

2025

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

Exames de média e alta complexidade
de Apoio Diagnóstico

Secretária Municipal de Saúde
Prefeitura Santo André



**PREFEITURA DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO À
EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DE APOIO A DIAGNÓSTICO**

**SANTO ANDRÉ
2025**

Gilvan Ferreira de Souza Junior
Prefeito

Pedro Henrique Ruiz Seno
Secretário Municipal de Saúde

Kelly Aparecida Pico
Secretaria Adjunta de Saúde

ELABORAÇÃO TÉCNICA

Departamento de Gestão Estratégica – Maria Claudia Vilela
Coordenação Regulação - Leila Maria Ribeiro
Departamento de Atenção a Saúde – Grazielle Massiero Gonçalves
Coordenação Atenção Primária a Saúde – Mario Alexandre Antoniette Louro
Coordenação Médica da Atenção Básica – Vanessa Margarido dos Santos Henrique
Coordenação de Especialidades – Maira Carolina Polydoro Ribeiro
Coordenação Médica CHM – Getúlio Nardelli Neto
Coordenação Médica Hospital da Mulher – Vanessa Malerbi
Coordenação Médica Poupatempo – Bruno Guimarães Maia e Mateus Ruas
Coordenação Médica/Gabinete – Maria Carolina Pestana de Andrade do Nascimento
Coordenação Médica da Urgência - Mariana Rufino Resende

Data da Elaboração	Área	Nome do Responsável	Cargo
06/06/2025	DGE- Regulação ambulatorial	Bianca de Paiva Batista dos Santos Leila Maria Ribeiro	Coordenação Médica Gerente

Data da Aprovação	Área	Nome do Responsável	Cargo
10/06/2025	Gabinete	Pedro Henrique Ruiz Seno	Secretário de Saúde

Validade 10/06/2027

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE	11
RADIOGRAFIA CONTRASTADA	11
RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	12
RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	12
RADIOGRAFIA CONTRASTADA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	13
RADIOGRAFIA CONTRASTADA CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE (ENEMA OPACO)	14
RADIOGRAFIA CONTRASTADA, UROGRAFIA VENOSA (EXCRETORA)	15
RADIOGRAFIA CONTRASTADA, URETROCISTOGRAFIA	16
ULTRASSONOGRAFIA	17
ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	18
ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA(MONOCULAR)	19
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	20
ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL	20
ULTRASSONOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES	20
ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRA CARDÍACA)	21
ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	22
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	23
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	24
ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	24
ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	24
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	25
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	26
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	27
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	27
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	28
ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	28
ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	30
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES	31
ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA	32
ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER	33
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	34
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL E ARTÉRIAS ILÍACAS	35
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	36
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR	37
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	38
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR	39
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS	40
ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	41
EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO POR ESPECIALIDADE	42

EXAMES EM NEUROLOGIA	42
ELETRONEUROGRAMA (EEG)	42
ELETRONEUROGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	42
ELETRONEUROGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	42
ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	43
POLISSONOGRAMA	44
EXAMES EM OFTALMOLOGIA	45
GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	45
RETINOGRAMA COLORIDA BINOCULAR	45
RETINOGRAMA FLUORESCENTE BINOCULAR	45
TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	45
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea	45
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	45
EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA	47
AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AÉREA / ÓSSEA)	47
IMITANCIOMETRIA	47
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	48
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	48
TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLÓGICOS	49
VIDEOLARINGOSCOPIA/NASOFIBROLARINGOSCOPIA	50
EXAMES EM CARDIOLOGIA	51
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	51
MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 canais)	52
TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	53
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	54
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	55
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA PEDIÁTRICA	56
ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	57
EXAMES EM PNEUMOLOGIA	58
ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	58
BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	60
EXAMES EM GASTRO/PROCTOLOGIA	61
COLONOSCOPIA	61
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA)	62
EXAMES EM UROLOGIA	63
BIÓPSIA DE PRÓSTATA	63
ESTUDO URODINÂMICO COMPLETO	64
EXAMES EM GINECOLOGIA	65
HISTEROSCOPIA (DIAGNÓSTICA)	65
COLPOSCOPIA	66

BIOPSIA DO COLO UTERINO	66
EXAMES EM OBSTETRÍCIA	67
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	67
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	68
ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	69
EXAMES EM MASTOLOGIA	70
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	70
MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA	71
EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE	72
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	72
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL	73
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÕES TEMPO MANDIBULAR (BILATERAL)	73
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	74
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA/HIPÓFISE COM SEDAÇÃO	75
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FACE/SEIOS DA FACE	76
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MASTOIDES / OSSOS TEMPORAIS / OUVIDOS INTERNOS	77
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	78
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE LOMBO-SACRA	79
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	80
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES	81
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE	81
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	82
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA	83
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	84
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO	84
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BRAÇO (ÚMERO)	84
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COTOVELO (UNILATERAL)	84
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ANTEBRAÇO (RADIO E ULNA)	84
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PUNHO (UNILATERAL)	84
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MÃO	84
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDÔMEN, Pelve e MEMBROS INFERIORES	85
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	85
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLANGIORESSONÂNCIA (VIAS BILIARES)	86
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDÔMEN INFERIOR	87
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	88
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL	88
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COXA (FÊMUR)	88
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO	88
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA (TÍBIA E FÍBULA)	88
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO (UNILATERAL)	88
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PE (UNILATERAL)	88
ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA	89

ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA CABEÇA E PESCOÇO	90
ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	90
ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL ARTERIAL	90
ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL VENOSA	90
ANGIORESSONÂNCIA PESCOÇO ARTERIAL	91
ANGIORESSONÂNCIA PESCOÇO VENOSA	91
ANGIORESSONÂNCIA CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	91
ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA TÓRAX, ABDOME E Pelve	92
ANGIORESSONÂNCIA AORTA ABDOMINAL	92
ANGIORESSONÂNCIA ABDOME	92
ANGIO RESSONÂNCIA PELVE	93
ANGIORESSONÂNCIA AORTA ILÍACA	93
ANGIORESSONÂNCIA RENAL	94
ANGIORESSONÂNCIA AORTA TORÁCICA	95
ANGIORESSONÂNCIA TORÁX	95
ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBROS E ARTICULAÇÕES	96
ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO INFERIOR DIREITO	96
ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	96
ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO SUPERIOR DIREITO	96
ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	96
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA	97
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL	98
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	98
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDE (OUVIDOS OU OSSOS TEMPORAIS)	99
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE FACE, SEIOS DA FACE E ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	100
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS	100
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	101
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	102
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	103
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE	103
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	103
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES / INFERIORES	104
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	104
TOMOGRÁFIA DE HEMITÓRAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	104
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	105
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	105
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	105
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO ABDÔMEN E PELVE	106
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR	106
TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME INFERIOR/PELVE	107
ANGIOTOMOGRÁFIA	108
ANGIOTOMOGRÁFIA CORONARIANA	108
ANGIOTOMOGRÁFIA DE CRÂNIO	108

ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	108
ANGIOTOMOGRAFIA DE TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS	108
ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX	108
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR	108
CINTILOGRAFIA	110
APARELHO CARDIOVASCULAR	111
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	111
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	111
CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADES	111
APARELHO DIGESTIVO	113
CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	113
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	114
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDOS)	114
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	114
CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	114
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GÁSTRICO-ESOFÁGICO	114
CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	114
CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	114
APARELHO ENDÓCRINO	116
CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	116
CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	116
APARELHO URINÁRIO	117
CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	117
ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	117
CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	118
APARELHO ESQUELÉTICO	119
CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	119
CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	119
CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO C/ GÁLIO 67	119
CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	119
APARELHO NERVOSO	120
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO)	120
ESTUDO DE FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	120
CATETERISMO CARDÍACO	121
DENSITOMETRIA ÓSSEA	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8.080/1990, garante o acesso universal, integral e equitativo às ações e serviços de saúde.

A Política Nacional de Regulação, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, orienta a regulação em três dimensões: Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação da Assistência à Saúde.

A regulação assistencial, ou regulação do acesso, consiste na disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma ordenada, oportuna, qualificada e equânime, sendo um instrumento fundamental para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por meio do processo regulatório, promove-se a resolução de casos que exigem ações articuladas em diferentes pontos de atenção, favorecendo a gestão racional dos recursos, a identificação de áreas críticas e a otimização do atendimento.

A Central Municipal de Regulação de Serviços Especializados é responsável pela avaliação, autorização e agendamento de exames de média e alta complexidade, conforme a disponibilidade da rede própria, contratada ou referenciada.

A implantação deste protocolo visa qualificar o processo de regulação no município de Santo André, assegurando o acesso adequado aos exames, promovendo a equidade, a transparência e o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, com base em diretrizes clínicas, diagnósticas e terapêuticas atualizadas.

OBJETIVO

- Garantir os princípios constitucionais do SUS: universalidade, integralidade e equidade;
- Valorizar e fortalecer o atendimento resolutivo na Atenção Básica;
- Aprimorar os critérios técnicos para a solicitação de exames de apoio diagnóstico;
- Qualificar a avaliação da classificação de risco e definir prioridades para agendamento de exames;
- Monitorar os gargalos de oferta e demanda, promovendo ações de gestão mais eficazes.

ABRANGÊNCIA

Profissionais da rede de saúde do município de Santo André.

CRITÉRIOS

Critérios de Inclusão:

- Pacientes assistidos pela Rede Municipal de Saúde de Santo André, com indicação clínica ambulatorial justificada para exames de média e alta complexidade;
- Solicitações provenientes da Atenção Primária à Saúde (APS) ou da Atenção Especializada, devidamente preenchida no Sistema de informação e com justificativa médica;
- Exames solicitados de acordo com protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e prioridades estabelecidas (classificação de risco);
- Casos em que a realização do exame seja essencial para a definição diagnóstica e/ou para o planejamento terapêutico;
- Pacientes com registros atualizados no sistema Siss Online e com cadastro em Unidade Básica de Saúde de referência.

Critérios de Exclusão:

- Pacientes com critérios de urgência/ emergência;

- Solicitações de exames sem indicação clínica adequada ou ausência de justificativa médica;
- Pedidos incompletos ou com informações clínicas insuficientes no sistema Siss Online;
- Exames solicitados em duplicidade ou já realizados recentemente sem necessidade de repetição justificada;
- Pacientes não vinculados à Rede Municipal de Saúde de Santo André;
- Procedimentos que não sejam classificados como de média ou alta complexidade, conforme regulamentação vigente;
- Procedimentos que não estão classificados na Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde.

Critério de Prioridade:

O sistema de regulação municipal estabelece critérios de prioridade para a solicitação de exames, categorizando-os em três níveis:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES
P0 (vermelho)	Situações clínicas graves que necessitam agendamento prioritário.
P1 (amarelo)	Situações em que a demora no agendamento pode impactar a conduta clínica ou o acesso a outros procedimentos, como cirurgias ou tratamentos.
P2 (verde)	Encaminhamentos que devem ser agendados por ordem cronológica, sem referências a gravidade ou prioridade.

ATENÇÃO: este protocolo de acesso trata-se exclusivamente de regulação ambulatorial. Toda situação que necessitar encaminhamento imediato ao especialista ou remoção, em caso de urgência ou emergência não deve ser encaminhado para o setor de regulação ambulatorial, mas sim direcionados aos serviços de urgência/ emergência.

EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE

RADIOGRAFIA CONTRASTADA

RECOMENDAÇÕES PARA SOLICITAÇÕES:

- Justificativa clínica incluindo: anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica e CID.
- Peso, Altura e Circunferência Abdominal (obrigatório inserir na solicitação devido à capacidade dos equipamentos municipais e estaduais)

PREPARO/ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTOS:

- Seguir as rotinas de preparo prévio estabelecidas pelo prestador responsável pela realização do exame conforme escrito na **FILIPETA** como restrições alimentares ou de medicação.

CONTRAINDICAÇÃO:

- Hipersensibilidade ao contraste a ser utilizado (bário ou iodo).
- Gravidez.
- Pacientes não cooperativos (letárgicos, sonolentos ou agitados) que limitam o posicionamento e/ou a realização do exame com segurança.
- Uso de contraste baritado em pacientes com suspeita de perfuração e em avaliação de fístula pós-operatória (alta morbidade relacionada ao bário na cavidade mediastinal e peritoneal), quando deve-se utilizar o contraste hidrossolúvel (iodo).
- Uso de contraste hidrossolúvel (iodo) em pacientes com alto risco de aspiração (altamente irritativo nas vias aéreas), quando indica-se utilizar o contraste baritado.

PROCEDIMENTO COM CONTRASTE	CÓDIGO
RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	02.04.03.008-0
RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	02.04.05.014-6

DESCRIÇÃO: Consiste na realização de procedimento utilizando a técnica de exame de imagem com raios x em uma região do corpo humano. Um feixe heterogêneo de raios x é produzido por um gerador e projetado sobre um objeto. A densidade e a composição de cada área determinam a quantidade de raios x absorvida. Os raios x que atravessam são capturados atrás do objeto por um detector (seja filme fotográfico ou detector digital). Produz-se então uma representação em duas dimensões de todas as estruturas superpostas. O feixe de raios x, transmitido através do paciente, impressiona o filme radiográfico, o qual, uma vez revelado, proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos do estômago e duodeno. Consiste na radiografia do esôfago com a utilização de contraste

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião Geral
- Gastroenterologista
- Proctologista
- Cirurgião Pediátrico
- Oncologista

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Deve ser especificado no encaminhamento médico e registrado no sistema como Radiografia Contrastada de Esôfago e Radiografia Contrastada de Estômago e Duodeno,
- ✓ Encaminhar o paciente com 2 vias de pedido do exame.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Neoplasias	Grupo C, D50, D51, D59, D62, D63, D64, K21, K25, K26, K44, K55, K63, R10, R13, R19
	Disfagia Aguda	
	Suspeita de Obstrução Gastrointestinal, Dor Abdominal Intensa	
P1 (amarelo)	Refluxo Gastroesofágico Persistente,	
	Úlceras Gástricas ou Duodenais,	
	Suspeita de hernias hiatais	
	Sintomas Gastrointestinais Crônicos,	
P2 (verde)	Anemia Sem Causa Aparente.	
	Sintomas Leves e Não Específicos, Acompanhamento de Condições Benignas.	

PROCEDIMENTO COM CONTRASTE	CÓDIGO
RADIOGRAFIA CONTRASTADA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	02.04.05.015-4

DESCRIÇÃO: Consiste em estudar as estruturas do duodeno, jejuno e íleo, avalia todos os segmentos do intestino delgado, incluindo a válvula ileocecal, até o início do intestino grosso. Esse exame é realizado para avaliar a morfologia do intestino e sua funcionalidade, realizado por meio do uso de fluoroscopia e um agente de contraste (bário) administrado por via oral. O tempo de execução é variável, conforme os movimentos intestinais (peristaltismo), podendo, às vezes, demorar várias horas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião Geral
- Gastroenterologista
- Proctologista
- Cirurgião Pediátrico
- Oncologista

CONTRAINDICAÇÃO:

- Obstrução completa do cólon.
- Íleo paralítico.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Neoplasias	Grupo C, K50, K51, K52, K56, K57, K92, R10, R19
	Hemorragias gastrointestinais	
	Suspeita de Obstrução Gastrointestinal, Dor Abdominal Intensa	
P1 (amarelo)	Doença inflamatória intestinal (como Doença de Crohn, retocolites)	
	Diverticulite.	
P2 (verde)	Estudos de trânsitos intestinal	
	Investigação dor abdominal crônica persistente	

PROCEDIMENTO COM CONTRASTE	CÓDIGO
RADIOGRAFIA CONTRASTADA CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE (ENEMA OPACO)	02.04.05.001-4

DESCRIÇÃO: Consiste no exame radiológico diagnóstico cujo objetivo é avaliar o funcionamento e a forma do intestino grosso (ceco, cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente, cólon sigmoide, reto e canal anal), usando contraste de bário e duplo contraste. Também chamado clister opaco consiste em colocar através de uma sonda, um pouco de contraste (geralmente de bário) no intestino do indivíduo e em seguida realizar um Raio-X abdominal para investigar possíveis doenças ou alterações no intestino. É necessária preparação a partir de dois dias antes da realização com restrição de determinados tipos de alimentos e a administração de laxante, para que se elimine a maior quantidade de fezes possível, melhorando a qualidade do resultado do exame. Atualmente é comum à sua substituição colonoscopia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião Geral
- Gastroenterologista
- Proctologista
- Cirurgião Pediátrico
- Oncologista

CONTRAINDICAÇÃO:

- Pneumoperitônio inexplicável.
- Megacólon tóxico.
- Colite pseudomembranosa.
- Biópsia recente via endoscópio flexível nas últimas 24 horas, ou via endoscópio rígido nos últimos cinco dias devido à agulha apresentar um calibre maior.

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ RX Simples de abdômen com laudo, Colonoscopia, retossigmoide ou outro exame se houver

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Neoplasias, massas abdominais	Grupo C, K50, K51, K52, K56, K57, N32, R10, R19
	Suspeita de Obstrução Gastrointestinal, Dor Abdominal Intensa	
	Fistulas enterovesicais	
P1 (amarelo)	Doença inflamatória intestinal (como Doença de Crohn, retocolites)	
	Alteração do Hábito Intestinal com dor Abdominal (constipação/diarreia alternantes)	
	Diverticulite.	
P2 (verde)	Investigação dor abdominal crônica persistente, RX simples de abdômen não conclusivo	

PROCEDIMENTO COM CONTRASTE	CÓDIGO
RADIOGRAFIA CONTRASTADA, UROGRAFIA VENOSA (EXCRETORA)	02.04.05.018-9

DESCRIÇÃO: Consiste no estudo radiológico do sistema urinário com administração de contraste endovenoso com variações de acordo com indicação clínica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião Geral
- Nefrologista
- Urologista
- Cirurgião Pediátrico

CONTRAINDICAÇÃO:

- Crianças prematuras.
- Descompensação clínicas.
- Mieloma Múltiplo
- Pielonefrite Aguda

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ RX simples Abdômen com Laudo, USG Rim/vias urinárias

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Neoplasias, Avaliar obstruções	Grupo C, D41, N13, N20, N21, N23
P1 (amarelo)	Calculose renal, Lesões Uretrais e Renais duvidosas, Hematúria macro e microscópica, Hidronefrose Avaliar Anomalias Congênitas do trato urinário,	
P2 (verde)	Casos assintomáticos e seguimentos	

PROCEDIMENTO COM CONTRASTE	CÓDIGO
RADIOGRAFIA CONTRASTADA, URETROCISTOGRAFIA	02.04.05.017-0

DESCRIÇÃO: Consiste no exame que avalia o tamanho e a forma da bexiga e da uretra, ou seja, avalia o percurso miccional. É indicado principalmente para pesquisar se o paciente apresenta refluxo vesico-ureteral, condição em que a urina da bexiga volta para cima, em sentido inverso, muitas vezes, até o rim, ou para diagnosticar distúrbio miccional e estenose da válvula de uretra posterior. O exame é realizado por meio do uso de fluoroscopia e um agente de contraste introduzido por uma sonda na bexiga.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião Geral
- Nefrologista
- Urologista
- Cirurgião Pediátrico

CONTRAINDICAÇÃO:

- Infecção aguda do trato urinário
- Hemorragia,
- Traumas Perineais
- Pielonefrite

PRÉ-REQUISITOS:

- ✓ US Rim/vias urinárias.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Traumas	I64, N13, N21, N22, N32, R33, S37, Z94
	Candidato a transplante renal,	
	Lesão obstrutiva de bexiga	
	Sequelado de AVC com perda de função renal.	
P1 (amarelo)	Nefropatia de refluxo	
P2 (verde)	Casos assintomáticos	

ULTRASSONOGRAFIA

A ultrassonografia é um procedimento não invasivo e indolor, que utiliza ondas de ultrassom para produzir imagens de órgãos, vasos sanguíneos ou partes moles para análise médica.

RECOMENDAÇÕES PARA SOLICITAÇÕES:

- Justificativa clínica incluindo: anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica e CID.
- Peso, Altura

PREPARO/ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTOS:

- Seguir as rotinas de preparo prévio estabelecidas pelo prestador responsável pela realização do exame conforme escrito na **FILIPETA** como restrições alimentares ou de medicação.

Documentação Necessária

- SADT: Com descrição do procedimento solicitado deve ser incluído para a validação da solicitação.
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, ultrassonografia articular, tomografia computadorizada e exames laboratoriais.

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	02.05.02.017-8

DESCRIÇÃO: Técnica de escolha para a avaliação encefálica de neonatos e de lactentes, até o fechamento da fontanela anterior. É um método diagnóstico importante no diagnóstico e no seguimento de hemorragias intracranianas e lesões hipóxico-isquêmicas, no diagnóstico de malformações congênitas encefálicas, infecções congênitas e adquiridas e na avaliação e controle de hidrocefalia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

PRÉ-REQUISITOS:

- ✓ Exame Físico (perímetro cefálico e DNPM compatível com a hipótese diagnóstica)

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doença obstrutiva das carótidas extracranianas, avaliar roubo da subclávia, Estenose dos vasos intracranianos de maior calibre.	G91, I61, I65, I66, P35, P36, Z98
	Hemorragia intracraniana	
	Investigação de malformações congênitas	
	Investigação de tocotraumatismos	
	Hidrocefalia,	
	STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, CMV ou HSV)	
	Portadores de válvulas de DVP (Derivação Ventrículo Peritoneal), Rastrear comprometimento da circulação cerebral na anemia falciforme	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA(MONOCULAR)	02.05.02.008-9

DESCRIÇÃO: Consiste na avaliação das estruturas intra e extraoculares por ultrassom modo “B” com registro gráfico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Oftalmologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Trauma ocular, tumores, descolamento de retina, infecções oculares graves, uveítes, avaliar patologias de coróide, vítreo e retina	C69, D31, H25, H26, H30, H31, H33, H43, H44, H45, H46, H47, H48, H49, S05
P1 (amarelo)	Pré-operatório de catarata madura, neurites, doenças do nervo óptico e da órbita	
P2 (verde)	Altas ametropias	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	02.05.02.012-7
ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL	
ULTRASSONOGRRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES	

DESCRIÇÃO: Consiste num procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações e/ou lesões que possam ocorrer nessa região (tireoide, glândulas salivares e cadeias linfonodais cervicais). Não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.

Ultrassonografia De Região Cervical: Inclui avaliação dos linfonodos cervicais em todos os seus compartimentos (centrais e laterais), bem como do leito tireoideano (exclusivamente em caso de tireoidectomia total prévia), das lojas paratireoideanas e dos principais grupos musculares cervicais.

Ultrassonografia De Glândulas Salivares: Inclui avaliação das glândulas submandibulares, parótidas e sublinguais bilateralmente

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

RECOMENDAÇÕES:

- **ATENÇÃO:** Em caso de solicitações de USG de região cervical ou glândulas salivares devem estar descritos na solicitação.
- Para o estudo das patologias e nódulos da tireoide o exame correto é USG DE TIREOIDE no qual serão detalhadas todas as medidas e volumes.

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Resultados de exames complementares relevantes laboratoriais (TSH, T4 livre, alterados), ultrassonografia prévio (se houver).

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Nódulos sólidos Tumores	C73, C75, D34, D35, D44, E01, E02, E03, E04, E05, E06, E07, E20, E21, E35, E89, O90, P71, P72, R94, S11, S13, Y42
P1 (amarelo)	Bócio Hipertireoidismo Hipotireoidismo Tireoidites, Alterações de exames laboratoriais relacionados à função tireoidiana.	
P2 (verde)	Outros transtornos da tireoide, Cisto tireoidiano	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRA CARDÍACA)	02.05.02.013-5

DESCRIÇÃO: Consiste num procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações e/ou lesões que possam ocorrer nessa região, não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista
- Cirurgião Geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião Torácico
- Oncologista
- Pneumologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Casos exacerbados	J15, J17, J84, J90, J93, J94, J98
P1 (amarelo)	Abscessos, Hemotórax agudo, Patologias do mediastino, Patologias do diafragma, Pleurite, Atelectasia, Cavitação Pulmonar Derrame pleural, Pleuropatias, Hemotórax tardio, Pneumotórax de pequeno volume, Pneumonia	
P2 (verde)	Seguimentos	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	02.05.02.009-7

DESCRIÇÃO: Consiste em procedimento não invasivo, que avalia lesões na mama, suas medidas, morfologia e avaliar o grau de suspeição de benignidade ou malignidade.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

RECOMENDAÇÕES:

- No dia do exame, não usar talco, desodorante ou creme nas mamas e na região das axilas.
- Na maioria das vezes, a ultrassonografia é sempre complementar à mamografia, com exceção para os usuários jovens (abaixo de 30 anos), quando representa o exame de escolha para a primeira avaliação. A ultrassonografia mamária não tem indicação para rastreamento do câncer de mama e não substitui a mamografia. (Fonte: Mamografia da prática ao controle, INCA 2007),
- Em algumas situações, a utilização da ultrassonografia não representa escolha adequada, pois, com frequência, o exame é normal, dando uma falsa segurança ao médico e ao usuário. São exemplos: rastreamento do câncer de mama, estudo de lesões espiculadas, detecção, estudo e acompanhamento de microcalcificações, diferenciação benigno x maligno, avaliação de pequenos nódulos detectados na mamografia em mama adiposa. (Fonte: Mamografia da prática ao controle, INCA 2007),

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Exame clínico sugestivo de neoplasia maligna: retrações ou outras alterações de pele (eritema, prurido, crostas secas), linfonodos axilares alterados etc.	C50, D48, N60, N61, N62, N63, N64, Q83, R92, Z80
	Nódulo palpável em mulheres com alto risco para câncer de mama	
	Mastopatia cística difusa, Cisto simples recidivante em intervalo curto	
	Trauma mamário com tumoração	
	Achados em exame de imagem de BI-RADS categoria 0, 3, 4 ou 5.	
P1 (amarelo)	Nódulos mamários	
	Abcesso subareolar crônico recidivante	
	Mastalgia	
P2 (verde)	Cisto simples recidivante, Cisto simples sintomático	
	Descarga papilar bilateral leitosa	
	Má formação mamária	
	Ginecomastia, Hipertrofia mamária	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.05.02.003-8

DESCRIÇÃO: É o exame por ultrassom que possibilita detectar lesões pequenas no parênquima hepático e dilatações nas vias biliares. Mostra com precisão a vesícula biliar e as condições da parede, bem como a dilatação do colédoco e presença ou não de cálculos. No pâncreas possibilita detecção de processos inflamatórios agudos e crônicos, cistos e pseudocistos, tumores, anomalias congênitas e traumatismo. Identifica tumores abdominais de conteúdo líquido ou sólido, bem como a presença de metástases hepáticas ou esplênicas e o aneurisma de aorta, e estudar a veia cava inferior em toda a sua extensão nesta cavidade. No retroperitônio identifica lesões sólidas ou coleções líquidas. No sistema urinário permite identificar os diferentes tipos de tumores, hidronefrose e doenças policísticas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Neoplasias malignas	B15, B16, B17, B18, B19, B251, C22, C24, C48, D135, E66, I71, K70, K71, K72, K73, K74, K75, K76, K77, K80, K81, K83, K86, K915, N20, P35, P59, Q26, Q79, R10, R16, R19, R94, S36, Y90, Y91, Z12, Z20, Z22
	Aneurismas,	
	Coledocolitíase, Colescistite aguda, Hepatite aguda, Pancreatopatias,	
	Trauma.	
P1 (amarelo)	Neoplasias benigna ou de comportamento incerto	
	Colescistite crônica, Dor abdominal, Hepatoesplenomegalia, Estudo do retroperitônio, Hepatite crônica, Nefrolitíase	
	Alterações morfofuncionais (má formação de vísceras),	
P2 (verde)	Colelitíase Esteatose hepática, outras doenças do fígado	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	02.05.02.004-6
ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	
ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	

DESCRIÇÃO: Consiste em procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações do fígado, da vesícula biliar, dos rins, do pâncreas, da bexiga, dos grandes vasos, do retroperitônio e, eventualmente do trato gastrointestinal. Não utiliza nenhum tipo de reação e não apresenta efeitos colaterais.

Ultrassonografia de parede abdominal:

- Nodulação palpável / aumento de volume
- Suspeita de hérnias da parede abdominal (hérnias umbilicais, epigástricas, incisionais)
- Complicações pós-operatórias com celulite, abscesso ou hematoma.

Ultrassonografia de região inguinal:

- DEVE constar na solicitação o lado para realização do exame.
- Suspeita de hérnia inguinal direta, indireta ou femoral
- Massa ou adenomegalia inguinal
- Pesquisa de testículos ectópicos
- Avaliação de coleções

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

RECOMENDAÇÕES:

- Excluir verminoses, meteorismos e constipação intestinal crônica (CIC),

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Neoplasias malignas	B15, B16, B17, B18, B19, B251, C22, C24, C48, D135, E66, I71, K40, K46, K63, K65, K66, K70, K71, K72, K73, K74, K75, K76, K77, K80, K81, K83, K86, K91, L02, N20, P35, P59, Q26, Q79, R10, R16, R19, R94, S36, Y90, Y91, Z12, Z20, Z22
	Aneurismas,	
	Coledocolitíase, Colescistite Aguda, Hepatite Aguda, Pancreatopatias,	
	Trauma.	
P1 (amarelo)	Neoplasias benigna ou de comportamento incerto	
	Colescistite crônica, Dor abdominal, Hepatoesplenomegalia, Estudo do retroperitônio, Hepatite crônica, Nefrolitíase	
	Alterações morfofuncionais (má formação de vísceras),	
	Herniações, Massas Abdominais, Abscessos	
P2 (verde)	Colelitíase Esteatose Hepática, outras doenças do fígado	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	02.05.02.005-4

DESCRIÇÃO: Permite a avaliação dos rins, ureteres e bexiga. E no sexo masculino permite a avaliação do volume da próstata.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeitas de tumores, litíase, insuficiência renal, hidronefroses, tumores	C64, C65, C68, C74, C79, D30, D35, D41, D44, E27, I12, I15, I72, I82, N11, N13, N17, N18, N19, N20, N27, N28, N29, N30, N31, N32, N39, N40, N99, O08, O10, O90, P54, P96, Q27, Q60, Q61, Q62, Q63, Q64, R31, R32, R33, R39
P1 (amarelo)	Malformação, insuficiência renal.	
P2 (verde)	Rim policístico, suspeitas de nefrolitíase, disfunções miccionais.	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0

DESCRIÇÃO: Consiste num procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações da bolsa escrotal e dos testículos. Tem alta sensibilidade para o diagnóstico das patologias que incidem sobre essa região, sendo um método que não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Neoplasia de testículo	C62, I86, N43, N45, N51
	Varicocele	
	Aumento da bolsa escrotal	
P1 (amarelo)	Orquite Orquialgia crônica Hidrocele	
	Cistos de cordão, espermático e de epidídimo, suspeita criptorquidia em criança (> de 1 ano).	
P2 (verde)	Seguimentos	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	02.05.02.010-0
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	02.05.02.011-9

DESCRIÇÃO: Consiste num procedimento não invasivo para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações e/ou lesões da bexiga, próstata e vesículas seminais, auxiliando e complementando o diagnóstico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Câncer Prostático (suspeita).	C61, N40, N41, N42, N46
	Abscessos	
P1 (amarelo)	Hipertrofia Prostática benigna, Prostatite Prostatismo	
P2 (verde)	Infertilidade,	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	02.05.02.018-6
ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0

DESCRIÇÃO: Consiste no exame diagnóstico realizado pela vagina, com a bexiga vazia, onde o transdutor (aparelho introduzido suavemente na vagina) tem um calibre fino, adequado para o exame e é protegido por um preservativo e um gel lubrificante. O exame capta imagens de todo aparelho reprodutor e faz avaliação dos órgãos genitais internos (útero e ovários), quanto a sua normalidade, identificando eventuais patologias, como miomas e neoplasias ou para detectar uma gravidez. Pode também ser realizado para controle de ovulação em usuárias que desejam engravidar ou que estejam fazendo tratamento de infertilidade. Não pode ser realizado em mulheres virgens.

ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA): Consiste num procedimento não invasivo realizado por via abdominal, região supra púbica, que serve para observar os órgãos no interior da pélvis (útero, ovários e trompas, além das artérias e veias da região), confirmando a anormalidade nos órgãos pélvicos ou identificando a presença de alterações.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades
- Enfermeiros da APS (Supervisão do posicionamento do DIU)

CONTRAINDICAÇÃO:

- Não há, porém, deve ser evitada esta via em mulheres que se considerem virgens.

RECOMENDAÇÕES:

- Nos casos de sangramento uterino anormal, excluir uso irregular de anticoncepcional hormonal e drogas que interfiram na absorção do mesmo
- Nos casos de dor pélvica crônica, excluir as causas infecciosas,
- Menores de 18 anos de idade devem estar acompanhadas de um responsável legal,
- Exame deve ser realizado preferencialmente fora do período menstrual, a não ser que haja solicitação médica para avaliar a cliente nessa fase do ciclo ou que se trate de um caso de urgência,
- Mulheres com sangramento não-menstrual podem fazer esta ultrassonografia se o médico solicitante assim desejar,

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Massa Anexial Neoplasias confirmadas ou suspeitas, Hiperplasia adenomatosa endometrial, Massa, tumoração ou tumefação intra-abdominal e pélvica Sangramento Uterino Anormal (SUA), Sangramento pós-menopausa, Sangramento anormal do útero Endometrioses	D25, E28, N39, N80, N81, N83, N91, N93, N94, N95, N96, N97, N851, R10, R19, Y424, Z305
P1 (amarelo)	Síndrome do ovário policístico (SOP), Insuficiência ovariana primária, outra disfunção	

	ovariana, Transtornos não-inflamatórios do ovário, da trompa de Falópio e do ligamento largo	
P2 (verde)	Amenorreias, Dismenorreias	
	Climatério, Transtornos da menopausa e da Peri menopausa	
	Anormalidades da Estática pélvica, Incontinência Urinária Prolapsos genitais	
	Dispareunia e dor pélvica crônica	
	Abortamento habitual, Infertilidade, Efeitos adversos anticoncepcionais	
	Supervisão do posicionamento do DIU	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	02.05.02.006-2

DESCRIÇÃO: A ultrassonografia de partes moles é um exame de imagem que avalia alterações e lesões em tecidos superficiais, subcutâneos ou musculares.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

INDICAÇÕES:

- Suspeitas de lesões tumorais em regiões superficiais para diagnóstico e acompanhamento, para esclarecer o conteúdo da lesão, se sólida ou cística,
- Nódulo palpável (lipoma, sarcoma, etc.)
- Aumento de volume de partes moles
- Celulite / abscesso/ hematoma

RECOMENDAÇÕES:

- SEMPRE identificar o local na requisição (ex: coxa, panturrilha, região occipital, antebraço) e lateralidade (esquerda ou direita)
- ATENÇÃO: Nos casos de nódulos próximos as articulações solicitar como USG articular.

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada)
- ✓ Exame Físico (compatível com a hipótese diagnóstica),
- ✓ Obrigatório informar peso, altura
- ✓ Resultados de exames complementares relevantes Ultrassonografia prévia (se houver).

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de lesões tumorais	C49, D21, D48, L02, M60,
P1 (amarelo)	Abscessos, traumas, corpo estranho, hematoma	M79, R22, S00, S40, S49, S70, S79, T14, T15, T19,
P2 (verde)	Acompanhamento de lesões	T79, W45, Z03, Z09

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES	02.05.02.006-2

DESCRIÇÃO: Consiste em procedimento não invasivo, que não utiliza radiação ionizante, sendo um importante meio de diagnóstico por imagem na avaliação das alterações das estruturas articulares e da musculatura associada à articulação. Tipos: Ombro, Cotovelo, Punho, Coxa, Femoral, Joelho, Tornozelo, Pé e Mão.

ESTRUTURAS: Descrever lateralidade (direita ou esquerda) grau de limitação de movimentação da articulação acometida.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da atenção primária e especialidades • Fisioterapeutas

RECOMENDAÇÕES:

- Descrever o local de realização do USG.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Artrites	G56, G57, G560, G569,
	Luxação congênita quadril	G579, M00, M01, M02,
	Síndrome do manguito rotador	M03, M05, M150, M16,
	Coalisção do ombro	M17, M19, M190, M199,
	Neuropatia diabética	M23, M232, M238, M239,
	Capsulite adesiva do ombro	M245, M25, M250, M255,
	Malformações congênitas do quadril	M256, M652, M654, M658,
	Tendinite calcificada Idade >70 Idade < 2	M65, M67, M670, M671,
P1 (amarelo)	Bursites	M710, M712, M713, M715,
	Tendinites	M719, M75, M750, M751,
	Cistos sinoviais	M752, M759, M770, M771,
	Síndrome do túnel do carpo	M773, M77, M779, M796,
	Artroses	M797, M704, M705, M707,
	Osteoartroses	M703, M629, Q65, Q653,
	Tenossinovite	Q659
	Epicondilite lateral/medial	
P2 (verde)	Dor, edema, transtornos articulares	
	Mononeuropatias, Polineuropatias	
	Lesões do ombro	
	Entorses e luxações articulares	
	Fraturas	
	Fibromatose da fáscia plantar	
	Rigidez articular	
	Bursopatia	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA	02.05.02.022-4

DESCRIÇÃO: Método diagnóstico não invasivo de fibrose hepática, realizado por meio da medida da velocidade de propagação de ondas ultrassonográficas que atravessam o fígado. Utilizado nas seguintes condições: a) Diagnóstico da fibrose hepática; b) Estadiamento da fibrose hepática; c) Acompanhamento; Indicado para pessoas com diagnóstico de hepatite viral.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião Gastro
- Cirurgião geral
- Cirurgião Pediátrico
- Gastroenterologista
- Hepatologista
- Infectologista

INDICAÇÕES:

- Estadiamento da fibrose em pacientes com doença hepática crônica;
- Indicada a pacientes com suspeita de: Hepatite, Esteatose Hepática, Cirrose, Câncer no fígado, Colangite esclerosante primária, Hemocromatose, Doença de Wilson, esquistossomose;
- Doenças infecciosas silenciosas, que podem causar cirrose, como Hepatites B e C.

RECOMENDAÇÕES:

- Embora a ultrassonografia, a tomografia e a ressonância magnética sejam muito úteis para avaliar possíveis alterações no fígado, há casos em que a confirmação do diagnóstico depende de biopsia. Entre todos, porém, o exame mais importante para diagnóstico da enfermidade é a elastografia transitória, um método semelhante à ultrassonografia, indolor, que mede a elasticidade do tecido hepático e a quantidade de gordura acumulada no fígado.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Diagnóstico da fibrose hepática	B180 B181 B182
P1 (amarelo)	Estadiamento da fibrose hepática	B188 B189
P2 (verde)	Acompanhamento	

ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER

É o método mais integrado e preciso no diagnóstico de diversas patologias vasculares. Pode ser feito nas pernas, braços, pescoço, abdômen, vasos umbilicais e placenta durante a gestação. Analisa as características do fluxo sanguíneo em artérias e veias no diagnóstico de doenças vasculares periféricas e de órgãos abdominais. Disponibiliza informações sobre a velocidade de determinado fluxo, e mostra a direção e a magnitude dessa velocidade. Permite mapear em cores os vasos sanguíneos de uma região anatômica e torna possível a identificação de diminutos vasos que não seriam visualizados pela escala de cinza. A codificação da frequência média do fluxo é traduzida em duas cores dominantes (vermelho para as correntes que se aproximam da sonda e azul para as que se afastam), e as tonalidades diferentes representam velocidades diferentes. Variação nas velocidades, as quais podem ser vistas em áreas de turbulência, pode ser representada por cores mais claras (amarelo e verde), e quanto maior a velocidade, mais clara é a tonalidade da cor. O mapeamento de fluxo a cores analisa o fluxo sanguíneo em duas dimensões e as cores determinam a sua direção dentro das veias e artérias. Permite a investigação detalhada e não invasiva da hemodinâmica corporal, quantitativa e qualitativamente do ponto de vista morfológico (órgão e suas partes) e funcional. Pode ser feito em mulheres grávidas sem nenhum prejuízo ao feto, e não utiliza irradiações.

Para efeito de registro no sistema de informação:

HOSPITALAR: Para efeito de registro no Sistema de Informação Hospitalar, o procedimento pode ter a quantidade máxima de 5 procedimentos realizados em uma AIH. No caso de o usuário necessitar de realizar mais de 5 procedimentos na mesma internação, o gestor pode autorizar o registro de mais de 5 procedimentos.

AMBULATORIAL: No caso do Sistema de Informação Ambulatorial pode informar no BPAI até 5 procedimentos para o mesmo usuário na mesma competência. Estas quantidades de procedimento realizado independem da quantidade de vasos estudados.

RECOMENDAÇÕES:

- O pedido deverá ser único para os segmentos: MSD e MSE
- Solicitações devem ser separadas nos casos de diferenciar o arterial do venoso.

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	02.05.01.004-0

PRÉ-REQUISITOS:

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada: É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença de complicações ou doenças associadas, histórico de AVE/AVC ou AIT, medicações em uso)
- ✓ Exame Físico (compatível com a hipótese diagnóstica: pressão arterial, ausculta cardíaca, ausculta carotídea/cervical, descrição dos pulsos)

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião cardíaco
 - Cirurgião geral
- Neurocirurgião
 - Neurologista
- Otorrinolaringologista
 - Vascular

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Doença carotídea não aterosclerótica (fístula arteriovenosa, dissecção, displasia fibromuscular, tumor de corpo carotídeo, arterite de Takayasu)	E10, E11, E19, E66, E79, E789, G45, G46, G63, I10, I25, I34, I35, I65, I69, I70, I72, I74, I119, R001, R002, R011, R042, R055, R072, R074, R55, R56
	Isquemia cerebral (acidente isquêmico transitório, acidente vascular cerebral)	
	Estenoses e oclusões das carótidas e vertebrais (sintomática)	
	Amaurose Unilateral	
	Massa pulsátil cervical (suspeita de aneurisma, pseudoaneurisma, tumor)	
	Síndrome do roubo da subclávia (suspeita)	
	Alto risco cardiovascular (diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia)	
	Trauma cervical (pseudo-aneurisma, fístula arteriovenosa)	
P1 (amarelo)	Avaliação pós-tratamento (endarterectomia e angioplastias carotídeas)	
	Síndrome Vertiginosa	
	Sopro carotídeo	
P2 (verde)	Tontura inespecífica	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL E ARTÉRIAS ILÍACAS	02.05.01.004-0

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião cardíaco
- Gastroenterologista
- Vascular
- Cirurgião geral

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Doença arterial obstrutiva (dor isquêmica em repouso)	E10, E11, E14, I10, I70, I73, I74, I79
	Doenças não ateroscleróticas (Dissecção aórtica, Doença de Takayasu, Displasia fibromuscular, Fístulas arteriovenosas)	
	Aneurisma, Massa Pulsátil	
	Síndrome do dedo azul (embolia arterial)	
P1 (amarelo)	Claudicação intermitente	
	Síndrome de Leriche	
	Sopro Abdominal ou femoral.	
	Avaliação pós-tratamento cirúrgico ou endovascular (enxerto, endoprótese)	
P2 (verde)	Seguimentos	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	02.05.01.004-0

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Oclusão arterial aguda (trombose ou embolia),	G56, I25, I64, I72, I73, I74, I77, I79, I82, I83, L98, M79, Q27, Z09
	Aneurisma e pseudo-aneurisma	
	Doença arterial obstrutiva (estenose ou oclusão)	
	Trauma com lesão vascular	
	Fistulas arteriovenosas para hemodiálise.	
P1 (amarelo)	Arterite	
	Hemangioma	
	Malformações vasculares	
	Síndrome do desfiladeiro cérvico torácico	
	Parestesia (suspeita de doença vascular)	
P2 (verde)	Seguimentos	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR	02.05.01.004-0

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Trombose venosa profunda	E11, E14, G56, G63, I10, I59, I64, I69, I72, I73, I74, I77, I79, I80, I82, I83, I87, L98, M79, O87, S40, S45, S49, S79, T14, Z09
	Tromboflebite	
	Fístulas arteriovenosas para hemodiálise (mapeamento pré e pós-operatório)	
P1 (amarelo)	Edema de membros superiores	
	Hemangioma	
	Suspeita de compressão extrínseca (síndrome do desfiladeiro)	
	Traumas	
P2 (verde)	Seguimentos	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	02.05.01.004-0

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Exame Físico (compatível com a hipótese diagnóstica: pressão arterial, ausculta cardíaca, descrição dos pulsos, presença de lesões cutâneas, edema, diminuição de temperatura, claudicação intermitente,)

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), se presença de isquemia e lesão trófica	E10, E11, E14, E66, G57, I10, I13, I15, I70, I73, I74, I78, I79, I80, I83, I86, I99, L97, L98 M79, R25, R26, R52, R60
	Aneurisma ou pseudo-aneurisma	
	Oclusão arterial aguda (embolia ou trombose)	
	Pé diabético (diabetes com complicações circulatórias)	
	Trauma no trajeto arterial	
P1 (amarelo)	Claudicação intermitente	
	Tumores e malformações vasculares (hemangioma)	
	Controle pós-tratamento cirúrgico (enxertos, endarterectomia) controle pós-tratamento endovascular (angioplastia com ou sem implante de stent) Ausência de pulso arterial do membro inferior	
P2 (verde)	Diminuição do pulso arterial do membro Inferior	
	Parestesias (suspeita de doença vascular),	
	Sopro ou frêmito no trajeto arterial	
	Síndrome do aprisionamento da artéria poplítea	
	Sopro ou frêmito no trajeto arterial,	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR	02.05.01.004-0

PRÉ-REQUISITOS:

- ✓ Exame Físico (compatível com a hipótese diagnóstica: pressão arterial, ausculta cardíaca, descrição dos pulsos, presença de lesões cutâneas, edema, diminuição de temperatura, claudicação intermitente,)

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Doença venosa crônica com diferentes classes clínicas (CEAP)	A46, D57, G57, G58, G59, G82, I10, I11, I13, I14, I25, I66, I70, I73, I74, I78, I80, I83, I87, I99, O87
	Suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar	
	Trombose venosa profunda	
	Úlcera venosa ativa ou cicatrizada. Flebotrombose da gravidez	
	Tromboflebite	
	Síndrome pós-trombótica	
P1 (amarelo)	Alterações tróficas de pele (hiperpigmentação)	
	Varizes secundárias,	
	Úlcera venosa cicatrizada	
	Mapeamento venoso (revascularização periférica).	
P2 (verde)	Edema dos membros inferiores (suspeita de doença vascular)	
	Avaliação pré-operatória de varizes	
	Avaliação pós-operatória de varizes (varizes recidivadas)	
	Avaliação pós-tratamento de espuma	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS	02.05.01.004-0

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista
- Endocrinologista
- Gastroenterologista
- Nefrologista
- Urologista
- Vascular

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Hipertensão Renovascular,	C64, C74, I15, Q62, Z94
	Tumores renais e supra-renais,	
	Avaliação de transplante renal,	
P1 (amarelo)	Avaliação de recém-nascido com diagnóstico de hidronefrose antenatal	
P2 (verde)	Acompanhamento de transplante renal,	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRRAFIA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	02.05.01.004-0

PRÉ-REQUISITOS:

- ✓ Resultados de exames complementares relevantes laboratoriais (função renal) ultrassonografia, radiografia, (se houver e com data do exame).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INVESTIGAÇÃO	CID
P0 (vermelho)	Neoplasia de testículo	C62, I86, N45, N51, N43
	Varicocele	
	Aumento da bolsa escrotal	
P1 (amarelo)	Orquite Orquialgia crônica Hidrocele	
P2 (verde)	Orquialgia crônica	

EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO POR ESPECIALIDADE
EXAMES EM NEUROLOGIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)	02.11.05.002-4
ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	02.11.05.004-0
ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	02.11.05.003-2

DESCRIÇÃO: Registro da atividade elétrica cerebral em sono espontâneo ou induzido por medicamento, por no mínimo 30 minutos.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Neurocirurgião
- Neuropediatra
- Psiquiatra
- Neurologista

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada)
- ✓ Exame Físico neurológico (compatível com a hipótese diagnóstica),
- ✓ Obrigatório informar peso, altura e circunferência abdominal.
- ✓ Resultados de exames complementares relevantes tomografia ou ressonância com laudo se houver, descrever laudo de exames já realizados com data.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Convulsão (maior menor ou focal), Ausência (todos os tipos) Síncopes ou alteração do nível de consciência	F00, F06, F10, F19, F20, F40, F51, G40, G41, G43, G44, G45, G47, G50, G62, G80, G90, G91, G92, G93, G96, G99, P20, P21, P91, Q02, Q04, R56, S06, T40, T50
P1 (amarelo)	Encefalopatia metabólica, Narcolepsia com cataplexia	
P2 (verde)	Demências, Doença de Alzheimer	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	02.11.05.008-3

DESCRIÇÃO: A eletroneuromiografia, ou eletromiografia, é o método de estudo neurofisiológico usado no diagnóstico e prognóstico das lesões do sistema nervoso periférico. O objetivo do exame é localizar a lesão no sistema nervoso periférico, prover informações sobre a fisiopatologia das lesões, avaliar o grau de comprometimento e o curso temporal da lesão.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Dermatologista
- Fisiatra
- Médico do trabalho
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Ortopedista
- Reumatologista

RECOMENDAÇÕES:

- ✓ A solicitação deve ser sempre bilateral (MMSS, MMII, hemiface D e E), nunca de apenas um segmento como, por exemplo: MID ou MSE,

CONTRAINDICAÇÃO:

- Portadores de marca-passo e/ou cardiopatias de condução
- Usuários portadores de doença grave consumptiva
- Pneumotórax
- Infecção cutânea no local do exame
- Peritonite

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Doenças do corno anterior da medula: ELA (Esclerose lateral amiotrófica) atrofia muscular espinhal e poliomielite aguda, Miopatias / Distrofias musculares, Plexopatias, Lesão do plexo braquial, Lesões plexiais traumáticas, Miopatias inflamatórias, Patologias da função da placa mioneural, Miastenia Gravis, Síndrome miastênica de Lambert-Eaton, Compressão de nervo ulnar, Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do túnel do tarso, Mononeuropatias MS ou MI, Trauma de nervo(s) periférico(s)	A05, A30, A80, B91, G54, G56, G57, G61, G63, G70, G71, G73, M33, M53, M54, S14, S34, S64, S74, S84, S94
P1 (amarelo)	Hanseníase Radiculopatias, Síndrome de Guillain-Barré e variante Polineuropatia periférica Radiculopatias cervicais e lombossacras	
P2 (verde)	Sequelas de poliomielite	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
POLISSONOGRAMIA	02.11.05.010-5

DESCRIÇÃO: É o método diagnóstico mais objetivo para a avaliação do sono e de suas variáveis fisiológicas. Através do registro de três parâmetros mínimos: eletroencefalograma, eletro-oculograma e eletromiograma submentoniano quantifica e qualifica o sono do indivíduo. Registra ronco, fluxo de ar, oxigenação, posição e parâmetros acessórios como o fluxo aéreo nasal, a oximetria, o esforço respiratório, o eletrocardiograma, o eletromiograma tibial anterior, dentre outros, contribuindo para o diagnóstico de doenças relacionadas ao sono. A polissonografia pode ser feita no laboratório do sono em ambiente hospitalar ou em domicílio. No domicílio são utilizados monitores especiais miniaturizados capazes de detectar múltiplas variáveis respiratórias durante uma noite e armazená-la em sua memória. Além de oximetria e frequência de pulso, medem fluxo aéreo por termistor, som respiratório e ronco captados por microfone, posição do corpo, movimentos do corpo e respiratórios e, podem incluir Eletroencefalograma (EEG), Eletro-oculograma, (EOG) e Eletrocardiograma (ECG).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista
- Neurologista
- Pneumologista
- Fisiatra
- Otorrinolaringologista

RECOMENDAÇÕES:

Considerar os seguintes fatores de risco:

- ✓ Sexo masculino,
- ✓ Obesidade,
- ✓ Idade: ≥ 40 anos,
- ✓ Anormalidades craniofaciais (micrognatia, retrognatia, alterações do palato mole, hipertrofia de tonsilas e macroglossia).
- ✓ Descrever o tipo de polissonografia: Tipo 1 - polissonografia basal, o exame é realizado no laboratório do sono com auxílio de técnico treinado para montagem dos eletrodos e sensores; contém o eletroencefalograma; Tipo 2 - Polissonografia realizada em domicílio; Tipo 3 - foco é avaliação de apneia obstrutiva do sono, o que corresponde à principal indicação do exame, não dispõe de EEG, somente sensores respiratórios; Tipo 4 - apresenta 2 canais, sendo um deles a oximetria não invasiva.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Usuários em uso de CPAP com dificuldade de adaptação	F45, F51, F98, G25, G41, G47, J39, J44, N39
P1 (amarelo)	Dissônias (Insônia)	
P2 (verde)	Parassônias	

EXAMES EM OFTALMOLOGIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	02.05.02.008-9
RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	02.11.06.017-8
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	02.11.06.018-6
TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	02.11.06.028-3
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA	02.11.06.026-7
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	02.11.06.003-8

DESCRIÇÃO: Consiste nos exames específicos para diagnóstico e tratamentos em Oftalmologia

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Oftalmologista

INDICAÇÕES:

- Estudo de tumores intraoculares
- Descolamento de retina
- Traumas oculares
- Avaliar patologias de coroide, vítreo e retina
- Pré-operatório de cataratas maduras
- Doenças do nervo óptico e da órbita
- Olho indevassável (opacidade de meios)
- Altas ametropias

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada referente à patologia ocular).
- ✓ Exame Físico (compatível com a hipótese diagnóstica exame oftalmológico completo).
- ✓ Obrigatório informar peso, altura
- ✓ Resultados de exames complementares relevantes se houver com data do exame

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Trauma ocular, tumores, descolamento de retina, infecções oculares graves, uveítes, avaliar patologias de coroide, vítreo e retina	C69, D31, H00, H01, H02, H03, H04, H05, H06,
	Pré-operatório de cirurgias, transplante de córnea, ceratocone/ectasias de córnea em menores de 30 anos	H10, H11, H13, H15, H16, H17, H18, H19, H20,
	Patologias retinianas antes de laserterapia, Glaucoma, Doenças neurológicas de vias ópticas e tumores com compressão de vias ópticas	H21, H22, H25, H26, H27, H28, H30, H31, H32,
	Retinopatia diabética	H33, H34, H35,
P1 (amarelo)	Pré-operatório de catarata madura, neurites, doenças do nervo óptico e da órbita	H36, H40, H42, H43, H44, H45,
	Lesão de coroide	H46, H47, H48,
	Doenças neuro-oftalmológicas	H49, H50, H51,
	Distrofias e degenerações corneanas, controle de ceratocone/ectasias de córnea em maiores de 30 anos	H52, H53, H54, H55, H57, H58, H59, S05

	Controle campimétrico do glaucoma, Doenças de mácula, Doenças retinianas, Diabéticos, hipertensos, Hemoglobinopatias, Alto míope	
P2 (verde)	Altas ametropias	
	Cicatriz coriorretiniana, Doença da mácula, Distrofia retiniana	
	DMRI seca, Glaucoma primário de ângulo aberto	
	Altos astigmatismos, controle de pós-operatório de transplante de córnea	
	Demais caso	

EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada)
- ✓ Exame Físico (exame audiológico só pode ser realizado quando o ouvido estiver livre de excesso de cerume /rolha)
- ✓ Resultados de exames complementares relevantes (inclusive audiometrias anteriores e outros exames audiológicos)

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA / ÓSSEA)	02.11.07.004-1
IMITANCIOMETRIA	02.11.07.020-3

DESCRIÇÃO: Audiometria tonal limiar (via aérea / óssea): Consiste na realização de audiometria tonal por via aérea e por via óssea.

Imitanciometria: consiste em timpanometria, complacência estática, medida do reflexo estapedio e pesquisa do recrutamento de Metz.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Fonoaudióloga
- Otorrinolaringologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Meningite ou traumatismo crânio encefálico,	A87, C72, F80, F82, F83, F84, F90, F93, F98, G00, H60, H61, H62, H65, H66, H67, H68, H69, H70, H71, H72, H73, H74, H75, H80, H81, H82, H83, H90, H91, H92, H93, H94, H95, J31, R42, S06
	Surdez súbita	
	Suspeita de neuropatia auditiva	
	Detecção de tumores do nervo acústico	
	OCI Avaliação Inicial Diagnóstica de Déficit Auditivo	
P1 (amarelo)	Pacientes com encaminhamento para cirurgia otológica	
	Alterações de orelha média	
	Diagnóstico diferencial de doenças otológicas	
	Monitoramento auditivo de pacientes em tratamento otológico	
P2 (verde)	Identificação do limiar de audibilidade	
	Diagnóstico do tipo de perda auditiva	
	Determinação e monitoramentos dos limiares auditivos de indivíduos expostos a níveis de pressão sonora elevados (PAINPSE), ou expostos a agentes ototóxicos	
	Síndromes craniofaciais, malformações de orelha externa e média	
	Zumbido, plenitude auricular, sensação de ouvido tampado, tontura, vertigem	
	Dificuldades para ouvir, perda auditiva e/ou zumbido unilateral	
	Perda auditiva decorrente do envelhecimento	
	Perda auditiva de origem genética, metabólica, vascular	
	Baixa discriminação vocal (o paciente "escuta, mas não entende")	
	Dificuldade de comunicação em ambiente ruidoso, desconforto para sons intensos	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	02.11.07.026-2
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	02.11.05.011-3

DESCRIÇÃO: Teste neurológico do sistema nervoso que avalia funcionalmente os feixes/vias nervosas do sistema nervoso central e periférico registrando os potenciais evocados auditivos de curta, media e/ou longa latência.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Fonoaudiólogo
- Neurologista
- Otorrinolaringologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Quadros de meningite ou traumatismo crânio encefálico, perdas auditivas súbitas	A05, A87, C72, F80, G00, G46, G93, H60, H61, H62, H65, H66, H67, H68, H69, H70, H71, H72, H73, H74, H75, H80, H81, H82, H83, H90, H91, H92, H93, H94, H95, P35, P37, S06
	Deteção de tumores do nervo acústico,	
	Triagem auditiva neonatal universal (TANU)	
	OCI progressão da avaliação diagnóstica de déficit auditivo	
P1 (amarelo)	Lesões do tronco encefálico, perdas auditivas sensório-neurais assimétricas	
P2 (verde)	Identificação de limiar eletrofisiológico em pacientes com transtornos psiquiátricos ou neurológicos e outros (de difícil avaliação audiológica)	
	Diagnóstico do tipo de deficiência auditiva	
	Mensuração objetiva da audição em adultos para fins diagnósticos e legais (simulação e dissimulação)	
	Confirmação e monitoramento nos limiares de audiometria das perdas induzidas por níveis de pressão sonora elevados (PAINPSE)	
	Queixa de zumbidos	
	Esclerose em placa, leucodistrofias, Alzheimer e tumores intracranianos da fossa posterior, doença degenerativa e vascular	
	Diagnóstico diferencial de doenças otológicas	
	Baixa discriminação vocal (o paciente "escuta, mas não entende")	
	Avaliação e/ou monitoramentos do sistema auditivo de indivíduos expostos a substâncias ototóxicas e/ou neurotóxicas	
	Identificação de neuropatia auditiva	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLÓGICOS	02.11.07.035-1

DESCRIÇÃO: Consiste em testes vestibulares/otoneurológicos com vectonistagmografia, vectoeletronistagmografia, eletromiotagmografia, provas labirínticas calórica com ou sem registro eletronistagmografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Neurologista
- Otorrinolaringologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Tumores	C30, D38, G43, H74, H81, H83, H90, H93, R26, R42
P1 (amarelo)	Síndromes de tronco encefálico e cerebelo, cinetoses, Perda do equilíbrio, Queixas recorrentes de tontura, vertigem	
	Ototoxicidade (Faz uso de medicamentos ototóxicos)	
	Síndrome neurológicas de fossa posterior (Alterações no cerebelo)	
	Enxaqueca associada a sinais e sintomas, Desequilíbrio	
P2 (verde)	Outras causas em investigação sem sintomas recorrentes	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
VIDEOLARINGOSCOPIA/NASOFIBROLARINGOSCOPIA	02.09.04.004-1

DESCRIÇÃO: Consiste no exame da porção mais alta das vias aéreas (nariz, laringe, e faringe) por meio de um aparelho endoscópico chamado laringoscópio de tubo fino e flexível com fibras óticas, que é introduzido através do nariz (nasolaringoscopia) portando em sua extremidade uma incâmera que permite visualizar, por via direta ou através de um monitor de vídeo, o interior das vias aéreas superiores e gravar as imagens correspondentes, caso necessário. Permite a visualização desde a região supra-glótica, glótica (pregas vocais), subglótica e até de parte da traqueia. Pode ser realizada concomitantemente à microscopia. Tem a finalidade de retirada de corpo estranho, exérese de pólipos, nódulo ou papiloma. E ainda para realização de biopsia ou dilatação de estenoses. A videolaringoscopia também pode ser realizada sem outras intervenções concomitantes, independente da tecnologia utilizada. Os procedimentos que forem realizados concomitantemente não estão incluídos no valor da videolaringoscopia, podendo ser adicionalmente apresentados para faturamento.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Otorrinolaringologista

CONTRAINDICAÇÃO:

- Discrasias sanguíneas

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Tumores de faringe ou laringe	C011, C032, C04, C05, C06, C11, C32, C77, D10, D38, G47, J01, J02, J03, J04, J30, J31, J32, J33, J34, J35, J36, J37, J38, J39, J955, K21, Q31, Q35, R04, R06, R13, R49, R51
	Estenose subglótica congênita ou adquirida,	
	Estridor	
	OCI avaliação diagnostica de nasofaringe e de orofaringe	
P1 (amarelo)	Granuloma de pregas vocais, Pólipos, cistos e outras patologias das pregas vocais	
	Obstrução nasal (transtornos do nariz e dos seios paranasais)	
	Epistaxe de repetição	
	Anomalias congênitas de laringe,	
	Apneia do sono e roncos	
	Refluxo gastroesofágico	
P2 (verde)	Avaliação pré-operatória	
	Acompanhamento de patologias faríngeas e laríngeas	
	Cefaleia crônica	
	Doenças do trato respiratório	

EXAMES EM CARDIOLOGIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	02.11.02.005-2

DESCRIÇÃO: Consiste no exame que mede a pressão arterial a cada 20 minutos, durante 24 horas, para a obtenção do registro da pressão arterial durante a vigília e o sono, como também durante eventuais sintomas como tontura, dor no peito e desmaio, além disso, possibilita a avaliação da eficácia do tratamento anti-hipertensivo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

CONTRAINDICAÇÃO:

- Quando não é possível ajustar a braçadeira ao braço do usuário,
- Quando o usuário apresenta valores muito elevados de pressão máxima, arritmias cardíacas ou parkinsonismo.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	> 70 anos e < 18 anos	E66, G44, G90, I10, I15, I47, L10, O14, O16, R00, R03, R030, R06, R42, R55
	Palpitações, taquicárdicas, cefaleia suboccipital, lipotimia, Dispneia paroxística noturna, baixo débito ou síncope	
	Gestantes em qualquer idade gestacional,	
	Suspeita de HAS em crianças < 12 anos	
	Avaliação da eficácia da terapêutica anti-hipertensiva	
	Pacientes hipertensos com 2 ou + comorbidades	
P1 (amarelo)	60 A 70 anos	
	Palpitações taquicárdicas, cefaleia suboccipital, lipotimia, dispneia paroxística noturna, baixo débito ou síncope,	
	Disfunção autonômica	
	Pacientes com obesidade grau III ou IV PO cirurgia bariátrica	
P2 (verde)	< 60 anos e >18 anos	
	Paciente com suspeita de HAS do avental branco ou mascarada	
	Variações abruptas da PA Mulheres em período de menopausa	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 canais)	02.11.02.004-4

DESCRIÇÃO: Consiste no exame que registra a atividade elétrica do coração e suas variações durante as 24 horas do dia por meio de um monitor portátil. São usados de três a oito eletrodos, conforme o modelo do aparelho, aderidos ao corpo em posições determinadas pelo fabricante do aparelho e seguindo protocolos que possam ser reproduzidos em outros serviços para comparação dos resultados em exames futuros.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada)
- ✓ Exame Físico (compatível com a hipótese diagnóstica),
- ✓ Obrigatório informar peso, altura
- ✓ Resultados de exames complementares relevantes como eletrocardiograma (ECG) com laudo.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	> 70 anos e < 18 anos	I20, I21, I25, I251, I42, I45, I456, I46, I48, I49, R00, R42, R55, Z450, Z950
	Palpitações, tontura, Pré-Síncope,	
	Síncope, sintomas de baixo débito cardíaco	
	Miocardiopatias hipertrófica, chagásica, isquêmica ou idiopática, na displasia arritmogênica	
	Na displasia arritmogênica (DAVD),	
	Pacientes pós, IAM com disfunção ventricular (fração de ejeção < 50%),	
	Síndrome do QT Longo ou QT curto,	
	Pacientes recuperados de PCR	
	Arritmias documentadas (PR curto, PR longo, Sd. de WPW)	
	Fibrilação atrial, extrassístoles),	
P1 (amarelo)	Bradiarritmias sintomáticas ou não	
	Avaliação de procedimento invasivo para tratamento de arritmia (estudo eletrofisiológico e/ou ablação por cateter)	
	60 A 70 anos	
	Avaliação e seguimento periódico em portadores de marcapasso	
P2 (verde)	Antiarrítmica ou anti-isquêmica,	
	Palpitações, tontura, Pré-Síncope,	
	< 60 anos e >18 anos	
	Antiarrítmica ou anti-isquêmica,	
	Palpitações, tontura, Pré-Síncope	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	02.11.02.006-0

DESCRIÇÃO: Consiste no exame complementar para diagnóstico de doenças cardiovasculares, além de ser essencial para pessoas aparentemente saudáveis como prevenção, ou para aquelas com cansaço excessivo ou dores no peito. Também é indicado para a investigação da circulação sanguínea coronariana, principalmente em pessoas que tenham histórico familiar de doenças cardiovasculares. O teste é contraindicado para pacientes com pericardites e miocardites agudas, embolia pulmonar, arritmias não controladas, estenose aórtica grave, limitações físicas e gestantes.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular

CONTRAINDICAÇÃO:

- Pacientes com pericardites e miocardites agudas, embolia pulmonar, arritmias não controladas, estenose aórtica grave, limitações físicas e gestantes.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Avaliação de isquemia miocárdica (documentada ou suspeita)	I10, I20, I21, I22, I25, I44.2, I45.6, I47.2, I49, I49.5, I50.0, I51.6, R07.2, R55, Z95
	Arritmias (arritmias ventriculares, Sd. Wolff, Parkinson-White, P-R curto)	
	Incompetência cronotrópica	
	Síncope de origem cardíaca	
P1 (amarelo)	Investigação da DAC em indivíduos hipertensos com mais de 1 fator de risco	
	Na ICC para avaliar presença de isquemia	
	Estratificação de risco em portadores de doença cardiovascular	
	Avaliação da resposta cronotrópica no BAVT congênito	
P2 (verde)	Ajuste eletrônico de marca-passo e afins	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	02.05.01.002-4

DESCRIÇÃO: Consiste no procedimento não invasivo e altamente preciso onde é realizada avaliação das estruturas e do funcionamento do coração por meio de ultrassom. As imagens são obtidas por meio de um transdutor presente na extremidade da sonda introduzida no esôfago do paciente, possibilitando uma melhor imagem de certas estruturas cardíacas, como por exemplo, o apêndice atrial esquerdo, o septo interatrial e as veias pulmonares, além do que já é identificado pelo ecocardiograma transtorácico. A ecocardiografia apresenta imagens estáticas e em movimento do músculo e das valvas cardíacas e através do mapeamento de fluxos em cores pela técnica doppler, identifica a direção e velocidade do fluxo sanguíneo no interior das cavidades cardíacas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista
- Neurologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Endocardite bacteriana (quando o eco torácico não definiu o diagnóstico), prótese valvar ou valvulopatia grave com sintomas classe funcional >2 (moderados ou grandes esforços ou em repouso) em caso de dúvida ao eco transtorácico	I05, I07, I08, I33, I42, I48, I51, I52, Q20, Q21, R01, Z01
P1 (amarelo)	Paciente em fibrilação atrial ou flutter já anticoagulado para programação de cardioversão, doença congênita não esclarecida ao eco torácico, pesquisa de fonte emboligênica	
P2 (verde)	Suspeita de FOP/CIA sem repercussão hemodinâmica.	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	02.05.01.003-2

DESCRIÇÃO: Consiste no procedimento não invasivo e altamente preciso onde é realizada avaliação das estruturas e do funcionamento do coração por meio de ultrassom. o transdutor (sonda) é colocado sobre o tórax do paciente e é capaz de detectar sopros cardíacos, identificar causas de palpitação, síncope, falta de ar, dor torácica ou doenças do músculo cardíaco (infarto do miocárdio, miocardiopatias), insuficiência cardíaca, valvulopatias, anomalias congênitas, entre outras. a ecocardiografia apresenta imagens estáticas e em movimento do músculo e das valvas cardíacas e através do mapeamento de fluxos em cores pela técnica doppler, identifica a direção e velocidade do fluxo sanguíneo no interior das cavidades cardíacas. o doppler pode ser pulsado, contínuo e colorido.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Miocardiopatias (avaliação da função ventricular esquerda)	I05, I06, I07, I08, I09, I10, I15, I20, I23, I24, I27, I28, I30, I31, I32, I42, I49, I51, I63, I73, I74, I79, I82, J84, Q20, Q22, Q23, Q26, R07, R55, R92, Z94
	Avaliação de doenças pericárdicas	
	Avaliação de trombos intracardíacos, trombose sistêmica ou tumores	
	Valvopatias com sopros cardíacos e próteses valvares	
	Monitorização da função miocárdica durante quimioterapia	
	Arritmias ventriculares documentadas	
P1 (amarelo)	Síncope	
	Hipertensão pulmonar, tromboembolismo e pneumopatias crônicas	
	Doenças vasculares (aorta e grandes vasos da base)	
	Avaliação de dor torácica de caráter anginoso	
	Acompanhamento pós-transplante cardíaco (4ª, 8ª, 12ª, 16ª semanas pós-transplante e 100ª semana)	
P2 (verde)	Cardiopatias congênitas (anomalias valvares / retorno venoso / ventrículos, DAVP, CMPH), operadas ou não	
	Hipertensão arterial (sem lesões de órgãos alvo, assintomático),	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA PEDIÁTRICA	02.05.01.003-2

DESCRIÇÃO: Consiste no procedimento não invasivo e altamente preciso onde é realizada avaliação das estruturas e do funcionamento do coração por meio de ultrassom. o transdutor (sonda) é colocado sobre o tórax do paciente e é capaz de detectar sopros cardíacos, identificar causas de palpitação, síncope, falta de ar, dor torácica ou doenças do músculo cardíaco (infarto do miocárdio, miocardiopatias), insuficiência cardíaca, valvulopatias, anomalias congênitas, entre outras. A ecocardiografia apresenta imagens estáticas e em movimento do músculo e das valvas cardíacas e através do mapeamento de fluxos em cores pela técnica doppler, identifica a direção e velocidade do fluxo sanguíneo no interior das cavidades cardíacas. O doppler pode ser pulsado, contínuo e colorido

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Anestesista
- Cardiologistas
- Cirurgião cardiovascular
- Médico da APS
- Pediatra

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Lesão valvar moderada a importante, cardiopatias congênicas sintomáticas.	I05, I07, I08, I09, I42, I51, Q20, Q21, Z01
P1 (amarelo)	Disfunção ventricular esquerda de qualquer etiologia.	
	Lesão valvar sem mudança funcional ou ao exame clínico.	
P2 (verde)	Cardiopatias congênicas assintomáticas.	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	02.05.01.001-6

DESCRIÇÃO: Consiste no ecocardiograma que é feito como parte do teste de esforço, durante o qual, o paciente se exercita ou lhe é administrado um medicamento para obrigar que o coração bata mais forte e rápido, já que alguns problemas cardíacos, como doença na artéria coronária, são mais facilmente diagnosticados quando o coração está batendo mais forte e rápido. É um procedimento não invasivo e altamente preciso onde é realizada avaliação das estruturas e do funcionamento do coração por meio de ultrassom.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista

CONTRAINDICAÇÃO:

- Pacientes com hipertensão arterial descontrolada, arritmia ventricular ou que já apresentaram reações adversas ao uso da medicação
- O exame com dipiridamol está contraindicado para pacientes com história de asma ou chiado no peito ou que já apresentaram reações adversas ao uso da medicação (aqueles que fazem uso de medicamentos chamados xantinas, aminofilina).

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Avaliação de isquemia miocárdica em indivíduos sintomáticos	I20, I21, I22, I23, I24, I25, I34, I35, I42, I44, I50, I51, I70, R06, R94, Z01, Z95
	Avaliação de isquemia miocárdica em assintomáticos com TE duvidoso	
	Avaliação de isquemia miocárdica em indivíduos com bloqueio de ramo E ou alterações que impeçam uma adequada análise eletrocardiográfica de isquemia (alterações ST-T repouso, digital, HVE)	
	Diagnóstico de isquemia miocárdica em pacientes selecionados com probabilidade pré-teste de grau intermediário ou alto para DAC	
	Avaliação pré-operatória de cirurgia não cardíaca de pacientes com DAC que não podem exercitar-se.	
P1 (amarelo)	Avaliação do significado funcional de lesões coronárias no planejamento de angioplastia transluminal percutânea ou cirurgia de revascularização	
	Avaliação de viabilidade miocárdica (miocárdio hibernado) para planejamento de revascularização	
	Avaliação de reestenose após revascularização em pacientes com recorrência de sintomas típicos.	
P2 (verde)	Não se aplica	

EXAMES EM PNEUMOLOGIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	02.11.08.005-5

DESCRIÇÃO: Consiste na prova da função pulmonar que permite o diagnóstico e a quantificação dos distúrbios ventilatórios, avaliando se a quantidade de ar inspirado é suficiente para os indivíduos ou se há alguma obstrução a passagem do ar, como a presença de um corpo estranho, diminuição do tamanho dos brônquios por reação alérgica como ocorre no caso da asma ou por secreções no local. O indivíduo sopra o ar para dentro do espirômetro com a maior força possível, após usa um medicamento broncodilatador e realiza novamente o sopro no aparelho, e um computador registra todos os dados obtidos para análise, se há um aumento da quantidade de ar inspirado após o uso do medicamento.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Alergista
- Endocrinologista
- Fisioterapeuta
- Médico da APS
- Médico do Trabalho
- Pneumologista

CONTRAINDICAÇÃO:

- Hemoptise de causa desconhecida
- Pneumotórax
- Instabilidade cardiocirculatória, infarto do miocárdio recente, ou tromboembolismo pulmonar
- Aneurismas cerebral, torácico ou abdominal
- Cirurgia ocular recente
- Náusea, ou vômitos
- Cirurgia torácica ou abdominal recentes
- Qualquer outra situação que limite a adequada técnica do exame (por exemplo, pertuito de traqueostomia em que não haja oclusão adequada, diminuição do nível do sensorio, incapacidade para permanecer sentado).

RECOMENDAÇÕES:

- Os médicos devem conhecer quanto a indicação correta do exame de Espirometria com Teste Pós-broncodilatador. Não serão aceitas solicitações de exames de Espirometria sem teste pós broncodilatador (salvo se contraindicação por escrito ao uso de BD),
- Espirometria para crianças: observar sempre se a criança tem capacidade de compreensão para executar corretamente a técnica exigida para o exame (< de 6 anos devem ser evitadas, devido às dificuldades técnicas na realização do exame pela criança).

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada)
- ✓ Exame Físico (compatível com a hipótese diagnóstica)
- ✓ Obrigatório informar peso, altura
- ✓ Resultados de exames complementares relevantes raio x de tórax (se houver).
- ✓ Todas os exames de Espirometria sempre devem ser solicitados com teste pré e pós-broncodilatador.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pacientes com sibilância ou aperto no peito recorrente	E66, J40, J41, J42, J43, J44, J45, J47, J84, J98, M32, R05, R06, Z02, Z03, Z71, Z72
P1 (amarelo)	Avaliação do risco cirúrgico (cirurgias sob anestesia geral, abdominal alta, abdominal baixa de longa duração, cardíaca, torácica, mistas, de grande porte ou sempre que haja doença pulmonar, especialmente obstrutivas)	
	Monitorização de tratamento de doença pulmonar.	
	Investigação de diagnóstico de DPOC	
	Para confirmar o diagnóstico diferencial de asma	
P2 (verde)	Acompanhamento anual de DPOC	
	Rastreio de DPOC em tabagistas com mais de 40 anos de idade,	
	Avaliação da resposta ao uso do broncodilatador	
	Avaliação de desempenho físico dos atletas	
	Perícia Médica pneumológica, avaliação de incapacidade pulmonar	
	Acompanhamento de doenças intersticiais difusas crônicas (enfisema pulmonar, bronquiectasias, etc.)	
	Anormalidades extrapulmonares (cifoesciose, pectus excavatum, doenças neuromusculares, obesidade, insuficiência cardíaca)	
	Sequela de doença infecciosa ou parasitária	
	Síndrome de Löffler	
	Tosse crônica	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	02.09.04.001-7

DESCRIÇÃO: Consiste na introdução pelo nariz de um tubo (broncoscópio) que atinge a árvore brônquica e que leva, na sua extremidade, uma câmera de luz fria que permite visualizar o interior da traqueia e dos brônquios e parte dos pulmões, bem como dispositivos para retirar amostras de tecidos para biópsias e secreções para exames. Por meio do broncoscópio é possível a realização de alguns procedimentos terapêuticos. A broncoscopia é uma endoscopia da árvore brônquica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião pediátrico
- Oncologista
- Pneumologista
- Cirurgião Torácico

RECOMENDAÇÕES:

- A broncoscopia na tuberculose pulmonar está indicada quando o diagnóstico não for possível através do exame de escarro.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Tumores de pulmão, mediastino ou esôfago (diagnóstico e estadiamento), Citologia anormal / atípica no exame de escarro	A15, A16, C34, D46, G80, J15, J18, J84, J90, J93, J98, Q32, R09, Z03
P1 (amarelo)	Suspeita de doenças pulmonares intersticiais (sarcoidose, linfangite carcinomatosa, pneumonia eosinofílica, proteinose alveolar, pneumonia de hipersensibilidade).	
	Infecção respiratória incluindo a suspeita de tuberculose	
	Paralisia diafragmática.	
P2 (verde)	Não se aplica	

EXAMES EM GASTRO/PROCTOLOGIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
COLONOSCOPIA	02.09.01.002-9

DESCRIÇÃO: Consiste no exame endoscópico destinado a examinar o colón. Permite também realizar várias intervenções terapêuticas: Obtenção de fragmentos de tecidos para análise (biopsia), extração ou exérese de pólipos, destruição de dilatação vascular, dilatação de estenoses, entre outras.

EXAME EM AMBIENTE HOSPITALAR:

- ✓ IMC >35
- ✓ Comorbidades prévias (doenças cardíacas ou pulmonares graves)
- ✓ Idade >65 anos
- ✓ Indivíduos que apresentam risco elevado de perfuração intestinal, histórico de cirurgias complexas ou obstruções intestinais.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES*

- Cirurgia Geral
- Gastroenterologista
- Geriatria
- Hematologista
- Oncologista
- Proctologista

*** Os Médicos de ESF somente podem solicitar o exame de EDA nos casos de Alta Suspeição Oncológica**

CONTRAINDICAÇÃO:

Absolutas:

- Suspeita clínica ou radiológica de abdome agudo perfurativo, ou de diverticulite aguda,
- Megacólon tóxico
- Cirurgia de alça intestinais recente

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Alta suspeita de câncer colorretal, Sangramento gastrointestinal baixo recorrente	D50, K50, K51, K55, K57, K58, K59, K62, K63, K92, R10, R19, Z12
P1 (amarelo)	Sangramento gastrointestinal esporádico, doença inflamatória intestinal, baixa suspeita de câncer colorretal, sintomático.	
P2 (verde)	Sangramento gastrointestinal pouco significativo, doença inflamatória intestinal controlada e acompanhada, baixa suspeita de câncer colorretal, assintomático	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA)	02.09.01.003-7

DESCRIÇÃO: Consiste na avaliação endoscópica preferencialmente dos três segmentos (esôfago, gástrico, duodeno), podendo ser utilizada para exame de um ou mais segmentos. permite também realizar várias intervenções diagnósticas e terapêuticas.

EXAME EM AMBIENTE HOSPITALAR:

- ✓ IMC >35
- ✓ Idade >65 anos
- ✓ Comorbidades prévias (doenças cardíacas ou pulmonares graves)

PROFISSIONAIS SOLICITANTES*

- Cirurgia Geral
 - Endocrinologista
 - Gastroenterologista
- Geriatria
 - Hematologista
- Oncologista
 - Proctologista

*** Os Médicos de ESF somente podem solicitar o exame de EDA nos casos de Alta Suspeição Oncológica**

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Tumores/metástases	C16, C78, D46, D50, D63, G44, I85, K21, K25, K26, K30, K44, K68, K70, K74, K92, Q40, R05, R07, R11, R13, R23, R42
	Esofagite e nos casos de complicações do refluxo gastroesofágico (úlceras, estenose péptica e esôfago de Barrett),	
	Varizes esofagianas	
P1 (amarelo)	Cirrose hepática agudizada	
	hérnia de hiato (para intervenção cirúrgica)	
	Doença de Refluxo Gastroesofágico (DRGE) com endoscopia prévia	
P2 (verde)	Investigação de anemia ferropriva	
	Hérnia de hiato (para diagnóstico e acompanhamento),	
	Cirrose hepática crônica (controle), Disfagia, esofagite de refluxo, Dispepsia, Odinofagia	

EXAMES EM UROLOGIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
BIÓPSIA DE PRÓSTATA	02.01.01.041-0

DESCRIÇÃO: Consiste na remoção de pequenos fragmentos de tecido do organismo vivo no qual é colhida, por meio de uma agulha longa apropriada e guia descartável para biópsia, uma amostra da glândula para posterior estudo em laboratório.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Urologista

RECOMENDAÇÕES:

- Recomenda-se não realizar mais que três re-biópsia (quarta biópsia consecutiva), salvo situações especiais.

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Resultados de exames complementares relevantes Ultrassom TRANSRETAL com nódulos hipoecóicos suspeitos, Relação PSA Livre / Total 4 (acima de 60 anos) e 2,5 (menor ou igual a 60 anos), RNM de pelve com PIRADS maior ou igual a 3 em próstata suspeito para neoplasia

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de câncer de próstata avançado com retenção urinária, hematúria ou lesão óssea suspeita de metástase, PSA > 100	C61, D40, Z12
P1 (amarelo)	Suspeita de câncer de próstata por alteração detectada ao toque retal, exame de imagem ou aumento de PSA.	
P2 (verde)	Não se aplica	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ESTUDO URODINAMICO COMPLETA	02.11.09.001-8

DESCRIÇÃO: Consiste no registro de alterações relacionadas ao armazenamento e eliminação da urina, é um exame que tem como objetivo demonstrar a função do trato urinário inferior, mais especificamente evidência se a bexiga consegue cumprir sua função: armazenar urina sob baixa pressão e proporcionar adequado esvaziamento (micção normal).

Observação: na solicitação deverá constar qual parte do procedimento ou se o estudo deve ser realizado na íntegra.

Consiste em:

1. Uro-Fluxometria (é a medida do fluxo urinário (volume de urina que passa pela uretra em uma unidade de tempo) em ml/s).
2. Cistometria que relaciona a pressão-volume durante o enchimento vesical.
3. Estudos Miccionais De Fluxo E Pressão. (durante a micção, pressão intravesical e fluxo urinário são mensurados continuamente).
4. Estudos De Pressão Uretral (mostra o perfil de pressão uretral e avalia a pressão ao longo da uretra, assim como avalia a pressão de fechamento uretral ao longo do trajeto compreendido entre o colo vesical e o meato uretral externo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião Pediátrico
- Neurologista
- Uroginecologista
- Nefrologista
- Oncologista
- Urologista

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Resultados de exames complementares relevantes laboratoriais Urina tipo 1(EAS) e Urocultura com antibiograma (com data do exame).

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pacientes prostático com insuficiência renal, Sequelados de AVC e TRM com insuficiência renal (creatinina > ou = 1,5 Mg/dl)	N13, N17, N31, N35, N39, N40, N41, N42, N81,
P1 (amarelo)	Estenose, incontinência urinária	N90, Q63, R30,
P2 (verde)	Demais casos	R32, R33, R39

EXAMES EM GINECOLOGIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	02.11.04.004-5

DESCRIÇÃO: A histeroscopia diagnóstica é o exame realizado para observar a cavidade uterina e o canal cervical. Pode ser realizada em ambulatório sem o uso da anestesia e sem exigir internação.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Ginecologista
- Médico da APS

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Resultados de exames complementares relevantes, ultrassonografia transvaginal.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de neoplasia maligna	C54, D25, H68, N84, N85, N96, N97, O05, Z97
	Espessamento endometrial	
	Sangramento pós menopausa	
	Mola hidatiforme	
P1 (amarelo)	Pólipos	
	Miomatose/mioma	
	Sinéquias	
	Mal formação uterina	
	Infertilidade	
P2 (verde)	Abortamento de repetição	
	Remoção de DIU intracavitário uterino	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
COLPOSCOPIA	02.11.04.002-9
BIOPSIA DO COLO UTERINO	02.01.01.066-6

DESCRIÇÃO: Consiste no procedimento destinado à análise do colo do útero e dos tecidos da vagina e da vulva, além de avaliar a região anal e perianal. O exame é realizado utilizando-se o colposcópio que por meio de lentes de aumento visa diagnosticar lesões benignas, pré-malignas ou malignas, assim como doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o vírus HPV.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da atenção primária e especialidade

RECOMENDAÇÕES:

- Realizar a biopsia dirigida nas alterações suspeitas ou patológicas, de forma a obter o diagnóstico e propor um tratamento adequado
- ATENÇÃO: Encaminhar para ambulatório de oncoginecologia: Adenocarcinoma in situ, Neoplasia invasora

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão	A63, N87, N90
	Lesão intraepitelial de alto grau,	
P1 (amarelo)	Lesões vaginais de qualquer natureza,	
	ASC-H, Células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau,	
	AGC, Células glandulares atípicas,	
	Lesões vulvares acrômicas ou hiperacrômicas, pruriginosas e com progressão de tamanho,	
	Mulheres imunossuprimidas com resultado colpocitológico evidenciando qualquer tipo de alteração precursora	
P2 (verde)	Pólipos endocervicais (Não Endometriais)	
	Condilomas genitais, em caso de falha de tratamento na atenção primária (após 4 aplicações semanais de ácido tricloroacético 90%) ou lesões extensas com indicação cirúrgica	
	Lesão intraepitelial de baixo grau-2 laudos positivos consecutivos em intervalo mínimo de 6 meses.	
	ASC-US, Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásico: <30 anos, 2 laudos positivos consecutivos em intervalo mínimo de 12 meses >30 anos, 2 laudos positivos consecutivos em intervalo mínimo de 6 meses	

EXAMES EM OBSTETRÍCIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	02.05.02.014-3

DESCRIÇÃO: Permite o diagnóstico de gravidez, da viabilidade da gravidez, a determinação da idade gestacional e do tamanho do feto, assim como o diagnóstico de malformações fetais. Auxiliar o acompanhamento do crescimento do feto, o planejamento dos exames pré-natais e a previsão da data do parto. Nele são realizadas medidas do bebê, avaliação dos órgãos internos do feto, da placenta e da quantidade de líquido amniótico. Incluindo as gestações múltiplas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Enfermeiro*
- Ginecologista
- Médico da APS

*(nos casos previstos em Protocolo)

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INVESTIGAÇÃO	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	1º TRIMESTRE GESTACIONAL: Determinação da idade gestacional, detectar precocemente gestações múltiplas e malformações fetais	B25, B58, N96, O01, O14, O16, O20, O24, O26, O30, O34, O36, O40, O41, O42, O44, O69, O98, P05, Z34, Z35
	Oligoidrâmnio e polidrâmnio	
	Acretismo placentário	
	Mola hidatiforme	
	Ausência de BCF, Sofrimento fetal	
	Idade materna ≤ 14 anos e ≥ 38 anos	
	Placenta prévia com hemorragia	
	DHEG (pré-eclampsia)	
P1 (amarelo)	3º TRIMESTRE GESTACIONAL: Avaliação do crescimento fetal, do líquido amniótico e localização da placenta, Presença de circular de cordão, Crescimento intrauterino retardado (CIUR)	
	Seguimento das complicações tardias das "STORCH" (Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes)	
	Gestante com obesidade grau 3	
	Suspeita de Placenta Prévia	
	Lúpus eritematoso sistêmico	
	Macrossomia fetal	
	Diabetes gestacional	
	Seguimento das síndromes hemorrágicas da gestação	
P2 (verde)	2º TRIMESTRE GESTACIONAL: avaliação do crescimento fetal, do líquido amniótico e localização da placenta	
	Erro provável de data do parto	
	História de parto prematuro anterior para medida de espessura do colo uterino	
	Seguimento de desenvolvimento fetal, Incompetência istmo-cervical	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	02.05.01.005-9

DESCRIÇÃO: Consiste em procedimento não invasivo para avaliação da velocidade do fluxo sanguíneo no útero e feto placentário pelo doppler. Por meio de sistema de mapeamento colorido do fluxo de sangue em alguns vasos materno e fetais é possível avaliar o prognóstico da gestação e as condições do feto quanto à oxigenação e se a placenta exibe algum sinal de insuficiência. Através da análise do fluxo das artérias uterinas, pode ser avaliado o risco de a gestante desenvolver quadro de pré-eclâmpsia. É realizado por via abdominal e permite também avaliar a idade gestacional, número de fetos, anatomia fetal (de forma mais sucinta que os exames morfológicos), localização da placenta, quantidade de líquido amniótico, sexo fetal, peso estimado do feto, posição do feto no útero e o bem-estar fetal. Também é feita a avaliação de vasos fetais principalmente as artérias umbilicais e artéria cerebral média, com o intuito de verificar o funcionamento da placenta e se o feto se encontra bem oxigenado. Incluindo as gestações múltiplas

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Ginecologista obstétrico do alto risco

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada: Informar DUM e Idade gestacional (IG) em semanas, informar história clínica e dados obstétricos (Paridade));
- ✓ Exame Físico;
- ✓ Obrigatório informar peso, altura;
- ✓ Resultados de exames complementares relevantes ultrassonografia prévio.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INVESTIGAÇÃO	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Avaliação da vitalidade fetal em gestações de risco para insuficiência placentária Síndromes Hipertensivas	D57, D68, I73, M36, O05, O14, O16, O24, O30, O34, O40, T80, Z34, Z35, Q24, P55
	Anemia falciforme	
	Patologias clínicas materna com vasculopatia	
	Colagenoses	
P1 (amarelo)	Cardiopatias maternas cianóticas	
	Síndrome anticorpo antifosfolípide,	
	Trombofilias	
	Retardo de crescimento intrauterino	
	Pré-eclâmpsia	
P2 (verde)	Alterações de volume do líquido amniótico – oligoidrâmnio /polidrâmnio	
	Aceleração da maturidade placentária	
	Gestação gemelar (Especialmente nas gestações gemelar monócórionica)	
	Aloimunização Rh ou Isoimunização Rh	
	Diabetes	
	Suspeita de anomalias cromossômicas	
	Rastreamento de risco materno para Pré-eclâmpsia no 1º trimestre	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	02.05.01.005-9

DESCRIÇÃO: O ultrassom morfológico permite uma datação mais precisa da gestação através da medição do comprimento cabeça-nádega (CCN). Além disso, ele é capaz de detectar gestações múltiplas e determinar a corionicidade, identificar gestantes com maior propensão a desenvolver pré-eclâmpsia (PE), restrição de crescimento intrauterino e parto prematuro. Também possibilita a identificação precoce do risco de algumas cromossomopatias e permite a avaliação detalhada da anatomia fetal.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidade
- Enfermeiros da atenção básica

RECOMENDAÇÕES

- 1º trimestre (entre a 11ª e a 13ª e 6 dias semana de gestação)
- 2º trimestre (entre a 20ª e a 24ª semana de gestação)

CLASSIFICAÇÃO	INVESTIGAÇÃO	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	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)	Z34, Z35, B58, O98, N96, U06, B25, O26.4, O35, P05
	Exposição a drogas e/ou agentes ambientais potencialmente teratogênicos (como por exemplo, radiação)	
	USG obstétrico com suspeita de malformação fetal	
	Retardo de crescimento intrauterino	

EXAMES EM MASTOLOGIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	02.04.03.018-8

DESCRIÇÃO: Exame radiológico de baixa dose de radiação, realizado mediante compressão da mama sobre uma plataforma, com a finalidade de rastreamento do câncer de mama entre mulheres assintomáticas, sem diagnóstico prévio de câncer de mama e com mamas sem alterações ao exame clínico, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. É um exame bilateral e aplica-se prioritariamente a mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, com periodicidade bianual.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidade
- Enfermeiros da atenção básica

CONTRAINDICAÇÃO:

- Não há contraindicação para a realização da mamografia, entretanto, o rastreamento costuma ser evitado durante a amamentação, já que a densidade mamária fica significativamente aumentada nesse período, diminuindo a sensibilidade do método para a detecção do câncer. Se o exame for indicado, fazer CC e MLO.

PRÉ-REQUISITOS:

- ✓ Formulário oficial do SISCAN

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INVESTIGAÇÃO	CIDs relacionados
P1 (amarelo)	Rastreamento para CA de mama na faixa etária de 50 a 69 anos, bianual	Z12.3; Z80

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA	02.04.03.018-8

DESCRIÇÃO: Plataforma, com a finalidade de avaliação periódica de mulheres de alto risco de câncer de mama, diagnóstico em mulheres com mamas alteradas ao exame clínico, estadiamento (avaliação da extensão de um tumor maligno já diagnosticado) e acompanhamento de doente operado de câncer de mama. Pode ser realizada unilateralmente ou bilateralmente e aplica-se a homens e mulheres, em qualquer faixa etária.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médicos da atenção primária e especialidades

PRÉ-REQUISITOS:

- ✓ Formulário oficial do SISCAN
- ✓ Obrigatório informar peso, altura

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INVESTIGAÇÃO	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	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;	C50, D05, D48.6, R92, Z85.3
	Alteração genética, principalmente, dos genes BRCA 1 e BRCA 2.	
	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	
	Estadiamento (avaliação da extensão de um tumor maligno já diagnosticado)	
	Acompanhamento de doente operado de câncer de mama	
	Cisto mamário; outras doenças da mama	

EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

A Ressonância Magnética é um método de diagnóstico não invasivo que utiliza um campo magnético e ondas de rádio para produzir imagens de alta definição das estruturas internas do corpo humano, baseando-se nas propriedades magnéticas dos átomos.

RECOMENDAÇÕES PARA SOLICITAÇÕES:

- Justificativa clínica incluindo: anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica e CID.
- Peso, Altura e Circunferência Abdominal (obrigatório inserir na solicitação devido à capacidade dos equipamentos municipais e estaduais)

EXAMES COM SEDAÇÃO:

- Deve constar na solicitação no sistema e encaminhamento.
- Justificativa pertinente à solicitação.
- Exames realizados pelas referências Estaduais:
 - Preenchimento formulário de acesso à ressonância magnética
 - Obrigatório à avaliação médica com relatório e a classificação ASA.

EXAMES COM CONTRASTE:

“Os meios de contraste são empregados para propiciar uma **avaliação anatômica e funcional de órgãos e estruturas do corpo, bem como realçar vascularização e composição de lesões**. Tendo em vista que o uso de contraste tem indicações específicas e diferenciadas, conforme suspeita clínica ou diagnóstico conhecido, deve o médico solicitante fornecer em sua requisição de exames os dados clínicos importantes e diagnósticos conhecidos, bem como históricos de exames anteriores, incluindo **intercorrências com contrastes**.”

- Deve constar na solicitação no sistema e encaminhamento.
- Pacientes devem ser encaminhados com exame de UREIA e CREATININA (com prazo de realização de até 3 meses pacientes acima de 65 anos e /ou comorbidades).

PREPARO/ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTOS:

- Seguir as rotinas de preparo prévio estabelecidas pelo prestador responsável pela realização do exame conforme escrito na **FILIPETA** como restrições alimentares ou de medicação.

Documentação Necessária

- Laudo APAC em 1 vias: Deve ser incluído para a validação da solicitação.
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, ultrassonografia articular, tomografia computadorizada e exames laboratoriais.
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado (casos com sedação).

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÕES TEMPO MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Neste caso das articulações temporomandibulares.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- | | | |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| • Cirurgião de cabeça e pescoço | • Neurocirurgião | • Reumatologista |
| • Cirurgião geral | • Neurologista | • Fisiatra |
| • Cirurgião pediátrico | • Oncologista | • C.D. Buco Maxilo |
| • Cirurgião vascular | • Ortopedista | • C.D em DTM |

CONTRAINDICAÇÃO:

- Sangramentos,
- Implantes metálicos (marca-passos, pinos, válvulas cardíacas, cliques cirúrgicos etc.).
- Recurso **não** indicado para diagnóstico de fraturas simples (detecção).

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Tumores ou lesões expansivas	C07, C41, K07, M05, M19, M25, M26, M79, Q75, R68, S02
	Fraturas da mandíbula ou da articulação temporomandibular	
	Disfunção da ATM com sinais de inflamação aguda	
P1 (amarelo)	Suspeita de disfunção da ATM e alterações de partes moles	
	Doenças reumatológicas (sintomáticas)	
P2 (verde)	Doenças reumatológicas (assintomáticas)	
	Estudos complementares para planejamento cirúrgico em casos de deformidades	
	Sintomas e sinais especificados envolvendo a articulação temporomandibular	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	02.06.01.007-9

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da cabeça/crânio.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgia geral
- Cirurgião vascular
- Cirurgias bucomaxilofacial
- Cirurgias cabeça e pescoço
- Cirurgias pediátrico
- Geriatria
- Infectologistas
- Neonatologista
- Neurocirurgias
- Neurologistas
- Oftalmologistas
- Oncologistas
- Ortopedista
- Otorrinolaringologistas
- Psiquiatras
- Reumatologista

RECOMENDAÇÕES:

- **Não** há indicações para o exame em casos de cefaleias hemcranianas.

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Avaliação do líquido com laudo (se necessário, em casos de infecções)

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de neoplasias primárias e metástases.	A81, B43, B58, C71, C79, D33, D43, F00, F01, F03, F99, G11, G20, G21, G22, G30, G35, G37, G40, G43, G46, G47, G50, G63, G80, G91, G96, I61, I63, I64, I67, I72, I82, P37, P37.1, Q00, Q03, Q07, Q27, Q28, Q85, R27, R51, R90, S06, S92
	Suspeita de aneurisma, Hemorragia Cerebral	
	Traumas (lesões intracranianas)	
	Síndrome vasculares cerebrais, AVC e Suspeita de infartos cerebrais múltiplos (recentes)	
	Esclerose Múltipla, Hemiplegia espástica	
	Doenças Desmielinizantes do SNC	
P1 (amarelo)	Doenças neurodegenerativas	
	Suspeita de abscesso e infecções SNC (não identificadas por punção lombar)	
	Toxoplasmose congênita, Toxoplasmose	
	Crises convulsivas (recentes)	
	Malformação vascular	
P2 (verde)	Ataxias e distúrbios do desenvolvimento	
	Avaliação malformação congênita do SNC.	
	Neurofibromatose,	
	Enxaqueca, Neuralgia do trigêmeo, Cefaleia	
	Demência e outras alterações cognitivas	
	Transtornos mentais e comportamentais	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA/HIPÓFISE COM SEDAÇÃO	02.07.01.007-2

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Neste caso da sela túrcica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Endocrinologista
- Neurologista
- Cirurgião pediátrico
- Neurocirurgião
- Oncologista

RECOMENDAÇÕES:

- É necessário administração de meio de contraste venoso com estudo dinâmico para pesquisa de microadenomas hipofisários e para melhor avaliação de macroadenoma;
- Na avaliação de tumores de maiores dimensões, recomenda-se ressonância magnética de crânio, juntamente com ressonância magnética de sela túrcica com meio de contraste.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de tumor hipofisário com sintomas neurológicos, ou disfunções hormonais	C75, D35, D44, E22, E23, E30, E35, R52
	Investigação de apoplexia hipofisária,	
	Sinais de hiperfunção ou hipofunção hormonal	
	Avaliação pré-operatória e pós-operatória de tumores da região selar, parasselar e suprasselar	
	Avaliação de condições que podem comprometer a visão.	
P1 (amarelo)	Seguimento de tumores hipofisários assintomáticos	
	Avaliação de dor crônica com suspeita de origem hipofisária assintomática	
	Transtornos da Puberdade	
	Investigação de disfunções hormonais com sintomas leves	
P2 (verde)	Avaliações de anomalias estruturais da sela túrcica assintomáticos, seguimento para condições previamente diagnosticadas	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FACE/SEIOS DA FACE	02.06.01.007-9

DESCRIÇÃO: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as estruturas faciais, compostas pelos ossos e a mucosa da face, incluindo os ossos que delimitam os seios da face.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião bucomaxilofacial
- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Cirurgião pediátrico
- Neurologista
- Neurocirurgião
- Oncologista
- Ortopedista
- Otorrinolaringologista

RECOMENDAÇÕES:

- O uso do contraste é recomendado na grande maioria dos casos, pois aumenta a sensibilidade e especificidade do exame.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de neoplasias e tumores	C31, G44, G50, G51, J01, J32, J34, Q18, R52, S00, T90
	Infecções graves ou abscessos com sinais de comprometimento da função ocular ou sintomas sistêmicos	
	Trauma facial com suspeita de fraturas complexas ou lesões nos nervos faciais que possam afetar a função motora	
	Dor facial intensa e persistente com suspeita de neuralgia do trigêmeo	
P1 (amarelo)	Avaliação de sinusite crônica persistentes ou com complicações	
	Investigação de causas de dor facial crônica	
P2 (verde)	Avaliação de anomalias congênitas assintomáticas	
	Seguimentos (controles e acompanhamentos)	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MASTOIDES / OSSOS TEMPORAIS / OUVIDOS INTERNOS	02.07.01.003-0

DESCRIÇÃO: Procedimento diagnóstico não invasivo que utiliza tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência para avaliar a estrutura da base do crânio, incluindo ouvido interno, labirinto, cóclea e estruturas nervosas relacionadas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- CD Bucomaxilo
- Neurocirurgião
- Oncologista
- Cirurgião cabeça e pescoço
- Neurologista
- Otorrinolaringologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de tumores e lesão expansivas	C30, C72, D22, D23, H70, H81, H90, M91, Q16
	Perda auditiva súbita com risco de complicações,	
P1 (amarelo)	Investigação de causas de perda auditiva crônica.	
	Doenças vestibulares com sintomas persistentes	
P2 (verde)	Avaliação de anomalias congênitas ou alterações estruturais	
	Seguimento de condições conhecidas, ou alterações benignas	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0

DESCRIÇÃO: Coluna cervical: consiste no exame para diagnóstico que gera imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, utilizando forte campo magnético e ondas de radio frequência. Não utiliza radiação. Este procedimento corresponde ao exame da coluna vertebral região cervical, inclusive pescoço, laringe, faringe, tireoide, glândulas salivares e gânglios cervicais, auxiliando a localização de lesões, detectando alterações muito pequenas nos tecidos, órgãos e outras estruturas e proporcionando maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas. Inclui angioressonância dos vasos da região.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião cabeça e pescoço
- Oncologista
- Pneumologista
- Neurocirurgião
- Ortopedista
- Reumatologista
- Neurologista

RECOMENDAÇÕES:

- Solicitar segmento desejado de coluna vertebral

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de neoplasias, Metástases, Processos expansivos	A18, C33, C41, C49, C72, C90, D16, D43, G35, G83, G95, M47, M50, M51, M53, M54, S04, S14, T09, Y83
	Suspeita de doenças infecciosas, tuberculose extrapulmonar	
	Mieloma múltiplo	
	Traumas	
	Complicações pós-operatórias,	
P1 (amarelo)	Esclerose múltipla	
	Sintomas de compressão medular ou radicular aguda	
	Cervicobraquialgia, Lombociatalgia	
	Espondiloses com radiculopatias	
	Doenças degenerativas com sintomas persistentes	
P2 (verde)	Doenças degenerativas sem complicações	
	Cervicalgia, Dorsalgia, Lombalgia	
	Hérnia de disco sem sintomas progressivos	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE LOMBO-SACRA	02.07.01.004-8

DESCRIÇÃO: Lombo-sacra: consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da região lombo-sacra.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Neurocirurgião
- Neurologista
- Ortopedista
- Oncologista
- Pneumologista
- Reumatologista

RECOMENDAÇÕES:

- Solicitar segmento desejado de coluna vertebral

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de neoplasias, Metástases, Processos expansivos	A18, C33, C41, C49, C72, C90, D16, D43, G35, G83, G95, M47, M50, M51, M53, M54, S04, S14, T09, Y83
	Suspeita de doenças infecciosas, tuberculose extrapulmonar	
	Mieloma múltiplo	
	Traumas	
	Complicações pós-operatórias,	
P1 (amarelo)	Esclerose múltipla	
	Sintomas de compressão medular ou radicular aguda	
	Cervicobraquialgia, Lombociatalgia	
	Espondiloses com radiculopatias	
	Doenças degenerativas com sintomas persistentes	
P2 (verde)	Doenças degenerativas sem complicações	
	Cervicalgia, Dorsalgia, Lombalgia	
	Hérnia de disco sem sintomas progressivos	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	02.07.01.005-6

DESCRIÇÃO: Coluna torácica: consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da região torácica.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião cabeça e pescoço
- Cirurgião torácico
- Cirurgião vascular
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Pneumologista
- Reumatologista

RECOMENDAÇÕES:

- Solicitar segmento desejado de coluna vertebral

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de neoplasias, Metástases, Processos expansivos	A18, C33, C41, C49, C72, C90, D16, D43, G35, G83.4, G95, M47, M50, M50, M51, M53, M54, S04, S14, T09, Y83
	Suspeita de doenças infecciosas, tuberculose extrapulmonar	
	Mieloma múltiplo	
	Traumas	
	Complicações pós-operatórias,	
P1 (amarelo)	Esclerose múltipla	
	Sintomas de compressão medular ou radicular aguda	
	Cervicobraquialgia, Lombociatalgia	
	Espondiloses com radiculopatias	
	Doenças degenerativas com sintomas persistentes	
P2 (verde)	Doenças degenerativas sem complicações	
	Cervicalgia, Dorsalgia, Lombalgia	
	Hérnia de disco sem sintomas progressivos	

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE	02.07.02.001-9

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Neste caso há visualização da dispersão angiográfica dos vasos coronários após a injeção seletiva de contraste na artéria femoral ou umeral, coração, aorta e vasos da base.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Angiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião torácico,
- Cardiologista
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular

CONTRAINDICAÇÃO:

- Insuficiência Renal Severas: Especialmente em pacientes que podem necessitar de contraste gadolínico, devido ao risco de fibrose sistêmica nefrogênica (FSN).

RECOMENDAÇÕES:

- Em todos os estudos do coração é necessária a utilização do contraste. Como regra administra-se gadolínio.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Avaliação de cardiomiopatias com sintomas moderados a significativo	I10, I20, I25, I30, I31, I33, I40, I41, I42, I43, I47.2, I49, I50, I71, Q20, Q21, Q24
	Avaliação de doenças pericárdicas, tumores e trombos	
	Avaliação de doenças da aorta	
	Diagnóstico de doenças inflamatórias do miocárdio ou pericárdio	
	Cardiopatias congênitas (anomalias valvares/retorno venoso), DAVD,(displasia arritmogênica do VD)	
	Arritmias ventriculares (taquicardia ventricular)	
	Pesquisa de isquemia miocárdica, avaliar viabilidade e contratilidade miocárdica	
	Diagnóstico de isquemia miocárdica em pacientes com dor torácica estável e fatores de risco	
P1 (amarelo)	Avaliação de insuficiência cardíaca leve a moderada com sintomas controlados	
	Investigação de malformações congênitas sintomáticos	
	Seguimento de pacientes com antecedentes de miocardite e sintomas persistentes	
P2 (verde)	Investigação de malformações congênitas assintomáticos	
	Avaliação de anomalias estruturais do coração assintomáticos,	
	Doença cardíaca hipertensiva, Angina pectoris	
	Seguimento para condições previamente diagnosticadas ou histórico de doenças cardíacas	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	02.07.02.003-5

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da região torácica, mediastino, pulmão e parede torácica. Inclui o estudo do plexo braquial e dos vasos da região, exceto aorta

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista
- Cirurgião cardíaco
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião torácico
- Oncologista
- Pneumologista adulto e infantil

RECOMENDAÇÕES:

- Exames específicos para avaliação complementar dos achados da ressonância magnética de tórax incluem tomografia computadorizada do tórax, angioTC, da aorta/artéria pulmonar, ressonância magnética cardíaca, ressonância magnética coluna torácica. O parênquima é mais bem avaliado com tomografia computadorizada.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Tumores (neurais, mediastino e cardíacos) e metástases.	C34, C38, C41.3, C76.1, D15.1, I26, I27, I70.79, J44.9, J84.9, Q25.4, Q33.9, R07, R07.4, R91.8, S22
	Anomalias do arco aórtico e aorta descendente	
	Doença tromboembólica pulmonar, Hipertensão Arterial Pulmonar	
	Fraturas de arco costal (esterno e costelas)	
P1 (amarelo)	Avaliação morfológica de órgãos torácicos, avaliar artérias pulmonares	
P2 (verde)	Dor torácica	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA	02.07.02.006-0

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição das mamas, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Inclui o estudo das axilas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião plástico
- Mastologista
- Oncologista

RECOMENDAÇÕES:

- O uso de meio de contraste é indicado na maioria dos casos. Não é exigido para a avaliação dos implantes mamários de silicone, mas quando houver suspeita de encapsulamento ou contratura capsular, seu uso pode fornecer informações importantes para o diagnóstico.

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Resultados de exames complementares relevantes ultrassonografia das mamas, mamografia.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de câncer de mama (nódulos palpáveis ou alterações mamográficas inconclusivas),	C50, D24, N60, N64, Z12.3, Z443
	Avaliação de lesões mamárias com suspeita de recidiva ou metástase,	
	Estudo de mama densa com ultrassonografia inconclusiva	
	Avaliação pré-operatória para planejamento cirúrgico e estadiamento.	
P1 (amarelo)	Seguimento de lesões mamárias benignas sintomáticas	
P2 (verde)	Seguimento de doenças mamárias benignas assintomáticas.	
	Avaliação de implantes mamários	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	02.07.02.002-7
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BRAÇO (ÚMERO)	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COTOVELO (UNILATERAL)	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ANTEBRAÇO (RADIO E ULNA)	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PUNHO (UNILATERAL)	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MÃO	

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. não utiliza radiação. corresponde ao estudo do ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão. cada membro superior.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Dermatologista
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Reumatologista

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Obrigatório inserir ESTRUTURA E LATERALIDADE em solicitação.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Processos expansivos, Neoplasia maligna, Tumefação, massa ou tumoração localizada em membro superior	C41.9, C76.4, D16, D16.1, D48.9, M25.5, M665, M75, M88, R22.3, S42, S43.0, S50, S59
	Suspeita de ruptura aguda de tendão com perda de função significativa e dor intensa, Fraturas ocultas trauma recente	
P1 (amarelo)	Lesões ligamentares sem sinais de instabilidade imediata	
P2 (verde)	Avaliação de condições crônicas, Malformações congênitas	

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDÔMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. não utiliza radiação. neste caso da região superior do abdômen.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia ginecológica • Cirurgião geral • Cirurgião pediátrico • Endocrinologista | <ul style="list-style-type: none"> • Gastroenterologista • Gastropediatria • Hepatologista • Mastologista | <ul style="list-style-type: none"> • Nefrologista • Oncologista • Proctologista • Urologista |
|--|---|--|

RECOMENDAÇÕES:

- Método sensível para avaliação hepática e pancreática.
- Para avaliação e estadiamento de tumores pélvicos pode-se utilizar tomografia computadorizada ou ressonância magnética, **NÃO** ambos.
- Pacientes com contraindicação para Tomografia Computadorizada (alergia a iodo, gestantes).

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de neoplasias e investigação de metástases,	B16, B18, C18, C20, C22, C78, D13, D18, D30, I71, I72, K22, K31.4, K50, K63.2, K65, K74, K74.0, K76, K80, K81, K83, K85, K86, , N13, N20, Q62, R10.4, R19
	Avaliar fístulas abdominais	
	Colangite e coledocolitíase, Pancreatite aguda	
	Hidronefroses	
	Suspeitas de aneurisma de aorta abdominal, Aneurisma da artéria renal	
	Seguimento de lesões com sinais de complicações, Obstrução de via biliar, Perfuração de via biliar, Fístula de via biliar	
P1 (amarelo)	Seguimento de lesões hepáticas ou pancreáticas sem sinais de complicações.	
	Neoplasias benignas do fígado e vias biliares e extra hepática Pseudo cisto pancreático	
	Calculose do rim e/ou ureter, Nefrolitíases	
	Doenças inflamatórias intestinais (doença de Chron, retocolite), Doenças diverticulares do esôfago e do estômago	
P2 (verde)	Seguimento de doenças hepáticas ou pancreáticas.	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLANGIORESSONÂNCIA (VIAS BILIARES)	02.07.03.004-9

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que gera imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, utilizando forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Neste caso consiste na exploração dos ductos biliares, colédoco e pâncreas. Pode ser utilizada na pesquisa de obstruções, cálculos, identificação de cistos e neoplasias, entre outras doenças pancreáticas menos comuns, mesmo em pacientes gastrectomizados.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião geral
- Gastroenterologista
- Mastologista
- Cirurgião ginecológico
- Gastropediatra
- Nefrologista
- Cirurgião pediátrico
- Hepatologista
- Oncologista
- Endocrinologista
- Infectologista
- Urologista

RECOMENDAÇÕES:

- A Colangiorressonância apresenta maior sensibilidade do que a Tomografia Computadorizada para a pesquisa e estadiamento de tumores das vias biliares.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeitas de tumores, estadiamentos e metástases	C23, C22, C24, D37 K83, K80, k81, k87
	Obstrução biliar aguda sintomáticas com risco de colangite	
P1 (amarelo)	Seguimento de cálculos biliares sem complicações	
P2 (verde)	Seguimento de doenças biliares estáveis	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDÔMEN INFERIOR	02.07.03.002-2

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da bacia, pelve, abdômen inferior, ou vias urinárias.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Angiologista
- Cirurgião geral
- Cirurgião ginecológico
- Cirurgião pediátrico
- Endocrinologista
- Gastroenterologista
- Gastropediatra
- Hepatologista
- Infectologista
- Mastologista
- Nefrologista
- Obstetra
- Oncologista
- Ortopedia Adulto e infantil
- Proctologista
- Urologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de neoplasias em órgãos pélvicos sintomáticos	Grupo C, D06, D25, I71, K22, K31, K50, K60, K62, K63, N20, N32, N36, N80, N81, N82, R10, O43
	Acrestismo de placenta	
	Aneurisma e dissecação da aorta	
P1 (amarelo)	Seguimento de lesões pélvicas ou abdominais sem complicações	
	Endometriose	
	Fístula anorretal complexa, Fístula retovaginal, Fístula vesicovaginal, Fístula colovesical, Fístula enterocolônica	
	Calculose do rim e do ureter	
	Doenças inflamatórias intestinais (doença de Chron, retocolite), Doenças diverticulares do esôfago e do estômago	
P2 (verde)	Prolapso de órgãos pélvicos	
	Dor abdominal e pélvica (metrorragia)	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	02.07.03.003-0
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COXA (FÊMUR)	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA (TÍBIA E FÍBULA)	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO (UNILATERAL)	
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PE (UNILATERAL)	

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da articulação coxofemoral, coxa, joelho, perna, tornozelo e pé de cada membro inferior.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Dermatologista
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Reumatologista

RECOMENDAÇÕES:

- Obrigatório inserir estrutura e lateralidade em solicitação.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Processos expansivos, Tumores ou massas, Metástase (neoplasia maligna, secundária dos ossos e da medula óssea)	C41, C79, D16, D48, M06, M22, M25, M65, M66, M71, M87, M88, M94, M175, S80, S82, S83, S89, T02
	Fraturas, Traumatismos	
	Suspeita de ruptura aguda de tendão com perda de função significativa e dor intensa, Fraturas ocultas trauma recente	
P1 (amarelo)	Sinovites e tenossinovites, Luxações, Derrame articular	
	Condromalácia da rótula, Condromalácia,	
	Osteonecroses,	
	Ruptura de cisto poplíteo (Baker), Cisto de Baker	
P2 (verde)	Malformações congênitas	
	Dor articular, Rigidez articular, Artrite reumatoide, Transtornos articulares, Gonartroses	

ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação.

PRÉ- REQUISITOS GERAIS:

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada)
- ✓ Exame Físico (compatível com a hipótese diagnóstica),
- ✓ Obrigatório informar peso, altura e circunferência abdominal são essenciais, devido à capacidade do equipamento,
- ✓ Relatório indicando que o paciente está apto para o procedimento (casos com sedação)
- ✓ Resultados de exames complementares ultrassom com doppler, se necessário

CRITÉRIOS DE PRIORIDADES GERAIS:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Portador de hipertensão severa < 16 anos ou > 55 anos	C00, C80, D00, D48, I10, I11, I12, I13, I15, I63, I65, I66, I67, I70, I71, I72, I73, I74, I77, I79 I82, I97, Q25, Q27, R09, R94, T81, Z01, Z13
	Complicações vasculares pós-cirúrgicos	
	Aneurismas	
	Doenças neoplásicas	
	Doenças ateromatosa extracraniana	
P1 (amarelo)	Doppler com informações insuficientes (usuários sintomáticos)	
	Investigações de patologias das artérias pulmonares, aorta abdominal, ilíacas e artérias renais.	
	Doença oclusiva de carótida	
	Estudo das doenças estenóticas e oclusivas	
	Malformações arteriovenosas	
	Síndrome de roubo da subclávia,	
	Doenças dos vasos periféricos agudizadas	
P2 (verde)	Doppler com informações insuficientes (usuários assintomáticos)	
	Doenças dos vasos periféricos crônicas	

ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA CABEÇA E PESCOÇO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	02.07.01.001-3
ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL ARTERIAL	
ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL VENOSA	

DESCRIÇÃO: Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo vascular cerebral.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Angiologista
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Neurocirurgião
- Neurologista

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ANGIORESSONÂNCIA PESCOÇO ARTERIAL	02.07.01.003-0
ANGIORESSONÂNCIA PESCOÇO VENOSA	
ANGIORESSONÂNCIA CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	

DESCRIÇÃO: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as artérias e veias do pescoço (vasos cervicais, carótida e vertebrais), com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Gastroenterologista
- Hematologista
- Nefrologista
- Neurocirurgia
- Neurologista
- Urologista

ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA TÓRAX, ABDOME E PELVE

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ANGIORESSONÂNCIA AORTA ABDOMINAL	02.07.03.001-4
ANGIORESSONÂNCIA ABDOME	

DESCRIÇÃO: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia os vasos do abdome superior ou da aorta abdominal, com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Gastroenterologista
- Hematologista
- Hepatologista
- Nefrologista
- Urologista

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ANGIO RESSONÂNCIA PELVE	02.07.03.002-0
ANGIORESSONÂNCIA AORTA ILÍACA	

DESCRIÇÃO: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia os vasos da pelve (abdome inferior), como a artéria ilíaca, a artéria umbilical e artéria sacral, com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião geral
- Cirurgião ginecológico
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Hematologista
- Nefrologista
- Ortopedista
- Urologista

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ANGIORESSONÂNCIA RENAL	02.07.03.002-0

DESCRIÇÃO: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as artérias renais com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Hematologista
- Nefrologista
- Urologista

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ANGIORESSONÂNCIA AORTA TORÁCICA	02.07.02.003-5
ANGIORESSONÂNCIA TORÁX	

DESCRIÇÃO: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia os vasos do tórax, como a aorta torácica, veias pulmonares, a veia cava e as veias braquiocefálicas, com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião torácico
- Cirurgião vascular
- Hematologista
- Pneumologista

ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBROS E ARTICULAÇÕES

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO INFERIOR DIREITO	02.07.03.003-0
ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	
ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO SUPERIOR DIREITO	02.07.02.002-7
ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	

DESCRIÇÃO: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia os vasos do membro superior, como a artéria braquial, a artéria ulnar e a artéria radial, e membro inferior, como a artéria iliacofemoral, a artéria femoral e a artéria poplítea, com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Angiologista
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Ortopedista

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

A tomografia computadorizada (TC) consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.

RECOMENDAÇÕES PARA SOLICITAÇÕES:

- Justificativa clínica incluindo: anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica e CID.
- Peso, Altura e Circunferência Abdominal (obrigatório inserir na solicitação devido à capacidade dos equipamentos municipais e estaduais)

EXAMES COM SEDAÇÃO:

- Deve constar na solicitação no sistema e encaminhamento.
- Justificativa pertinente à solicitação.
- Exames realizados pelas referências Estaduais:
- Obrigatório à avaliação médica com relatório e a classificação ASA.

EXAMES COM CONTRASTE:

“Os meios de contraste são empregados para propiciar uma **avaliação anatômica e funcional de órgãos e estruturas do corpo, bem como realçar vascularização e composição de lesões.** Tendo em vista que o uso de contraste tem indicações específicas e diferenciadas, conforme suspeita clínica ou diagnóstico conhecido, deve o médico solicitante fornecer em sua requisição de exames os dados clínicos importantes e diagnósticos conhecidos, bem como históricos de exames anteriores, incluindo **intercorrências com contrastes.**”

- Deve constar na solicitação no sistema e encaminhamento.
- Pacientes devem ser encaminhados com exame de UREIA e CREATININA (com prazo de realização de até 3 meses pacientes acima de 65 anos e /ou comorbidades).
- Caso o usuário tenha tido reação alérgica a contraste iodado, medicamentos à base de iodo ou alimentos como camarão e frutos do mar, deve constar na descrição da solicitação, pois eventualmente, será necessário o uso de medicação antialérgica antes da realização do exame,

PREPARO/ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTOS:

- Seguir as rotinas de preparo prévio estabelecidas pelo prestador responsável pela realização do exame conforme escrito na **FILIPETA** como restrições alimentares ou de medicação.

Documentação Necessária

- Laudo APAC em 1 vias: Deve ser incluído para a validação da solicitação.
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, ultrassonografia articular, tomografia computadorizada e exames laboratoriais.
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado (casos com sedação).

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	02.06.01.007-9

DESCRIÇÃO: Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas. inclui o estudo da região mastoidea.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> C.D. buco maxilo Cirurgião vascular Cirurgiões cabeça e pescoço Cirurgiões pediátricos Geriatras Infectologistas | <ul style="list-style-type: none"> Médicos da APS Neonatalogista Neurocirurgiões Neurologistas Oftalmologistas | <ul style="list-style-type: none"> Oncologistas Ortopedista Otorrinolaringologistas Psiquiatras Reumatologista |
|---|---|---|

RECOMENDAÇÕES:

- ✓ Não utilização de contraste no TCE
- ✓ Não há indicações para cefaleias hemcranianas e no diagnóstico de enxaqueca

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pesquisa de tumor e metástase cerebral, Processos expansivos, massas ou tumorações	C76, C79, D43, E23, F02, F07, F09, F90, F91, F92, F93, F94, F95, F98, F99, G20, G30, G31, G43, G44, G91, I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, Q282, R22, R51, R56, S00, S01, S02, S04, S05, S06, S07, S08, S09
	Traumatismos	
	Crise convulsiva a esclarecer recentes,	
	Investigações de AVC, estenoses infartos cerebrais, Aneurisma, hemorragias	
P1 (amarelo)	Doenças degenerativas do encéfalo,	
	Cefaleia persistentes (a esclarecer),	
	Hidrocefalia,	
	Hipofunção e outros transtornos da hipófise	
	Distúrbio de comportamento repentino	
P2 (verde)	Síndrome demências.	
	Malformações congênitas	
	AVE (para acompanhamento nos casos sequelas),	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDE (OUVIDOS OU OSSOS TEMPORAIS)	02.06.01.007-9

DESCRIÇÃO: Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- C.D. Buco Maxilo
- Infectologista
- Oncologista
- Cirurgião cabeça e pescoço
- Neurocirurgião
- Ortopedista
- Geriatra
- Neurologista
- Otorrinolaringologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pesquisa de tumor e metástase cerebral, Processos expansivos, Colesteatoma do ouvido médio	C72, D32, H70, H71, H90, H91
P1 (amarelo)	Avaliação de alterações auditivas com sintomas agudizados Estudo da região mastoidea com sintomas agudizados	
P2 (verde)	Avaliação de alterações auditivas usuários assintomáticos Estudo da região mastoidea usuários assintomáticos	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE, SEIOS DA FACE E ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	02.06.01.004-4
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS	

DESCRIÇÃO: Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião Buco maxilo
- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Cirurgião geral
- Oftalmologista
- Oncologista
- Otorrinolaringologista
- Pediatra

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pesquisa de tumor e metástase cerebral, Processos expansivos, fraturas dos ossos da face	1, C76, C79, H50, H51, H58, H59, J01, J32, J33, K07, S02
P1 (amarelo)	Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face. Patologias orbitarias inflamatórias	
P2 (verde)	Sinusopatia crônica.	
	Transtorno da articulação ATM	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	02.06.01.006-0

DESCRIÇÃO: Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião cabeça e pescoço
- Endocrinologista
- Geriatra
- Infectologista
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Psiquiatra

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

INDICAÇÕES	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pesquisa de tumor e metástase, processos expansivos	C76, C79, D35, D43, E22, E23, E24, E25, E34, E35, I67, I72, Q282, R22
	Suspeita de aneurisma e má formação vascular em topografia do seio cavernoso	
	Suspeita de micro ou macroadenoma de hipófise (hiperprolactinemia, acromegalia, síndrome de Cushing)	
P1 (amarelo)	Alterações endócrinas e estudo da hipófise.	
P2 (verde)	Malformações congênitas	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	02.06.01.005-2

DESCRIÇÃO: Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião Bucomaxilofacial
- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Cirurgião geral
- Cirurgião Pediátrico
- Endocrinologista
- Oncologista
- Otorrinolaringologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pesquisa de tumor e metástase, processos expansivos	C76, D18, I65, R22
P1 (amarelo)	Má formação vascular	
P2 (verde)	Estudo de artérias carótidas e vertebrais, Processos inflamatórios	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	02.06.01.001-0
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/CONTRASTE	02.06.01.003-6
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	02.06.01.002-8

DESCRIÇÃO: Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médico da APS
- Neurologista
- Ortopedista
- Neurocirurgião
- Oncologista
- Reumatologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de tumor, estadiamento e metástase, Processos expansivos,	C41, C79, M43, M46, M48, M53, M54, M99, Q76, S12, S22, S32
	Suspeita de estenose de canal medular	
	Suspeita de processo infeccioso	
	Suspeitas de fraturas	
P1 (amarelo)	Controle de processos infecciosos	
	Malformação congênita (hemi-vértebras)	
	Controle de fraturas	
P2 (verde)	Hérnia discal	
	Queixas algias recorrentes com exames de imagem indefinidos.	

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES / INFERIORES

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	02.06.02.003-1
TOMOGRAFIA DE HEMITÓRAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	02.06.02.004-0

DESCRIÇÃO: Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista
- Cirurgião cardíaco
- Cirurgião geral
- Cirurgião torácico
- Fisioterapeuta
- Médico da APS
- Oncologista
- Ortopedista
- Pneumologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pesquisa de tumor, estadiamentos e metástase, Investigação de doenças da aorta (aneurisma/dissecção) Investigação de sangramentos (vias aéreas)	39, B40, B41, B42, B44, B45, C34, C76, C78, D48, D86, E04, E05, I71, I87, J47, J84, R04
P1 (amarelo)	Suspeita de síndrome de compressão da veia cava superior Avaliação de lesões em mediastino, hilos ou pleura	
P2 (verde)	Pneumopatias intersticiais Acompanhamento de bronquiectasias	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	02.06.02.001-5
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	02.06.03.002-9
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	02.06.02.002-3

DESCRIÇÃO: Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Médico APS
- Ortopedista
- Reumatologista
- Oncologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pesquisa de tumores e metástase, Processos expansivos,	C41, C79, M00, M05, M06, M07, M10, M22, M25, M86, M87, M93, S40, S41, S42, S43, S44, S45, S46, S49, S50, S51, S52, S53, S54, S55, S56, S59, S63, S64, S65, S66, S70, S71, S72, S73, S74, S75, S76, S79, S84, S85, S86, S90, S91, S92, S93, S94, S95, S96, S99
	Traumatismos, fraturas, lesões	
	Processos infecciosos	
P1 (amarelo)	Má formação congênita sintomática	
	Processos inflamatórios	
P2 (verde)	Investigação de dor articular crônica.	
	Doenças reumáticas	

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDÔMEN E Pelve

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR	02.06.03.001-0

DESCRIÇÃO: Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do abdome, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em tecidos, órgãos incluindo fígado, baço, pâncreas e rins e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião geral
- Cirurgião ginecológico
- Cirurgião Pediátrico
- Endocrinologista
- Gastrocirurgião
- Gastroenterologista
- Hepatologista
- Infectologista
- Mastologista
- Médico da APS
- Nefrologista
- Oncologista
- Urologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pesquisa de tumores, massas e metástase, Processos expansivos,	B16, B18, B65, C16, C17, C18, C20, C22, C25, C74, C76, C78, C79, D13, D18, D30, D41, I15, I71, I72, I82, K22, K31, K50, K63, K65, K70, K74, K76, K80, K81, K83, K85, K86, N20, R10, R19, R31, R59, S36, Z94
	Traumatismo de órgãos intra-abdominais	
	Rim único/transplante renal	
	Pancreatite aguda ou outras doenças do pâncreas	
	Suspeitas de aneurisma de aorta abdominal, Aneurisma da artéria renal	
	Seguimento de lesões com sinais de complicações, Obstrução de via biliar, Perfuração de via biliar, Fístula de via biliar	
P1 (amarelo)	Investigação de doenças renais	
	Neoplasias benignas do fígado e vias biliares e extra hepática Pseudo cisto pancreático	
	Patologias vasculares (ex. síndrome Budd-Chiari)	
	Doença de depósito hepático, Hipertensão Portal	
	Doenças infecto-parasitárias (ex. esquistossomose)	
	Seguimento de lesões hepáticas ou pancreáticas sem sinais de complicações.	
	Doenças inflamatórias intestinais (doença de Chron, retocolite), Doenças diverticulares do esôfago e do estômago	
P2 (verde)	Aumento de volume dos gânglios linfáticos	
	Seguimento de doenças hepáticas ou pancreáticas.	
	Dor abdominal e pélvica	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME INFERIOR/PELVE	02.06.03.003-7

DESCRIÇÃO: Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em tecidos, órgãos e outras estruturas do abdômen inferior, pelve e bacia e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião geral
- Cirurgião ginecológico
- Ginecologista
- Hepatologista
- Mastologista
- Médico APS
- Nefrologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Urologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Suspeita de tumor, estadiamento e metástase, Processos expansivos,	C55, C56, C61, C67, C76, C79, I71, N20, N80, Q62, R10, R19, S37, Z94
	Rim único/transplante renal	
	Aneurisma e dissecação da aorta	
	Traumatismo do aparelho urinário e de órgãos pélvicos	
P1 (amarelo)	Processos inflamatórios, Endometriose	
P2 (verde)	Malformações congênitas	
	Investigação de dor pélvica crônica.	

ANGIOTOMOGRAFIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	02.06.02.004-0
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO	02.06.01.007-9
ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	02.06.01.005-2
ANGIOTOMOGRAFIA DE TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS	02.06.02.004-0
ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX	02.06.02.003-1
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR	02.06.03.002-9

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardíaco
- Cirurgião de Cabeça e Pescoço
- Cirurgião Vascular,
- Gastroenterologista
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Pneumologista

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada)
- ✓ Exame Físico (compatível com a hipótese diagnóstica),
- ✓ Obrigatório informar peso, altura e circunferência abdominal são essenciais, devido à capacidade do equipamento,
- ✓ Relatório indicando que o paciente está apto para o procedimento (casos com sedação)
- ✓ Resultados de exames complementares relevantes Radiografia simples com laudo, DOPPLER do Vaso (se houver)

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Processos neoplásicos	C00, C80, D00,
	Aneurismas ou malformações vasculares	D48, G54, G55,
	Traumas vasculares	I20, I24, I25, I50,
	Síndrome do desfiladeiro torácico	I51, I60, I63, I65,
	Avaliação anatômica do arco aórtico (pré-operatório cirurgia)	I66, I70, I71, I72,
	Avaliação de oclusão ou estenose cerebrais	I73, I74, I77, I80,
	Avaliação de síndromes compressivas	I81, I82, M31,
	Avaliação inicial de pacientes sintomáticos com probabilidade pré-teste de 10 a 70% segundo os critérios de Diamont Forrester	N28, Q25, Q27, Q28, R94, S15, S25, S35, T79, Z 95
	Avaliação pré-operatória de doença arterial oclusiva periférica (DAOP).	
	Investigação de doença ateromatosa (estenose e/ou oclusão)	
	Investigação de displasia fibromuscular de artérias carótidas	
	Hemorragia subaracnóidea	
	Hematoma intramural e úlcera penetrante de aorta	
	Dissecção de aorta/ úlcera de aorta	
	Tromboses	
	Dilatação, dissecção, fistula e suboclusão da aorta, ilíacas,	

	carótidas e vasos supra-aórticos	
	Estenose de artérias renais	
P1 (amarelo)	Doenças da aorta	
	Arterites	
	Avaliação pós-operatória de enxertos, stents ou aneurismas	
	Insuficiência cardíaca (IC) recente, onde permaneça dúvida sobre a etiologia	
	Isquemia, quando permanece dúvida diagnóstica	

CINTILOGRAFIA

A Cintilografia consiste num método diagnóstico por imagem, onde na tela do computador são geradas fotos ou filmes da distribuição de um rádio fármaco injetado no paciente que podem ser analisadas da forma visual ou quantitativa através de cálculos da concentração e velocidade de movimento do radio fármaco.

RECOMENDAÇÕES PARA SOLICITAÇÕES:

- Justificativa clínica incluindo: anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica e CID.
- Peso, Altura e Circunferência Abdominal (obrigatório inserir na solicitação devido à capacidade dos equipamentos municipais e estaduais)

PREPARO/ORIENTAÇÕES DE ENCAMINHAMENTOS:

- Seguir as rotinas de preparo prévio estabelecidas pelo prestador responsável pela realização do exame conforme escrito na **FILIPETA** como restrições alimentares ou de medicação.
- É importante que o paciente esteja ciente das orientações sobre o processo do exame, incluindo eventuais restrições alimentares ou de medicação.

Documentação Necessária

- Laudo APAC em 1 vias: Deve ser incluído para a validação da solicitação.
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, ultrassonografia articular, tomografia computadorizada.

APARELHO CARDIOVASCULAR

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.002-5
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.003-3
CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGÜÍNEO DE EXTREMIDADES	02.08.01.005-0

DESCRIÇÃO: A cintilografia de perfusão miocárdica está indicada para o diagnóstico, avaliação do tratamento e prognóstico da doença coronária por meio da análise de disfunção ventricular e detecção de isquemia e viabilidade miocárdica. A cintilografia é um método usado na medicina nuclear para obtenção de imagens funcionais do corpo humano através de isótopos radioativos e o seu rastreamento. Na cintilografia é usada uma substância, chamada radiotraçador, que é um isótopo radioativo, inofensivo ao corpo do paciente, a qual é rastreada, tanto em quantidade como local de presença, com um aparelho chamado gama-câmera, que permite a visualização de imagens dos órgãos do paciente.

Cintilografia de miocárdio para avaliação da perfusão em situação de estresse (mínimo 3 projeções) consiste no exame não invasivo associado à esteira ergométrica ou equivalente com uso de medicamentos específicos (teste farmacológico) tem a finalidade de avaliar a irrigação sanguínea e a capacidade funcional do coração frente ao estresse ou estímulo farmacológico. Toda a etapa de estresse cardíaco é monitorada e acompanhada por médico, devendo o estabelecimento de saúde estar preparado para eventual atendimento e remoção médica de urgência.

Cintilografia de miocárdio para avaliação da perfusão em situação de repouso (mínimo 3 projeções) realizada em situação de repouso, ou com o paciente realizando atividades simples como se locomover, assistir à tv ou lendo e que vai avaliar a função coronariana.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião Cardíaco
- Cirurgião Vascular

Contraindicações absolutas ao estresse físico:

- Angina instável de alto risco
- Insuficiência Cardíaca descompensada
- Hipertensão arterial descontrolada (PAS > 200 mmHg e PAD > 110mmHg em repouso)
- Arritmias cardíacas não controladas
- Infarto agudo do miocárdio nos primeiros dias de evolução (< 2 dias), mesmo estável
- Embolia pulmonar aguda
- Síndrome aórticas agudas (dissecção, hematoma intramural, úlcera penetrante)
- Estenose aórtica severa sintomática
- Hipertensão arterial pulmonar grave
- Miocardite ou pericardite aguda
- Quaisquer condições clínicas agudas instáveis como sépsis, anemia aguda

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Resultados de exames complementares relevantes, ECG, Ecocardiograma, DOPPLER de Vaso Periférico, Teste de Esforço (se houver), Angiografia simples, Cateterismo (se indicado).

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Investigação de isquemia miocárdica (infarto, angina instável de alto risco, precordialgia clássica em pacientes com fatores de risco cardiovascular)	I00, I05, I06, I07, I08, I20, I21, I34, I35, I36, I37, I39, I49, I99, Q23, Z08, Z51, Z95
P1 (amarelo)	Avaliação de isquemia miocárdica (pós angioplastia, pós revascularização miocárdica),	
	Doenças das válvulas do coração para avaliar a função cardíaca	
	Avaliação de cardiotoxicidade por quimioterápicos,	
	Investigação de arritmia ventricular (extrassístoles ventriculares de alta incidência em Holter 24h, taquicardia ventricular ou outras arritmias ventriculares complexas, desde que documentada).	
P2 (verde)	Seguimentos e acompanhamentos	

APARELHO DIGESTIVO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	02.08.02.003-9

DESCRIÇÃO: Neste exame é utilizado uma pequena quantidade de material radioativo (traçador) com o objetivo de avaliar o comportamento funcional das glândulas salivares, sendo útil na avaliação de processos que prejudicam o funcionamento habitual dessas glândulas (processos inflamatórios com ou sem cálculos, cistos e tumores).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Endocrinologista
- Otorrinolaringologista
- Cirurgião geral
- Oncologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Detectar tumores	B26, D11, K11, L02, M35, Y84, Z54
P1 (amarelo)	Detectar processos inflamatórios como parotidite e abscessos	
	Avaliar sequelas da radioterapia	
P2 (verde)	Avaliar a Síndrome de Sjögren	
	Avaliar a funcionalidade das glândulas salivares	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	02.08.02.005-5
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDOS)	02.08.02.006-3
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	02.08.02.007-1
CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	02.08.02.008-0
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GÁSTRICO-ESOFÁGICO	02.08.02.011-0
CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	02.08.02.009-8
CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	02.08.02.010-1

DESCRIÇÕES:

Cintilografia para estudo de trânsito esofágico / gástrico: As cintilografias para avaliar o esvaziamento esofágico ou gástrico tem a finalidade de diagnosticar problemas no trânsito de alimentos pelo esôfago e estomago. Permite avaliar as alterações de esvaziamento e motilidade gástricas. O estudo consiste na aquisição de sequência rápida de imagens na incidência anterior de tórax após a deglutição do radiofármaco misturado em líquidos, ou semissólidos (exemplo mingau). O processamento das imagens permite a avaliação qualitativa e quantitativa do esvaziamento esofágico. O método é utilizado no diagnóstico e acompanhamento de alterações da motilidade esofágica, as quais podem se manifestar isoladamente ou associadas a lesões anatômicas.

Cintilografia para pesquisa de refluxo gástrico-esofágico: O método tem alta sensibilidade (80%) na detecção do refluxo gastresofágico, podendo ser seguida pela pesquisa de aspiração pulmonar (imagens tardias de tórax). É indicado para screening e acompanhamento de pacientes com suspeita ou em tratamento de refluxo, apresentando menor exposição à radiação que a radioscopia. O exame contrastado convencional mantém seu papel na avaliação de alterações anatômicas dos pacientes que já tenham o diagnóstico de refluxo.

Cintilografia p/ pesquisa de diverticulose de meckel: Este exame auxilia na identificação de câncer primário e metastático. Pesquisa de mucosa gástrica ectópica (pesquisa de divertículo de meckel). O paciente deve realizar jejum por 2 horas antes da administração endovenosa do radiofármaco. As imagens são adquiridas nos 45 minutos seguintes, na projeção anterior de abdômen. O pertecnato, administrado por via endovenosa, é captado pela mucosa gástrica, presente em 80 a 90 % dos casos de divertículo de meckel com sangramento e em outras patologias como o antro gástrico retido e esôfago de Barret. O método é sensibilizado pela administração prévia de gastrina ou cimetidina (300 mg/dia por 2 dias).

Cintilografia p/ pesquisa de hemorragia digestiva ativa: O exame auxilia na detecção de sangramento intestinal, a fim de identificar as causas da hemorragia no aparelho digestivo.

Cintilografia p/ pesquisa de hemorragia digestiva não ativa: Exame com objetivo de confirmar e localizar quadro de sangramento intestinal baixo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião geral
- Hematologista
- Oncologista
- Cirurgião pediátrico
- Hepatologista
- Proctologista
- Gastroenterologista

CONTRAINDICAÇÃO:

- Hemorragia Esofagogástrica

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Tumores malignos	C16, C26, C78, D13, K21, K22, K31, K92, Q43, R58, R63
P1(Amarelo)	Pesquisa de divertículo de meckel	
	Visualizar e quantificar hemorragia em qualquer órgão ou segmento com determinação da volemia.	
P2 (verde)	Gastroparesia (diabéticos)	
	Análise do Trânsito Esofágico e Gástrico para Esvaziamento e Refluxo	

APARELHO ENDÓCRINO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	02.08.03.001-8
CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	02.08.03.002-6

DESCRIÇÃO: Este exame é capaz de realizar a avaliação funcional do hipotireoidismo e hipertireoidismo, câncer de tireoide, hiperparatireoidismo. As imagens cintilografias são adquiridas nas incidências anterior e oblíquas entre 10 e 30 minutos após a injeção do radiofármaco e permitem a avaliação morfofuncional da glândula, muitas vezes complementando dados clínicos ou ultrassonográfico. São habitualmente identificados os dois lobos tireoideanos, ocasionalmente o istmo e raramente o lobo piramidal. Além da localização, dimensões e morfologia também é analisada a distribuição do radiofármaco pelo parênquima glandular, que é normalmente homogênea.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Hematologista
- Oncologista
- Endocrinologista
- Nefrologista
- Urologista

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Resultados de exames complementares relevantes, laboratoriais (PTH, TSH etc.), ultrassonografias de tireoide.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Tumores e metástases	C73, D34, E04, E05, E21, N18, N19
P1 (amarelo)	Avaliação de nódulo tireoideano, quando TSH suprimido	
	Diagnóstico diferencial da etiologia do hipertireoidismo	
	Insuficiência renal	
P2 (verde)	Avaliação de hiperparatireoidismo	

APARELHO URINÁRIO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	02.08.04.005-6
ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	02.08.04.010-2

DESCRIÇÕES:

A cintilografia renal estática (DMSA) tem como objetivo avaliar o tamanho, a forma, a localização e a função dos rins, também pode ser observado cicatrizes causadas por infecções e má-formação dos rins.

A cintilografia renal dinâmica (DTPA): Avaliação da função glomerular dos rins, da via excretora renal, pós transplante renal e do fluxo sanguíneo renal. O exame ainda pode complementar achados anatômicos de outros métodos, sendo utilizada com dados funcionais de patologias de malformações renais, insuficiência renal aguda e crônica, traumas, tumores renais, glomerulonefrite e pielonefrite.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Nefrologista
- Oncologista
- Urologista

NÃO RECOMENDADO SOLICITAÇÃO:

- Tumores (diagnóstico e estadiamento)
- Cálculo Renal, vesical ou uretral
- Alterações Morfológicas somente
- Infecção do trato urinário

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Resultados de exames complementares relevantes exames laboratoriais atuais (sumário de urina ou urocultura, ureia e creatinina), USG das vias urinárias, Urofluxometria (se houver).

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Avaliar envolvimento renal de tumores	C64, D41, I15, N17, N18, N19, N29
	Avaliar diagnóstico diferencial entre tumores e hipertrofia da coluna de Bertin	
P1 (amarelo)	Hipertensão renovascular	
P2 (verde)	Avaliar cicatrizes remanescentes de infecções renais	
	Quantificar córtex renal funcionante (segmento de pielonefrite por refluxo)	
	Verificar função do rim direito ou esquerdo (fluxo, déficit glomerular, obstrução de vias excretoras, função tubular)	

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	02.08.04.003-0

DESCRIÇÃO: Este exame auxilia na identificação de câncer primário e metastático de próstata entre outros. A cintilografia escrotal é um exame radioisotópico do conteúdo escrotal, principalmente em pacientes com dor escrotal. Destina-se a avaliar causas emergentes de dor escrotal aguda ou subaguda, para diferenciar a suspeita de torção testicular de epididio-orquite, avaliar criptoorquidismo, suspeita de inflamação testicular crônica, presença de tumores testiculares, perfusão aumentada, esboço testicular alargado, aumento da absorção do marcador.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cirurgião Pediátrico
- Oncologista
- Urologista

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Tumores	C61, C62, I861, N44, N45, R22
P1 (amarelo)	Diagnóstico diferencial entre torção testicular, varicocele e orquiepididimite	
P2 (verde)	Não se aplica	

APARELHO ESQUELÉTICO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	02.08.05.001-9
CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	02.08.05.003-5
CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO C/ GÁLIO 67	02.08.05.004-3
CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	02.08.03.004-2

DESCRIÇÃO: A cintilografia óssea é um exame de imagem utilizado, na maioria das vezes, para identificar sinais de câncer ou metástases para os ossos, além de identificar pontos de inflamação causados por infecções, artrites, fraturas, alterações na circulação sanguínea do osso, avaliação de próteses ósseas ou para investigar causas de dor nos ossos. A cintilografia óssea pode ser indicada nas seguintes situações: pesquisa de metástases ósseas causadas por variados tipos de câncer, como de mama, próstata ou pulmão, por exemplo, para identificar áreas de alteração do metabolismo dos ossos, para identificar alterações causadas por osteomielite, artrites, tumores ósseos primários, fraturas, osteonecrose, distrofia simpática reflexa, infarto ósseo, viabilidade do enxerto ósseo e avaliação de próteses ósseas. Também é utilizada para investigar causas de dor óssea em que não foram identificadas as causas com outros exames.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista
- Nefrologista
- Pneumologista
- Endocrinologista
- Oncologista
- Reumatologista
- Infectologista
- Ortopedista
- Urologista
- Mastologista

CONTRAINDICAÇÃO:

- Processos alérgicos às substâncias farmacológicas utilizadas no procedimento.

NÃO RECOMENDADO SOLICITAÇÃO:

- Lesões ligamentares, condrais ou dos Meniscos (vistas na RMN)
- Fraturas (diagnóstico)

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Tumores e metástases (diagnóstico e acompanhamento)	A49, C50, C61, D43, M00, M25, M86, M87, M88, R50
	Processos expansivos gerais	
	Necrose ósseas	
P1 (amarelo)	Investigação de febre de origem obscura Infecções	
	Investigação de Osteomielite	
	Investigação de Piorrites	
P2 (verde)	Avaliar integridade de próteses articulares	
	Doença de Paget,	
	Acompanhamentos	

APARELHO NERVOSO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO)	02.08.06.001-4
ESTUDO DE FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	02.08.06.003-0

DESCRIÇÃO: Exame realizado pela técnica de SPECT utilizando como radiofármaco o etilenodicisteína dietil éster marcado com TC-99M (ECD-TC99M), um composto lipofílico que cruza a barreira hematoencefálica e vai ser captado no córtex cerebral proporcionalmente ao fluxo sanguíneo e a quantidade de neurônios presentes. Exame útil para a avaliação de algumas patologias cerebrais se destacando a avaliação de quadros demenciais, localização de focos epilépticos e a avaliação de sequelas de traumas e acidentes vasculares.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Neurologista
- Neurocirurgião
- Oncologista

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ Resultados de exames complementares relevantes EEG com laudo, TC e/ou RMN.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pacientes com sintomas persistentes e subagudos	G31, G96, I64, Q28, Z95
P1 (amarelo)	Avaliar Extensão de AVE	
	MAV (Mal Formação Arteriovenosa)	
	Doenças degenerativas	
	Pós-carótido, angioplastia (controle)	
	Fluxo liquórico,	
P2 (verde)	Não se aplica	

CATETERISMO CARDÍACO

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
CATETERISMO CARDÍACO	02.11.02.001-0

DESCRIÇÃO: O Cateterismo Cardíaco, também conhecido como Cinecoronariografia ou Angiografia Coronária ou Estudo Hemodinâmico, é um exame invasivo que pode ser realizado de forma eletiva, para confirmar a presença de obstruções das artérias coronárias ou avaliar o funcionamento das valvas e do músculo cardíaco, especialmente quando está sendo programada uma intervenção (angioplastia, por exemplo), ou em emergências, para determinar a exata localização da obstrução que está causando o infarto agudo do miocárdio e planejar a melhor estratégia de intervenção.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular

CONTRAINDICAÇÃO:

- Insuficiência Renal Aguda,
- Acidente Vascular Cerebral Recente,
- Sangramento Gastrointestinal Ativo,
- Infecção ativa,
- Febre de origem obscura,
- Anemia Severa,
- Hipertensão Arterial não Controlada,
- Reação prévia ao contraste,
- Intoxicação digitalica ou a outro medicamento,
- Pequena expectativa de vida,
- Coagulopatia severa,
- Endocardite válvula aórtica,
- Comprometimento do estado geral do usuário que não possibilite o exame.

PRÉ-REQUISITOS

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada)
- ✓ Exame Físico (compatível com a hipótese diagnóstica),
- ✓ Obrigatório informar peso, altura
- ✓ Resultados de exames complementares relevantes como eletrocardiograma (ECG) com laudo, Ecocardiograma com laudo, Ecocardiograma de stress, Cintilografia de miocárdio, teste ergométrico com laudo.

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INVESTIGAÇÃO	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Pós-operatório de revascularização do miocárdio	I05, I20, I21, I22,
	Precordialgia grave (angina instável de alto risco, pós, infarto)	I25, I27, I34, I47,
	Pós angioplastia percutânea (com ou sem implante de stent)	I49, I97, Q20, Q23, Q24, Q25, R07, Z95
P1 (amarelo)	Pré-operatório de cirurgia cardíaca (valvar, miocárdica ou congênita),	
	Diagnóstico/avaliação de hipertensão arterial pulmonar (CATE direito),	

	Investigação de anomalia anatômica coronariana, Investigação de arritmia ventricular (extrassístoles ventriculares de alta incidência em Holter 24h, taquicardia ventricular ou outras arritmias ventriculares complexas, desde que documentada)	
P2 (verde)	NÃO SE APLICA	

DENSITOMETRIA ÓSSEA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
DENSITOMETRIA MINERAL ÓSSEA (DMO)	020406002-8

DESCRIÇÃO: É o exame por imagem que permite medir a densidade mineral óssea e compará-la com padrões para idade e sexo. As imagens para diagnóstico são do fêmur e da coluna vertebral (e pode incluir região distal do rádio e o corpo inteiro em situações especiais). Avalia a presença e o grau da osteoporose. O procedimento também é utilizado na pediatria, para acompanhar o crescimento da criança e do adolescente.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

- Endocrinologista
- Ginecologista
- Infectologista
- Mastologista
- Médico da APS
- Nefrologista
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Reumatologista

CONTRAINDICAÇÃO:

- A densitometria óssea não pode ser realizada em mulheres com suspeita de gravidez ou gestantes.

RECOMENDAÇÕES:

- ✓ Nos casos de resultado normal é necessário um intervalo de três anos para repetição do exame,

PRÉ-REQUISITOS:

- ✓ História Clínica (anamnese detalhada)
- ✓ Exame Físico (compatível com a hipótese diagnóstica),
- ✓ Obrigatório informar peso, altura e circunferência abdominal são essenciais, devido à capacidade do equipamento,
- ✓ Resultados de exames complementares relevantes Radiografia simples com laudo descrever nos casos de fratura /cifose/osteopenia), exames laboratoriais (distúrbios metabólicos/ hormonais),

CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÕES	CIDs relacionados
P0 (vermelho)	Mulheres em pós-menopausa abaixo dos 65 anos e com fatores de risco para fratura e homens abaixo dos 70 anos com fatores de risco clínicos para fratura (comprometimento neurológico como hemiparesia, doença de Parkinson, demência, quadro de vertigem, alcoolismo, deficiência visual)	E05, E06, E10, E11, E12, E13, E14, E21, E24, E29, F00, F01, F02, F03, F10, G20, G81, H81, J44, K90, M06, M07, M08, M09, M10, M11, M12, M13, M79, M80, M81, M82, N95, Q78
	Adultos com fratura por fragilidade,	
	Adultos usando medicações associadas à baixa massa ou perda óssea (corticosteroides, inibidores de aromatase, análogos de GnRH, terapia antirretroviral, medroxiprogesterona, anticonvulsivantes, anticoagulantes)	

P1 (amarelo)	Mulheres na transição menopausa com fatores de risco clínicos para fratura (baixo peso, fratura prévia ou uso de medicação de alto risco)	
	Adultos com doença ou condição associada à baixa massa ou perda óssea, como doenças gastrointestinais, síndrome de má absorção intestinal, doença inflamatória, doença celíaca, doenças endocrinológicas (hiperparatireoidismo primário, tireotoxicose, síndrome de Cushing, hipogonadismo, diabetes mellitus), doenças reumatológicas, doença pulmonar crônica	
	Mulheres descontinuando o uso de estrogênio, de acordo com as indicações instaladas.	
P2 (verde)	Indivíduos candidato à terapia farmacológica, por apresentar risco de fratura. Em tratamento, para monitorizar efeito do mesmo. Que não esteja recebendo terapia, desde que haja evidência de perda óssea que possa levar ao tratamento.	
	Mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, Homens com idade igual ou superior a 70 anos,	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Decreto N. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, DF, 28 jun, 2011.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde, Grupo de Regulação SES/SP. Protocolos de Regulação do Acesso. 2024.

Guideline para Cintilografia de Perfusão Miocárdica de Repouso e Estresse: <<https://sbmn.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Guideline-de-Cintilografia-de-Perfus%C3%A3o-Mioc%C3%A1rdica.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2025.

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO. Ministério da Saúde / INCA, 2016.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda. Protocolo de Regulação Municipal para Solicitação de Procedimentos de Alta e Média Complexidade Volta Redonda – Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <http://www.portalvr.com/sms>.

SÃO PAULO (Cidade). Redes de Atenção à Saúde: Diretrizes. São Paulo, 2014. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RedesdeAtencaoSaude_Diretrizes.pdf. Acesso em: 8 jan. 2025.

https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2024/saude/Protocolo_2024.pdf

[file:///C:/Users/biazi/Downloads/protocolo%20em%20otorrinolaringologia%20adulto%20e%20pediatria%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/biazi/Downloads/protocolo%20em%20otorrinolaringologia%20adulto%20e%20pediatria%20(2).pdf)

VITÓRIA. Protocolo de Regulação do Município de Vitória – ES... Vitória, ES. fev. 2012. 155p. D

BRASIL. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde Recife. Protocolo de Acesso à Rede de Serviços Ambulatoriais com Classificação de Risco por Prioridade. SESAU/Recife. 1. ed., 2024.

TABELA SIGTAP disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>