



# Protocolos de Acesso para Exames de Apoio Diagnóstico

2026



PREFEITURA DE  
**SÃO PAULO**





**PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

# **Protocolos de Acesso para Exames de Apoio Diagnóstico**

**Atenção Especializada  
Ambulatorial (AEA)**

**DAE/SEABEVS/SMS**

**2026**





**RICARDO NUNES**

PREFEITO DA CIDADE DE SÃO PAULO

**LUIZ CARLOS ZAMARCO**

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

**MAURÍCIO SERPA**

SECRETÁRIO ADJUNTO MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

**LUIZ ARTUR VIEIRA CALDEIRA**

CHEFE DE GABINETE

**SANDRA MARIA SABINO FONSECA**

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM  
SAÚDE - SEABEVS

**JOSÉ CARLOS INGRUND**

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO HOSPITALAR - SEAH

**BENEDICTO ACCACIO BORGES NETO**

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE REGULAÇÃO, MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E PARCERIAS -  
SERMAP

**ARMANDO LUIS PALMIERI**

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA - SEGA

**LÚCIA HELENA AZEVEDO**

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

**LÍGIA MARIA BRUNETTO BORGIANNI**

COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

**MARCELA JOSEFINA PASSERINE**

COORDENADORA DA REGULAÇÃO

**ROBERTO TOLOSA JUNIOR**

COORDENADOR DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO - CEINFO

**COORDENADORES REGIONAIS DE SAÚDE**

Ana Cristina Kantzos - Norte

Andreza Aparecida Yabiku - Sudeste

Cleonice de Oliveira Cardoso Exposito - Sul

Juliana Mendes de Melo Vidal - Leste

Regiane de Santana Piva - Oeste





## **EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO DO PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DE ACESSO PARA EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO DOS PROTOCOLOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL - SEABEVS**

### **I - GRUPO DE TÉCNICO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL – SMS.G**

Alcione Ramos Campiotto  
Ana Caroline Barbosa Vergueiro  
Aroldo Liberman  
Eliziane Rosa Rocha  
Fernando Aparecido da Silva  
Janice Olivia Galvane  
Juliana Floriano Machado de Araujo Assis  
Maria Massari Venticinque  
Mariana Benvenga Falcao Tavares  
Marli Marinho dos Santos Mendonca  
Raphael Anizio da Silva  
Rosiley Maria Goncalves Talala Amorim  
Valdir Monteiro Pinto

### **II - GRUPO DE TÉCNICO COLABORADOR**

Alexandra Dias Teodoroviz – CRS Leste  
Ana Claudia Ribeiro – CRS Norte  
Camila Souza Pereira Fermiano – CRS Leste  
Christianne Pujol Fogaça – CRS Sudeste  
Crismere Cicloti – DCNT – Coordenadoria da Atenção Básica  
Equipe CEINFO – SMS  
Evanilza Borges Alves – STS Cidade Tiradentes  
Francisco José Silva Maia – CRS Sul  
Ingrid Ruotti Ribeiro de Oliveira – STS São Miguel Paulista  
Ivete Mitiko Tanaka Carezato – CRS Leste  
João Mauricio Peres Mainenti – SMS DAE  
João Roberto Ferreira Junior – SMS DAE  
Ligia Santos Mascarenhas – Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher – SMS  
Marcela Josefina Passerini – SMS Regulação  
Maria Aparecida Faustino – STS Freguesia do Ó/Brasilândia  
Maria Aparecida Lucarelli – CRS Oeste  
Maria Emília Carvalhães Machado – CRS Norte  
Maria Rosália Jorge de Almeida Martins Silva – SMS.G  
Mariana Delega Souza Gonçalves – STS Penha  
Marília Namó de Oliveira – CRS Sul  
Mauricio Fernando Lopes – STS Parelheiros  
Mercio Mitsuo Kuramochi – STS Vila Mariana/Jabaquara  
Patricia Araújo Querubim Ritt – STS São Mateus  
Patrícia Mendes de Almeida Franco – STS Itaquera





Paula Campi Locatelli de Almeida – STS Santo Amaro/Cidade Ademar  
Renata Eliza de Oliveira – STS Pirituba  
Ricardo Mota de Oliveira – STS M'Boi Mirim  
Rogério Mattos Hochheim – STS Campo Limpo  
Rubia Marques – CRS Norte  
Sandra Lucia Brum Mirandez – SMS Regulação  
Sandra Moreira Lima de Angelo – CRS Sudeste  
Sanny Fabretti Bueno Grosso – STS Mooca/Aricanduva  
Silvana Maria Gragnani – CRS Sul  
Silvia Regina Pinto – STS Casa Verde/Cachoeirinha  
Sueli de Medeiros Cardoso dos Passos Carvalho – STS Ipiranga  
Teresa Cristina Gonçalves de Abreu – STS Perus  
Vanessa Cristina de Oliveira Santos – STS Vila Maria/Vila Guilherme  
Vânia Lúcia Siervi Manso – SMS DAE  
Victor di Donato Marques – STS Butantã  
Wagner Gonçalves – STS Sé/Santa Cecília

## **PREFEITURA DE SÃO PAULO**

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

## **PRODUÇÃO**

### **ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO - ASCOM/SMS**

Coordenação ASCOM – Elisangela Dalmazzo Bellacosa  
Diagramação – Ricardo Liberato





## Índice

|                                                                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA .....                                                                                                        | 13 |
| 2. BRONCOSCOPIA .....                                                                                                                       | 14 |
| 3. BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS .....                                                                                                               | 15 |
| 3.1. PRÓSTATA .....                                                                                                                         | 15 |
| 3.2. TIREÓIDE (PAAF) .....                                                                                                                  | 16 |
| 3.3. LINFONODO – PAAF .....                                                                                                                 | 17 |
| 3.4. MAMA .....                                                                                                                             | 18 |
| 3.4.1. Punção Aspirativa por agulha fina (PAAF) .....                                                                                       | 18 |
| 3.4.2. Biópsia por agulha grossa (CORE-BIOPSY) .....                                                                                        | 18 |
| 4. COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) .....                                                                              | 19 |
| 5. COLONOSCOPIA .....                                                                                                                       | 20 |
| 6. COLPOSCOPIA .....                                                                                                                        | 21 |
| 7. DENSITOMETRIA ÓSSEA .....                                                                                                                | 23 |
| 8. ECOCARDIOGRAFIA FETAL .....                                                                                                              | 25 |
| 9. ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA .....                                                                                                      | 26 |
| 10. ECOCARDIOGRAFIA COM ESTRESSE .....                                                                                                      | 27 |
| 11. ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA .....                                                                                                    | 28 |
| 12. ELASTOGRAFIA HEPÁTICA .....                                                                                                             | 29 |
| 13. ELETROENCEFALOGRAMA (EEG) .....                                                                                                         | 30 |
| 14. ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG) .....                                                                                                       | 31 |
| 15. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA .....                                                                                                         | 32 |
| 16. ERGOMÉTRICO/TESTE DE ESFORÇO .....                                                                                                      | 33 |
| 17. ESPIROMETRIA .....                                                                                                                      | 34 |
| 18. ESTUDO URODINÂMICO .....                                                                                                                | 36 |
| 19. HISTEROSCOPIA .....                                                                                                                     | 37 |
| 19.1. Histeroscopia Diagnóstica .....                                                                                                       | 37 |
| 19.2. Histeroscopia Cirúrgica .....                                                                                                         | 37 |
| 20. LARINGOSCOPIA DIRETA (NASOFIBROLARINGOSCOPIA) .....                                                                                     | 38 |
| 21. LARINGOSCOPIA DE SUSPENSÃO .....                                                                                                        | 39 |
| 22. MAMOGRAFIA .....                                                                                                                        | 40 |
| 22.1. MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO .....                                                                                          | 40 |
| 22.2. MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA .....                                                                                                          | 41 |
| 23. MANOMETRIA ESOFÁGICA .....                                                                                                              | 42 |
| 24. MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24H .....                                                                                             | 43 |
| 25. MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL – MAPA .....                                                                             | 44 |
| 26. POLISSONOGRAMA .....                                                                                                                    | 45 |
| 27. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA .....                                                                                                             | 46 |
| 27.1. ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL .....                                                                                                       | 48 |
| 27.2. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO .....                                                                                                 | 49 |
| 27.3. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL/RESSONÂNCIA MAGNÉTICA<br>DA COLUNA TORÁCICA/RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBOSACRA ..... | 50 |
| 27.4. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES .....                                                                                          | 51 |
| 27.5. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR .....                                                                                       | 52 |
| 27.6. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA OU PÉLVIS .....                                                                                        | 54 |
| 27.7. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)/RESSONÂNCIA<br>MAGNÉTICA DO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) .....                  | 55 |



|                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 27.8. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ATM (BILATERAL) .....                                                           | 56  |
| 27.9. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORAX .....                                                                     | 57  |
| 27.10. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO OU AORTA COM CINE-RM .....                                             | 58  |
| 28. TOMOGRAFIAS: .....                                                                                         | 60  |
| 28.1. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO .....                                                               | 60  |
| 28.2. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA .....                                                         | 62  |
| 28.3. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ÓRBITAS/<br>ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES .....      | 63  |
| 28.4. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO .....                                                              | 65  |
| 28.5. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM OU<br>SEM CONTRASTE .....                              | 66  |
| 28.6. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBOSACRA COM<br>OU SEM CONTRASTE .....                            | 67  |
| 28.7. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX .....                                                                | 68  |
| 28.8. TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO .....                                                   | 70  |
| 28.9. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR .....                                                     | 72  |
| 28.10. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve/BACIA/ABDOMEN INFERIOR .....                                        | 74  |
| 28.11. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR .....                                     | 76  |
| 28.12. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR .....                                     | 77  |
| 28.13. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES<br>(BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) ..... | 78  |
| 28.14. TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT) .....                                                      | 79  |
| 29. ULTRASSONOGRAFIA .....                                                                                     | 81  |
| 29.1. ULTRASSONOGRAFIA – ABDOME TOTAL .....                                                                    | 81  |
| 29.2. ULTRASSONOGRAFIA – APARELHO URINÁRIO .....                                                               | 82  |
| 29.3. ULTRASSONOGRAFIA – ARTICULAÇÃO .....                                                                     | 83  |
| 29.4. ULTRASSONOGRAFIA – BOLSA ESCROTAL .....                                                                  | 84  |
| 29.5. ULTRASSONOGRAFIA – MAMA .....                                                                            | 85  |
| 29.6. ULTRASSONOGRAFIA – OBSTÉTRICA .....                                                                      | 86  |
| 29.7. ULTRASSONOGRAFIA – OBSTÉTRICA COM DOPPLER .....                                                          | 88  |
| 29.8. ULTRASSONOGRAFIA – MORFOLÓGICO FETAL .....                                                               | 89  |
| 29.9. ULTRASSONOGRAFIA – PÉLVICA .....                                                                         | 91  |
| 29.10. ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL, PARTES MOLES E GLÂNDULAS SALIVARES .....                                     | 92  |
| 29.11. ULTRASSONOGRAFIA – PRÓSTATA VIA ABDOMINAL .....                                                         | 93  |
| 29.12. ULTRASSONOGRAFIA – PRÓSTATA VIA TRANSRETAL .....                                                        | 94  |
| 29.13. ULTRASSONOGRAFIA – TIREÓIDE .....                                                                       | 95  |
| 29.14. ULTRASSONOGRAFIA – TRANSFONTANELA .....                                                                 | 96  |
| 29.15. ULTRASSONOGRAFIA – TRANSVAGINAL .....                                                                   | 97  |
| 29.16. ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIA AORTA ABDOMINAL .....                                            | 98  |
| 29.17. ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIAS E VEIAS DOS MEMBROS INFERIORES .....                            | 99  |
| 29.18. ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIA E VEIAS DOS MEMBROS SUPERIORES .....                             | 100 |
| 29.19. ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIAS RENAIAS .....                                                   | 101 |
| 29.20. ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – PENIANA .....                                                            | 102 |
| REFERÊNCIAS .....                                                                                              | 104 |

## INTRODUÇÃO

O Município de São Paulo (MSP), capital do estado de São Paulo, é a cidade mais populosa do Brasil, do continente americano e de todo o hemisfério sul, com população projetada para 2023 de 12.005.755 habitantes (Fundação SEADE, 2023). O MSP faz parte da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), que conta com 39 municípios, uma das dez regiões metropolitanas mais populosas do mundo, na qual residem mais de 22 milhões de habitantes. Neste sentido, o MSP apresenta-se como relevante não só por sua alta densidade populacional, mas por concentrar atividades de troca e interação social com o restante do país.

No que diz respeito à política de saúde, a cidade produz o maior número de internações SUS do país, assim como o maior número de procedimentos ambulatoriais de baixa, média ou alta complexidade. Conta com 475 Unidades Básicas de Saúde, 52 Equipamentos de Atenção Especializada Ambulatorial e 27 hospitais gerais sob gestão municipal que fazem parte de uma rede com 1050 estabelecimentos de saúde (MS/DATASUS-CNES; SMS/CEInfo- ESTABSUS).

A Secretaria Municipal da Saúde tem fortalecido o desenvolvimento dos serviços em Rede de Atenção à Saúde, aumentando a capacidade e a resolutividade da Atenção Básica e promovido o aumento da prestação de serviços especializados.

A Atenção Especializada Ambulatorial constitui oferta de atenção complementar para o diagnóstico e tratamento de agravos específicos que necessitam de avaliação especializada. Sua implementação na rede municipal de atenção à saúde vem se dando de maneira capilarizada, visando atender as necessidades de saúde locais contemplando as seis macrorregiões. Essa estratégia objetiva agilizar o acesso do paciente, diminuir os deslocamentos, reduzir o tempo de espera e aumentar a resolutividade das consultas e procedimentos especializados, sejam eles diagnósticos ou cirúrgicos eletivos.

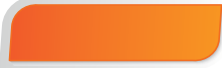
Os equipamentos da Atenção Especializada Ambulatorial contam com o sistema SIGA SAUDE/SP para disponibilização de sua oferta regulada para o acesso adequado do paciente a partir da AB.

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo oferta diversos exames através da Atenção Especializada Ambulatorial (AEA), sendo grande parte dos exames realizados pelos serviços próprios da AEA, e alguns exames são complementados por serviços contratualizados pela SMS/SP.

Os Protocolos para Exames de Apoio Diagnóstico da Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) tem como objetivo a qualificação das indicações e solicitações pelos profissionais da Rede de Atenção à Saúde, favorecendo uma utilização eficiente dos recursos disponíveis, contemplando os usuários que de fato necessitam dos exames e, por consequência, emprego dos recursos financeiros de forma correta e com efetividade.



Estes protocolos não têm a intenção de serem "Protocolos Clínicos" e, sim, dar orientações claras e objetivas, facilitando e otimizando o acesso aos exames de apoio diagnósticos disponíveis aos serviços assistenciais, e será apresentado e configurado com os seguintes itens:

-  Indicações
-  Pré-Requisitos
-  Recomendações
-  Médicos Solicitantes



## ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA

### INDICAÇÕES

- Avaliação inicial de pacientes sintomáticos com probabilidade pré-teste de 10 a 70% segundo os critérios de Diamont Forrester;
- Dor torácica aguda, suspeita de síndrome coronariana aguda ou equivalente anginoso e sem alterações isquêmicas ao ECG e marcadores de necrose miocárdica;
- Isquemia, quando permanece dúvida diagnóstica;
- Insuficiência cardíaca (IC) recente, onde permaneça dúvida sobre a etiologia da I.C.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via/APAC;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultados dos exames laboratoriais (distúrbios metabólicos);
- Descrever resultados ECG, ecocardiograma, teste ergométrico ou cintilografia.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cardiologista, Telecardiologista.





## BRONCOSCOPIA

### INDICAÇÕES

- Tumores (Diagnóstico e estadiamento);
- Atelectasia persistente - corpo estranho;
- Tuberculose, aspergilose, doenças fúngicas;
- Suspeita de doenças pulmonares intersticiais.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

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

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Pneumologista, Cirurgião Torácico.



## BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS:

### PRÓSTATA - Biópsia transuretral ou trans perineal de PRÓSTATA

#### INDICAÇÕES

- Presença de nódulos prostáticos detectados no toque retal;
- Níveis elevados de PSA (geralmente acima de 4,0 ng/mL);
- Pacientes mais jovens (com idade abaixo dos 55 anos) e que tenham PSA acima de 2,5 ng/mL;
- Densidade de PSA > 0,15 ng/mL, e a velocidade de PSA > 0,75 ng/mL/ano;
- PSA persistentemente elevado ou em elevação e com velocidade > 0,75 ng/mL/ano;
- Achados histológicos precedentes: (Neoplasia Intra-epitelial Prostática (NIP) de alto grau ou Proliferação Atípica de Pequenos Ácinos (ASAP);
- Achados suspeitos em Exames de Imagem (Ressonância multiparamétrica com PI-RADS 4 ou 5).

#### PRÉ-REQUISITOS

- APAC;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 – C61;
- Descrever resultado de RM da próstata.

#### RECOMENDAÇÕES

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

#### MÉDICOS SOLICITANTES

- Urologista.





## BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS: TIREÓIDE (PAAF)-guiada por US

### INDICAÇÕES

- Nódulos iguais ou maiores que 0,5cm, exceto hipercaptante ou puramente cístico, em pacientes com alto risco clínico de malignidade ou nódulo suspeito na US;
- Nódulos maiores que 0,5cm com características de malignidade ao ultrassom;
- Nódulos iguais ou maiores que 1cm, sólidos ou não sólidos, com microcalcificações;
- Nódulos iguais ou maiores que 1cm, sólidos e hipoeecóico à US;
- Nódulos iguais ou maiores que 1,5cm, nódulos sólidos iso ou hipereecóicos à US;
- Nódulos iguais ou maiores que 2,0cm, nódulos complexos ou espongiiformes à US;
- Todos os nódulos com aparente invasão extratireoidiana.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultado de Cintilografia e/ou Ultrassonografia cervical, quando houver.

### RECOMENDAÇÕES

- Não há indicação de PAAF, em nódulos menores que 0,5cm.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Endocrinologista; cirurgião de cabeça e pescoço.



## **BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS: LINFONODO – PAAF de linfonodo superficial suspeito (clínico ou US)**

### **INDICAÇÕES**

- Diagnóstico de nódulos, determinando a natureza da lesão, confirmando ou descartando malignidade;
- Diagnóstico de infecções, como ocasionadas por fungos, bactérias, protozoários e vírus, inflamações em geral e doenças de depósito;
- Linfonodo com alterações na ultrassonografia e/ou na mamografia.

### **PRÉ-REQUISITOS**

- APAC;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10;
- Exames complementares, com laudo e resultados dos exames.

### **MÉDICOS SOLICITANTES**

- Todos os Médicos da SMS.





## BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS: MAMA

### INDICAÇÕES

*Punção Aspirativa por agulha fina (PAAF):*

- Necessidade de diferenciação entre lesões benignas e malignas;
- Punção de cisto simples, diferenciação entre lesão sólida e cística;
- Casos selecionados de lesões provavelmente benignas BI-RADS 3.

*Biópsia por agulha grossa (CORE-BIOPSY):*

- Nódulos e cistos suspeitos BI-RADS 4 ou superior.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever a classificação BI-RADS da lesão;
- Identificar o procedimento a ser realizado (PAAF ou Core Biopsy). Nos casos de Core Biopsy indicar a técnica utilizada para guiar o procedimento;
- Exames complementares, com laudo e resultados de todos os exames referentes às mamas/axilas.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Ginecologista, Mastologista.



## COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

### INDICAÇÕES

- Avaliação de estenoses e fístulas (atende a eventuais complicações que possam surgir durante e após à colecistectomia);
- Lesões suspeitas ou confirmadas das vias biliares (fístulas);
- Cálculos de vias biliares (colédoco) com ou sem infecção (colangite);
- Cistos de colédoco;
- Tumores de pâncreas ou de vias biliares (colangiocarcinoma);
- Tumores de papila duodenal maior;
- Estenoses das vias pancreáticas.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Contra-indicado em gestantes e na pancreatite aguda.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião geral.



## COLONOSCOPIA

### INDICAÇÕES

A Colonoscopia está indicada:

- Sinais e sintomas de alarme: dor abdominal, mudança do hábito intestinal ou do padrão das fezes, anemia, sangramento nas fezes ou perda de peso inexplicável;
- Suspeita de doenças do intestino grosso ou reto;
- Na presença de sangue exame oculto nas fezes positivo;
- Acompanhamento de pacientes com exérese de pólipos em exame anterior;
- História familiar de câncer colorretal (incluindo síndromes hereditárias como polipose adenomatosa familiar, síndrome de Lynch, entre outras), história pessoal de doença inflamatória do intestino ou história pessoal de câncer (intestino, ovário, útero ou mama)".

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica, comorbidades, IMC e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever os resultados de exames realizados durante a investigação do caso.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os Médicos da SMS.

## COLPOSCOPIA

### INDICAÇÕES

A Colposcopia está indicada:

- Exame de Colpocitologia oncológica (Papanicolaou) alterado:
  - Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) - após 2 exames alterados consecutivos com intervalo de 6 meses entre eles. Lembrando que em muitos casos, a alteração descrita é decorrente de processos inflamatórios intensos e/ou atrofia e que devem ser tratadas adequadamente antes da nova coleta de colpocitologia;
  - Lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau (LSIL), após 2 exames alterados consecutivos com intervalo de 6 meses entre eles;
  - Células escamosas atípicas não se podendo excluir a presença de alterações citológicas de alto grau (ASCH), alterações citológicas de alto grau (HSIL) ou câncer;
  - Células glandulares atípicas, adenocarcinoma in situ (AIS) ou adenocarcinoma.
- Presença de pólipos;
- Suspeita de lesões associadas ao HPV;
- Suspeita de câncer em região genital (lesões vegetantes, friáveis, ulceradas);
- Seguimento pós tratamento por alteração cervical de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) e pós conização de colo uterino - Seguindo o protocolo do INCA/2016;
- Sangramento pós relação sexual, sangramento de ectopia cervical, sangramento de lesões visualizadas em colo uterino e vagina, sendo excluídas causas de sangramento uterino anormal e leiomiomas.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e exame ginecológico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultados de exames laboratoriais (Colpocitologia oncológica, Anátomo patológico, ente outros);
- Orientar que a paciente leve os exames na consulta.

### RECOMENDAÇÕES

- Realizar a biopsia dirigida nas alterações suspeitas ou patológicas, de forma a obter o diagnóstico e propor um tratamento adequado.



## MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os Médicos da SMS.

voltar  
ao  
Índice

## DENSITOMETRIA ÓSSEA

### INDICAÇÕES

- Mulheres: Idade avançada (acima de 65 anos);
- Menopausa precoce não tratada (antes dos 40 anos);
- Fratura não traumática;
- Síndromes de Imobilidade;
- Evidências radiológicas de osteopenia;
- Endocrinopatias com suspeita de perda de massa óssea;
- IMC < 19kg/m<sup>2</sup>;
- Insuficiência renal crônica;
- Hiperparatireoidismo;
- Uso crônico de corticoide;
- Osteoporose (seguimento);
- Pessoas no período do climatério com história materna de fratura do colo femoral e/ou osteoporose;
- Homens: acima de 70 ou que se encaixem em algum fator das indicações gerais.

#### *Situações especiais para solicitação de densitometria óssea:*

- Crianças e adolescentes: desordens genéticas, endócrinas, reumatológicas e hematológicas que cursam com perda de massa óssea;
- Crianças e adolescentes: baixo peso (índice de massa corporal inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>);
- Crianças e adolescentes: uso de medicamentos que elevem o risco de Osteoporose (pós-transplantados, após tratamento oncológico e com antivirais).

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultados dos exames laboratoriais (distúrbios metabólicos/hormonais);
- Descrever resultados de raio-X simples nos casos de fraturas/cifose/osteopenia;
- Pacientes acima de 65 anos não possuem pré-requisitos.



## RECOMENDAÇÕES

- Nos casos de resultado normal é necessário um intervalo de três anos para repetição do exame;
- A densitometria óssea não pode ser realizada em mulheres com suspeita de gravidez ou gestantes.

## MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os Médicos da SMS.

voltar  
ao  
Índice



## ECOCARDIOGRAFIA FETAL

### INDICAÇÕES

- Diabetes pré-gestacional, independentemente do nível de hemoglobina glicada;
- Diabetes gestacional diagnosticada no primeiro trimestre ou início do segundo trimestre;
- Mulheres com alterações no US morfológico de segundo trimestre da gestação;
- O exame também é indicado quando parente de primeiro grau – mãe, pai ou irmão, portador de cardiopatia congênita e para gestantes acometidas por doenças, como infecções maternas;
- Gestações múltiplas, arritmias, retardo no crescimento intrauterino, malformações congênitas e alterações em exames anteriores são algumas indicações fetais para a realização do exame.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultados dos exames laboratoriais (sorologias, glicemia, anti-Ro e outros) e US morfológico.

### RECOMENDAÇÕES

- O exame é recomendado a partir da 18ª semana e é ideal entre a 26ª e a 30ª semana de gestação, podendo se estender em alguns casos à 32ª semana. Grávidas de alto risco para cardiopatia congênita têm recomendação médica de fazer o exame com 14 semanas.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Ginecologista Obstetra.





## ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA

### INDICAÇÕES

- Cardiopatias congênitas;
- Insuficiência cardíaca em pacientes com achados clínicos de maior gravidade e nos que não melhoram com as intervenções terapêuticas iniciais;
- Lesões valvulares;
- Acompanhamento de próteses valvulares.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultado de raios-X simples de tórax;
- Descrever resultado de ECG.

### RECOMENDAÇÕES

- O exame ecocardiográfico utiliza-se de recursos bidimensionais com dopplervelocimetria. Têm recomendação médica de fazer o exame com 14 semanas.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos (preferencialmente após discussão com telecardiologistas).



## ECOCARDIOGRAFIA COM ESTRESSE

### INDICAÇÕES

- Cardiopatias isquêmicas;
- Pesquisa de viabilidade miocárdica.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultado de raios-X simples de tórax;
- Descrever resultado de ECG.

### RECOMENDAÇÕES

- Na indicação do exame com estresse, deverá se considerar que a infusão do fármaco (p. ex. a dobutamina) durante o exame poderá acarretar o surgimento de dor torácica, arritmias cardíacas transitórias ou elevação da pressão arterial;
- Palpitações são relativamente comuns;
- O exame ecocardiográfico utiliza-se de recursos bidimensionais com Dopplervelocimetria.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cardiologista; Telecardiologista.





## ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA

### INDICAÇÕES

- Cardiopatias isquêmicas;
- Avaliação de doenças da valvulopatias;
- Trombos intracavitários;
- Endocardites.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultado de raios-X simples de tórax;
- Descrever resultado de ECG.

### RECOMENDAÇÕES

- O exame ecocardiográfico utiliza-se de recursos bidimensionais com dopplervelocimetria comuns.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cardiologista.



## ELASTOGRAFIA HEPÁTICA

### 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.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever os resultados de exames realizados durante a investigação do caso.

### 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 biópsia. 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.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os Médicos da SMS, Telemédico.





## ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)

### INDICAÇÕES

- Convulsão Maior, Menor e Focal (para diagnóstico, acompanhamento e planejamento terapêutico);
- Ausência (todos os tipos);
- Narcolepsia;
- Demências;
- Doença de Alzheimer;
- Alguns casos de TDH, TEA, e Atraso DNPM. (ACRESCIDO).

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10. (manifestações neurológicas).

### RECOMENDAÇÕES

- Não há evidências que sustentem a indicação do EEG no diagnóstico de cefaleias.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Neurologista, Neurocirurgião, Geriatra, Psiquiatra, Telepsiquiatra e Teleneurologista.



## ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG)

### INDICAÇÕES

**Neuropatias Periféricas:** Síndrome do túnel do carpo, Neuropatia ulnar, Neuropatia diabética, Mononeuropatias múltiplas, Polineuropatias inflamatórias ou tóxicas.

**Radiculopatias:** Cervicais e lombossacras (ex: hérnia de disco), Avaliação de raízes nervosas comprometidas.

**Doenças da Junção Neuromuscular:** Miastenia gravis, Síndrome de Lambert-Eaton  
**Doenças Musculares:** Miopatias inflamatórias, Distrofias musculares, Miopatias metabólicas.

**Doenças do Neurônio Motor:** Esclerose lateral amiotrófica (ELA), Atrofia muscular espinhal.

**Lesões Traumáticas:** Lesões de plexo braquial, Lesões nervosas pós-fratura ou cirurgia.

**Outras Indicações:** Paralisia facial, Botulismo, Avaliação de fraqueza muscular, dor, formigamento ou alterações de sensibilidade.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID - 10 (manifestações neurológicas);

O paciente deve apresentar histórico de, pelo menos, 21 dias de lesão.

**Contraindicações:** Marcapasso ou CDI, Coagulopatias ou uso de anticoagulantes, Infecções cutâneas no local do exame [gov.br]

### RECOMENDAÇÕES

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

- Seguintes Corporais a Serem Avaliados:

Estudo bilateral de nervos cranianos (ex: facial, trigêmeo) quando indicado.

Quatro membros em casos de polineuropatia, miopatias ou doenças do neurônio motor. [saude.sc.gov.br]

Informações complementares:

[https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao\\_basica/349994](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/349994)

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Neurologista, Neurocirurgião, Fisiatra, Ortopedista, Reumatologista, Hansenologista, Médico do Trabalho, Teleneurologista, Telereumatologista, Enfermeiro (nos casos previstos em Protocolo) e Neurofisiologia Clínica.

voltar  
ao  
Índice





## ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

### INDICAÇÕES

- Tumores / Metástases;
- Varizes esofagianas;
- Úlcera gástrica/duodenal (diagnóstico e controle);
- Sinais de alerta: melena, vômitos persistentes, disfagia, odinofagia, hematêmese, anemia e perda de peso involuntária maior que 5%;
- Esofagite e nos casos de complicações do refluxo gastroesofágico (úlceras, estenose péptica e esôfago de Barrett);
- Dispepsia persistente, refratária ao tratamento clínico e farmacológico, ou evidência de piora dos sintomas;
- Dispepsia em pacientes maiores de 50 anos ou com maior risco de câncer gástrico.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever os resultados de exames realizados durante a investigação do caso.

### RECOMENDAÇÕES

- Toda endoscopia digestiva alta deverá ser solicitada com pesquisa de H. pylori, e "SE NECESSÁRIO" será realizada pelo endoscopista.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os Médicos da SMS, Telemédico.

## ERGOMÉTRICO/TESTE DE ESFORÇO

### INDICAÇÕES

- Doença arterial coronariana: dor torácica típica; avaliação pós-IAM em evolução precoce e tardia, não complicada; Doença Arterial Coronariana (DAC) crônica com modificações no quadro clínico e/ou do ECG, desde que estáveis;
- Valvopatias: avaliação da capacidade funcional e de sintomas em pacientes com insuficiência aórtica e sintomatologia duvidosa ou de origem não esclarecida;
- Insuficiência cardíaca e cardiomiopatias: investigação de DAC como causa da ICC em pacientes sem etiologia definida;
- Avaliação de taquiarritmias: recuperados de PCR, para identificação de DAC ou de arritmias esforço-induzidas;
- Avaliação de bradiarritmias e marcapasso: avaliação da resposta cronotrópica ao exercício em portadores de BAVT congênito; avaliação da resposta cronotrópica ao exercício em portadores de doença do nó sinusal;
- Detecção de isquemia miocárdica, arritmias e distúrbios hemodinâmicos esforço-induzidos;
- Avaliação da capacidade funcional, diagnóstica e prognóstica das doenças cardiovasculares;
- Hipertensão arterial sistêmica: investigação de DAC em indivíduos hipertensos com mais de 01 fator de risco;
- Indivíduos assintomáticos ou atletas: história familiar de DAC precoce ou morte súbita.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultado de ECG.

### RECOMENDAÇÕES

- Informar paciente com quadro de HAS compensado.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os Médicos da SMS, após avaliação do Telecardiologista.

voltar  
ao  
Índice



## ESPIROMETRIA

### INDICAÇÕES

- Pré-operatório de cirurgia de ressecção pulmonar;
- Monitorização de tratamento de transplantes, reabilitação pulmonar;
- Avaliação do risco cirúrgico, especialmente em 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;
- Avaliação de resposta ao broncodilatador;
- Diagnóstico e acompanhamento anual de DPOC;
- Para confirmar o diagnóstico diferencial de asma;
- Acompanhamento de doenças intersticiais difusas crônicas (enfisema pulmonar, bronquiectasias, e Doenças ocupacionais - Pneumoconioses);
- Identificação do acometimento pulmonar em doenças sistêmicas/colagenoses;
- Exposição ambiental;
- Monitorização de tratamento de cirurgia de recuperação funcional;
- Avaliação de paraefeitos pulmonares por drogas;
- Perícia Médica pneumológica – avaliação de incapacidade pulmonar;
- Rastreio de DPOC em tabagistas sintomáticos com mais de 40 anos;
- Rastreio de DPOC em pacientes expostos a outros agentes inalatórios como gases irritantes ou de material particulado em ambiente ocupacional ou domiciliar, como fumaça de fogões a lenha;
- Anormalidades extrapulmonares (cifoesciose, pectus excavatum, doenças neuromusculares, obesidade, insuficiência cardíaca);
- Avaliação de desempenho físico dos atletas.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, HD e CID 10;
- Descrever resultado de raios-X de tórax (se houver);
- Todas os exames de Espirometria sempre devem ser solicitados com teste pré e pós- broncodilatador.



## 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 contra-indicação 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).

## MÉDICOS SOLICITANTES

- Clínico Geral, Pediatra, Generalista, Alergista, Médico do Trabalho, Pneumologista, Telepneumologista.





## ESTUDO URODINÂMICO

### INDICAÇÕES

- Todos os tipos de incontinência urinária;
- Distúrbios miccionais em pacientes com doenças neurológicas (exemplo: Esclerose Múltipla, Doença de Parkinson, pós-acidente vascular);
- Traumatismo medular (paraplégicos, tetraplégicos);
- Retenção urinária no homem (hiperplasia de próstata);
- Infecções urinárias de repetição;
- Bexiga hiperativa;
- Urgência miccional;
- Alterações de sensibilidade;
- Disfunção urinárias após cirurgias abdominais ou vaginais;
- Alteração de contratilidade;
- Resíduo miccional elevado;
- Distúrbios miccionais em geral.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico;
- Descrever hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultados dos exames laboratoriais e de imagem se realizados

### RECOMENDAÇÕES

- O exame sempre deverá ser evitado na vigência de infecção urinária clínica.
- Atenção especial para pacientes com lesões medulares acima de T6 – risco de disreflexia autonômica.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Ginecologistas;
- Clínico geral/Generalista;
- Urologista.

voltar  
ao  
Índice



## HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA/CIRÚRGICA

### INDICAÇÕES

#### Histeroscopia Diagnóstica

- Sangramento uterino anormal;
- Diagnóstico e estadiamento de carcinoma endometrial e de endocérnix;
- Diagnóstico e seguimento de neoplasia trofoblástica gestacional;
- Identificação e localização de restos ovulares;
- Diagnóstico de doenças suspeitadas por outros métodos;
- Localização de corpos estranhos na cavidade uterina;
- Diagnóstico e seguimento de atrofia, pólipos, mioma, hiperplasia de endométrio;
- Instrumento de apoio em outras abordagens propedêuticas (Falopioscopia/hidrolaparoscopia/Fertiloscopia);
- Investigação de infertilidade.

#### Histeroscopia Cirúrgica

- Tratamento de pequenos pólipos, miomas submucosos, espessamento endometrial, malformações da cavidade uterina, ressecção de septos uterinos, istmocele, remoção (retirar) de dispositivo intra-uterino (DIU) retido;
- Correção de pequenas sinequias;
- Tratamento de doenças endometriais, identificadas por meio da histeroscopia diagnóstica ou do ultrassom transvaginal.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultados dos exames laboratoriais e de ultrassonografia.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Ginecologista.





## LARINGOSCOPIA DIRETA (NASOFIBROLARINGOSCOPIA)

### INDICAÇÕES

- Anomalias congênitas de laringe;
- Estenose subglótica congênita ou adquirida;
- Disfonia persistente;
- Tumores (diagnóstico e acompanhamento);
- Granulomas/pólipos de cordas vocais;
- Impossibilidade de realização da laringoscopia indireta;
- Disfagia;
- Epistaxe de repetição.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Exame utilizado na Identificação do aspecto morfológico das lesões na laringe/faringe além da funcionalidade do órgão.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Otorrinolaringologista, Pneumologista.

## LARINGOSCOPIA DE SUSPENSÃO

A laringoscopia de suspensão é um procedimento com finalidades diagnóstica e terapêutica.

### INDICAÇÕES

- Similares às da broncoscopia rígida: dilatações, aplicação de próteses endotraqueais, ressecções tumorais e biópsias;
- Casos de doenças cirúrgicas da laringe como cistos, pólipos, leucoplasias e tumores;
- Alternativa eficaz, mormente na indisponibilidade de equipamento de traqueobroncoscopia rígida.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Pode ser realizada em crianças e adultos.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião de Cabeça e Pescoço; Otorrinolaringologista; Cirurgião Geral.



## MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

### INDICAÇÕES

- Rastreamento populacional - Pessoas a partir dos 40 anos com periodicidade anual até os 75 anos.
- Rastreamento individualizado : Pessoas com casos de câncer de mama e/ou ovário em familiar de 1º grau (pai, mãe, irmã, irmão, filho, filha), alteração genética, principalmente, dos genes BRCA 1 e BRCA 2 deverão realizar a mamografia antes dos 40 anos, conforme orientação de profissional habilitado (mastologista, radiologista e/ou ginecologista)
- Após os 75 anos, se estiver gozando de boa saúde, a pessoa pode continuar a realizar a mamografia anualmente a partir da decisão conjunta com médico assistente.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Formulário oficial do SISMAMA;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 (Z12.3).

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultados de USG e mamografia prévios (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS e enfermeiros nos casos previstos em protocolo, Telemédico.

## MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA

A mamografia deve ser solicitada em qualquer idade para pessoas com sinais ou sintomas suspeitos.

### INDICAÇÕES

- Nódulo, espessamento e/ou outras alterações mamárias suspeitas ao exame físico, como, por exemplo: descarga papilar unilateral, pele em casca de laranja, linfonodo regional aumentado;
- Achados radiológicos em mamografia de rastreamento ou em ultrassonografia de mama, que necessitam de complementação adicional com incidências e manobras.
- A mamografia deve ser solicitada em qualquer idade para pessoas com sinais ou sintomas suspeitos.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Formulário oficial do SISMAMA;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10 (correspondente à indicação).

### RECOMENDAÇÕES

- Resultados de exames anteriores, se houver, especificando o quadrante a ser reavaliado;
- Deve ser priorizado no agendamento em relação a mamografia de rastreamento, devendo ser agendado em até 30 dias.

### MÉDICOS SOLICITANTES

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



## MANOMETRIA ESOFÁGICA

A manometria esofágica tem sido largamente utilizada como exame auxiliar na avaliação da competência do esfíncter inferior e da musculatura do esôfago em pacientes com sintomas de refluxo gastroesofágico (DRGE).

### INDICAÇÕES

- Dor torácica de origem não cardíaca;
- Tosse crônica;
- Regurgitação alimentar;
- Disfagia ou odinofagia (dificuldade ou dor para engolir, respectivamente);
- Vômitos ou náuseas de repetição;
- Controle evolutivo após cirurgias sobre a cárdia;
- Avaliar a melhor posição para instalação da sonda de pHmetria.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- Recomenda-se a realização de EDA e pHmetria esofágica antes da solicitação da Manometria.

### RECOMENDAÇÕES

- Recomenda-se a realização de EDA e pHmetria esofágica antes da solicitação da Manometria.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os Médicos da SMS.

## MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24H

### INDICAÇÕES

- Avaliar sintomas possivelmente relacionados a arritmias: palpitações, tonturas, síncope, pré-síncope, dispnéia, precordialgia, fadiga ou mal-estar indefinido, de forma episódica, sem causa aparente;
- Avaliar o risco, prognóstico e terapêutica aplicada em arritmia independente de sintomas, nos casos de: miocardiopatia hipertrófica e chagásica, displasia do ventrículo direito, após IAM com disfunção ventricular, Síndrome do QT longo, recuperados de PCR, doença coronária estável, após revascularização com disfunção ventricular, síndrome do WPW, cardiomiopatia dilatada com arritmia ventricular, detecção de arritmia ao exame físico com ECG não conclusivo;
- Detectar e/ou avaliar a isquemia miocárdica nos casos de: suspeita de angina vasoespástica, angina instável, dor precordial sugestiva de isquemia miocárdica em pacientes incapazes de realizar teste ergométrico, detecção de isquemia miocárdica no pós-infarto do miocárdio, em pós revascularização do miocárdio e em pré-reabilitação física.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultado de ECG;
- Esofágica.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultado de ecocardiografia, nos casos suspeitos de disfunção ventricular.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os Médicos da SMS, após avaliação do Telecardiologista; Neurologista.



## MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL – MAPA

### INDICAÇÕES

- Avaliar paciente suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica Lábil ou Episódica (uso de medicamentos, idosos, diabéticos, menopausadas e gestantes);
- Avaliação de normotensos com lesões de órgão-alvo;
- Avaliação de sintomas, principalmente hipotensão e Síncope Hipotensiva, disfunção autonômica;
- Suspeita de hipertensão do “avental branco”;
- Avaliação da eficácia terapêutica anti-hipertensiva.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultado de ECG.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultado de ECG.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os Médicos da SMS, após avaliação do Telecardiologista.



## POLISSONOGRAFIA

### INDICAÇÕES

- Ronco e apneia durante o sono;
- Sonolência diurna excessiva;
- Sono não reparador;
- Hipertensão arterial de difícil controle.

### PRÉ-REQUISITOS

- CID 10 - Distúrbios do sono CID 10 - G47.1, G47.2, ou G47.3;
- Classificação pelo Questionário de Berlim em Alto ou Baixo Risco;
- Informar, se presente, as seguintes comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica; Insuficiência cardíaca NYHA classe III ou IV; DPOC - GOLD 2,3 ou 4; Presença ou suspeita de insuficiência respiratória secundária a distúrbios neuromusculares; Uso de medicamentos opiáceos; Histórico de acidente vascular cerebral; Uso de oxigenoterapia; Uso de ventilação não invasiva (CPAP ou BiPAP) ou necessidade de titulação.

### RECOMENDAÇÕES

Considerar os seguintes fatores de risco:

- Sexo masculino;
- Obesidade;
- Idade:  $\geq 40$  anos;
- Anormalidades craniofaciais (micrognatia, retrognatia, alterações do palato mole, hipertrofia de tonsilas e macroglossia).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Neurologista, Pneumologista, Otorrinolaringologista, Cardiologista.





## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

### PROTOCOLOS DE ACESSO A EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

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

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

**Sem contraindicações para Ressonância Magnética:** Acessos venosos centrais (port-o-cath, Hickman), exceto Swan-Ganz ou com eletrodos; Aparelhos ortodônticos; Cateteres urinários “duplo J”; Próteses penianas (exceto tipo Duraphase e Omniphase); Próteses valvares e foraminais cardíacas (mesmo metálicas); Diafragma contraceptivo ou DIU; Implantes



dentários (exceto aqueles magnéticos, que são infrequentes); Próteses ou expansores mamários (exceto tipo MacGhan ou Infal); Stents vasculares (mesmo coronarianos), traqueobrônquicos e biliares; Válvulas de DVP (exceto de pressão ajustável / programáveis); Próteses vasculares.

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





## ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC);
- Hipótese diagnóstica e avaliação de exames anteriores.

### RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações específicas às Angio-RM com meio de contraste paramagnético (Gadolineo) são extremamente raras, restringindo-se a reação alérgica grave prévia ao meio de contraste. Insuficiência renal não é contraindicação;
- Quando solicitado para análise conjunta de artérias e parênquima cerebral, poderá ser liberado conjuntamente com Ressonância Magnética de crânio;
- Liberar por segmento estudado. Ex: Angio-RM de membros inferiores (x2); Angio-RM de aorta abdominal e torácica (x2), Angio-RM de vasos cerebrais (x1);
- Pode ser realizada sem ou com contraste. Esta última técnica é mais vantajosa devido ao reduzido tempo de aquisição (cerca de 1 minuto) em relação a Angio-RM sem contraste endovenoso.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Angiologista, Cardiologista, Cirurgião Cardíaco, Cirurgião Pediátrico, Cirurgião Torácico, Cirurgião Vascular, Nefrologista, Neurologista, Neurocirurgião, Pneumologista, Urologista.

voltar  
ao  
Índice



## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC);
- Hipótese diagnóstica e avaliação de exames anteriores.

### RECOMENDAÇÕES

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

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião Bucomaxilofacial, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Endocrinologista, Ginecologista, Infectologista, Neurologista, Neurocirurgião, Oftalmologista, Oncologista, Otorrinolaringologista, Psiquiatra e Geriatra.



## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL/RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA/RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBOSACRA

### INDICAÇÕES

- Traumas;
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Neoplasias de partes moles e ósseas;
- Malformações congênitas.

### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC);
- Hipótese diagnóstica e com exames, como raios-X simples, laboratoriais e/ou tomografia computadorizada.

### RECOMENDAÇÕES

- Não há contraindicações específicas;
- Prioridade em dor aguda da coluna com radiculopatia, suspeita de mielopatia e trauma raquimedular com ou sem déficit motor (paraplegia ou paraparesia); Suspeita de tumores no canal vertebral ou lesões ósseas; Síndrome da cauda equina; Espondilodiscite.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Fisiatra, Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Oncologista e Reumatologista.

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES

### INDICAÇÕES

Vesícula:

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

Vias Biliares:

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

### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC);
- Hipótese diagnóstica e avaliação de exames anteriores como Tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia.

### RECOMENDAÇÕES

- Não há contraindicações específicas;
- Sensibilidade maior que a da Tomografia Computadorizada para pesquisa e estadiamento de tumores.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Gastroenterologista, Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Gastrocirurgião, Hepatologista, Infectologista e Oncologista.



## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR

### INDICAÇÕES

- Pacientes com contraindicação para realização de Tomografia Computadorizada (alergia a iodo e gestantes);
- Avaliação morfológica de órgãos abdominais (fígado, pâncreas, vesícula e vias biliares, baço, rins, alças intestinais e estruturas vasculares) para pesquisa e diagnóstico de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.

#### **Fígado:**

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

#### **Pâncreas:**

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

#### **Vesícula:**

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

#### **Vias Biliares:**

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

#### **Vias urinárias e adrenais:**

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

### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC);
- Método sensível para avaliação hepática e pancreática;
- Para avaliação e estadiamento de tumores pélvicos pode-se utilizar Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética. Não ambos.



## RECOMENDAÇÕES

- Não há contraindicações específicas;
- Hipótese diagnóstica e avaliação de exames anteriores como Ultrassonografia abdominal ou pélvica e/ou tomografia computadorizada.

## MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Endocrinologista, Gastrocirurgião, Gastroenterologista, Infectologista, Nefrologista, Oncologista, Urologista e Cirurgião Vascular.





## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA OU PÉLVIS

### INDICAÇÕES

- Traumas;
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Neoplasias de partes moles e ósseas;
- Avaliação morfológica fetal e complicações da gravidez (ex. Acretismo placentário);
- Doença inflamatória pélvica (ex. sítios de endometriose/cistos anexiais complicados);
- Avaliação do trato intestinal baixo;
- Avaliação geniturinária (bexiga, próstata e útero);
- Malformações congênitas.

### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC);
- Dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, laboratoriais e/ou tomografia computadorizada.

### RECOMENDAÇÕES

- Não há contraindicações específicas.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Gastroenterologista, Ginecologista, Ortopedista, Oncologista, Reumatologista, Urologista.



## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)/RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)

### INDICAÇÕES

- Traumas;
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Neoplasias de partes moles e ósseas;
- Malformações congênitas.

### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC);
- Dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, laboratoriais e/ou tomografia computadorizada.

### RECOMENDAÇÕES

- Não há contraindicações específicas;
- Especificar o membro.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Fisiatra, Neurologista, Ortopedista, Oncologista, Reumatologista e Neurocirurgião.



## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ATM (BILATERAL)

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

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

### RECOMENDAÇÕES

- Não há contraindicações específicas.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgiões Dentistas: Bucomaxilofacial e Especialista em Dor Orofacial/ Disfunção Temporomandibular (DOF/DTM), Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Neurologista, Ortopedista, Otorrinolaringologista.



## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORAX

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC);
- Raio-X de tórax, tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia.

### RECOMENDAÇÕES

- Não há contraindicações específicas.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião Geral, Cirurgião Cardíaco, Cirurgião Pediátrico, Cirurgião Torácico, Oncologista, Pneumologista e Reumatologista.





## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO OU AORTA COM CINE-RM

### INDICAÇÕES

#### Cardiopatias Congênitas

**Tabela 1** - Indicações de RMC nas Cardiopatias Congênitas.

##### Indicações gerais:

- Seguimento de cardiopatias congênitas do adulto.

##### Indicações específicas:

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

**Tabela 2** - Indicações de RMC na avaliação das doenças vasculares

- Aneurismas de aorta (incluindo Marfan);
- Dissecção de aorta;
- Ruptura de aorta;
- Hematoma intramural aórtico;
- Úlceras aórticas;
- Planejamento de abordagem cirúrgica da aorta;
- Planejamento de stent aórtico;
- Arterites;
- Anatomia da artéria pulmonar e fluxo;
- Avaliação das veias pulmonares;
- Avaliação estenoses renais;
- Avaliação de estenoses carótidas extracranianas.

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

- Avaliação da função ventricular global, volumes e massa (esquerda e direita);

- Detecção isquemia miocárdica: Avaliação da função ventricular regional em repouso e em estresse (RMC estresse); Avaliação da perfusão miocárdica;
- Infarto agudo e crônico do miocárdio: Detecção e quantificação; Viabilidade miocárdica; Trombo ventricular; Avaliação de aneurisma de VE; Diagnostico de síndrome coronária na fase aguda;
- Angio-RMC de artérias coronárias: Anomalias congênitas.

**Tabela 4-** Indicações de RMC na avaliação das cardiomiopatias

- Cardiomiopatia hipertrófica;
- Cardiomiopatia dilatada – diagnostico diferencial com etiologia isquêmica;
- Displasia/cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito;
- Cardiomiopatia siderótica, especialmente secundária a talassemia;
- Miocárdio não compactado;
- Cardiomiopatia chagásica;
- Miocardite (fase aguda ou crônica);
- Diagnostico diferencial do coração de atleta;
- Cardiomiopatia restritiva;
- Sarcoidose cardíaca.

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

- Detecção e caracterização de tumores cardíacos e pericárdicos;
- Detecção e diagnostico diferencial de trombos ventriculares;
- Pericardite constrictiva.

**Tabela 6 -** Indicações de RMC na avaliação das doenças valvares

- Avaliação da anatomia função ventricular;
- Quantificação da regurgitação.

## PRÉ-REQUISITOS

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

## RECOMENDAÇÕES

- Não há contraindicações específicas.

## MÉDICOS SOLICITANTES

- Cardiologista, Cirurgião Cardíaco, Cirurgião Torácico, Oncologista e Cirurgião Vascular.

voltar  
ao  
Índice



## TOMOGRAFIAS

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

#### INDICAÇÕES

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

#### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC);
- Exame neurológico; Resultados de exames laboratoriais como: líquido e prolactina, quando houver;
- Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;
- Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

## RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

## MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Endocrinologista, Geriatra, Infectologista, Neurologista, Neurocirurgião, Oftalmologista, Oncologista, Otorrinolaringologista, Psiquiatra e Médicos em atuação na Rede Hospitalar.



## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA

### INDICAÇÕES

- Suspeita de aneurisma e malformação vascular em topografia do seio cavernoso;
- Suspeita de micro ou macro adenoma hipofisário;
- Síndrome da sela vazia;
- Síndrome de Sheehan;
- Suspeita de tumores de hipófise.

### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC);
- Resultados de exames laboratoriais como líquido e prolactina, quando houver;
- Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;
- Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

### RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Endocrinologista, Geriatra, Infectologista, Neurologista, Neurocirurgião, Oftalmologista, Oncologista, Otorrinolaringologista e Psiquiatra.

voltar  
ao  
Índice



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

### **INDICAÇÕES**

- Suspeitas de neoplasias;
- Processo inflamatório/infeccioso dos seios paranasais/cavidade nasal;
- Alterações craniofaciais;
- Traumas;
- Malformações;
- Patologias orbitarias (inflamatório/neoplásico);
- Indicações para ATM;
- Deslocamentos de disco;
- Doenças articulares degenerativas (osteoartrite);
- Artrites inflamatórias;
- Sinovites;
- Traumas.

### **PRÉ-REQUISITOS**

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

### **RECOMENDAÇÕES**

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca; severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.





## MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião Bucomaxilofacial, Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Cirurgião Dentista, Otorrinolaringologista e Oftalmologista.

voltar  
ao  
Índice

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

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

### RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca; severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Cirurgião Pediátrico, Endocrinologista, Otorrinolaringologista e Oncologista.



## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM OU SEM CONTRASTE

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

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

### RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca; severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Fisiatra, Médico do Trabalho, Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Oncologista e Reumatologista.



## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBOSACRA COM OU SEM CONTRASTE

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

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

### RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca; severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Fisiatra, Médico do Trabalho, Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista, Oncologista e Reumatologista.





## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

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

### RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca; severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.



### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião Geral, Cirurgião Pediátrico, Cirurgião Torácico, Oncologista, Pneumologista, Cardiologista, Médico do Trabalho e demais profissionais médicos da rede para elucidação diagnóstica de neoplasias (com lesão suspeita, na ausência de causas infecciosas, sendo obrigatório afastar tuberculose pulmonar).





## TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

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

### RECOMENDAÇÕES

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



### MÉDICOS SOLICITANTES

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





## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR

### INDICAÇÕES

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

#### **Fígado:**

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

#### **Pâncreas:**

- Pancreatopatias;
- Tumores pancreáticos.

#### **Vesícula:**

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

#### **Rins e vias urinárias e adrenais:**

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

#### **Baço:**

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

#### **Retroperitônio e mesentério:**

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

#### **Trato digestivo:**

- Doenças gástricas (inflamatório/neoplásico);



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

### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC); Indispensável o resultado dos exames de USG de abdome superior ou pélvico e exames laboratoriais;
- Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID 10 relativo à patologia a ser avaliada;
- Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

### RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião geral, Cirurgião Pediátrico, Endocrinologista, Gastrocirurgião, Gastroenterologista, Infectologista, Nefrologista, Oncologista, Urologista, Pediatra e demais profissionais médicos da rede para elucidação diagnóstica de neoplasias (suspeita de câncer pancreático ou câncer hepático primário, como massa sólida ou mista em sítio pancreático ou hepático, sendo obrigatório afastar cistos e pseudocistos. Não incluir casos com metástase hepática de outro sítio primário).





## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR

### INDICAÇÕES

- Traumas;
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Patologia geniturinária (doença inflamatória/neoplásica);
- Patologia uterina e anexos;
- Patologia prostática;
- Patologia na transição retossigmoide;
- Neoplasias de partes moles e ósseas;
- Malformações congênitas.

### PRÉ-REQUISITOS

- Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (Laudo APAC);
- Indispensável o resultado dos exames de USG de abdome superior ou pélvico e exames laboratoriais;
- Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada;
- Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como raio-x, laboratoriais e ultrassonografia.

### RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.



### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cirurgião geral, Cirurgião Pediátrico, Fisiatra, Gastroenterologista, Ginecologista, Ortopedista, Oncologista, Reumatologista, Pediatra, Urologista e demais profissionais médicos da rede para elucidação diagnóstica de neoplasias de ovário (massa ovariana sólida ou mista) e neoplasias renais ou bexiga urinária.





## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

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

### RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Fisiatra, Ortopedista, Oncologista e Reumatologista.

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

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

### RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, anemia falciforme, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma e gravidez.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Fisiatra, Ortopedista, Oncologista e Reumatologista.



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

### **INDICAÇÕES**

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

### **PRÉ-REQUISITOS**

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

### **RECOMENDAÇÕES**

- Contraindicações absolutas para contraste iodado: pacientes com alergia em geral e principalmente os alérgicos ao iodo;
- Contraindicações relativas para contraste iodado: pacientes diabéticos utilizando metformina, doentes com mieloma múltiplo, doentes idosos, fase aguda das hemorragias, hipertireoidismo, doença cardíaca severa, insuficiência cardíaca aguda ou crônica, insuficiência renal aguda ou crônica, traumatismos cranioencefálicos, feocromocitoma, gravidez e anemia falciforme.

### **MÉDICOS SOLICITANTES**

- Fisiatra, Ortopedista, Oncologista e Reumatologista.

## **TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)**

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

### **INDICAÇÕES**

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

- Pacientes com diagnóstico de Câncer Pulmonar de Células Não Pequenas, potencialmente ressecável, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

⇒ Para caracterização das lesões;

⇒ No estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;

⇒ Na detecção de recorrências.

- Pacientes portadores de Câncer Colorretal com metástase hepática solitária e potencialmente ressecável.

- Pacientes com Linfoma de Hodgkin e Linfoma não-Hodgkin agressivo, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

⇒ No estadiamento primário;

⇒ Na avaliação da resposta terapêutica;

⇒ No monitoramento da recidiva da doença.

- CID:

C180 Neoplasia maligna do ceco

C181 Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme)

C182 Neoplasia maligna do cólon ascendente

C183 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o)

C184 Neoplasia maligna do cólon transversal

C185 Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o)

C186 Neoplasia maligna do cólon descendente

C187 Neoplasia maligna do cólon sigmoide

C188 Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva

C19 Neoplasia maligna da junção retossigmoide

C20 Neoplasia maligna do reto

C340 Neoplasia maligna do brônquio principal

C341 Neoplasia maligna do lobo superior, brônquio ou pulmão

C342 Neoplasia maligna do lobo médio, brônquio ou pulmão

C343 Neoplasia maligna do lobo inferior, brônquio ou pulmão

C810 Doença de Hodgkin, predominância linfocítica

C811 Doença de Hodgkin, esclerose nodular

C812 Doença de Hodgkin, celularidade mista

C813 Doença de Hodgkin, depleção linfocítica

C817 Outra forma da doença de Hodgkin



C819 Doença de Hodgkin, não especificada  
C820 Linfoma não-Hodgkin, pequenas células clivadas, folicular  
C821 Linfoma não-Hodgkin, misto, de pequenas e grandes células clivadas, folicular  
C822 Linfoma não-Hodgkin, grandes células, folicular  
C827 Outros tipos de linfoma não-Hodgkin, folicular  
C829 Linfoma não-Hodgkin, folicular, não especificado  
C830 Linfoma não-Hodgkin difuso, pequenas células (difuso)  
C831 Linfoma não-Hodgkin difuso, pequenas células clivadas (difuso)  
C832 Linfoma não-Hodgkin difuso, misto, de pequenas e grandes células (difuso)  
C833 Linfoma não-Hodgkin difuso, grandes células (difuso)  
C834 Linfoma não-Hodgkin difuso, imunoblástico (difuso)  
C836 Linfoma não-Hodgkin difuso, indiferenciado (difuso)  
C838 Outros tipos de linfoma não-Hodgkin difuso  
C839 Linfoma não-Hodgkin difuso, não especificado  
C840 Micose fungoide  
C841 Doença de Sezary  
C842 Linfoma da zona T  
C843 Linfoma linfoepitelióide  
C844 Linfoma de células T, periférico  
C845 Outros linfomas de células T e os não especificados  
C857 Outros tipos especificados de linfoma não-Hodgkin  
C859 Linfoma não-Hodgkin de tipo não especificado  
C883 Doença imunoproliferativa do intestino delgado  
C887 Outras doenças imunoproliferativas malignas  
C889 Doença imunoproliferativa maligna, não especificada  
Observação: Os critérios foram definidos pela resolução normativa ANS No 262, de 01 de agosto de 2011.

## RECOMENDAÇÕES

- Contraindicações absolutas para PET-CT: Incapacidade de manter decúbito dorsal por 20 a 45 min; Incapacidade de colocar os braços atrás da cabeça;
- Contraindicações relativas para PET-CT: Gravidez ou suspeita de gravidez; Amamentação; Glicemia superior a 200 mg/d; Intervalo de tratamento quimioterápico inferior a 10 dias; Obesidade (de acordo com a capacidade de cada aparelho).

## MÉDICOS SOLICITANTES

- Hospitais Municipais e Centros de Atenção Oncológicas (CACON) sob Gestão Municipal.

voltar  
ao  
Índice



## ULTRASSONOGRAFIA – ABDOME TOTAL

### INDICAÇÕES

- Lesões tumorais palpáveis;
- Aneurismas;
- Orientar Biopsia para punção de lesões tumorais;
- Pesquisa de má formação de vísceras;
- Suspeita de líquidos em cavidade;
- Estudo do Retroperitônio;
- Pesquisa de doenças/alterações da parede abdominal.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultado de raios-X simples nos casos de estudo do retroperitônio.

### RECOMENDAÇÕES

- Excluir verminoses, meteorismos e constipação intestinal crônica (CIC);
- USG Abdome Superior: Hepatopatias; Esplenopatias; Patologias das vias biliares; Pancreatopatias.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS, Telemédico.



## ULTRASSONOGRAFIA – APARELHO URINÁRIO

### INDICAÇÕES

- Suspeita de tumores vesicais e renais e suprarrenais;
- Pesquisa de má formação do aparelho urinário;
- Insuficiência Renal;
- Rim policístico;
- Suspeita de nefrolitíase;
- Classificação das disfunções miccionais.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultado de USG prévio (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS, Telemédico.



## ULTRASSONOGRAFIA – ARTICULAÇÃO

### INDICAÇÕES

- Cisto Sinovial com limitação funcional;
- Derrame Articular;
- Tendinite;
- Metatarsalgias;
- Lesão por esforço repetido (LER/DORT);
- Disfunção da Articulação temporomandibular;
- Bursite.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultado de raios-x simples nos casos de cisto sinovial, derrame articular e metatarsalgia;
- Descrever o local de realização do USG.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS, Telemédico.





## ULTRASSONOGRAFIA – BOLSA ESCROTAL

### INDICAÇÕES

- Aumento da bolsa escrotal em adultos;
- Cistos de cordão, espermático e de epidídimo;
- Suspeita de criptorquidia em crianças com idade superior a um ano;
- Tumorações palpáveis;
- Infertilidade.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultado de USG prévio (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS, Telemédico.

## ULTRASSONOGRAFIA – MAMA

### INDICAÇÕES

- Diferenciar e caracterizar nódulos sólidos e cistos identificados pelo exame clínico em mulheres com idade < 35 anos;
- Avaliação de mamografias alteradas;
- Estadiar, locorregionalmente, o câncer de mama\*;
- Caracterizar assimetrias locais que podem corresponder a nódulos\*;
- Avaliar a resposta à quimioterapia neo-adjuvante\*;
- Avaliar nódulos palpáveis em mamas radiologicamente densas\*;
- Orientar procedimentos intervencionistas na mama\*;
- Pesquisar abscessos nas mastites\*;
- Avaliar pacientes jovens\*, gestantes ou lactantes com alterações clínicas na mama;
- Analisar implantes mamários\*.

\*Para ambos os sexos.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10. (avaliação clínica da mama).

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultados de USG de mama ou mamografia (se houver);

Informações complementares:

[https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao\\_basica/346505](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/346505)

[https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao\\_basica/349994](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/349994)

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS, Enfermeiro (nos casos previstos em Protocolo) e Telemédico.



## ULTRASSONOGRAFIA – OBSTÉTRICA

### INDICAÇÕES

- 1º trimestre da gestação: determinação da idade gestacional, detectar precocemente gestações múltiplas e malformações fetais;
- 2º trimestre: Monitorar o crescimento do feto, verificar as condições da placenta e inserção do cordão umbilical, examinar o feto para malformações ou problemas de fluxo de sangue; avaliar a quantidade do líquido amniótico;
- 3º trimestre da gestação: avaliação do crescimento fetal, do líquido amniótico e localização da placenta.

#### SITUAÇÕES ESPECÍFICAS ORIENTADAS POR SUSPEITA CLÍNICA DE:

- Seguimento de amniorrexe prematura confirmada;
- Doença Trofoblástica Gestacional;
- Restrição de Crescimento Intra-Uterino (RCIU);
- Incompetência istmo-cervical;
- Lúpus eritematoso sistêmico;
- Macrossomia fetal;
- Oligodrâmnio ou Polidrâmnio;
- Diabetes na gravidez (há indicação de eco com 28 semanas);
- Síndromes Hipertensivas Específicas da Gravidez (SHEG);
- Seguimento das síndromes hemorrágicas da gestação;
- História de parto prematuro anterior para medida de espessura do colo uterino;
- Gestante com crises epiléticas (uso de drogas teratogênicas);
- Seguimento das complicações tardias das "STORCH" (AIDS, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes);
- Gestante obesa grau 3 (risco de macrossomia e distocia de ombro);
- Seguimento de Gravidez múltipla.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever DUM e Idade gestacional calculada; Dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultados de USG de mama ou mamografia (se houver).



## MÉDICOS SOLICITANTES

- Médico da Equipe de Saúde da Família, Clínico Geral, Ginecologista e Enfermeiro (nos casos previstos em Protocolo), Telemédico.





## ULTRASSONOGRAFIA – OBSTÉTRICA COM DOPPLER

### INDICAÇÕES

- Crescimento intrauterino restrito, ou feto grande para idade gestacional (hidróticos, ou fetos de mãe diabética);
- Detecção de placenta de baixa altitude - Doenças do cordão e da placenta;
- Placenta prévia;
- Acretismo placentário;
- Inserção velamentosa do cordão;
- A placenta Succenturiada;
- Na gravidez múltipla, pelo risco aumentado para: STFF (Síndrome de Transfusão Feto-Fetal), RCIU (Restrição do Crescimento Intra-Uterino), entrelaçamento do cordão umbilical e rastreamento de má formação, mais frequentes em gemelares;
- Morbidade materna com efeito sobre o desenvolvimento do feto, devido ao tabagismo, uso de drogas como propranolol (quando não foi substituído por metoprolol, por ex.) e de drogas não recomendadas na gestação, diabetes com vasculopatia, síndromes hipertensivas da gestação e etilismo;
- Se a taxa de crescimento fetal não adequado para a idade gestacional, o Doppler poderá ser utilizado para análise complementar.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10 (descrever DUM e Idade gestacional).

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultado de USG prévio.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Ginecologista Obstetra.

voltar  
ao  
Índice

## ULTRASSONOGRAFIA – MORFOLÓGICO FETAL

### INDICAÇÕES

- Alterações do líquido amniótico (aumento ou diminuição);
- Incompatibilidade ABO/Rh, com Coombs indireto positivo;
- Doença hemolítica perinatal;
- História pregressa de má formação congênita e/ou aneuploidia;
- Suspeita de infecções congênicas (Zika, sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus);
- Uso de drogas e/ou agentes ambientais (ex. radiação) potencialmente teratogênicos;
- Idade materna maior ou igual a 35 anos;
- Idade paterna maior ou igual a 55 anos;
- Gestação múltipla;
- Diabetes tipo 1 ou tipo 2 e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG);
- US obstétrico sugestivo de restrição do crescimento fetal.

Indicações baseadas na História Pgressa:

- Antecedente de malformação fetal;
- História familiar de malformações fetais;
- Abortamento habitual;
- Óbito fetal ou neonatal sem etiologia definida, ou o mau passado obstétrico, independente da causa já indica a USG.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10 (descrever DUM e Idade gestacional);
- Descrição do resultado de US prévio se houver.

### RECOMENDAÇÕES

- USG Morfológico Fetal: 2º trimestre - entre 20 e 24 semanas de gestação, pois há o morfológico de primeiro trimestre entre 11 e 14 semanas;
- Se houver a suspeita de placenta prévia antes de 28 semanas de gestação, em paciente assintomática, uma nova ultrassonografia deve ser realizada na 32ª semana. OBS: 90% das placentas prévias diagnosticadas no segundo trimestre, o diagnóstico não será confirmado no termo;



- Não há evidências comprovando que a avaliação da vitalidade fetal através do perfil biofísico fetal em gestantes de baixo risco melhoram os resultados perinatais. Esse exame possui acurácia limitada e sua realização pode levar a falsos positivos.

Informações complementares:

[https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao\\_basica/346505](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/346505)

[https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao\\_basica/349994](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/349994)

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Ginecologista Obstetra.

voltar  
ao  
Índice



## ULTRASSONOGRAFIA – PÉLVICA

### INDICAÇÕES

- Investigação de tumoração pélvica;
- Sangramento genital pós-menopausa, em mulheres virgens ou com vaginas atrofiadas (prioridade);
- Suspeita de malformação no trato geniturinário;
- Amenorreia primária na impossibilidade de realização do USG transvaginal.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultado de USG prévio (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS, Telemédico.





## ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL, PARTES MOLES E GLÂNDULAS SALIVARES

### INDICAÇÕES

- Tumores (diagnóstico e acompanhamento), para esclarecer o conteúdo da lesão, se sólida ou cística;
- Anomalias dos arcos branquiais;
- Cisto do ducto tireoglosso;
- Glândulas salivares.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrição do resultado de US prévio se houver.

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS, Telemédico.



## ULTRASSONOGRAFIA – PRÓSTATA VIA ABDOMINAL

### INDICAÇÕES

Prostatismo, com exame digital prostático alterado na suspeita de:

- Carcinoma de Próstata;
- Hipertrofia prostática benigna (HPB).

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrição do resultado de US prévio e PSA (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS, Telemédico.





## ULTRASSONOGRAFIA – PRÓSTATA VIA TRANSRETAL

### INDICAÇÕES

- Para guiar as biópsias de próstata;
- Prostatismo, em pacientes com obesidade grau III (IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>) com exame digital prostático alterado na suspeita de Carcinoma de Próstata.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via (quando biópsia, seguir fluxo via APAC, conforme Protocolo de Regulação);
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- Hemograma e coagulograma recentes, para realização da biópsia.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrição do resultado de US prévio e PSA (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Urologista e Cirurgião Geral.



## ULTRASSONOGRAFIA – TIREÓIDE

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrição do resultado de US prévio (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS, Telemédico.





## ULTRASSONOGRAFIA – TRANSFONTANELA

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico (perímetro cefálico e DNPM), hipótese diagnóstica e CID-10 (perímetro cefálico e DNPM).

### RECOMENDAÇÕES

- Descrição do resultado de US prévio (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS, Telemédico.



## ULTRASSONOGRAFIA – TRANSVAGINAL

### INDICAÇÕES

- Sangramento uterino anormal no menacme (prioridade);
- Tumores e cistos ovarianos pré e pós menopausa;
- Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos com diâmetro menor que 10 cm ao exame ginecológico ou ultrassom pélvico;
- Sangramento genital pós-menopausa;
- Rotina de pré-natal, no primeiro trimestre (entre 11 e 14 semanas);
- Gestantes no segundo ou terceiro trimestre nos casos previstos em protocolo;
- Amenorréia primária;
- Amenorréia secundária não relacionada à gravidez;
- Dor pélvica crônica;
- Seguimento para mulheres em uso de TRH.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- 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;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico (OBRIGATÓRIO), hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Contra-indicado em mulheres virgens;
- Descrição do resultado de US prévio se houver;
- Não foram encontradas indicações da realização do exame transvaginal como “rotina” nas referências bibliográficas baseadas em evidência.

Informações complementares:

[https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao\\_basica/346505](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/346505)

[https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao\\_basica/349994](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/349994)

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS, Enfermeiro (nos casos previstos em Protocolo) e Telemédico.

voltar  
ao  
Índice





## ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIA AORTA ABDOMINAL

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultado do USG prévio (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS.



## ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIAS E VEIAS DOS MEMBROS INFERIORES

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- O pedido deverá ser único para os segmentos: MID e MIE, e só haverá necessidade de solicitações separadas nos casos de diferenciar o arterial do venoso;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultado do USG prévio (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS.





## ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIA E VEIAS DOS MEMBROS SUPERIORES

### INDICAÇÕES

- Síndrome de compressão da Subclávia;
- Sinais clínicos de aterosclerose obliterante periférica (AOP);
- Sequela de traumatismo com sinais ou sintomas de pressão ou lesão vascular;
- Malformação Arteriovenosa (MAV);
- Hemangioma;
- Avaliação de Fístulas Arteriovenosas.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- O pedido deverá ser único para os segmentos: MSD e MSE, e só haverá necessidade de solicitações separadas nos casos de diferenciar o arterial do venoso.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultado do USG prévio (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Todos os médicos da SMS.



## ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – ARTÉRIAS RENAIS

### INDICAÇÕES

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

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultado do USG prévio (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Cardiologista, Urologista, Nefrologista, Cirurgião, Ginecologista PNAR.



## ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER – PENIANA (COM OU SEM EREÇÃO FÁRMACO INDUZIDA)

### INDICAÇÕES

- Disfunção erétil pós cirurgia, como a retirada da próstata ou transplante renal;
- Disfunção erétil, diabetes e dislipidemias;
- Disfunção erétil e doenças cardiovasculares;
- Disfunção erétil refratária ao tratamento medicamentoso;
- Doença de Peyronie.

### PRÉ-REQUISITOS

- SADT em uma via;
- Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;
- Descrever resultados dos exames laboratoriais.

### RECOMENDAÇÕES

- Descrever resultado do USG prévio (se houver).

### MÉDICOS SOLICITANTES

- Urologista.





## Referências:

- São Paulo (Cidade). Secretaria de Saúde. Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica. Protocolos de enfermagem: Módulo 4 - Atenção Primária à Saúde da Mulher / Coordenadoria da Atenção Básica. 5ed. rev, São Paulo: SMS, 2024. Disponível em: [https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/protocolo\\_enfermagem\\_mulher\\_out25-1-pdf](https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/protocolo_enfermagem_mulher_out25-1-pdf)
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.
- BRASIL. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Regulação do Acesso da Rede Hora Certa – Exames de Apoio Diagnóstico. Vol. 01 - 1ª ed.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Saúde. Protocolo de Acesso para Polissonografia. 2024. Disponível em:  
[https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2024/11/29-101729/Protocolo\\_Acesso\\_Polissonografia.pdf](https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2024/11/29-101729/Protocolo_Acesso_Polissonografia.pdf).
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Saúde. Protocolo Solicitação Ecocardiografia Fetal. 2024. Disponível em:  
[https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2024/01/09-152651/Protocolo\\_Solicitacao\\_Ecocardiografia\\_Fetal.pdf](https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2024/01/09-152651/Protocolo_Solicitacao_Ecocardiografia_Fetal.pdf).
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). População estimada para o Município de São Paulo em 2023. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.seade.gov.br>. Acesso em: [data de acesso].
- MENEGHELO, R. S.; ARAÚJO, C. G. S.; STEIN, R.; MASTROCOLLA, L. E.; ALBUQUERQUE, P. F.; SERRA, S. M. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre teste ergométrico. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 95, p. 1-26, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010000800001>.
- 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](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RedesdeAtencaoSaude_Diretrizes.pdf). Acesso em: 8 jan. 2025.
- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Protocolos de acesso: exames de mamografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética: volume I. São Paulo: SMS, 2018.
- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. CEInfo - ESTABSUS. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/ceinfo/>. Acesso em: [data de acesso].
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde, Grupo de Regulação SES/SP. Protocolos de Regulação do Acesso. 2024. Disponível em:  
[https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/protocolos\\_de\\_acesso\\_gr\\_s\\_essp\\_-\\_exames\\_rm\\_2\\_versao\\_atualizada\\_set-2024.pdf](https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/protocolos_de_acesso_gr_s_essp_-_exames_rm_2_versao_atualizada_set-2024.pdf).
- SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de Angiotomografia Coronária. São Paulo, 2023. Disponível em:  
[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/angiotomografia\\_coracao](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/angiotomografia_coracao). Acesso em: 8 jan. 2025.
- SÃO PAULO. Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS). Manual de Normas e Rotinas do Serviço de Endoscopia. São Paulo, 2023. Disponível em: [https://ints.org.br/wp-content/uploads/2023/02/MN.ENF\\_.002-02-Manual-de-Normas-e-Rotinas-do-Servico-de-Endoscopia.pdf](https://ints.org.br/wp-content/uploads/2023/02/MN.ENF_.002-02-Manual-de-Normas-e-Rotinas-do-Servico-de-Endoscopia.pdf).
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria da Atenção Básica - Área Técnica da Saúde da Mulher. Protocolo de Acesso Encaminhamento para Consulta com Ginecologista. 2024. Disponível em: [https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/protocolo\\_necaminahmento\\_ginec\\_obstr\\_set24-pdf](https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/protocolo_necaminahmento_ginec_obstr_set24-pdf).





- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada. Disponível em: <http://www.sobed.org.br/Serviços/Guia de Procedimentos/colangiopancreatografia>>.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hepatologia & Colégio Brasileiro de Radiologia sobre o emprego da Elastografia nas Doenças do Fígado. 2020. Disponível em: <https://sbhepatologia.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Diretriz-8.8.20-VERSAO-FINAL.pdf>



     **saudeprefsp**



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**