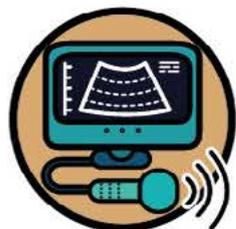


PROTOCOLOS

DE ACESSO VOLUME I



Mamografia



Ultrassonografia



Tomografia
Computadorizada



Ressonância
Magnética

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PROTOSCOLOS DE ACESSO

Exames de Mamografia, Ultrassonografia, Tomografia
Computadorizada e Ressonância Magnética

VOLUME I

São Paulo - SP
2018

2018 Secretaria Municipal da Saúde.

®Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

ELABORAÇÃO

Comissão de Protocolos

Américo Yuiti Mori
Carlos Alberto Pazzero Chicca
Fernanda Lúcia de Campos
Gabriela Furst Vaccarezza
Gilcinete de Oliveira Barreto
Lais Borba Casella
Marine Fumiyo Otake Arakaki
Michael Rodrigues de Paula
Mônica Tormena de Campos
Sandra Lucia Brum Mirandez
Selma de Fátima Nunes Gouveia Buff
Solange Saboia
Sonia Maria de Almeida Figueira

Colaboração

Adalberto Kiochi Aguemí
Adilson Nunes Guardado
Dani Ejzenberg
Maria Aparecida Lucarelli

Katia Mercena
Lisete Lage Cruz
Marcos Issamu Harunari
Renata Alves de Souza Paluello
Rosana Priore
Tania Oliveira Palacios

Revisão Técnica

Dani Ejzenberg
Lais Borba Casella
Mônica Tormena de Campos

Normalização

Marine Fumiyo Otake Arakaki -
Centro de Desenvolvimento, Ensino
e Pesquisa em Saúde - CEDEPS

Projeto Gráfico

Waleska Kethury Pereira Rodrigues -
Centro de Desenvolvimento, Ensino
e Pesquisa em Saúde - CEDEPS

Ficha Catalográfica

S241p São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde

Protocolos de acesso: exames de mamografia, ultrassonografia, tomografia
computadorizada e ressonância magnética: volume I/Secretaria Municipal da Saúde. –
São Paulo: SMS, 2018.

77p. : il.

1. Protocolos de Acesso. 2. Atenção Básica. 3. Regulação de Exames. I. Título.

CDU-614

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	6
PROTOSCOLOS DE ACESSO	6
OBJETIVOS DOS PROTOSCOLOS DE ACESSO	7
IMPLEMENTAÇÃO DOS PROTOSCOLOS DE ACESSO	7
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	8
COMO ESTÁ ORGANIZADO ESTE PROTOSCOLO?	8
COMO UTILIZAR O PROTOSCOLO?	9
PROTOSCOLO DE ACESSO A EXAMES DE MAMOGRAFIA	10
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	10
MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA	11
PROTOSCOLO DE ACESSO A EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA	12
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME SUPERIOR /ABDOME TOTAL	12
ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	14
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	15
ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	16
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	17
ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	18
ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	19
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	20
ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	21
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	22
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	23
ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	24
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA/CRÂNIO	25
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	26
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	27
PROTOSCOLO DE ACESSO A EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	29
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	29
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	31
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE /SEIOS DA FACE/ ÓRBITAS/ ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	33
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	35
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE	37

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE _____	39
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBOSACRA COM OU SEM CONTRASTE _____	41
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX _____	43
TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO _____	45
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR _____	47
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/ BACIA/ ABDOMEN INFERIOR _____	50
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR _____	52
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR _____	54
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) _____	56
TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT) _____	58
PROTOCOLO DE ACESSO A EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA _____	61
CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA _____	61
CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA _____	61
SEM CONTRAINDICAÇÕES PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA _____	62
ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL _____	63
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO _____	65
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL _____	66
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA _____	66
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBO-SACRA _____	66
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES _____	67
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR _____	68
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA OU PÉLVIS _____	70
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) _____	71
RESSONÂNCIA MAGNETICA DO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) _____	71
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ATM (BILATERAL) _____	72
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORAX _____	73
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO OU AORTA COM CINE-RM _____	74
REFERÊNCIAS _____	77



APRESENTAÇÃO

Um dos desafios dos sistemas universais de saúde é qualificar a conduta dos profissionais a partir de diretrizes e evidências científicas que contribuam para a melhoria da assistência aos usuários. Neste contexto, a elaboração e disseminação de protocolos clínicos e de acesso cumprem importante papel no apoio às equipes que atuam em diferentes pontos da rede de atenção à saúde (Brasil, 2014).

Este trabalho se constitui em processo dinâmico e de atualização contínua. A implantação desse protocolo, juntamente com outros manuais já desenvolvidos pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), visa à melhoria da resolutividade do sistema de saúde com a racionalização de recursos e consequentemente, contribuir para a redução do tempo médio de espera para exames prioritários e consultas na Atenção Especializada. São pressupostos neste trabalho a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da melhoria da resolutividade da Rede Assistencial, a Gestão do Cuidado, o fortalecimento da Atenção Básica e da Gestão Regional e Descentralizada. Definiu-se no Programa de Metas 2017-2020 da gestão municipal a redução do tempo médio de espera para realização de exames e encaminhamentos para especialidades. Sendo assim, os primeiros protocolos a serem implantados serão os protocolos de acesso.

PROTOSCOLOS DE ACESSO

Os protocolos de acesso devem estabelecer critérios para o encaminhamento e solicitação de exames, contemplar indicações clínicas, contraindicações, hipótese diagnóstica e profissionais solicitantes, definidos com base na competência de cada nível de atenção.

Devem prezar pela qualificação e resolutividade da assistência nos seus diferentes níveis e buscar esgotar as possibilidades e recursos terapêuticos disponíveis na Atenção Básica, sendo ela a ordenadora da Rede Assistencial e Coordenadora do Cuidado.

Podem contribuir para a organização da fila de espera (regulação e microrregulação) baseada na avaliação clínica, intervenção oportuna e vulnerabilidade. Devem estar coerentes com as Linhas de Cuidado e manuais

clínicos preconizados pelas Áreas Técnicas.

Os critérios clínicos adotados no protocolo devem ser baseados na melhor evidência científica disponível e coerente com a realidade local do município (epidemiológica e organizacional). Os critérios e fluxos definidos pelo Protocolo devem ser adotados para a organização e regulação do acesso.

As solicitações que não se enquadrem no protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico, seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior, quando necessário.

Finalmente, deve apontar para mecanismos de qualificação dos encaminhamentos e da resolutividade da Atenção Básica, tendo o Telessaúde (Teleconsultoria e Teleducação) e/ou matriciamento como ferramentas de apoio para justificativa de encaminhamentos ou solicitações de exames e consultas.

OBJETIVOS DOS PROTOCOLOS DE ACESSO

- Contribuir para a estruturação da Rede Assistencial;
- Estabelecer parâmetros para contratação de serviços;
- Contribuir no processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e Atenção Especializada;
- Atualizar protocolos existentes e disseminar critérios para o processo de encaminhamento, tornando-os públicos para trabalhadores, gestores e usuários;
- Garantir a racionalização de recursos e contribuir para a redução do tempo médio de espera para exames prioritários e consultas na atenção especializada.

IMPLEMENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ACESSO

Os protocolos de acesso foram produzidos e validados pela Comissão de Protocolos (Portaria nº273/2017) e o processo de implementação visa submetê-los à avaliação clínica e análise de viabilidade técnica pelos atores que compõem a rede assistencial da Cidade de São Paulo. Preconiza-se a participação dos trabalhadores e gestores envolvidos com as solicitações e regulação do acesso de exames e encaminhamentos, bem como deve ser considerada a necessidade clínica dos usuários e vulnerabilidade social. Desta forma buscar-se-á um processo mais efetivo, pactuando e incorporando contribuições de seu público envolvido na complementação e/ou revisão dos protocolos. A mobilização desses atores, além de captar contribuições, visa atuar nos nós críticos para a implementação e disseminação dos mesmos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A Comissão de Protocolos terá reuniões mensais com a proposta de:

- Implantar relatório periódico sobre as ações de matriciamento/reuniões técnicas desenvolvidas em cada região, incluindo temas, quantidade de ações e participantes;
- Definir relatórios do Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde (SIGA) e BI/SIGA de acordo com as necessidades de monitoramento.

Após 60 dias da divulgação de cada protocolo, a Comissão de Protocolos instituirá ferramenta para avaliação, definição de indicadores quantitativos e qualitativos que subsidiarão as futuras ações da Comissão e divulgará relatórios situacionais periódicos com informações consolidadas.

COMO ESTÁ ORGANIZADO ESTE PROTOCOLO?

A ideia desse material é que seja de fácil acesso e rápida consulta no apoio aos profissionais. Para cada tipo de exame são apresentados critérios e orientações para a solicitação como: indicações clínicas, contraindicações, pré-requisitos obrigatórios na solicitação, formulário a ser utilizado para a solicitação e profissionais solicitantes, definidos com base na competência de cada nível de atenção.

Para cada exame é apresentado o código do procedimento, conforme tabela de procedimento do SUS, disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

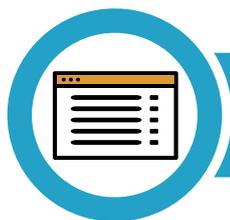
Protocolos preliminares

- Mamografia de rastreamento e diagnóstica;
- Ultrassonografia;
- Tomografia Computadorizada;
- Ressonância Magnética.

IMPORTANTE:

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

COMO UTILIZAR O PROTOCOLO?



Para um acesso rápido recomendamos utilizar o ÍNDICE.



“Clicando” no exame a ser consultado você será levado diretamente para a página em que ele é descrito.



Também pode utilizar a ferramenta “Localizar (Ctrl+F)”, em que pode ser digitado a condição ou agravo para localizar o exame recomendado ou relacionado.



Para visualização em celulares recomendamos realizar download do arquivo e visualizar utilizando o aplicativo “Adobe Acrobat”.

<< Voltar ao Índice



PROTOCOLO DE ACESSO A EXAMES DE MAMOGRAFIA

MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

Código do Procedimento: 020403018-8

INDICAÇÕES

Rastreamento para câncer de mama;
Iniciar na faixa etária de 50 a 69 anos, bianual;
Alto risco para câncer, a partir dos 35 anos, anual (histórico familiar de dois ou mais casos de câncer de mama, principalmente, anterior a 50 anos; histórico familiar de câncer de ovário; histórico de câncer de mama em homens; alteração genética, principalmente, dos genes BRCA 1 e BRCA 2).

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 (Z12.3) e;
Resultados de exames anteriores se houver.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos e enfermeiros da rede municipal.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Formulário do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Acesso para todas as unidades de saúde via Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde (SIGA) e/ou Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA

Código do Procedimento: 020403003-0

INDICAÇÕES

Nódulo, espessamento e/ou outras alterações mamárias suspeitas ao exame físico (como, por exemplo: descarga papilar unilateral, pele em casca de laranja, linfonodo regional aumentado);

Achados radiológicos em mamografia de rastreamento ou em ultrassonografia de mama, que necessitam de complementação adicional com incidências e manobras.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;

Hipótese diagnóstica, CID 10 (correspondente à indicação);

Resultados de exame anterior, se houver, especificando o quadrante a ser reavaliado.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Ginecologistas, Mastologistas, Oncologistas e Médicos Radiologistas das unidades executantes, nos casos em que houver necessidade de complementação diagnóstica.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

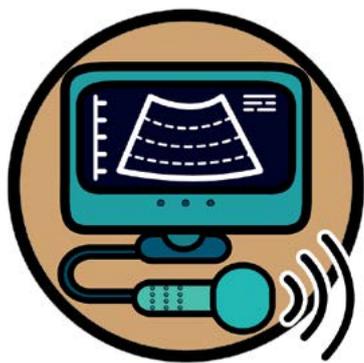
SISMAMA.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Deve ser priorizado no agendamento em relação à mamografia de rastreamento, devendo ser agendado em até 30 dias;

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)



PROTOCOLO DE ACESSO A EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR / ABDOME TOTAL

Código do Procedimento: 020502003-8 / 020502004-6

INDICAÇÕES

Suspeita de Lesões Tumorais;
Estudo do Retroperitônio;
Orientar Biopsia para punção de lesões tumorais;
Suspeita de líquidos em cavidade;
Pesquisa de malformação de vísceras ou vasculares;
Patologias vasculares (por exemplo, Aneurismas, Tromboses, Dissecções Arteriais, Estenose, etc.);
Suspeita de Colecistopatias;
Hepatopatias;
Patologias das Vias Biliares;
Pancreatopatias;
Esplenopatias;
Doenças Inflamatórias Abdominais.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever resultado de raio-X simples nos casos de estudo do retroperitônio;
Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Formulário do Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT).



RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Excluir verminoses, meteorismos e constipação intestinal crônica (CIC).
O exame não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.
O jejum é necessário para evitar que a vesícula biliar se esvazie e permita avaliar de forma adequada órgãos mais profundos. Deve ser realizado com a bexiga cheia para deslocar as alças intestinais atuando como uma janela para a transmissão das ondas ultrassônicas, facilitando a visualização e avaliação dos órgãos e estruturas da região abdominal.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES

Código do Procedimento: 0205029027

INDICAÇÕES

Suspeitas de lesões tumorais em regiões superficiais para diagnóstico e acompanhamento, para esclarecer o conteúdo da lesão, se sólida ou cística;
Hérnias de parede;
Investigação de linfonodopatias;
Cisto do ducto tireoglosso;
Anomalias dos arcos branquiais.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;
Descrever o segmento a ser examinado.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Cirurgião Torácico, Cirurgião Plástico, Gastroenterologista, Infectologista, Oncologista, Pediatra e Dermatologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Aos prestadores: este procedimento não é previsto na Tabela SUS. O faturamento deve ser realizado de acordo com o segmento a ser examinado. Verificar SIGTAP: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

<< Voltar ao Índice

ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO

Código do Procedimento: 020502005-4

INDICAÇÕES

Suspeita de tumores vesicais, renais e suprarrenais;
Classificação das disfunções miccionais;
Insuficiência Renal;
Suspeita de nefrolitíase;
Rim policístico;
Pesquisa de malformação do aparelho urinário;
Infecções Urinárias de repetição ou Hematúria.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Urologista, Ginecologista, Oncologista e Pediatra. Médicos de outras especialidades ou Médicos Generalistas podem solicitar com a devida justificativa.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Descrever resultado de USG prévio se houver.
No sexo masculino permite a avaliação do volume da próstata, porém é melhor avaliado no ultrassom de próstata específico.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO

Código do Procedimento: 020502006-2

INDICAÇÕES

Cisto Sinovial com limitação funcional;
Derrame articular;
Tendinite;
Lesão por esforço repetido (LER/DORT);
Bursite;
Dores articulares crônicas.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;
Descrever resultado de exames de imagem e/ou laboratoriais relacionados, se houver.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Fisiatra, Ortopedista e Reumatologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Descrever resultado de USG prévio se houver.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL

Código do Procedimento: 020502007-0

INDICAÇÕES

Aumento da bolsa escrotal em adultos;
Cistos de cordão, espermático e de epidídimo;
Tumorações palpáveis.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;
Descrever resultado de exames de imagem e/ou laboratoriais relacionados (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Pediatra e Urologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Descrever resultado de USG prévio se houver.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL

Código do Procedimento: 020502010-0

INDICAÇÕES

Prostatismo com exame de toque retal prostático alterado;
Hipertrofia prostática benigna;
Suspeita de Carcinoma de Próstata.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;
Descrever resultado de exames de imagem e/ou laboratoriais relacionados, se houver.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião Geral, Geriatra, Oncologista e Urologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Descrição do resultado de USG prévio e PSA se houver.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL

Código do Procedimento: 020502011-9

INDICAÇÕES

Suspeita de Carcinoma de Próstata;

Para guiar as biópsias de próstata;

Prostatismo em pacientes com obesidade grau III (IMC>40 kg/m²) e com exame de toque retal prostático alterado.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;

Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;

Descrever resultado de exame prévio de USG de Próstata via Abdominal (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Oncologistas e Urologistas.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

No geral, para um diagnóstico mais preciso, incluindo a avaliação da bexiga, é aconselhável realizar o exame com a bexiga cheia.

Frequentemente este procedimento é precedido de uma investigação por via abdominal.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE

Código do Procedimento: 020502012-7

INDICAÇÕES

Suspeita de Tireoidopatias;
Tumoração palpável (nódulos ou cistos);
Aumento do volume cervical anterior (bócio);
Suspeita de paratireoideopatias;
Para guiar procedimento invasivo (p. ex.: PAAF).

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Endocrinologista e Otorrinolaringologista.
Médicos de outras especialidades ou Médicos Generalistas podem solicitar com a devida justificativa.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Descrever resultado de exame prévio de USG se houver.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL

Código do Procedimento: 020502009-7

INDICAÇÕES

Lesões suspeitas (nódulos) ao exame físico em mulheres ou homens em qualquer faixa etária;

Lesões suspeitas (nódulos) ao exame físico, não detectadas na mamografia para mulheres a partir de 35 anos;

Para esclarecimento de mamografia alterada sem definição de conduta (BIRAD'S= 0), para mulheres a partir de 35 anos.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;

Hipótese diagnóstica e CID 10 (N63);

Resultados de exames anteriores (obrigatoriamente para mulheres acima de 35 anos).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião Geral, Ginecologista, Mastologista, Oncologista e Cirurgião Plástico.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Acesso para todas as unidades de saúde via SIGA e/ou CROSS.

Esse exame não apresenta evidências que justifiquem a solicitação para qualquer situação de rastreamento primário e não deve, portanto, ser indicado nesses casos.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASONOGRAFIA OBSTÉTRICA

Código do Procedimento: 020502014-3

INDICAÇÕES

Primeiro trimestre da gestação;
Terceiro trimestre da gestação.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever dados obstétricos (DUM e idade gestacional);
Dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 (Z34 ou Z32.1).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos e Enfermeiros da rede municipal.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Acesso para todas as unidades de saúde via SIGA e/ou CROSS.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA

Código do Procedimento: 020502992-2

INDICAÇÕES

Gestação atual:

Idade materna acima de 35 anos (realizar preferencialmente USG morfológico no primeiro trimestre);

Infecção materna aguda com possível repercussão fetal (como, por exemplo, zika, sífilis, toxoplasmose e citomegalovirose);

Exposição a drogas e/ou agentes ambientais potencialmente teratogênicos (como, por exemplo, radiação);

USG obstétrico com suspeita de malformação fetal.

História pregressa de:

Antecedente de malformação fetal;

História familiar de malformações fetais;

Óbito fetal ou neonatal sem etiologia definida.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever dados obstétricos (DUM, idade gestacional);

Descrever dados relevantes da história clínica e do exame físico;

Hipótese diagnóstica e CID 10 (de acordo com a patologia obstétrica);

Resultados de exames anteriores.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da rede municipal.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Acesso mediante avaliação do regulador regional via SIGA. Casos não contemplados nesse protocolo devem ser discutidos com a área técnica ou com a preceptoria, antes da avaliação do regulador.

- USG morfológico no primeiro trimestre: deve ser realizado entre 11 e 14 semanas de gestação;
- USG morfológico no segundo trimestre: deve ser realizado entre 20 a 26 semanas de gestação.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)

Código do Procedimento: 020502016-0

INDICAÇÕES

Massa pélvica identificada ao exame clínico ginecológico;
Sangramento genital na pós-menopausa;
Sangramento uterino anormal na menacme (excluir uso irregular de anticoncepcional hormonal e drogas que interfiram na absorção do mesmo);
Amenorreia primária ou secundária não relacionada à gravidez;
Dismenorreia crônica;
Dor pélvica crônica;
Seguimento para mulheres em Terapia de Reposição Hormonal.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 correspondente à suspeita da patologia primária pertinente e;
Resultados de exames anteriores, se houver.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Ginecologista, Oncologista, Pediatra e Endocrinologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Acesso para todas as unidades de saúde via SIGA e/ou CROSS.
Esse exame não apresenta evidências que justifiquem a solicitação para qualquer situação de rastreamento primário e não deve, portanto, ser indicado nesses casos.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA/CRÂNIO

Código do Procedimento: 020502017-8

INDICAÇÕES

Investigação de malformações congênitas;
Investigação de infecções congênitas e adquiridas;
Controle de hidrocefalia;
Investigação de toco-traumatismos;
Detecção de lesões encefálicas mais comuns no neonato (hemorragias intracranianas e lesões hipóxico-isquêmicas).

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico (perímetro cefálico e DNPM);
Hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião Pediátrico, Neurocirurgião, Neurologista e Pediatra.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Descrever resultado de exame prévio de USG, se houver.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL

Código do Procedimento: 020502018-6

INDICAÇÕES

Massa pélvica identificada ao exame clínico ginecológico;
Sangramento genital na pós-menopausa;
Sangramento uterino anormal na menacme (excluir uso irregular de anticoncepcional hormonal e drogas que interfiram na absorção do mesmo);
Amenorreia primária ou secundária não relacionada à gravidez;
Dismenorreia crônica;
Dor pélvica crônica;
Seguimento para mulheres em Terapia de Reposição Hormonal;
Avaliação da posição do Dispositivo Intrauterino (DIU).

CONTRAINDICAÇÕES

USG transvaginal é contraindicada em mulheres virgens.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 correspondente a suspeita da patologia primária pertinente e;
Resultados de exames anteriores, se houver.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Endocrinologista, Ginecologista e Oncologista.
Médicos de outras especialidades e Médicos Generalistas podem solicitar fazendo as devidas justificativas.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Acesso para todas as unidades de saúde via SIGA e/ou CROSS.
Esse exame não apresenta evidências que justifiquem a solicitação para qualquer situação de rastreamento primário e não deve, portanto, ser indicado nesses casos.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS

Código do Procedimento: 020501004-0

IMPORTANTE: Considerando que o código do procedimento em Tabela SUS é o mesmo para vários tipos de USG Doppler, abordamos inicialmente os exames relativos a membros superiores, inferiores e artérias renais. Nos próximos volumes serão descritos os demais tipos de exames.

INDICAÇÕES

Artérias e Veias dos Membros Superiores

- Síndrome de compressão da subclávia;
- Sequela de traumatismo com sinais ou sintomas de pressão ou lesão vascular;
- Hemangioma;
- Malformação Arteriovenosa;
- Sinais clínicos de aterosclerose obliterante periférica (AOP);
- Avaliação de Fístula Arteriovenosa para hemodiálise.

Artérias e Veias dos Membros Inferiores

- Sinais clínicos de aterosclerose obliterante periférica (AOP);
- Avaliação de enxerto pós-cirurgia;
- Aneurisma das artérias dos membros inferiores;
- Avaliação de refluxo envolvendo território da veia safena magna e/ou parva;
- Avaliação de casos de anomalias vasculares;
- Investigação de trombose venosa profunda prévia e de insuficiência valvular;
- Esclarecimento diagnóstico de edema sem outros sinais de Insuficiência Venosa Crônica (IVC);
- Avaliação de varizes recidivadas;
- Trajetos varicosos maiores que 3 mm de diâmetro (Classe 2 CEAP) para planejamento cirúrgico;
- Localização de perfurantes incompetentes.

Artérias Renais

- Hipertensão Renovascular;
- Avaliação e acompanhamento de transplante renal;
- Avaliação de recém-nascido com diagnóstico de hidronefrose antenatal;
- Tumores renais e suprarrenais.

Artéria Aorta Abdominal

- Suspeita de Aneurisma, (Massa Pulsátil e/ou Sopro Abdominal);
- Dissecção;
- Trombose;
- Avaliar enxerto pós-cirurgia.



Artérias Carótidas, Vertebrais e Jugulares

- Suspeita de Aneurisma;
- Acidente Vascular Encefálico;
- Trombose;
- Doença Aterosclerótica;
- Processos compressivos cervicais.

Doppler de Região Cervical

- Tireoidopatias difusas;
- Nódulos Tireoidianos e Paratireoidianos;
- Massas Cervicais;
- Linfonodopatias.

CONTRAINDICAÇÕES

Não há.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica;
Descrever resultado de exame prévio de USG (se houver);
No caso de USG Doppler periférico, no pedido deve ser especificado o(s) membro(s) a ser examinado, incluindo a lateralidade.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Angiologista, Cirurgião Vascular, Endocrinologistas, Nefrologistas, Urologistas, Cardiologistas, Ginecologistas, Obstetras, Cirurgião Pediátrico, Neurologistas, Neurocirurgiões e Otorrinolaringologistas.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

SADT.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Pode ser feito em mulheres grávidas sem nenhum prejuízo ao feto, não utiliza irradiações.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)



PROTOCOLO DE ACESSO A EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Código do Procedimento: 020601007-9

INDICAÇÕES

Estudo da região mastoidea;
 Trauma crânio encefálico;
 Controle evolutivo de trauma crânio encefálico;
 Avaliação de fossa posterior ou tronco cerebral;
 Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e hemorrágicos;
 Suspeita de aneurisma e malformação vascular;
 Hidrocefalias e má formação do SNC
 Estudo das orelhas média, internas e condutos auditivos;
 Suspeita de tumores (meningiomas, neuroma do acústico);
 Suspeita de metástases e linfomas;
 Suspeita de tumores de hipófise;
 Lesões intraorbitais ou trato visual;
 Suspeita de infecções intracranianas (não diagnosticadas por punção lombar, abscessos e empiemas, etc.);
 Inflamações não infecciosas do SNC;
 Controle evolutivo de tumores malignos em tratamento com Radioterapia e Quimioterapia;
 Avaliação de patologia não hemorrágica.
 Ideal na delimitação de tumores benignos e malignos (profundidade e margem de ressecção).

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou



crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

É indispensável exame neurológico;

Resultados de exames laboratoriais como líquido e prolactina, quando houver;
Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;

Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião de cabeça e pescoço, endocrinologista, geriatra, infectologista, neurologista, neurocirurgião, oftalmologista, oncologista, otorrinolaringologista, psiquiatra e Médicos em atuação na Rede Hospitalar.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Não há indicações desse exame para cefaleias hemicranianas e no diagnóstico de enxaqueca.

Não utilizar contraste no Trauma Cranioencefálico (TCE).

Restrições

Avaliar peso do paciente para realização do exame, pois a maioria dos aparelhos suporta até 120 Kg.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA

Código do Procedimento: 020601006-0

INDICAÇÕES

Suspeita de aneurisma e malformação vascular em topografia do seio cavernoso;

Suspeita de micro ou macroadenomahipofisário;

Síndrome da sela vazia;

Síndrome de Sheehan;

Suspeita de tumores de hipófise.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Resultados de exames laboratoriais como líquido e prolactina, quando houver; Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;

Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião de cabeça e pescoço, endocrinologista, geriatra, infectologista, neurologista, neurocirurgião, oftalmologista, oncologista, otorrinolaringologista e psiquiatra.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.



Avaliar peso do paciente para realização do exame, pois a maioria dos aparelhos suporta até 120 Kg.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ÓRBITAS / ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Código do Procedimento: 020601004-4

INDICAÇÕES PARA FACE/SEIOS DA FACE/ÓRBITAS

Suspeitas de neoplasias;
Processo inflamatório/infeccioso dos seios paranasais/cavidade nasal;
Alterações craniofaciais;
Traumas;
Malformações;
Patologias orbitárias (inflamatório/neoplásico).

INDICAÇÕES PARA ATM

Deslocamentos de disco;
Doenças articulares degenerativas (osteoartrite);
Artrites inflamatórias;
Sinovites;
Traumas.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;
Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião Bucomaxilofacial, cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião dentista, otorrinolaringologista e oftalmologista.



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

Avaliar peso do paciente para realização do exame, pois a maioria dos aparelhos suporta até 120 Kg.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO

Código do Procedimento: 020601005-2

INDICAÇÕES

Suspeita de processo inflamatório/neoplásico de orofaringe e hipofaringe;
Suspeita de processo inflamatório/neoplásico das glândulas salivares;
Suspeita de processo inflamatório/neoplásico das glândulas tireoide;
Suspeita de linfonodopatia cervical;
Suspeita de neoplasia em topografia da glote e supraglótica;
Suspeita de patologia vascular ou malformações vasculares cervicais;
Suspeita de lesões de partes moles cervical;
Suspeita de lesões plexo braquial.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;
Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião pediátrico, endocrinologista, otorrinolaringologista e oncologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.



Avaliar peso do paciente para realização do exame, pois a maioria dos aparelhos suporta até 120 Kg.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE

Código do Procedimento: 020601001-0

INDICAÇÕES

Traumas;
Patologias inflamatórias, ósseas e cartilaginosas degenerativas;
Neoplasias ósseas;
Malformações congênicas;
Hérnias de discos.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;
Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Fisiatra, médico do trabalho, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista e reumatologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.



Avaliar peso do paciente para realização do exame, pois a maioria dos aparelhos suporta até 120 Kg.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA COM OU SEM CONTRASTE

Código do Procedimento: 020601003-6

INDICAÇÕES

Traumas;
Patologias inflamatórias, ósseas e cartilaginosas degenerativas;
Neoplasias ósseas;
Malformações congênitas;
Hérnias de discos.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;
Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Fisiatra, médico do trabalho, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista e reumatologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.



Avaliar peso do paciente para realização do exame, pois a maioria dos aparelhos suporta até 120 Kg.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBOSACRA COM OU SEM CONTRASTE

Código do Procedimento: 020601002-8

INDICAÇÕES

Traumas;
Patologias inflamatórias, ósseas e cartilaginosas degenerativas;
Neoplasias ósseas;
Malformações congênitas;
Hérnias de discos.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;
Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Fisiatra, médico do trabalho, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista e reumatologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.



Avaliar peso do paciente para realização do exame, pois a maioria dos aparelhos suporta até 120 Kg.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

Código do Procedimento: 020602003-1

INDICAÇÕES

Avaliação morfológica de órgãos torácicos (parênquima pulmonar, vasos, cavidades pleurais) para pesquisa e diagnóstico de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas;

Estadiamento de doença linfoproliferativa;

Suspeita de lesão primária pulmonar (ex. nódulo);

Suspeita de doença inflamatória aguda ou crônica;

Suspeita de alteração vascular da aorta e mediastino;

Suspeita de doença da pleura;

Suspeita de doença cardíaca;

Suspeita de patologia dos arcos costais, esterno e clavículas.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e, principalmente, os alérgicos ao iodo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Resultado do exame de raio-x de tórax é indispensável;

Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;

Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, cirurgião torácico, oncologista, pneumologista, cardiologista, médico do trabalho e demais profissionais médicos da rede para elucidação diagnóstica de neoplasias (com lesão suspeita, na ausência de causas infecciosas, sendo obrigatório afastar tuberculose pulmonar).



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO

Código do Procedimento: 020602004-0

INDICAÇÕES

Avaliação morfológica de órgãos torácicos (parênquima pulmonar, vasos, cavidades pleurais) para pesquisa e diagnóstico de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas;
Estadiamento de doença linfoproliferativa;
Suspeita de lesão primária pulmonar (ex. nódulo);
Suspeita de doença inflamatória aguda ou crônica;
Suspeita de alteração vascular da aorta e mediastino;
Suspeita de doença da pleura;
Suspeita de doença cardíaca;
Suspeita de patologia dos arcos costais, esterno e clavículas.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Resultado do exame de raio-x de tórax é indispensável;
Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;
Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, cirurgião torácico, oncologista, pneumologista, cardiologista, médico do trabalho e demais profissionais médicos da rede para elucidação diagnóstica de neoplasias (com lesão suspeita, na ausência de causas infecciosas, sendo obrigatório afastar tuberculose pulmonar).

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR

Código do Procedimento: 020603001-0

INDICAÇÕES

Avaliação morfológica de órgãos abdominais (fígado, pâncreas, vesícula e vias biliares, baço, rins, alças intestinais e estruturas vasculares) para pesquisa e diagnóstico de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.

Fígado:

- Caracterização de nódulos atípicos ao USG;
- Detecção de nódulos em pacientes com esteatose hepática moderada/ importante;
- Pacientes com cirrose hepática e suspeita de carcinoma hepatocelular;
- Avaliação dos nódulos hepáticos pós-tratamento com quimioterapia;
- Doença de depósito hepático;
- Doenças infectoparasitárias (ex. esquistossomose);
- Patologias vasculares (ex. síndrome Budd-Chiari);
- Traumatismo abdominal fechado;
- Hipertensão Portal.

Pâncreas:

- Pancreatopatias;
- Tumores pancreáticos.

Vesícula:

- Pesquisa de complicações da colecistite aguda;
- Estadiamento de tumores (sensibilidade maior que US).

Rins e vias urinárias e adrenais:

- Avaliação de cálculos renais ou no trajeto urinário;
- Doença inflamatória aguda e crônica do parênquima renal ou sistema coletor;
- Suspeita de neoplasia renal e sistema coletor urinário;
- Avaliação de lesões císticas suspeitas;
- Avaliação de hipertensão renovascular;
- Avaliação de hematúria macro ou microscópica;
- Suspeita de feocromocitoma.

Baço:

- Doenças infectoparasitárias;
- Doença linfoproliferativas ou hematológicas (ex. linfoma).

Retroperitônio e mesentério

- Avaliação de alterações vasculares aorta abdominal, ramos viscerais e ilíacas;
- Doenças inflamatórias mesentéricas ou retroperitoneais;
- Lesões neoplásicas;
- Suspeita de coleções abdominais ou ascite.

Trato digestivo

- Doenças gástricas (inflamatório/neoplásico);
- Doenças intestinais inflamatórias (ex. Crohn, retocolite ulcerativa, apendicite e diverticulite);
- Doenças intestinais obstrutivas;
- Doenças neoplásicas.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indispensável o resultado dos exames de USG de abdome superior ou pélvico e exames laboratoriais;

Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID 10 relativo à patologia a ser avaliada;

Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, endocrinologista, gastrocirurgião, gastroenterologista, infectologista, nefrologista, oncologista, urologista, pediatra e demais profissionais médicos da rede para elucidação diagnóstica de neoplasias (suspeita de câncer pancreático ou câncer hepático primário, como massa sólida ou mista em sitio pancreático ou hepático, sendo obrigatório afastar cistos e pseudocistos. Não incluir casos com metástase hepática de outro sítio primário).



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

Avaliar peso do paciente para realização do exame, pois a maioria dos aparelhos suporta até 120 Kg.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/ BACIA/ ABDOMEN INFERIOR

Código do Procedimento: 020603003-7

INDICAÇÕES

Traumas;

Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Patologia geniturinária (doença inflamatória/neoplásica);

Patologia uterina e anexos;

Patologia prostática;

Patologia na transição retosigmóide;

Neoplasias de partes moles e ósseas;

Malformações congênitas.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Indispensável o resultado dos exames de USG de abdome superior ou pélvico e exames laboratoriais;

Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;

Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, fisiatra, gastroenterologista, ginecologista, ortopedista, oncologista, reumatologista, pediatra, urologista e demais profissionais médicos da rede para elucidação diagnóstica de neoplasias de ovário (massa ovariana sólida ou mista) e neoplasias renais ou bexiga urinária.



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR

Código do Procedimento: 020602001-5

INDICAÇÕES

Traumas;
Patologias inflamatórias, ósseas, Neoplasias ósseas;
Malformações congênicas.

CONTRAIINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAIINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

É obrigatória a definição da lateralidade do segmento a ser examinado;
Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;
Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Fisiatra, ortopedista, oncologista e reumatologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

Avaliar peso do paciente para realização do exame, pois a maioria dos aparelhos suporta até 120 Kg.



Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR

Código do Procedimento: 020603002-9

INDICAÇÕES

Traumas;
Patologias inflamatórias, ósseas e Neoplasias ósseas;
Malformações congênitas.

CONTRAIINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAIINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

É obrigatória a definição da lateralidade do segmento a ser examinado;
Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;
Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Fisiatra, ortopedista, oncologista e reumatologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Solicitação unilateral correspondente às articulações sacroilíaca, coxofemoral, joelho, tornozelo e pé.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.



Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)

Código do Procedimento: 020602002-3

INDICAÇÕES CLÍNICAS

Traumas;
Patologias inflamatórias, ósseas e cartilaginosas;
Neoplasias;
Malformações congênicas.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA CONTRASTE IODADO

Pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID 10 relativo à patologia a ser avaliada;
Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Fisiatra, ortopedista, oncologista, reumatologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Solicitação unilateral correspondente às patologias em segmentos extra-articulares.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e



consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior. Avaliar peso do paciente para realização do exame, pois a maioria dos aparelhos suporta até 120 Kg.

Fluxo de acesso

Agendamento pela unidade solicitante através dos sistemas SIGA ou CROSS. Para casos de pacientes com peso acima de 120 kg e/ou com necessidade de sedação, a solicitação deverá ser feita através do sistema SIGA para avaliação do regulador.

[<< Voltar ao Índice](#)

TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)

Código do Procedimento: 020601009-5

DESCRIÇÃO

Técnica de diagnóstico por imagem que usa marcadores radioativos para detectar processos bioquímicos tissulares em combinação com a tomografia computadorizada, e que registra simultaneamente as imagens anatômicas e de atividade tissular em um único exame.

INDICAÇÕES

Deve ser autorizada, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para o estadiamento clínico de:

- Pacientes com diagnóstico de Câncer Pulmonar de Células Não Pequenas, potencialmente ressecável, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - ⇒ Para caracterização das lesões;
 - ⇒ No estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
 - ⇒ Na detecção de recorrências.
- Pacientes portadores de Câncer Colorretal com metástase hepática solitária e potencialmente ressecável.
- Pacientes com Linfoma de Hodgkin e Linfoma não-Hodgkin agressivo, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - ⇒ No estadiamento primário;
 - ⇒ Na avaliação da resposta terapêutica;
 - ⇒ No monitoramento da recidiva da doença.

• CIDs

C180	Neoplasia maligna do ceco
C181	Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme)
C182	Neoplasia maligna do cólon ascendente
C183	Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o)
C184	Neoplasia maligna do cólon transverso
C185	Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o)
C186	Neoplasia maligna do cólon descendente
C187	Neoplasia maligna do cólon sigmoide
C188	Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva
C19	Neoplasia maligna da junção retossigmóide



C20	Neoplasia maligna do reto
C340	Neoplasia maligna do brônquio principal
C341	Neoplasia maligna do lobo superior, brônquio ou pulmão
C342	Neoplasia maligna do lobo médio, brônquio ou pulmão
C343	Neoplasia maligna do lobo inferior, brônquio ou pulmão
C810	Doença de Hodgkin, predominância linfocítica
C811	Doença de Hodgkin, esclerose nodular
C812	Doença de Hodgkin, celularidade mista
C813	Doença de Hodgkin, depleção linfocítica
C817	Outra forma da doença de Hodgkin
C819	Doença de Hodgkin, não especificada
C820	Linfoma não-Hodgkin, pequenas células clivadas, folicular
C821	Linfoma não-Hodgkin, misto, de pequenas e grandes células clivadas, folicular
C822	Linfoma não-Hodgkin, grandes células, folicular
C827	Outros tipos de linfoma não-hodgkin, folicular
C829	Linfoma não-Hodgkin, folicular, não especificado
C830	Linfoma não-Hodgkin difuso, pequenas células (difuso)
C831	Linfoma não-Hodgkin difuso, pequenas células clivadas (difuso)
C832	Linfoma não-Hodgkin difuso, misto, de pequenas e grandes células (difuso)
C833	Linfoma não-Hodgkin difuso, grandes células (difuso)
C834	Linfoma não-Hodgkin difuso, imunoblástico (difuso)
C836	Linfoma não-Hodgkin difuso, indiferenciado (difuso)
C838	Outros tipos de linfoma não-Hodgkin difuso
C839	Linfoma não-Hodgkin difuso, não especificado
C840	Micose fungóide
C841	Doença de Sézary
C842	Linfoma da zona T
C843	Linfoma linfoepitelióide
C844	Linfoma de células T, periférico
C845	Outros linfomas de células T e os não especificados
C857	Outros tipos especificados de linfoma não-hodgkin
C859	Linfoma não-Hodgkin de tipo não especificado
C883	Doença imunoproliferativa do intestino delgado
C887	Outras doenças imunoproliferativas malignas
C889	Doença imunoproliferativa maligna, não especificada

Observação: Os critérios foram definidos pela resolução normativa [ANS Nº 262, de 01 de agosto de 2011](#).



CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA PET-CT

Incapacidade de manter decúbito dorsal por 20 a 45 min;
Incapacidade de colocar os braços atrás da cabeça.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA PET-CT

Gestação ou suspeita de gestação;
Amamentação;
Glicemia superior a 200 mg/dL;
Intervalo de tratamento quimioterápico inferior a 10 dias;
Obesidade (de acordo com a capacidade de cada aparelho).

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Solicitação EXCLUSIVA para Hospitais Municipais e Centros de Atenção Oncológicas (CACON) sob Gestão Municipal.

[<< Voltar ao Índice](#)



PROTOCOLO DE ACESSO A EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Monitor de pressão intracraniana;
 Neuroestimuladores (cerebral e espinhal);
 Cateter de Swan-Ganz e outros com eletrodos;
 Clamp carotídeo do tipo Popen-Blaylock;
 Clipes de aneurisma cerebral ferromagnéticos (antes de 1995 todos são);
 Desfibrilador implantável;
 Expansores mamários dos tipos McGhan ou Infail;
 Fios metálicos de localização pré-cirúrgica mamária (exceto aqueles especificamente compatíveis);
 Fixadores ortopédicos externos metálicos não removíveis;
 Halos cranianos;
 Bombas de infusão (inclusive implantáveis);
 Cápsula endoscópica;
 Holter;
 Implantes dentários magnéticos;
 Marcapasso cardíaco;
 Suturas metálicas cutâneas em pacientes anestesiados ou com rebaixamento do nível de consciência;
 Prótese coclear metálica, implantes otológicos e aparelhos não removíveis;
 Próteses internas ortopédicas em pacientes anestesiados ou com rebaixamento do nível de consciência.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Patch transdérmico com material metálico (necessário remover);
 Claustrofobia (depende do tipo de exame há possibilidade de sedação);
 Clipes cirúrgicos metálicos (podem realizar exame, exceto os de aneurisma cerebral);

Clipes de aneurisma cerebral fracamente ferromagnéticos (checar data de colocação, modelo, etc);
Filtro de veia cava (checar modelo, se não for testado e considerado seguro, não realizar antes de 8 semanas);
Gestante (evitar no primeiro trimestre, evitar Gadolínio);
Sonda gastrointestinal com ponta metálica (remover se exame de abdome superior);
Tatuagem ou maquiagem definitiva (orientação do paciente, colocação de compressa fria);
Material de imobilização ortopédica (talas, gesso, equipamentos de tração, necessário remover);
Aparelhos auditivos (necessário remover);
Cânula de traqueostomia metálica (trocar por cânula plástica);
Molas de embolização (checar modelo, se não for testado e considerado seguro, não realizar antes de 8 semanas);
Piercing (necessário remover);
Projéteis ou rastilhos metálicos por ferimento de arma de fogo (depende da localização – avaliar com radiografias);
Válvulas de DVP de pressão ajustável/programáveis (contatar neurocirurgião para reajustar).

SEM CONTRAINDICAÇÕES PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Acessos venosos centrais (port-o-cath, Hickman), exceto Swan-Ganz ou com eletrodos; Aparelhos ortodônticos;
Cateteres urinários “duplo J”;
Próteses penianas (exceto tipo Duraphase e Omniphase);
Próteses valvares e foraminais cardíacas (mesmo metálicas);
Diafragma contraceptivo ou DIU;
Implantes dentários (exceto aqueles magnéticos, que são infreqüentes);
Próteses ou expansores mamários (exceto tipo MacGhan ou Infal);
Stents vasculares (mesmo coronarianos), traqueobrônquicos e biliares;
Válvulas de DVP (exceto de pressão ajustável / programáveis);
Próteses vasculares.

[<< Voltar ao Índice](#)

ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL

Código do Procedimento: 0207010013

INDICAÇÕES

Quando houver contraindicação à realização da angiografia convencional;
Doppler com informações insuficientes;
Pacientes idosos alérgicos a contraste iodado e com insuficiência renal;
Investigação de doença ateromatosa extracraniana;
Doença oclusiva da carótida (combinada a USG com Doppler);
Síndrome de roubo da subclávia;
Estudo das doenças estenóticas e oclusivas das artérias cervicais;
Patologias da aorta (aneurismas, dissecções, estenoses, coarctação);
Patologias das artérias pulmonares (TEP);
Patologias da aorta abdominal, ilíacas e artérias renais (vasos viscerais e sistema venoso também podem ser estudados);
Doenças dos vasos periféricos (geralmente contrastado).

CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

As contraindicações à realização de Angio-RM com meio de contraste paramagnético (Gadolinéo) são extremamente raras, restringindo-se à reação alérgica grave prévia ao meio de contraste. Insuficiência renal não é contraindicação.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Hipótese diagnóstica e avaliação de exames anteriores.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Angiologista, cardiologista, cirurgião cardíaco, cirurgião pediátrico, cirurgião torácico, cirurgião vascular, nefrologista, neurologista, neurocirurgião, pneumologista, urologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Quando solicitado para análise conjunta de artérias e parênquima cerebral, poderá ser liberado conjuntamente com o código (020701006-4 Ressonância magnética de crânio);

Liberar por segmento estudado. Ex: Angio-RM de membros inferiores (x2); Angio-RM de aorta abdominal e torácica (x2), Angio-RM de vasos cerebrais (x1);
Pode ser realizada sem ou com contraste. Esta última técnica é mais vantajosa



devido ao reduzido tempo de aquisição (cerca de 1 minuto) em relação a Angio-RM sem contraste endovenoso.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO

Código do Procedimento: 020701006-4

INDICAÇÕES

Avaliação de fossa posterior ou tronco cerebral;
Suspeita de aneurisma e malformação vascular;
Suspeita de trombose do seio sagital;
Estudo do ouvido interno;
Suspeita de neoplasias primárias;
Suspeita de metástases e linfomas;
Suspeita de tumores de hipófise;
Lesões intraorbitais ou trato visual;
Suspeita de infecções intracranianas (não diagnosticadas por punção lombar);
Suspeita de esclerose múltipla;
Alterações de articulação temporomandibular;
Avaliação de SNC de Recém Nascido prematuro;
Crises convulsivas em crianças.

CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

Sem contraindicações específicas.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Hipótese diagnóstica e avaliação de exames anteriores.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião bucomaxilofacial, cirurgião de cabeça e pescoço, endocrinologista, ginecologista, infectologista, neurologista, neurocirurgião, oftalmologista, oncologista, otorrinolaringologista, psiquiatra e geriatra.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Avaliação de patologia não hemorrágica;
Não há indicações para cefaleias hemicranianas;
Ideal na delimitação de tumores benignos e malignos (profundidade e margem de ressecção).

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

Código do Procedimento: 0207010030

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA

Código do Procedimento: 0207010056

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBO-SACRA

Código do Procedimento: 0207010048

INDICAÇÕES

Traumas;

Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Neoplasias de partes moles e ósseas;

Malformações congênitas.

CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

Sem contraindicações específicas.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Hipótese diagnóstica e com exames como raios-X simples, laboratoriais e/ou tomografia computadorizada.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Fisiatra, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista e reumatologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Prioridade em dor aguda da coluna com radiculopatia, suspeita de mielopatia e trauma raquimedular com ou sem déficit motor (paraplegia ou paraparesia);

Suspeita de tumores no canal vertebral ou lesões ósseas;

Síndrome da cauda equina;

Espondilodiscite.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES

Código do Procedimento: 0207030049

INDICAÇÕES

- Vesícula:

Pesquisa de Complicações da Colecistite Aguda;
Estadiamento dos tumores (sensibilidade maior que a do US).

- Vias Biliares:

Avaliar dilatação das vias biliares;
Pesquisa de Obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase). Sensibilidade semelhante à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para cálculos;
Pesquisa e Estadiamento de tumores;
Avaliação Pré-operatória dos Tumores das Vias Biliares;
Colangiopancreatografia por RM (Avaliação do Ducto de Wirsung e colédoco).

CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

Sem contraindicações específicas.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Hipótese diagnóstica e avaliação de exames anteriores como Tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Gastroenterologista, cirurgião geral, cirurgião pediátrico, gastrocirurgião, hepatologista, infectologista e oncologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Sensibilidade maior que a da Tomografia Computadorizada para pesquisa e estadiamento de tumores.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR

Código do Procedimento: 0207030014

INDICAÇÕES

Pacientes com contraindicação para realização de Tomografia Computadorizada (alergia a iodo e gestantes);

Avaliação morfológica de órgãos abdominais (fígado, pâncreas, vesícula e vias biliares, baço, rins, alças intestinais e estruturas vasculares) para pesquisa e diagnóstico de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.

Fígado:

- Caracterização de nódulos atípicos ao US e TC;
- Detecção de nódulos em pacientes com esteatose Hepática moderada/ importante (Sensibilidade maior que o US e TC);
- Avaliação Pré-Operatória;
- Pacientes com cirrose hepática e suspeita de carcinoma hepatocelular (Sensibilidade Maior que o US e TC);
- Avaliação dos nódulos hepáticos pós-tratamento com quimioterapia.

Pâncreas:

- Avaliação pré-operatória;
- Colangiopancreatografia por RM (Avaliação do Ducto de Wirsung e colédoco).

Vesícula:

- Pesquisa de Complicações da Colecistite Aguda;
- Estadiamento dos tumores (sensibilidade maior que a do US).

Vias Biliares:

- Avaliar dilatação das vias biliares;
- Pesquisa de Obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase)- (Sensibilidade semelhante a CPRE para cálculos);
- Pesquisa e Estadiamento de tumores - Sensibilidade maior que a da TC;
- Avaliação Pré-operatória dos Tumores das Vias Biliares;
- Colangiopancreatografia por RM (Avaliação do Ducto de Wirsung e colédoco).

Vias urinarias e adrenais

- Caracterização de nódulos atípicos ao US e TC;
- Estadiamento de tumores de células renais;
- Suspeita de feocromocitoma ou adenoma da adrenal.



CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

Sem contraindicações específicas.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Hipótese diagnóstica e avaliação de exames anteriores como Ultrassonografia abdominal ou pélvica e/ou tomografia computadorizada.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, endocrinologista, gastrocirurgião, gastroenterologista, infectologista, nefrologista, oncologista, urologista e cirurgião vascular.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Método sensível para avaliação hepática e pancreática.

Para avaliação e estadiamento de tumores pélvicos pode-se utilizar Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética. Não ambos.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA OU PÉLVIS

Código do Procedimento: 0207030022

INDICAÇÕES

Traumas;

Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Neoplasias de partes moles e ósseas;

Avaliação morfológica fetal e complicações da gravidez (ex. Acretismo placentário);

Doença inflamatória pélvica (ex. sítios de endometriose / cistos anexiais complicados);

Avaliação do trato intestinal baixo;

Avaliação geniturinária (bexiga, próstata e útero);

Malformações congênitas.

CONTRAINDICAÇÕES EPECÍFICAS

Sem contraindicações específicas.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS

Dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, laboratoriais e/ou tomografia computadorizada.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, gastroenterologista, ginecologista, ortopedista, oncologista, reumatologista, urologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem nas especificações acima (especialista solicitante, indicações e etc.) deverão ser discutidas com o médico regulador responsável.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)

Código do Procedimento: 020702002-7

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)

Código do Procedimento: 0207030030

INDICAÇÕES

Traumas;

Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;

Neoplasias de partes moles e ósseas;

Malformações congênitas.

CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

Sem contraindicações específicas.

PRÉ-REQUISITOS DIAGNÓSTICOS

Dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Fisiatra, neurologista, ortopedista, oncologista, reumatologista e neurocirurgião.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

Especificar o membro.

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ATM (BILATERAL)

Código do Procedimento: 0207010021

INDICAÇÕES

Deslocamentos de disco;
Doenças articulares degenerativas (osteoartrite);
Artrites inflamatórias;
Sinovites;
Traumas.

CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

Sem contraindicações específicas.

PRÉ-REQUISITOS DIAGNÓSTICOS

Não há.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Bucomaxilo, cirurgião de cabeça e pescoço, neurologista, ortopedista, otorrinolaringologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORAX

Código do Procedimento: 0207030030

INDICAÇÕES

Avaliação morfológica de órgãos torácicos (Parênquima pulmonar, vasos, cavidades pleurais) para pesquisa e diagnósticos de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.

CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

Sem contraindicações específicas.

PRÉ-REQUISITOS DIAGNÓSTICOS

Raio-X de tórax, tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cirurgião geral, cirurgião cardíaco, cirurgião pediátrico, cirurgião torácico, oncologista, pneumologista e reumatologista.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO OU AORTA COM CINE-RM

Código do Procedimento: 0207020019

INDICAÇÕES

1 Cardiopatias Congênicas

Tabela 1 - Indicações de RMC nas Cardiopatias Congênicas

Indicações gerais:
Seguimento de cardiopatias congênicas do adulto.
Indicações específicas:
1. Avaliação de shunt sistêmico-pulmonar (Qp/Qs).
2. Anomalias de situs vísceroatrial: Anomalias de situs com cardiopatias congênicas complexas; Anomalias isoladas de situs;
3. Anomalia atrial e do retorno venoso: Retorno venoso pulmonar anômalo, especialmente em anomalias complexas e cor triatriatum; Retorno venoso sistêmico anômalo; Obstrução de retorno venoso pulmonar ou sistêmico após reparo intra-atrial ou correção de retorno venoso pulmonar anômalo.
4. Anomalias dos ventrículos Comunicação interventricular associada com anomalias complexas; Comunicação interventricular supracristal; Avaliação da função ventricular, massa e volumes direito e esquerdo; Aneurismas e divertículos ventriculares.
5. Anomalias das valvas semilunares: Estenose aórtica supravalvar; Regurgitação pulmonar; Estenose pulmonar supravalvar.
6. Anomalias das artérias: Avaliação pós-operatória de shunts; Aneurismas do seio de Valsalva; Coarctação da aorta; Anéis vasculares; Janela aorto-pulmonar; Origem anômala de coronárias em adultos e crianças maiores; Atresia pulmonar; Estenose pulmonar proximal; Colaterais sistêmico-pulmonares; Má posição dos grandes vasos.



2 Doenças Vasculares – RMC

Tabela 2 - Indicações de RMC na avaliação das doenças vasculares

1. Aneurismas de aorta (incluindo Marfan).
2. Dissecção de aorta.
3. Ruptura de aorta.
4. Hematoma intramural aórtico.
5. Úlceras aórticas.
6. Planejamento de abordagem cirúrgica da aorta.
7. Planejamento de stent aórtico,
8. Arterites.
9. Anatomia da artéria pulmonar e fluxo.
10. Avaliação das veias pulmonares.
11. Avaliação estenoses renais.
12. Avaliação de estenoses carótidas extracranianas.

Tabela 3 - Indicações de RMC na avaliação da doença arterial coronária

1. Avaliação da função ventricular global, volumes e massa (esquerda e direita).
2. Detecção isquemia miocárdica: Avaliação da função ventricular regional em repouso e em estresse (RMC-estresse); Avaliação da perfusão miocárdica.
3. Infarto agudo e crônico do miocárdio: Detecção e quantificação; Viabilidade miocárdica; Trombo ventricular; Avaliação de aneurisma de VE; Diagnóstico de síndrome coronária na fase aguda.
4. Angio-RMC de artérias coronárias: Anomalias congênitas.

Tabela 4- Indicações de RMC na avaliação das cardiomiopatias

1. Cardiomiopatia hipertrófica.
2. Cardiomiopatia dilatada – diagnóstico diferencial com etiologia isquêmica.
3. Displasia/cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito.
4. Cardiomiopatia siderótica, especialmente secundária a talassemia.
5. Miocárdio não compactado.
6. Cardiomiopatia chagásica.
7. Miocardite (fase aguda ou crônica). >>

- | |
|--|
| 8. Diagnóstico diferencial do coração de atleta. |
| 9. Cardiomiopatia restritiva. |
| 10. Sarcoidose cardíaca. |

Tabela 5 - Indicações de RMC na avaliação de doenças pericárdicas, tumores e trombos.

- | |
|--|
| 1. Detecção e caracterização de tumores cardíacos e pericardíacos. |
| 2. Detecção e diagnóstico diferencial de trombos ventriculares. |
| 3. Pericardite constrictiva. |

Tabela 6 - Indicações de RMC na avaliação das doenças valvares

- | |
|--|
| 1. Avaliação da anatomia função ventricular. |
| 2. Quantificação da regurgitação. |

CONTRAINDICAÇÕES ESPECÍFICAS

Sem contraindicações específicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Cardiologista, cirurgião cardíaco, cirurgião torácico, oncologista e cirurgião vascular.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC).

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

As solicitações que não se enquadrem neste protocolo só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico ou seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior.

[<< Voltar ao Índice](#)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa – RN nº 262, de 1 de agosto de 2011. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/rn%20262.pdf>>. Acessado em: 19 out 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Brasília: Ministério de Saúde, 2014. v.3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 96 p.

SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura. Programa de Metas 2017-2020, 2017. Disponível em: <http://programademetas.prefeitura.sp.gov.br/PMSP_Programa%20de%20Metas%202017%20-2020.pdf>. Acessado em: 18 maio 2017.

_____. Prefeitura. Protocolo de acesso a exames de tomografia computadorizada. São Paulo: PMSP, 2007.

_____. Prefeitura. Protocolo de acesso a rede de oncologia. São Paulo: PMSP, 2012.

_____. Prefeitura. Protocolo de regulação do acesso da rede de atenção especializada ambulatorial: exames de apoio diagnóstico. 1ª ed. São Paulo: PMSP, 2014. v.1.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.F.; CAMPOS, K. F. C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 84 p.

<< Voltar ao Índice