



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE
COMPLEXO REGULADOR DE PERNAMBUCO

PROTOCOLOS DE ACESSO - 2ª EDIÇÃO

CINTILOGRAFIA
DENSITOMETRIA ÓSSEA
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

2014

COMPLEXO REGULADOR DE PERNAMBUCO

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

JOÃO LYRA NETO

SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

ANA MARIA ALBUQUERQUE

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

ANA LÚCIA ÁVILA

DIRETORIA GERAL DE FLUXOS ASSISTENCIAIS

ANA LÚCIA DA HORA E SÁ

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

RENATA CABRAL

COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL

CÁSSIA GABRIELLE BARBOSA

ELABORAÇÃO

COORDENAÇÃO GERAL

ANA PAULA BRAZ DE ALMEIDA

EQUIPE TÉCNICA

LADJANE DA MOTA RODRIGUES

GILIATE BARBOSA COELHO FILHO

MARIA ILK NUNES

COLABORADORES

TIEN CHANG

ADA OLIVEIRA ALMEIDA

JONAS JOSÉ DA SILVA JR.

LEONEL MADEIRA

MARIA VIRGÍNIA BRAGA PIERRE BRANCO

SILVIO LITVIN

ÍNDICE

Apresentação	4
Cintilografias	5
Cintilografias do Sistema Cardio-Vascular	5
Cintilografias do Sistema Neurológico	7
Cintilografias do Sistema Endócrino	8
Cintilografias do Sistema Digestivo	9
Cintilografias de Fígado, Pâncreas, Baço e Vias Biliares	10
Cintilografia do Sistema Hematológico	11
Cintilografias do Sistema Respiratório	12
Cintilografias Renais	13
Cintilografias do Corpo Inteiro	15
Cintilografia de Articulações	16
Linfocintilografia	17
Cintilografias do Sistema Ósseo	18
Cintilografia Geniturinário	19
Cintilografia das Glândulas Lacrimais	20
Imuno Cintilografia	21
Densitometria	22
Ressonância Magnética	25
Ressonância Magnética de Crânio	26
Ressonância Magnética de Tórax	28
Ressonância Magnética de Abdomen Superior	29
Ressonância Magnética de Coluna Vertebral (Cervical, Torácica, Lombo-Sacra)	31
Ressonância Magnética de Articulação Temporo-Mandibular (Bilateral)	33
Ressonância Magnética de Sela Turcica	34
Ressonância Magnética de Coração / Aorta C/ Cine	35
Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	36
Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	38
Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdomen Inferior	40
Ressonância Magnética de Mama	41
Ressonância Magnética de Vias Biliares	42
Tomografia Computadorizada	43
Tomografia de Crânio e Sela Turcica	44
Tomografia de Tórax	45
Tomografia de Coluna	46
Tomografia dos Seios da Face	47
Tomografia do Abdomen Superior	48
Tomografia da Pelve	49
Tomografia de Articulações	50
Tomografia de Pescoço	51
Tomografia dos Segmentos Apendiculares	52
Classificação por Prioridade	53
Referências	54

APRESENTAÇÃO

O Estado de Pernambuco na perspectiva de implementar a Política Estadual de Regulação, apresenta os protocolos de acesso para realização de exames de imagem de alta complexidade, solicitados com maior frequência.

Como parte dos instrumentos que ordena o acesso e organiza o fluxo dos pacientes na rede assistencial de saúde os **Protocolos de Regulação do Acesso** “são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, (...) sendo um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial”.

Vale ressaltar que os **Protocolos de Regulação do Acesso** são complementares aos **Protocolos Clínicos** que são “recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas e específicas”.

Somaram-se nesse processo a participação efetiva dos Profissionais das Especialidades Médicas da rede, assim como os modelos nacionais de Protocolos de Regulação do Acesso, as pesquisas nas Sociedades Médicas do Brasil e a equipe de Médicos Reguladores vinculados a Gerência de Regulação Ambulatorial desta Secretaria.

Tendo em vista a constante evolução tecnológica dos aparelhos de imagem nos últimos anos, as recomendações presentes neste protocolo deverão permanecer em constante análise, já que poderão haver mudanças nos pré-requisitos, indicações e contra - indicações, de acordo com o equipamento utilizado.

As solicitações dos exames, preferencialmente, deverão ser realizadas por médicos especialistas que estão investigando ou tratando patologias na respectiva especialidade. Não é vedada a solicitação por profissionais médicos generalistas, porém, nesses casos passará por análise individualizada, observando itens como história clínica, exame físico, hipótese diagnóstica, resultados de exames anteriores e justificativa da relevância do exame para o caso clínico.

Esperamos que este documento seja incorporado a rotina de trabalho dos profissionais médicos e amplamente divulgado na rede assistencial, buscando fortalecer as ações que buscam a equidade do acesso para a nossa população.

CINTILOGRAFIAS

CINTILOGRAFIAS DO SISTEMA CARDIO-VASCULAR

02.08.01.005-0- CINTILOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DAS EXTREMIDADES

02.08.01.004-1- CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PARA LOCALIZAÇÃO DE NECROSES

02.08.01.007-6- CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO

02.08.01.008-4 - CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO

02.08.01.003-3 - CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO

02.08.01.002-5 - CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO TRÊS PROJEÇÕES)

02.08.01.006-8 - CINTILOGRAFIA PARA QUANTIFICAÇÃO DE “SHUNT” EXTRACARDÍACO

02.08.01.001-7 - CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67

INDICAÇÕES

- Isquemia (localização e extensão);
- Quantificar fluxos anômalos;
- Alterações da contratilidade miocárdica;
- Diferenciar isquemia miocárdica de necrose miocárdica;
- Coronariopatias;
- Pacientes sob Quimioterapia Cardiotóxica;
- Pós-Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);
- Avaliação funcional e prognóstica na insuficiência cardíaca;
- Procedimento de Revascularização (acompanhamento);
- Avaliação da função biventricular global.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- Angiografia simples (se indicado);
- DOPPLER de vaso periférico;
- Eletrocardiograma (ECG) com laudo;
- Ecocardiograma com laudo;
- Teste de Esforço com laudo;
- Cateterismo (se indicado).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista;
- Cirurgião cardíaco e/ou cardiovascular;
- Hemodinamicista;
- Angiologista.

PRIORIDADES

- Investigação de dor torácica em pacientes de risco intermediário;
- Pós-IAM: Avaliação de viabilidade miocárdica;
- Avaliação de pacientes de alto risco para doença coronária – diabéticos renais crônicos, vasculopatia periférica, disfunção erétil, história familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC) precoce, etc.;
- Pacientes internados em unidades hospitalares.

CINTILOGRAFIAS DO SISTEMA NEUROLÓGICO

02.08.06.001-4 - CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO)

02.08.06.002-2 - CISTERNOCINTILOGRAFIA

INDICAÇÕES

- Detectar isquemia;
- Fluxo liquórico;
- Doenças degenerativas;
- Avaliar extensão de Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Pós-carotidoangioplastia;
- Identificar possível sítio do ICTUS – Epilepsia.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- EEG com Laudo;
- Tomografia Computadorizada (TC) e/ou Ressonância Magnética (RM).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Neurologista;
- Oncologista;
- Neurocirurgião.

CINTILOGRAFIAS DO SISTEMA ENDÓCRINO

02.08.03.002-6 - CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO

02.08.03.003-4 - CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM TESTE DE SUPRESSÃO (T3 ou T4)

02.08.03.001-8 - CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES

02.08.03.004-2 - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO

INDICAÇÕES

- Distúrbios funcionais da tireóide e/ou da paratireóide;
- Tireóide ectópica;
- Tumores e nódulos;
- Hipertireoidismo tipo Grave e Plumer;
- Carcinoma diferenciado tireoidiano;
- Tireoidite;
- Lesões suspeitas e tratamento hormonal.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- Exames laboratoriais;
- Ultrassonografia (US).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Endocrinologista;
- Oncologista;
- Cirurgião Geral;
- Cirurgião de cabeça e pescoço.

CINTILOGRAFIAS DO SISTEMA DIGESTIVO

02.08.02.005-5 - CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)

02.08.02.006-3 - CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (SEMISSÓLIDO)

02.08.02.007-1 - CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GÁSTRICO

02.08.02.008-0 - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL

02.08.02.009-8 - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA

02.08.02.010-1 - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA

02.08.02.011-0 - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO

02.08.02.003-9 - CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO

INDICAÇÕES

- Análise do trânsito esofágico e gástrico para esvaziamento e refluxo;
- Gastroparesia (diabéticos).

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Gastroenterologista;
- Cirurgião Geral;
- Cirurgião Pediátrico;
- Pediatra.

CINTILOGRAFIAS DE FÍGADO, PÂNCREAS, BACO E VIAS BILIARES

02.08.02.001-2 - CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (mínimo cinco imagens)

02.08.02.002-0 - CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES

02.08.02.004-7 – CINTILOGRAFIA DE PÂNCREAS

INDICAÇÕES

- Traumas e cirurgias hepáticas com suspeita de perda da integridade das vias biliares;
- Detectar escapes biliares por trauma ou cirurgia;
- Disfunção dos esfíncteres.

CONTRAINDICAÇÕES

- Colecistite Infecciosa.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- US do abdome superior;
- TC (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Gastroenterologista;
- Cirurgião geral;
- Cirurgião pediátrico;
- Neonatologista.

CINTILOGRAFIA DO SISTEMA HEMATOLÓGICO

02.08.08.001-5 - CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)

INDICAÇÕES

- Hemorragia;
- AVC hemorrágico;
- Determinar tempo de sobrevivência das hemácias.

CONTRAINDICAÇÕES

- Hemorragia esofagogástrica;
- AVC isquêmico.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- Exames Laboratoriais;
- TC do Crânio (AVC);
- RM (se indicado).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Hematologista;
- Angiologista;
- Nefrologista;
- Neurocirurgião;
- Neonatologista;
- Pediatra.

CINTILOGRAFIAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

02.08.07.003-6 - CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (mínimo de duas projeções)

02.08.07.002-8 - CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO

02.08.07.004-4 - CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (mínimo de quatro projeções)

02.08.07.001-0 - CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO 67

INDICAÇÃO

- Embolia Pulmonar.

CONTRAINDICAÇÕES

- Pneumopatas inflamatórias simples;
- Tumores.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- Radiografia (RX) do tórax PA/Perfil com laudo;
- TC do tórax (conforme o caso).

PROFISSIONAL SOLICITANTE

- Pneumologista.

CINTILOGRAFIAS RENAIIS

02.08.07.002-1 - CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67

02.08.04.005-6 - CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)

02.08.04.006-4 - CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA

02.08.04.007-2 - CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA

INDICAÇÕES

- Verificar função renal;
- Hipertensão Renovascular;
- Avaliar cicatrizes remanescentes de infecções renais;
- Quantificar córtex renal funcionante (segmento de pielonefrite por refluxo);
- Avaliar envolvimento renal de tumores;
- Diagnóstico diferencial entre tumor e hipertrofia da coluna de Bertin;
- Avaliar refluxo vesico-uretral;
- Estenose de artéria renal;
- Transplante renal;
- Pseudomassas renais.

CONTRAINDICAÇÕES

- Tumores;
- Cálculo renal, vesical ou uretral;
- Alterações morfológicas;
- Infecção do trato urinário.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- Exames laboratoriais;
- US Rim/Vias urinárias;
- Urofluxometria (se houver);
- TC ou RMN (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Urologista;
- Nefrologista;
- Oncologista;
- Nefropediatra;
- Cirurgião Pediátrico.

PRIORIDADES

- Infecção urinária de repetição (avaliar cicatrizes renais);
- Seguimento de crianças com refluxo vesico - uretral.

CINTILOGRAFIAS DO CORPO INTEIRO

02.08.09.001-0 - CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS

02.08.03.004-2 - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO

INDICAÇÕES

- Metástases (Diagnostico e Acompanhamento).

CONTRAINDICAÇÃO

- Processos alérgicos às substancias farmacológicas utilizadas no procedimento.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- TC (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Ortopedista;
- Oncologista;
- Endocrinologista.

CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES

02.08.05.001-9 - CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO

INDICAÇÕES

- Necrose da cabeça do fêmur;
- Processos expansivos;
- Piorrites.

CONTRAINDICAÇÕES

- Lesões ligamentares, condrais ou dos meniscos (vistas na RMN);
- Fraturas (diagnóstico).

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- US articulação;
- RM articulação (inconclusiva).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Ortopedista;
- Oncologista;
- Infectologista.

PRIORIDADES

- Processo expansivo.

LINOCINTILOGRAFIA

02.08.08.004-0 - LINOCINTILOGRAFIA

INDICAÇÕES

- Linfedema pós-cirúrgico oncológico;
- Linfedema de outras causas;
- DOPPLER negativo para patologia venosa.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- DOPPLER venoso (se for o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Oncologista;
- Angiologista.

CINTILOGRAFIAS DO SISTEMA ÓSSEO

02.08.05.003-5 - CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)

02.08.05.004-3 - CINTILOGRAFIA DE OSSO COM GALIO 67

02.08.05.002-7 – CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)

INDICAÇÕES

- Osteomielite;
- Necroses ósseas;
- Fratura de stress;
- Avaliar Integridade de próteses articulares;
- Dores ósseas;
- Doença de Paget;
- Tumores;
- Metástases.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- RX simples;
- Exames laboratoriais;
- TC ou RM (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Infectologista;
- Oncologista;
- Cardiologista;
- Nefrologista;
- Ortopedista;
- Cirurgião geral.

PRIORIDADES

- Infecções.

CINTILOGRAFIA GENITURINÁRIO

02.08.04.005-6 - CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL

INDICAÇÃO

- Diagnóstico diferencial entre torção testicular e orquitepididimite.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- USG inconclusivo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Urologista;
- Oncologista;
- Cirurgião pediátrico;
- Pediatra.

CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS LACRIMAIS

02.08.09.002-9 - CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA).

INDICAÇÃO

- Obstrução das vias lacrimais excretoras.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- RX de seios da face.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

- Oftalmologista.

PRIORIDADES

- Lesão orbitária;
- Tumores cerebrais.

IMUNO CINTILOGRAFIA

02.08.02.012-8 - IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)

INDICAÇÃO

- Neoplasias (identificação e mapeamento).

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- Exames comprobatórios de tumor.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Hematologista;
- Oncologista.

DENSITOMETRIA ÓSSEA

CÓDIGO SIA/SUS: 02.04.06.002-8

PRÉ-REQUISITOS

- Até 65 anos de idade: laudo médico com história clínica que justifique a solicitação do exame, bem como, a informação dos exames já realizados e os resultados obtidos.

INDICAÇÕES

1. EM ADULTOS

1.1. Gênero x Idade

- Mulheres com idade ≥ 65 anos;
- Homens com idade ≥ 70 anos;
- Mulheres com idade > 40 anos, na transição menopausal (1-2);
- Homens com idade > 50 anos de idade, com os seguintes fatores de risco: raça branca, peso corporal abaixo de 55 kg, tabagista, uso regular de bebidas alcoólicas (acima de duas doses diárias) e sedentarismo.

1.2. Fratura

- Adultos com antecedente de fratura por fragilidade, condição clínica ou uso de medicamentos associados à baixa massa óssea ou perda óssea;
- Fratura prévia pós-trauma mínimo, atraumática ou patológica;
- Evidência radiológica de osteopenia ou fraturas vertebrais.

1.3. Osteoporose

- Indivíduos para os quais são consideradas intervenções farmacológicas para osteoporose;
- Indivíduos em tratamento para osteoporose, para monitoramento de sua eficácia;
- Indivíduos que não estejam sob tratamento para osteoporose, porém nos quais a identificação de perda de massa óssea possa determinar a indicação do tratamento.

1.4. Uso de Glicocorticóides

- Homens e mulheres em uso ou com previsão de uso de glicocorticóides orais por mais de três meses, pulsoterapia endovenosa ou glicocorticóides inalatórios em altas doses;
- Pacientes usuários crônicos de glicocorticóides (a cada seis meses no primeiro ano e a cada 12 meses após a estabilização da Densidade Mineral Óssea).

1.5. Outras Indicações

- Hipogonadismo em homens e mulheres;
- Terapia de Reposição Hormonal (seguimento);
- Síndrome de má absorção;
- Calciúria de 24h;
- Hiperparatireoidismo;
- Endocrinopatias com perda de massa óssea;
- Insuficiência renal crônica;
- Rins policísticos;
- Co-morbidade;
- Iatrogenia;
- Perda de estatura óssea;
- Cifose torácica;
- Índice de massa corporal < 19, passado de estado prolongado de baixa ingestão de cálcio.

2. EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

- Antes e durante tratamento com drogas com repercussão na massa óssea;
- Pacientes com doença óssea primária (por exemplo, osteogênese imperfeita) ou potencial doença óssea secundária (por exemplo, doenças inflamatórias crônicas, distúrbios endocrinológicos, história de câncer na infância ou transplante prévio não renal);
- Nos pacientes com talassemia maior, na presença de fratura ou aos 10 anos de idade;
- Em crianças sob imobilização crônica (por exemplo, paralisia cerebral), no momento de apresentação da fratura.

OBSERVAÇÕES:

- A densitometria não deve ser realizada na presença de dor, espasmo ou contratura, que impeçam o posicionamento do paciente na mesa de exames ou que propiciem demasiado desconforto ao paciente;
- O intervalo mínimo para se repetir a densitometria óssea no monitoramento de tratamento com droga osteoativa ou doença, nesse caso específico, é de um ano;
- O período de intervalo entre exames deve ser determinado de acordo com a condição clínica de cada paciente. Habitualmente, um ano após o início ou mudança do tratamento, nova

medida da densidade mineral óssea é apropriada. Maiores intervalos deverão ser observados quando a eficácia terapêutica estiver estabelecida;

- Em condições associadas à perda óssea rápida, como tratamento com glicocorticóides, exames com periodicidade menor conseguem identificar alterações significativas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Ginecologista;
- Ortopedista;
- Endocrinologista;
- Geriatra;
- Pediatra;
- Clínica Médica;
- Hematologista.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

PRÉ-REQUISITOS

- Deve ser precedida de exames de média complexidade/custo, nos casos que exijam a definição diagnóstica e de tratamento, justificados pelo quadro clínico;
- Apenas médicos em unidades públicas de saúde podem solicitar;
- Nos casos de estadiamento, deverá ser solicitada por especialista relacionado à patologia de base;
- A história e exame clínico deverão ser bem detalhados;
- Compatibilidade entre o CID e diagnóstico;
- Compatibilidade entre o procedimento solicitado e o código da Tabela SIA-SUS.

CONTRAINDIKAÇÕES

- Implantes metálicos (marca-passo cardíaco, alguns tipos de cliques de aneurisma cerebral, fragmentos metálicos intraoculares, outras próteses metálicas, etc.);
- Processos alérgicos às substâncias farmacológicas utilizadas no procedimento;
- Pacientes hemodinamicamente instáveis.

INDICAÇÕES DE SEDAÇÃO

- Criança;
- Fobia;
- Idoso;
- Alérgico;
- Paciente grave.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO

Código SIA/SUS – 02.07.01.006-4

INDICAÇÕES

- Avaliar fossa cerebral posterior ou tronco cerebral;
- Acidente Vascular Cerebral Isquêmico;
- Infartos cerebrais múltiplos;
- Demência;
- Suspeita de tumores (tumores de hipófise, linfoma, meningiomas, neuroma do acústico, etc.);
- Lesões intraorbitais ou do trato visual;
- Suspeita de infecções intracranianas (não diagnosticadas por punção lombar);
- Suspeita de trombose do seio sagital;
- Suspeita de esclerose múltipla;
- Suspeita de aneurisma ou má formação vascular;
- Alterações têmporo-mandibular;
- Epilepsia;
- Malformações congênitas;
- Doenças inflamatórias ou degenerativas do encéfalo;
- Lesões ósseas.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Neurologista;
- Neurocirurgião;
- Cirurgião cabeça e pescoço;
- Oncologista;
- Otorrinolaringologia;
- Oftalmologia;
- Pediatria;
- Clínico Geral;
- Intensivista;
- Urgentista.

- Cirurgião buco maxilo facial;
- Endocrinologista;
- Ginecologista;
- Infectologista;
- Psiquiatra;
- Ortopedista;
- Cirurgias Geral;
- Cirurgias Vascular;
- Cirurgias Pediátrica.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX

Código SIA/SUS – 02.07.01.005-4

INDICAÇÕES

- Massas mediastinais e de parede torácica;
- Lesões e derrames pleurais;
- Fratura patológica em arco costal;
- Doenças das vias aéreas;
- Lesões na coluna.

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRASTE

- Alterações Mediastinais – parede torácica

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- RX do tórax PA/Perfil, se necessário;
- TC de tórax, se necessário, com laudo;
- Ultrassonografia com laudo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Pneumologista;
- Cirurgião torácico;
- Oncologista;
- Clínico Geral;
- Cardiologista;
- Cirurgião Cardíaco;
- Reumatologista;
- Ortopedista;
- Cirurgião pediátrico;
- Médico do trabalho.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR

Código SIA/SUS – 02.07.01.003.001-4

INDICAÇÕES

- Tumores e metástases abdominais;
- Adenoma de supra renal;
- Lesões menores que 3,0cm em adrenais;
- Lesões hepáticas e focais (nódulo hepático);
- Lesões menores que 3,0cm no fígado;
- Lesões menores que 3,0cm no Pâncreas;
- Diagnóstico diferencial de tumor hepático e hemangioma;
- Estadiamento de tumores (sensibilidade maior que a da USG e TC);
- Monitoramento de pacientes com hepatopatias crônicas;
- Estudo de vias biliares;
- Processos inflamatório e infecciosos no abdome;
- Malformação congênita;
- Trauma;
- Doenças vasculares;
- Análise do baço;
- Pesquisa de quantificação de ferro e gordura no fígado;
- Icterícia a esclarecer.

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRASTE

- Lesões menores que 3,0cm em adrenais;
- Análise do baço;
- Pesquisa de quantificação de ferro no fígado (a critério do radiologista, se houver caracterização de TU);
- Icterícia a esclarecer;
- Lesões hepáticas e focais (nódulo hepático);
- Lesões menores que 3,0cm no fígado;
- Lesões menores que 3,0cm no Pâncreas;

PRÉ-REQUISITOS DIAGNÓSTICOS

- Ultrassonografia abdominal ou pélvica, tomografia computadorizada.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Hepatologista;
- Cirurgião geral;
- Oncologista;
- Clínico Geral;
- Gastroenterologista;
- Proctologista;
- Cirurgião pediátrico;
- Endocrinologista;
- Gastrocirurgião;
- Infectologista;
- Nefrologista urologista.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA VERTEBRAL (CERVICAL, TORÁCICA, LOMBO-SACRA)

02.07.01.003-0 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA VERTEBRAL_CERVICAL

02.07.01.005-6 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA VERTEBRAL_TORÁCICA

02.07.01.004-8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA VERTEBRAL_LOMBO-SACRA

INDICAÇÕES

- Tumor;
- Metástase;
- Discopatias degenerativas (abaulamento, protrusão ou hérnia discal);
- Infecções (suspeita);
- Neoplasias de partes moles ou ossos;
- Malformações congênitas;
- Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Trauma;
- Pós-operatório de infecção ou tumor;
- Doença desmielinizante;
- Tuberculose;
- Mielite;
- Mieloma múltiplo;
- Outras artropatias inflamatórias, infecciosas e degenerativas;
- Dor cervical e lombar;
- Cervicobraquialgia;
- Dorsalgia;
- Dor torácica.

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRASTE

- Doença desmielinizante;
- Espondilite;
- Espondilodiscite;
- Metástases;
- Mielite;
- Mieloma múltiplo;
- Pós-operatório de Infecção ou Tumor;

- Pós-operatório de doença degenerativa ou hérnia de disco apenas se houver coleção;
- Tuberculose;
- Tumores.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- RX simples com laudo, se necessário;
- Tomografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Ortopedista;
- Neurologista;
- Neurocirurgião;
- Infectologista;
- Reumatologista.

RESSONÂNCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR
(BILATERAL)

Código SIA/SUS – 02.07.01.002-1

INDICAÇÕES

- Disfunção das Articulações Têmporo-Mandibulares (ATMs);
- Dor à mastigação;
- Doenças reumatológicas: Artrite Reumatóide, Lúpus e outras;
- Vídeo (pedido médico solicitando explicitamente a realização de vídeo ou exame dinâmico).

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRASTE

- Doença inflamatória ou tumoral.

PRÉ-REQUISITOS

- Radiografia panorâmica;
- Tomografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Buco-maxilo;
- Cirurgião de cabeça e pescoço;
- Neurologista;
- Ortopedista;
- Otorrinolaringologista.

RESSONÂNCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA

Código SIA/SUS – 02.07.01.007-2

INDICAÇÕES

- Hiperprolactinemia, Disfunção hipofisária;
- Hipopituitarismo, Hipotireoidismo/hipogonadismo;
- Distúrbio de crescimento, baixa estatura, Puberdade precoce;
- Hamartoma hipotalâmico / crises gelásticas;
- Síndrome de Cushing, Microadenoma – controle;
- Macroadenoma / lesões grandes da região;
- Lesões do seio cavernoso;
- Síndrome de Kallmann.

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRASTE

- Hiperprolactinemia, Disfunção hipofisária;
- Hipopituitarismo, Hipotireoidismo/hipogonadismo;
- Distúrbio de crescimento, baixa estatura, Puberdade precoce;
- Hamartoma hipotalâmico / crises gelásticas;
- Síndrome de Cushing, Microadenoma – controle;
- Macroadenoma / lesões grandes da região;
- Lesões do seio cavernoso;
- Síndrome de Kallmann.

PRÉ-REQUISITOS

- Exame clínico;
- Exames laboratoriais.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Neurologista;
- Neurocirurgião;
- Pediatra;
- Endocrinologista;
- Oftalmologista;
- Cirurgião cabeça e pescoço.

RESSONÂNCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE

Código SIA/SUS - 02.07.02.001-9

INDICAÇÕES

- Cardiopatias Congênitas;
- Doenças Vasculares;
- Avaliação de doenças pericárdicas, tumores e trombos;
- Avaliação das doenças valvares;
- Aorta - Rotina "Tricks";
- Coração - Pacientes Instáveis;
- Rotina Viabilidade;
- Coração - Stress Farmacológico.

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRASTE

- Aorta - Rotina "Tricks";
- Rotina Viabilidade;
- Coração - Stress Farmacológico.

PRÉ-REQUISITOS

- Clínica;
- MIB.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista;
- Cirurgião cardíaco;
- Cirurgião torácico;

RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)

Código SIA/SUS - 02.07.02.002-7

INDICAÇÕES

- Processos traumáticos, degenerativos, inflamatórios e neoplásicos em músculos, tendões, ligamentos, cartilagens e nervos em região de antebraço e braço;
- Antebraço e Braço: Dor, Fratura de Estresse, Lesões Musculares, Patologias Mal Caracterizadas e Indefinidas, Trauma, Infecções, Miosites, Tumores;
- Cotovelo: Artrose, Bursite, Corpos Livres, Epicondilite, Patologias Mal Caracterizadas e Indefinidas, Tendinopatia, Tênis Elbow, Lesões Condrais, Trauma, Luxação, Artrites, Condromatose, Infecção e Sinovite;
- Ombro: Atletas Jovens, Bursite, Capsulite Adesiva, Doença Degenerativa, Episódio de Instabilidade/Luxação, Frouxidão Capsular, Instabilidade Acrômio-Clavicular, Instabilidade / Luxação Gleno-Umeral, Lesão do Manguito Rotador, Lesões Labrais, Lesões Ligamentares, Lesões tipo SLAP, Patologias Mal Caracterizadas e Indefinidas, Tendinopatia, Lesão do Manguito Rotador, Escápula Alada, Resalto, Artrites, Condromatose, Infecção, Sinovite, Tumores;
- Punho: Canal Guyon, Condropatia, DISI/VISI, Dor, Lesão Fibrocartilagem Triangular, Lesão Ligamentar, Tendinopatia, Tenossinovite, Túnel do Carpo, Artrites, Infecção, Sinovite; Tumores;
- Mão: Dor, Trauma, Tenossinovite Artrites, Infecção, Sinovite, Tumores;
- Dedos: Dor, Trauma e Tenossinovite Artrites, Infecção, Sinovite, Tumores.

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRASTE

- Antebraço e Braço: Infecções, miosites, tumores, lesões musculares com mais de 14 dias;
- Cotovelo: Artrites, Condromatose, Infecção, Sinovite, Intra-articular (por solicitação clínica);
- Ombro: Artrites, Condromatose, Infecção, Sinovite, Tumores;
- Punho: Artrites, Infecção, Sinovite, Tumores;
- Mão: Processos inflamatórios e tumorais;
- Dedos: Processos inflamatórios e tumorais.

PRÉ-REQUISITOS

- Dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, exames laboratoriais, tomografia computadorizada, ultra-sonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Fisiatra;
- Médico do trabalho;
- Neurologista;
- Neurocirurgião;
- Oncologista;
- Ortopedista;
- Reumatologista;
- Eletroneuromiografia;
- Cirurgia de mão;
- Microcirurgia.

RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)

Código SIA/SUS - 02.07.03.003-0

INDICAÇÕES

- Processos traumáticos, degenerativos, inflamatórios e neoplásicos em músculos, tendões, ligamentos, cartilagens e nervos em região de perna e coxa;
- Quadril: Bursite, Dor, Osteonecrose, Patologias mal caracterizadas e indefinidas, Tendinopatia, Impacto, Trauma, Artrites, Condromatose, Infecção, Sinovite; Tumores;
Coxa: Dor, Fratura de Estresse, Lesões Musculares, Patologias Mal Caracterizadas e Indefinidas, Trauma, Infecções, Miosites, Tumores;
- Joelho: Artrose, Atrito da banda tibial, Cisto poplíteo/aker, Fratura subcondral, Lesões Condrais, Menisco Operado, Meniscopatia, Osteonecrose, Patologias mal caracterizadas e Indefinidas, Pós-artroscopia, Tendinopatia, Traumas, Artrites, Condromatose, Infecção, Sinovite, Tumores. Condromalácea, Dor anterior em pacientes jovens, Dor ao descer ou subir escadas, Hiperpressão da patela, Lesão da tróclea femoral, Luxação/instabilidade patelar, Lesões condrais e osteocondrias. Lesão dos ligamentos cruzados anterior e posterior;
- Perna: Dor, Fratura de Estresse, Lesão Musculares, Patologias mal caracterizadas e indefinidas, Trauma; Infecções, Miosites, Tumores;
- Ante-pé: Bursite, Fratura por estresse, Hálux valgo ou rigidus, Metatarsalgia, Patologias mal caracterizadas e indefinidas, Tendinopatia, Tenossinovite, Traumas, Neuroma de Morton ou interdigital Infecção, Tumores, coleções, artrites, inflamação;
- Tornozelo: Dor, Entorse, Fasceíte, Impacto, Lesão ligamentar, Lesão ósteo-condral, Patologias mal caracterizadas e indefinidas, Tendinopatia, Tenossinovite, Trauma, Túnel do Tarso, Artrites, Infecção, Sinovite, Tumores, Lesões Osteocondrais (a critério clínico), Lesões Ligamentares (a critério clínico);

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRASTE

- Quadril: Artrites, Condromatose, Infecção, Sinovite, Tumores, Intra-articular (por solicitação clínica);
- Coxa: Infecções, Miosites, Tumores, lesões musculares;
- Joelho: Artrites, Condromatose, Infecção, Sinovite, Tumores;
- Perna: Infecções, Miosites, Tumores e lesões musculares;
- Ante-pé: Infecção, Tumores, coleções, artrites, inflamação;

- Tornozelo: Artrites, Infecção, Sinovite, Tumores.

PRÉ-REQUISITOS

- Dependente da hipótese diagnóstica: RX simples, exames laboratoriais, tomografia computadorizada, ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Fisiatra;
- Médico do trabalho;
- Neurologista;
- Ortopedista;
- Oncologista;
- Reumatologista;
- Neurocirurgião.

RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR

Código SIA/SUS - 02.07.03.002-2

INDICAÇÕES

- Bacia: Bursite, Dor, Osteonecrose, Patologias mal caracterizadas e indefinidas, tendinopatia, Trauma Tumor, Infecção, coleções, Artrites, Condromatose, Sacroilíte, Síndrome Piriforme, plexo sacral ou lombossacro, canal infrapiriforme, Sinfise pubiana – Sinfisite;
- Pelve: Geral, Próstata Endorretal, Pesquisa de incontinência urinária, Incontinência fecal, Cistocele, Retocele, Tumores, Fístula Anorretal, Endometriose (na pelve feminina), Uro-ressonância (pelve + abdome).

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRASTE

- Bacia:Tumor, Infecção, coleções, Artrites, Condromatose, Sacroilíte;
- Pelve: Geral, Próstata Endorretal, Tumor de Reto, Fístula Anorretal, Uro-ressonância (Pelve + Abdome), Endometriose (a critério do radiologista).

PRÉ-REQUISITOS

- Dependente da hipótese diagnóstica: RX simples, laboratoriais, tomografia computadorizada;
- Ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião geral,
- Cirurgião pediátrico;
- Fisiatra;
- Gastroenterologista;
- Ginecologista;
- Médico do trabalho;
- Ortopedista;
- Oncologista;
- Reumatologista;
- Urologista;
- Ginecologia;
- Obstetra.

RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA

Código SIA/SUS – 02.0702004-3

Código SIA/SUS – 02.07.02.005-1

INDICAÇÕES

- Avaliação de implantes;
- Controle de lesões detectadas pela RM;
- Avaliação de achados mamográficos, clínicos e / ou ultrassonográficos;
- Rastreamento do câncer de mama;
- Estadiamento locoregional em mulheres com diagnóstico atual de câncer de mama;
- Controle de quimioterapia neoadjuvante;
- Pesquisa de carcinoma oculto nas mamas;
- Avaliação de recidiva tumoral em mulheres tratadas de câncer de mama;
- Doença de Paget;
- Leito de mastectomia.

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRASTE

- Todas as indicações, exceto quando o estudo for apenas para avaliação de implantes.

PRÉ-REQUISITOS

- Mamografia;
- Ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Mastologista;
- Oncologista;
- Cirurgião plástico;
- Ginecologista.

RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES

Código SIA/SUS – 02.07.03.004-9

INDICAÇÕES

- Vesícula: Pesquisa de Complicações da Colecistite Aguda, Estadiamento dos tumores;
- Vias Biliares: Avaliar dilatação das vias biliares; Pesquisa de Obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase/ Sensibilidade semelhante a 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);

INDICAÇÕES DE USO DE CONTRASTE

- Colangiorressonância (a critério do radiologista – se possibilidade de colangite ou tumor).

PRÉ-REQUISITOS

- Tomografia computadorizada;
- Ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Gastroenterologista;
- Cirurgião geral;
- Gastrocirurgião;
- Hepatologista;
- Infectologista;
- Oncologista;
- Clínico Geral.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

PRÉ-REQUISITOS

- Deve ser precedida por exames de média complexidade/custo acompanhados dos respectivos resultados, exceto nos casos que exijam maior precisão na definição diagnóstica e no tratamento, justificados pelo quadro clínico e solicitados pelo especialista;
- Apenas médicos em unidades públicas de saúde podem solicitar;
- A história e exame clínico deverão ser bem detalhados;
- Compatibilidade entre o CID e diagnóstico;
- Compatibilidade entre o procedimento solicitado e código da Tabela SIA - SUS.

CONTRAINDICAÇÕES

- Gravidez (Relativa);
- Alergia em geral e principalmente ao iodo, no caso de uso de contraste (Relativa);
- Pacientes diabéticos utilizando metformina, no caso de uso de contraste (suspende a medicação e retorna após o exame);
- Mieloma múltiplo, no caso de uso de contraste (Relativa).

RESTRICÇÕES

- Peso do paciente superior a 150 ou 200 Kg, dependendo do aparelho de imagem (fabricante).

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E SELA TURCICA

02.06.01.006-0: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA

02.06.01.007-9: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

INDICAÇÕES

- Traumatismo;
- Hemorragias;
- Metástases;
- Processos expansivos¹;
- Doenças degenerativas do Encéfalo;
- Aneurismas;
- Convulsões recentes a esclarecer;
- Doença Isquêmica.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica, exame físico e laboratório;

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Neurologista;
- Neurocirurgião;
- Ortopedista;
- Oncologista;
- Infectologista;
- Cirurgião cabeça e pescoço;
- Clínico Geral;
- Pediatra;
- Endocrinologista;
- Intensivista/Urgentista.

¹ Processo expansivo se refere a uma das características diferenciais dos tumores em relação ao crescimento, tais como: lento, rápido, expansivo, pouco ou bem delimitado, infiltrativo, etc. (BRASIL, 2010)

TOMOGRAFIA DE TÓRAX

02.06.02.003-2: TOMOGRAFIA DE TÓRAX

02.06.02.004-0: TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/MEDIASTINO

INDICAÇÕES

- Traumatismo;
- Sangramentos;
- Tumores;
- Metástases;
- Nódulos não neoplásicos;
- Pneumopatias intersticiais;
- Mediastino, hilos, pleura;
- Bronquiectasias;
- Síndrome de compressão da veia cava superior;
- Infecções específicas e inespecíficas.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- RX do tórax PA/Perfil (com laudo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Pneumologista;
- Oncologista;
- Cirurgião geral;
- Cirurgião torácico;
- Mastologista;
- Clínico Geral;
- Pediatra;
- Intensivista;
- Urgentista.

TOMOGRAFIA DE COLUNA

02.06.01.001-0: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE

02.06.01.002.8: TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE

02.06.01.003.6: TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE

02.06.01.002.8: TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE

INDICAÇÕES

- Fratura;
- Estenose do Canal Medular;
- Metástases;
- Processos Expansivos e Degenerativos;
- Hérnia Discal;
- Alterações do eixo da coluna;
- Malformações da coluna.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- RX simples de coluna com laudo (Relativo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Ortopedista;
- Neurocirurgião;
- Neurologista;
- Oncologista;
- Reumatologista;
- Clínico Geral;
- Pediatra;
- Intensivista;
- Urgentista.

TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE

Código SIA/SUS – 02.06.01.004-4

INDICAÇÕES

- Sinusopatia crônica;
- Trauma facial;
- Pólipos (caracterizados por radiografia dos seios da face);
- Tumores.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- RX dos seios da face com laudo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Otorrinolaringologista;
- Oncologista;
- Cirurgião cabeça e pescoço;
- Buco-maxilo-facial;
- Clínico Geral;
- Pediatra;
- Intensivista;
- Urgentista.

TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR

CÓDIGO SIA/SUS – 02.06.03.001-0

INDICAÇÕES

- Abscessos;
- Traumatismos;
- Processos expansivos;
- Metástases;
- Aneurismas;
- Pancreatites;
- Hemorragias (pós-cirurgia, pós-cateterismo, pós-tratamento anticoagulante);
- Afecções inflamatórias e infecciosas;
- Doença litiásica renal/biliar.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- Ultrassonografia (Relativo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião geral;
- Oncologista;
- Endocrinologista;
- Hepatologista;
- Gastroenterologista;
- Clínico Geral;
- Pediatra;
- Intensivista;
- Urgentista;
- Urologista.

TOMOGRAFIA DA PELVE

CÓDIGO SIA/SUS – 02.06.03.003-7

INDICAÇÕES

- Traumatismos;
- Processos expansivos;
- Metástases;
- Afecções inflamatórias e infecciosas;
- Cisto dermóide de ovário.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- US de pelve.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião geral;
- Oncologista;
- Ginecologista;
- Clínico Geral;
- Pediatra;
- Intensivista;
- Urgentista;
- Geriatra.

TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES

02.06.02.001-1: TOMOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES.

02.06.03.002-9: TOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES

INDICAÇÕES

- Traumatismos;
- Processos expansivos;
- Metástases;
- Fraturas;
- Afecções infecciosas.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- RX da articulação com laudo (Relativo);
- US Articular (Relativo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Ortopedista;
- Oncologista;
- Traumatologista;
- Reumatologia;
- Clínico Geral;
- Pediatra;
- Intensivista;
- Urgentista.

TOMOGRAFIA DE PESCOÇO

CÓDIGO SIA/SUS: 02.06.01.005-2

INDICAÇÕES

- Avaliação morfológica de estruturas cervicais (Glândulas salivares; tireóide; faringe; laringe; vasos cervicais; músculos; linfonodos; esôfago) para pesquisa de alterações congênitas, inflamatórias, infecciosas, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas;
- Lesões na cavidade oral e orofaringe;
- Processos expansivos;
- Metástases;
- Traumatismo.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- Ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Otorrinolaringologista;
- Oncologista;
- Neurologista;
- Neurocirurgião;
- Cirurgião cabeça e pescoço;
- Endocrinologista;
- Hematologista;
- Clínico Geral;
- Pediatra;
- Intensivista;
- Urgentista.

TOMOGRAFIA DOS SEGMENTOS APENDICULARES

CÓDIGO SIA/SUS: 02.06.02.002-3

INDICAÇÕES

- Avaliação morfológica de segmentos apendiculares (braços; antebraços; coxas; pernas e pés) para pesquisa de alterações congênitas, inflamatórias, infecciosas, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas;
- Traumatismos;
- Processos expansivos;
- Metástases;
- Fraturas tratadas.

PRÉ-REQUISITOS

- História clínica e exame físico;
- RX do segmento apendicular (braços; antebraços; coxas; pernas e pés);
- Ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Ortopedista;
- Oncologista;
- Clínico Geral;
- Pediatra;
- Intensivista;
- Urgentista;
- Reumatologista.

CLASSIFICAÇÃO POR PRIORIDADE

- Essa classificação aplica-se apenas aos casos julgados como **AMBULATORIAIS** pelo profissional solicitante;
- Inserir no campo “Informação complementar sobre o quadro clínico do cidadão”, da solicitação, no sistema informatizado CMCE, as seguintes informações: quadro clínico contendo todos os “sinais de alerta positivos” (do quadro abaixo) presentes no caso, exame físico e exames complementares realizados;
- As solicitações serão autorizadas seguindo o critério “**tempo**” (prioritariamente as mais antigas e depois as mais recentes) e critério “**prioridade**” (inicialmente àquelas com prioridade MUITO ALTA, depois ALTA, em seguida MÉDIA e posteriormente BAIXA);
- Caso julgue necessário, o médico regulador poderá escolher uma prioridade não relacionada ao quadro abaixo, através da análise das informações contidas na solicitação.

SINAIS DE ALERTA DE CASOS AMBULATORIAIS		SIM	PRIORIDADE
Grupo de paciente	Idoso com mais de 60 anos?		ALTA
	Criança com menos de 1 ano?		ALTA
	Especial (exemplos: deficiente físico ou mental, acamado, dificuldade de locomoção, morador de rua, usuário de droga)?		ALTA
	Gestante?		ALTA
Presença de comorbidade	3 ou +?		ALTA
	1 ou 2?		MÉDIA
Descompensação de doença crônica?			MUITO ALTA
Dor	Com dificuldade para realização das tarefas básicas?		ALTA
	Sem dificuldade para realização das tarefas básicas?		MÉDIA
Suspeita de neoplasia?			MUITO ALTA
Infecção	Aguda ou Subaguda?		MUITO ALTA
	Crônica?		ALTA
Risco de perda funcional do órgão?	Exemplos: disfagia, suspeita de angina ou acidente isquêmico transitório; risco de insuficiência renal, respiratória, hepática, vascular ou cardíaca; sinais de compressão medular, fratura ou desorientação.		MUITO ALTA
Risco de sangramento?	Exemplos: risco de enterorragia, melena, hematêmese, hematúria, hemoptise, epistaxe, otorragia e metrorragia.		MUITO ALTA
Presença de três ou mais sinais com "Prioridade Alta"?			MUITO ALTA
Ausência de sinais de alerta?			BAIXA

Quadro 01: Adaptado do Protocolo de Acesso à Rede de Serviços Ambulatoriais com Classificação de Risco por Prioridade da Secretaria Executiva de Regulação em Saúde/SESAU/Recife, 2ª Edição, Julho, 2014.

REFERÊNCIAS

AMAZONAS/MANAUS. Secretaria do Estado do Amazonas (SUSAM)/Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). **Protocolo de Acesso às Consultas e Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade**. Manaus – AM; Complexo Regulador do Estado do Amazonas; 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB). **Regula Saúde-Complexos Reguladores**. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/complexo_regulador.asp>.

BRANDÃO, Cynthia M. A.; et al. **Posições oficiais 2008 da Sociedade Brasileira de Densitometria Clínica (SBDens)**. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009; 53(1): 107-112. <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-509873>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais**. Brasília - DF. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação; 2010.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. **Regulação ambulatorial do Município de Florianópolis**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.

GUARULHOS. Prefeitura de Guarulhos. **Protocolo de Regionalização da Atenção Básica**. Guarulhos; Secretaria de Saúde; 2009.

PELOTAS. Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas / Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). **Protocolos de Acesso a Exames de Média e Alta Complexidade**. Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET. Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Disponível em: <<http://www.pelotas.rs.gov.br/central-de-regulacao/arquivos/Protocolo-Exames.pdf>>.

PERNAMBUCO. Gerência de Controle e Avaliação do Sistema de Saúde. Unidade de Regulação e Autorização do Procedimento de Alto Custo. SES/PE Ofício Circular nº 88/05 SES/PE.

RECIFE. Secretaria de Saúde de Recife. **Protocolo de Acesso à Rede de Serviços Ambulatoriais com Classificação de Risco por Prioridade**. Recife – PE. Secretaria de Saúde de Recife. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde; 2ª Edição, Julho, 2014.

RONDONIA. Governo do Estado de Rondônia. **Protocolo de Regulação do Estado de RONDONIA**. Porto Velho; Secretaria do Estado de Rondônia; 2012.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Protocolo de Acesso a Exames de Ressonância Magnética - Grupo 31 3100000 - Subgrupo 01 3101000**. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação de Integração e Regulação do Sistema. São Paulo SP, Julho, 2007. Disponível em: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/crsleste/regulacao/protocolos-arquivos/apac/SMS%20Protocolo%20de%20Ressonancia_Magnetica.pdf>.

Site de Radiologia e Imagenologia para a Comunidade Médica de Língua Portuguesa. **Manual de Protocolos Ressonância Magnética HAOC – RM 1,5 T**, Versão 1, 2009. Disponível em: <www.imagenologia.com.br/pdf/Protocolos-RM-2009.pdf>.

VITÓRIA. Prefeitura de Vitória/ Espírito Santo. Protocolos de Vitória. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>.