial
- Orientação e educação do paciente

Equipe de enfermagem

- Realizar a monitorização adequada das glicemias capilares, bem como a administração correta das insulinas, respeitando os horários prescritos
- Documentar as glicemias, as doses e os horários das insulinas administradas de forma clara no prontuário
- Em caso de dúvidas quanto à monitorização adequada das glicemias capilares, horários e/ou doses de insulinas, acionar a equipe médica
- Saber reconhecer os tipos de diabetes e as metas glicêmicas
- Saber o significado e os horários de aplicação dos tipos de insulina (insulina pré-prandial, suplementar e basal)
- Efetuar prevenção, saber reconhecer e tratar a hipoglicemia
- Trabalhar conjuntamente com as equipes médicas do corpo clínico quanto a manutenção da assistência ao paciente seguindo as orientações do Protocolo
- Orientar e esclarecer possíveis dúvidas da equipe de enfermagem quanto a monitorização da glicemia capilar e da aplicação das insulinas
- Checar junto à equipe de enfermagem se a monitorização glicêmica e a aplicação das insulinas estão sendo realizadas nos horários corretos e devidamente registradas em prontuário de maneira clara
- Auxiliar na identificação de possíveis falhas na instituição de melhorias
- Promover educação em diabetes para os pacientes e acompanhantes desde o início da internação
- Aplicar o plano educacional e o Planejamento de Alta Multidisciplinar ao longo da internação para que no momento da alta médica o paciente esteja orientado
- Entregar o Folder Orientação ao Paciente Diabético e se aplicável o Folder Orientação ao Paciente Insulino Dependente como material de apoio e consulta ao paciente

Nutricionistas

- Avaliar o paciente e fazer as recomendações nutricionais individualizadas
- Orientar os pacientes diabéticos quanto à dieta ofertada durante a internação



e a importância de segui-la

- Esclarecer as dúvidas dos pacientes em relação à dieta
- Avaliar a possibilidade e realizar mudanças na dieta quando forem necessárias ou quando o paciente solicitar
- Auxiliar na contagem de carboidratos para paciente portadores de Diabetes Mellitus tipo 1, informando a quantidade de carboidratos em cada refeição, quando solicitado
- Aplicar o plano educacional de alta do paciente
- Orientar os pacientes quanto à importância da realização da dieta adequada (em especial nos casos em que houver associação de diabetes e insuficiência renal ou cardíaca, onde possa haver necessidade de restrição da ingestão de proteínas, de potássio ou, mesmo, de água)
- Elaborar um plano alimentar básico para ser seguido em casa, pelo menos até a próxima consulta do paciente
- Salientar a necessidade da manutenção de horários mais ou menos regulares para a realização das refeições e sua importância para evitar a ocorrência de hipo e hiperglicemias
- Orientar o paciente a evitar a ingestão de sucos de frutas (frescos ou industrializados)

Farmacêuticos

- Acompanhar o tratamento farmacológico proposto
- Aconselhar e alertar a equipe assistencial, caso haja algum medicamento prescrito de forma inadequada, sobre interações medicamentosas e possíveis reações adversas
- Avaliar a possibilidade de validação de medicamentos não padronizados pelo hospital que o paciente possa fazer uso
- Educar os pacientes e/ou cuidadores sobre o manejo adequado da insulina ou outras medicações. Aplicar o plano educacional de alta do paciente.

7. Referências Bibliográficas

1. Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G et al. Intensive Insulin Therapy in Medical ICU. *N Engl J Med* 2006; 354:449-61.
2. Dace L, Trencce, Janet L, Kelly and B. Hirsch. The Rationale and Management of Hyperglycemia for In Patients with cardiovascular Disease: Time for Change. *JCEM* 2003;88(6): 2430- 2437
3. Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G et al. Intensive Insulin Therapy in the Critically ill patientes. *N Engl J Med* 2009; 360: 1283-97.
4. Marik PE, Preiser JC. Toward Understanding Tight Glycemic Control in the ICU. *Chest*.2010; 137(3):544
5. Kansagara D, Fu R, Freeman M, Wolf F, HelfandM. Intensive Insulin Therapy in Hospitalized Patients: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2011;154(4):268
6. Umplierrez G, Cardona S et al. Randomized Controlled Trial of Intensive Versus Conservative Glucose Control in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery: GLUCO-CABG trial. *Diabetes Care*. 2015;38(9):1665-72
7. Souza ABC, Cukie P, Toyoshima MTK, Oliveira e, Di Rienzo RT, Nery M. InsulinaAPP-UTI: plataforma digital efetiva e segura para insulino terapia endovenosa em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017, 29 (Suppl. 1): S 208-9
8. Umpierrez GE, Hellman R, Korytkowski MT, Kosiborod M, Maynard GA, Montori VM, Seley JJ, Van den Berghe G; Endocrine Society. Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Jan;97(1):16-38. doi: 10.1210/jc.2011-2098. PMID: 22223765.
9. POSICIONAMENTO OFICIAL SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES N° 03/2015. Controle da Glicemia no Paciente Hospitalizado. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/diretrizes-e-posicionamentos>
10. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diabetes Care in the Hospital Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. *Diabetes Care* 2020;43(Suppl.1):S193-S202 | <https://doi.org/10.2337/dc20-S015>
11. FDA revises labels of SGLT2 inhibitors for diabetes to include warnings about too much acid in the blood and serious urinary tract infections. FDA Drug Safety Communication. 3-19-2020 Update
12. Pontes, J., et al., Evaluation and perioperative management of patients with diabetes mellitus. A challenge for the anesthesiologist. *Revista brasileira de anestesiologia*, 2018. 68(1): p. 75.

Responsável Técnico

Dr. Gabriel Dalla Costa - CRM 204962

hcor

ASSOCIAÇÃO
BENEFICENTE SÍRIA

Hcor Complexo Hospitalar / Medicina Diagnóstica - Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147 - São Paulo - SP

Hcor - Edifício Dr. Adib Jatene: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 130 - São Paulo - SP

Hcor Medicina Diagnóstica - Unidade Cidade Jardim: Av. Cidade Jardim, 350 - 2º andar - São Paulo - SP

Hcor Onco - Clínica de Radioterapia: Rua Tomás Carvalhal, 172 - São Paulo - SP

Hcor - Consultórios: Rua Abílio Soares, 250 - São Paulo - SP

Tels.: Geral: (11) 3053-6611 - Central de Agendamento: (11) 3889-3939 - Pronto-Socorro: (11) 3889-9944

hcor.com.br