



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL  
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE,  
AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

**Protocolo de Regulação do Acesso  
Exames Diagnósticos e Procedimentos  
de Média e Alta Complexidade**

**2020**

**PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO**

JOSÉ LUIZ NANJI

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

JEFFERSON ANTUNES GOMES

**SUBSECRETÁRIO DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

CLEBER SALLES

**DIRETOR MÉDICO DE REGULAÇÃO**

ADEMIR DEFANTE

**COORDENADORA GERAL DA SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

ANA CAROLINA DE MENDONÇA PACHECO

**EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO:**

**SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

ADRIANA SOARES FREIRE CARNEIRO

CAMILA ÁVILA

CARINA DOS SANTOS FRANCO

CARLA MACHADO DO NASCIMENTO

DANIELA REGIS

KÁTIA SOARES DE OLIVEIRA

MÁRIA LUISA BENEDICTO DE OLIVEIRA

ROBERTA DA SILVA DA COSTA

SIMONI SALLES

**COLABORADORES**

ADRIANA NEVES DE SOUZA

ANA PAULA FONSECA DOS SANTOS PINTO

CAMILA GUIMARÃES

DEIVID ROBERT DE CRESCI CAMPOS

ÉDEN FELIPE BRITO SENA

ÉDIMO BRUNO ROSA

FABIANA M. SANT'ANA

HEBERSON FRANCES GARCIA BOLF

PALMÉRIO NEVES DE SOUZA FILHO

# ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO .....	05
2. OBJETIVOS .....	06
3. PADRONIZAÇÃO DA ESPERA CONTROLADA .....	07
4. FLUXO DE REGULAÇÃO.....	08
5. OFTALMOLOGIA .....	09
5.1 CAMPIMETRIA.....	09
5.2 BIOMETRIA .....	10
5.3 MAPEAMENTO DE RETINA .....	10
5.4 BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO .....	11
5.5 CERATOMETRIA .....	11
5.6 CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CPDO .....	12
5.7 ELETRO-OCULOGRAFIA .....	13
5.8 ELETRORETINOLOGRAFIA .....	13
5.9 ESTESIOLOGIA .....	13
5.10 FUNDOSCOPIA .....	14
5.11 GONIOLOGIA .....	14
5.12 MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE .....	15
5.13 MICROSCOPIA ESPECULAR DE Córnea .....	15
5.14 POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL .....	16
5.15 POTENCIAL EVOCADO VISUAL .....	16
5.16 RETINOLOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR .....	17
5.17 RETINOLOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR .....	17
5.18 TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA .....	18
5.19 TESTE DE SCHIRMER .....	18
5.20 TESTE DE VISORES DE CORES .....	19
5.21 TESTE ORTÓPTICO .....	19
5.22 TONOMETRIA .....	20
5.23 TOPOLOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea .....	20
5.24 TRIAGEM OFTALMOLÓGICA.....	21
6. CARDIOLOGIA .....	25
6.1 PROTOCOLO ELETROCARDIOGRAMA.....	25
6.2 PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAMA .....	26
6.3 PROTOCOLO DE TESTE DE ESFORÇO OU ERGOMÉTRICO .....	28
6.4 PROTOCOLO DE HOLTER .....	29
6.5 PROTOCOLO MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA) .....	30
6.6 PROTOCOLO DE MAMOGRAFIA.....	31
7.0 NEFROLOGIA .....	32
7.1 PROTOCOLO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA.....	32
8.0 NEFROLOGIA .....	32
8.1 PROTOCOLO URETROCISTOGRAFIA.....	33
8.2 PROTOCOLO DE UROLOGRAFIA .....	34
8.3 PROTOCOLO ESTUDO URODINÂMICO .....	35
8.4 BIÓPSIA DE PRÓSTATA .....	35
9. CINTILOGRAFIA .....	36
9.1 PROTOCOLO DE CINTILOGRAFIA COM GÁGLIO 67 .....	36
9.2 PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES.....	37
9.3 PROTOCOLO DE CINTILOGRAFIA DE MAMA.....	38
9.4 PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DO CORPO INTEIRO .....	39

9.5	PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DE FÍGADO, BAÇO E VIAS BILIARES.....	40
9.6	PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR .....	40
9.7	PROTOCOLO DE CINTILOGRAFIA DO SISTEMA DIGESTIVO .....	42
9.8	PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DO SISTEMA ENDÓCRINO.....	43
9.9	PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DO SISTEMA HEMATOLÓGICO.....	44
9.10	CINTILOGRAFIA DO SISTEMA NEUROLÓGICO.....	45
9.11	PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DOS SISTEMA RESPIRATÓRIO .....	46
9.12	PROTOCOLO CINTILOGRAFIA GLÂNDULAS LACRIMAIS .....	46
9.13	PROTOCOLO CINTILOGRAFIA - PESQUISA DE DIVERTICULITE DE MECKEL .....	47
9.14	PROTOCOLO DE CINTILOGRAFIA RENAL.....	47
9.15	PROTOCOLO DE CINTILOGRAFIA TESTICULAR .....	48
9.17	PROTOCOLO DE IMUNO-CINTILOGRAFIA.....	49
10.	PROTOCOLO DE DENSITOMETRIA .....	50
11	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR .....	51
11.1	PROTOCOLO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOME .....	51
11.2	PROTOCOLO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DAS ARTICULAÇÕES.....	52
11.3	PROTOCOLO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DA COLUNA VERTEBRAL .....	54
11.4	PROTOCOLO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE CRÂNIO E ENCÉFALO.....	55
11.5	PROTOCOLO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DO MEDIASTINO.....	57
11.6	PROTOCOLO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE TÓRAX .....	58
12.	PROTOCOLO DE ANGIORESSONÂNCIA DAS CORONÁRIAS .....	59
13.	TOMOGRAFIA.....	59
13.1	PROTOCOLO DE TOMOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES.....	59
13.2	PROTOCOLO DA COLUNA VERTEBRAL.....	60
13.3	PROTOCOLO TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E SELA TÚRCICA.....	62
13.4	PROTOCOLO TOMOGRAFIA DA PELVE .....	64
13.5	PROTOCOLO DE TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE.....	65
13.6	PROTOCOLO TOMOGRAFIA DE TÓRAX .....	65
13.7	PROTOCOLO TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR .....	67
13.8	PROTOCOLO TOMOGRAFIA DE MEDIASTINO E PULMÃO.....	68
14.	ANGIOTOMOGRAFIA.....	69
14.1	PROTOCOLO DE ANGIOTOMOGRAFIA .....	69
15.	ULTRASSONOGRAFIAS .....	70
15.1	PROTOCOLO DE USG DE ABDOMINAL TOTAL .....	70
15.2	PROTOCOLO USG APARELHO URINÁRIO.....	72
15.3	PROTOCOLO USG ARTICULAÇÕES.....	73
15.4	PROTOCOLO USG BI-DIMENSIONAL COM OU DOPPLER (ECOCARDIOGRAMA) .....	74
15.5	PROTOCOLO DE USG BOLSA ESCROTAL .....	75
15.6	PROTOCOLO USG DOPLLER FLUXO OBSTRTRICO.....	76
15.7	PROTOCOLO USG GLOBO OCULAR.....	77
15.8	PROTOCOLO USG HIPOCONDRIO DIREITO .....	77
15.9	PROTOCOLO USG MAMA.....	78
15.10	PROTOCOLO USG OBSTÉTRICA.....	79
15.11	PROTOCOLO USG PARTES MOLES.....	80
15.12	PROTOCOLO USG PÉLVICA GINECOLÓGICA .....	81
15.13	PROTOCOLO USG PRÓSTATA VIA ABDOMINAL .....	82
15.14	PROTOCOLO DE USG TIREÓIDE .....	83
15.15	PROTOCOLO USG TÓRAX.....	84
15.16	PROTOCOLO USG TRANSFONTANELA .....	85

## 1. APRESENTAÇÃO

As diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde – RAS estabelecem a Atenção Básica como ordenadora e estruturante do sistema de saúde, coordenadora do cuidado e centro de comunicação da RAS. A Atenção Básica deve constituir a porta de entrada preferencial dos usuários com o sistema, sendo o primeiro elemento de um processo contínuo e integral de atenção.

A partir da nova política definida pelo Pacto pela Saúde, em seu eixo – Pacto de Gestão, cada Município deverá estabelecer regras claras de como atuar nas diferentes modalidades de gestão e como deve ser essa atuação, em especial quanto à regionalização, descentralização e garantia do acesso do usuário do SUS. E com o acelerado processo de municipalização da saúde incentivado pelo Ministério da Saúde, corroborado pela necessidade de expandir a atenção básica, enfatizando-se o crescimento de recursos para o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu a necessidade de organizar o fluxo assistencial para a atenção secundária (especialidades).

A Política Nacional de Regulação foi estabelecida pela Portaria GM/MS 1559/2008, que trata da regulação em três dimensões, Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção a Saúde e Regulação da Assistência a Saúde.

A regulação assistencial ou regulação do acesso consiste na “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, sendo um mecanismo de organização e gestão da rede de atenção à saúde.

O processo regulatório deve favorecer a resolução dos casos que exigem a ação coordenada de vários pontos da rede de atenção, permitindo o conhecimento mais aprofundado e dinâmico da rede assistencial, identificando áreas críticas e necessidades de

saúde, contribuindo para melhor controle dos gastos em saúde, otimização dos recursos e qualificação da prestação de serviços de saúde.

O processo de regulação deve ocorrer em todos os níveis de produção do cuidado (rede de atenção básica e especializada) e através da Central de Regulação. A Central Municipal de Regulação de Serviços Especializados é a estrutura responsável pelo recebimento, avaliação e agendamento de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, conforme oferta disponível em Unidades Prestadoras de Serviços Municipais, contratadas ou referenciadas.

A implantação de **PROTOCOLO DE ACESSO A EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE** constitui uma qualificação na estrutura reguladora do município de São Gonçalo, na medida em que esse instrumento fortalece a Rede de Atenção à Saúde, permitem a avaliação da classificação de risco e promovem a equidade do acesso.

Baseado em protocolos de acesso, clínicos, diagnósticos e terapêuticos, que foram extraídos de dados do Ministério da Saúde, de municípios que já implantaram e de especialistas que trabalham na rede pública de São Gonçalo, foi elaborado uma versão preliminar para iniciarmos essa implantação.

Sendo assim, este Protocolo não é estático e deverá ser revisado periodicamente pela equipe técnica desta subsecretaria, levando em consideração às práticas diárias, a capacidade de oferta do sistema municipal, as mudanças de legislação (normas, portarias e outras), a avaliação sistemática dos dados do sistema de informação, além de outros meios de atualização técnico-científica.

## **2. OBJETIVOS**

✓ Garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade previstos pelo SUS;

- ✓ Valorizar e estimular o atendimento **RESOLUTIVO** na Atenção Básica.
- ✓ Aprimorar os critérios técnicos de indicação de exames de apoio diagnóstico.
- ✓ Qualificar a avaliação da classificação de risco e definir prioridade de agendamento.
- ✓ Monitorar os pontos de estrangulamento na oferta e na demanda.

### 3. PADRONIZAÇÃO DA ESPERA CONTROLADA

O acesso aos procedimentos no município será orientado através de fila de espera, padronizada nas unidades de saúde, por meio do Sistema Municipal de Regulação e dos outros sistemas auxiliares de apoio à gestão do acesso. Sendo os médicos reguladores responsáveis pela avaliação técnica dos laudos, classificação de risco do paciente (vermelho, amarelo e azul) e de prioridades, baseados em critérios clínicos e nos protocolos de regulação.

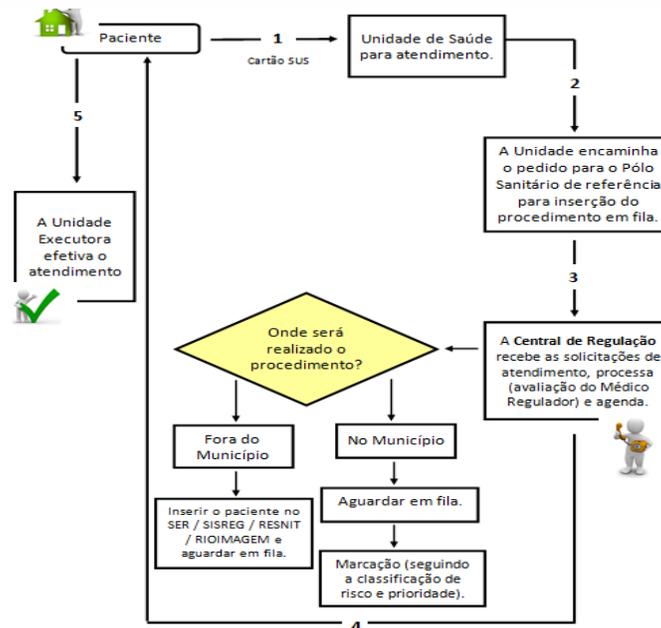
 **VERMELHO:** são situações clínicas graves que não podem, em hipótese alguma, aguardar a espera através de lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao paciente e necessitam um agendamento eletivo prioritário. **PRIORIDADE 1.** Os encaminhamentos deverão ser registrados exclusivamente pelo médico assistente do paciente, onde deverá estar descrita a **JUSTIFICATIVA CLÍNICA E HIPÓTESE DIAGNÓSTICA.**

 **AMARELO:** são situações clínicas que podem influir na condução de um caso, cuja demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida, ou cuja demora implique em quebra do acesso a outros procedimentos como a realização de cirurgias e necessita um agendamento eletivo prioritário. **PRIORIDADE 2.** A prioridade no atendimento com sua justificativa, poderá ser registrada pelo médico assistente do paciente, ou indicada pelo Coordenador da Unidade, sendo obrigatório o preenchimento de sua justificativa.

 **AZUL:** são situações clínicas classificadas como rotina e que não possuem nenhuma

referência quanto à gravidade e/ou prioridade de marcação então necessitam um agendamento prioritário. **PRIORIDADE 3.** Deverão seguir a ordem cronológica de entrada na lista de espera nas Unidades Solicitantes.

#### 4. FLUXO DE REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA



#### ATENÇÃO:

A solicitação dos exames deverá ser realizada em guia própria e embasada em **documentos de referência e contra referência**, constando **letra legível, identificação do paciente (nome completo, data de nascimento, cartão sus, endereço, telefone de contato e o nome da mãe) história clínica, detalhamento de exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares já realizados e seus laudos ou resultados, CID10 (classificação internacional de doenças), data, carimbo e assinatura do médico.**

O preenchimento adequado é fundamental para que o exame/procedimento seja solicitado no sistema e autorizado pelo médico regulador.

Vale ressaltar que o preenchimento não adequado determinará o pendenciamento da solicitação e devolução para a unidade solicitante para que seja refeita pelo profissional solicitante.

As solicitações dos exames com pouca oferta serão avaliadas, autorizadas e agendadas de acordo com o grau de urgência, bem como, a classificação de risco e prioridade do paciente.

Segundo o código de ética médica, qualquer médico pode solicitar qualquer tipo de exame, porém os pedidos indiscriminados, sem critérios, não obedecendo ao que já está estabelecido e comprovado nos estudos científicos, comprometem a Segurança do Paciente e prejuízos ao erário público.

As solicitações de procedimentos sem observar os protocolos clínicos e de regulação do acesso, causam exposição desnecessárias dos usuários, mais tempo na resolutividade dos casos e aumento da demanda ocasionando riscos para aqueles que a prioridade exigida.

## **5.OFTALMOLOGIA**

### **5.1 PROCOLODE CAMPIMETRIA**

**NOME DO EXAME:** Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.003-8

#### **INDICAÇÕES:**

- Controle do glaucoma,
- Doenças de mácula,
- Doenças retiniana,
- Doenças neurológicas de vias ópticas,
- Emissão de laudos.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Diabetes,
- Hipertensos,
- Pacientes com hemoglobinopatias,
- Miopes com acima de (6:00 SPH),
- Co-morbididades graves.

**5.2 PROTOCOLO DE BIOMETRIA**

**NOME DO EXAME:** Biometria Ultrassônica (Monocular)

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.001-1

**INDICAÇÕES:**

- Pré-operatório de cirurgias de catarata,
- Controle do glaucoma congênito,
- Refração em crianças.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Diabetes,
- Hipertensos,
- Pacientes com hemoglobinopatias,
- Miopes com acima de (6:00 SPH),
- Co-morbididades graves.

**5.3 PROTOCOLO MAPEAMENTO DE RETINA**

**NOME DO EXAME:** Mapeamento de Retina

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.012-7

**INDICAÇÕES:**

- Descolamento da retina,
- Doenças da retina,
- Glaucoma,
- Altas Miopias,
- Traumas,
- Pré-operatórios de cirurgia de catarata, refrativa ou de retina.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Diabetes,
- Hipertensos,
- Pacientes com hemoglobinopatias,
- Miopes com acima de (6:00 SPH),
- Co-morbididades graves.

**5.4 PROTOCOLO BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DO OLHO**

**NOME DO EXAME:** BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.002-0

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação da retina central e seus vasos,
- Avaliação do nervo óptico (Glaucoma) ,,
- Investigar retinopatia diabética ou hipertensiva,
- Pré-operatórios de cirurgias oculares.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Diabetes,
- Hipertensos,
- Pacientes com hemoglobinopatias,

-Co-morbidades graves.

### **5.5 PROTOCOLO CERATOMETRIA**

**NOME DO EXAME:** CERATOMETRIA

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.005-4

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação do poder dióptico corneano
- Indicado em altas ametropias
- Indicado em patologias corneanas (astigmatismos irregulares)
- Pré-operatórios de cirurgia de catarata (auxilia no calculo da lente intraocular) e cirurgia refrativa,
- Controle da retirada de pontos nos transplantes de córnea

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de ceratocone,
- Pacientes com indicação de transplante de córnea,
- Co-morbidades graves.

### **5.6 PROTOCOLO CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)**

**NOME DO EXAME:** CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR (CDPO)

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.006-2 -

**INDICAÇÕES:**

- Confirmação do diagnóstico na suspeita de glaucoma,
- Avaliação do controle da pressão intra-ocular no tratamento do glaucoma

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Pacientes com glaucoma,
- Pacientes com perda da visão de um olho (olho único)
- Co-morbidades graves.

**5.7 PROTOCOLO ELETRO-OCULOGRAFIA****NOME DO EXAME:** ELETRO-OCULOGRAFIA**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.007-0**INDICAÇÕES:**

- Avaliação de doenças degenerativas da retina
- Avaliação de doenças vasculares da retina
- Avaliação da fisiologia ocular

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de doenças degenerativas retinianas,
- Co-morbidades graves.

**5.8 PROTOCOLO DE ELETRORETINOGRRAFIA****NOME DO EXAME:** ELETRORETINOGRRAFIA**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.008-9**INDICAÇÕES:**

- Avaliação de doenças degenerativas da retina
- Avaliação de doenças vasculares da retina
- Avaliação da fisiologia ocular

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de doenças degenerativas retinianas,
- Co-morbidades graves.

### **5.9 PROTOCOLO DEESTESIOMETRIA**

**NOME DO EXAME:** ESTESIOMETRIA

**CÓDIGO SIA/SUS:**02.11.06.009-7

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação da sensibilidade corneana

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de doenças que diminuem a sensibilidade coreana ,
- Co-morbidades graves.

### **5.10 PROTOCOLO FUNDOSCOPIA**

**NOME DO EXAME:** FUNDOSCOPIA

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.010-0

**INDICAÇÕES:**

- Exame de fundo do olho sem ou com dilatação pupilar,
- Avaliar alterações do pólo posterior,
- Investigação de retinopatias.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Diabetes,
- Hipertensos,
- Co-morbidades graves.

### **5.11 PROTOCOLO GONIOSCOPIA**

**NOME DO EXAME:** GONIOSCOPIA

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.011-9

**INDICAÇÕES:**

- Classificação do tipo de glaucoma (ângulo aberto ou fechado),
- Traumas oculares,

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de glaucoma,
- História de trauma ocular,
- Co-morbidades graves.

### **5.12 PROTOCOLO MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE**

**NOME DO EXAME:** MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.013-5

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação da recuperação funcional após estresse luminoso,
- Avaliação da sensibilidade ao contraste,
- Erros refracionais,
- Catarata
- Glaucoma
- Degeneração macular
- Retinopatia diabética
- Neuropatias ópticas
- Ambliopia
- Adenoma pituitário

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de patologias citadas nas indicações do exame
- Co-morbidades graves.

**5.13 PROTOCOLO MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA**

**NOME DO EXAME:** MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.014-3

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação das células endoteliais corneanas
- Degenerações corneanas
- Pré operatório cirurgias oculares.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de degeneração corneana
- Co-morbidades graves.

**5.14 PROTOCOLO POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL**

**NOME DO EXAME:** POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.015-1

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação da máxima acuidade visual sobre orifício estenopeico
- Opacidade dos meios que impeçam a adequada avaliação macular.
- Pré operatório cirurgias oculares.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de catarata
- Co-morbidades graves.

### **5.15 PROTOCOLO POTENCIAL EVOCADO VISUAL**

**NOME DO EXAME: POTENCIAL EVOCADO VISUAL**

**CÓDIGO SIA/SUS: 02.11.06.016-0**

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação eletrofisiológica das vias ópticas
- Avaliação da acuidade visual em crianças
- Avaliação de degeneração retiniana.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Crianças em investigação de baixa de acuidde visual
- Portadores de degeneração corneana
- Co-morbidades graves.

### **5.16 PROTOCOLO RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR**

**NOME DO EXAME: RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR**

**CÓDIGO SIA/SUS: 02.11.06.017-8**

**INDICAÇÕES:**

- Registro fotográfico colorido da retina e/ou nervo óptico
- Avaliação de doenças coriorretinianas
- Avaliação de doenças do nervo óptico.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de glaucoma

- Portadores de doenças coriorretinianas
- Co-morbidades graves.

### **5.17 PROTOCOLO RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR**

**NOME DO EXAME:** RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.018-6

**INDICAÇÕES:**

- Registro fotográfico colorido da retina após injeção de contraste (fluoresceína)
- Avaliação de doenças coriorretinianas
- Avaliação de doenças do nervo óptico.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de doenças coriorretinianas
- Portadores de doenças do nervo óptico
- Co-morbidades graves.

### **5.18 PROTOCOLO TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA**

**NOME DO EXAME:** TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.020-8

**INDICAÇÕES:**

- Teste de sobrecarga hídrica ou medicamentoso com avaliação da pressão intra ocular antes e depois da intervenção clínica

- Suspeita de glaucoma

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores pressão intra ocular limítrofe

- Portadores de doenças do nervo óptico
- Co-morbidades graves.

### **5.19 PROTOCOLO TESTE DE SCHIRMER**

**NOME DO EXAME:** TESTE DE SCHIRMER

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.021-6

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação da produção lacrimal através de papel filtro milimetrado
- Avaliação de disfunção da glândula lacrimal
- Avaliação de distúrbios da produção e eliminação de lágrimas,
- Avaliação de doenças auto-imunes.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de olho seco
- Portadores de doenças auto imunes
- Co-morbidades graves.

### **5.20 PROTOCOLO TESTE DE VISÃO DE CORES**

**NOME DO EXAME:** TESTE DE VISÃO DE CORES

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.022-4

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação de discromatopsias
- Avaliação de doenças da retina

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de possíveis discromatopsias
- Portadores de doenças retinianas

- Co-morbidades graves.

### **5.21 PROTOCOLO TESTE ORTÓPTICO**

**NOME DO EXAME:** TESTE ORTÓPTICO

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.023-2

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação da motilidade ocular

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de estrabismo
- Portadores de patologias neurológicas que paralisem músculos oculares
- Co-morbidades graves.

### **5.22 PROTOCOLO TONOMETRIA**

**NOME DO EXAME:** TONOMETRIA

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.025-9

**INDICAÇÕES:**

- Aferição da pressão intra-ocular (pesquisa de glaucoma)
- Controle do glaucoma

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de glaucoma
- Co-morbidades graves.

### **5.23 PROTOCOLO TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA**

**NOME DO EXAME:** TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.026-7

**INDICAÇÕES:**

- Investigação de ceratocone
- Estudos de astigmatismos irregulares
- Pré-operatório de cirurgia refrativa
- Controle para retirada de pontos após transplante de córnea

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de ceratocone
- Pós operatório de transplante de córnea
- Co-morbidades graves.

**5.24 PROCOLO TRIAGEM OFTALMOLÓGICA**

**NOME DO EXAME:** TRIAGEM OFTALMOLÓGICA

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.06.027-5

**INDICAÇÕES:**

- Identificação precoce de baixa acuidade visual ou sinais e sintomas oculares.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de sinais e sintomas de diminuição da acuidade visual
- Co-morbidades graves.

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>INDICAÇÕES ABSOLUTAS</b>
<b>1. Curva tensional diária</b>	- Confirmação diagnóstica nos glaucomas “borderline”

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da adequação terapêutica em casos especiais.</li> </ul>
<b>2. Campimetria manual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças neurológicas que envolvem as vias ópticas.</li> <li>- Controle do glaucoma</li> <li>- Doenças retineanas</li> <li>- Solicitação do Departamento de Trânsito</li> </ul>
<b>3. Exame de motilidade ocular (teste ortóptico)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forias</li> <li>- Tropias</li> <li>- Doenças neurológicas</li> </ul>
<b>4. Eletro-retinografia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Degeneração de retina</li> <li>- Doenças vasculares retina</li> </ul>
<b>5. Eletro-oculografia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Degeneração de retina</li> <li>- Doenças vasculares retina</li> </ul>
<b>6. Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) (se a transparência do cristalino permitir)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descolamento de Retina</li> <li>- Antecedentes familiares ou pessoais de Descolamento de Retina</li> <li>- Doenças da retina</li> <li>- Altas miopias</li> <li>- Entopsias</li> <li>- Traumas</li> <li>- Pré-operatório de cirurgia da catarata</li> <li>- Pré-operatório de cirurgia refrativa</li> </ul>
<b>7. Oftalmodinamometria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças vasculares retineanas</li> </ul>
<b>8. Potencial occipital visual evocado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acuidade visual em crianças</li> </ul>

	- Degeneração retineana
<b>9. Retinografia (sóhonorário)</b>	- Doenças corioretineanas - Doenças do nervo óptico
<b>10. Angiofluoresceinografia (sóhonorário)</b>	- Doenças corioretineanas - Doenças do nervo óptico
<b>11. Tonometria</b>	- Pesquisa do glaucoma - Controle do glaucoma
<b>12. Visão subnormal</b>	- Adaptação de recursos ópticos especiais
<b>13. Biometria ultrassônica</b>	- Pré-operatório de cirurgia da catarata - Controle do glaucoma congênito - Refração em crianças
<b>14. Paquimetria ultrassônica</b>	- Pré-operatório de cirurgia refrativa - Doenças da córnea - Pesquisa do glaucoma
<b>15. Microscopia especular da córnea</b>	- Doenças da córnea - Edema corneano - Pré-operatório de cirurgia da catarata - Pré-operatório dos implantes secundários
<b>16. Ultrassonografia diagnóstica (cristalino não transparente)</b>	- Avaliação do olho indevassável - Avaliação dos tumores intra-oculares - Estudo das patologias vítreas. - Doenças do nervo óptico e da órbita.
<b>17. Gonioscopia</b>	- Classificação do glaucoma

	- Trauma
<b>18. Potencial de acuidade visual</b>	- Pré-operatório da cirurgia da catarata, da capsulotomia e eventualmente cirurgia corneana - Opacidade dos meios que impeçam a adequada avaliação macular
<b>19. Ceratoscopia computadorizada</b>	- Ceratocone - Astigmatismos irregulares - Pré-operatório de cirurgia refrativa - Controle de retiradas de pontos nos transplantes de córnea
<b>20. Teste provocativo para glaucoma</b>	- Suspeita de glaucoma
<b>21. Estéreo-foto de papila (só honorário)</b>	- Estudo da papila
<b>22. Teste de sensibilidade de contraste ou de cores</b>	- Pesquisa de discromatopsia - Doenças da retina
<b>23. Avaliação órbito-palpebral-exoftalmometria</b>	- Exoftalmias - Tumores de órbita
<b>24. Campimetria computadorizada</b>	- Controle do glaucoma - Doenças da mácula
<b>25. Avaliação de vias lacrimais</b>	- Distúrbios da produção / eliminação das lágrimas

<b>26. Ultrassonografia biomicroscópica</b>	- Patologias do segmento anterior e do corpo ciliar - Avaliação do glaucoma de ângulo estreito
<b>27. Estudo da película lacrimal</b>	- Olho seco
<b>28. Análise computadorizada de papila e/ou de fibras nervosas</b>	- Glaucoma
<b>29. Angiografia com indocianina verde (sóhonorário)</b>	- Doenças da retina e da coróide
<b>30. Polarimetria com scanning laser ophthalmoscope</b>	- Doenças da retina e da coróide
<b>31. Tomografia de coerência óptica</b>	- Doenças da retina e da coróide

## **6. CARDIOLOGIA**

### **6.1 PROTOCOLO ELETROCARDIOGRAMA**

**NOME DO EXAME:** Eletrocardiograma (ECG)

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.02.003-6

#### **INDICAÇÕES:**

- Avaliação inicialcardiológica,
- Rotina dopré-operatório,
- Síncope oupré-síncope,
- Angina depeito,
- Dortorácica,

- Dispnéia,
- Fadiga extrema ou inexplicada,
- Hipertensão arterial pulmonar,
- Arritmias,
- Hipertensão arterial sistêmica,
- AVC recente,
- Uso de medicamentos que possa alterar o ritmo cardíaco,
- Sopros,
- Doença cardiovascular adquirida ou congênita.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- ECG prévio (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Cardiologista,
- Clínico Geral
- Cirurgião Cardiovascular.
- Pneumologista,
- Médico PSF,
- Pediatra,
- Neurocirurgião/Neurologista,
- Endocrinologista,
- Nefrologista,
- Reumatologista.

**PRIORIDADES:**

- Maiores de 40 anos,
- Portadores de cardiopatias ou doenças que lesionem o coração,
- Matriculados no Hiperdia.

**6.2 PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAMA**

**NOME DO EXAME:** Ecocardiograma USG Bi-Dimensional com ou sem Doppler

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.01.003-2

**INDICAÇÕES:**

- Lesão Valvular, inclusive PVM,
- Disfunção Ventricular esquerda de qualquer etiologia,
- Cardiopatias Congênitas,
- HAS,
- Miocardiopatia (dilatada, hipertrófica e restritivas),
- Endocardite infecciosa,
- Avaliação de Próteses Valvulares,
- IAM,
- Doença do Pericárdio,
- Massas Cardíacas,
- Lesões de Artéria Aórtica (Ecotransesofágico é recomendado),
- Transtornos Neurológicos (AVC com evidência de doença clínica),
- Embolia Pulmonar com ou sem evidência de doença cardíaca,
- Síncope,
- Doenças Pulmonares (hipertensão pulmonar), trombo em coração direito, avaliação da doença pulmonar sobre o coração.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Raios-x simples (conforme o caso),
- ECG,
- Teste Ergométrico (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Cardiologista,
- Clínico Geral
- Cirurgião Cardiovascular.

**PRIORIDADES:**

- ECG alterado,
- Uso de medicação cardiotóxica,
- Pacientes pós-infarto,
- Pacientes pós-cirurgia cardíaca,
- Menores de 05 anos e maiores de 65 anos.

**OBSERVAÇÕES**

- Exames com menos de 01 ano deve ser acompanhado de relatório médico para avaliação do médico regulador;
- O Ecocardiograma fetal somente poderá ser solicitado pelo médico obstetra no ambulatório de alto risco.

**6.3 PROTOCOLO DE TESTE DE ESFORÇO OU ERGOMÉTRICO**

**NOME DO EXAME:** Teste de Esforço ou Ergométrico

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.02.006-0

**INDICAÇÕES:**

- Angina do peito;
- Dor torácica;
- ECG com alteração do seguimento ST;
- Risco de Doença Arterial Coronariana, histórico familiar de coronariopatia ou morte súbita precoce;
- HAS (hipertensão com 2 ou mais fatores de risco), estudo de PA no esforço,
- WPW (Wolf-Parkinson-Wife);
- Marcapasso Ventricular;
- Acompanhamento pós IAM, pós-angioplastia, pós-revascularização cirúrgica;
- Arritmias;
- Hipertrofia ventricular esquerda,
- Avaliação de capacidade funcional,
- Avaliação cardiológica em atletas.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- Históriaclínica,
- Examefísico,
- ECGprévio.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Cardiologista,
- CirurgiãoCardiovascular.

**PRIORIDADES:**

- Histórico e exames compatíveis com as indicações acimadescritas.

**6.4PROTOCOLO DE HOLTER**

**NOME DO EXAME:** Holter 24 horas

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.02.004-4

**INDICAÇÕES:**

- Infarto agudo do miocárdio(pós-IAM),
- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC),
- Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS),
- Miocardiopatias,
- Hipertrofia Ventricular Esquerda(HVE),
- Arritmias,
- Avaliação terapêutica emarritmia,
- Valvulopatias,
- InsuficiênciaCoronariana,
- Síncope,
- Portadores de Marcapasso,
- Estratificação de Risco na Síndrome de WPW.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- Históriaclínica,
- Examefísico,
- Raios-x simples (conforme ocaso),

- ECG,
- Teste Ergométrico e/ou Ecocardiograma.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Cardiologista.

**PRIORIDADES:**

- Síncope,
- História com arritmia diagnosticada,
- Pós-infarto,
- Histórico e exames compatíveis com as indicações acima descritas.

**6.5 PROTOCOLO MONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)**

**NOME DO EXAME:** Monitoramento da Pressão Arterial (Mapa)

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.11.02.005-2

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação desintomas causados pela Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS), (palpitações, cefaléia occipital, dispnéia paroxística ou não, fadiga, prostração, malestar geral com ou sem palidez, pré-síncope ou síncope;
- Avaliar Pressão Arterial Limítrofe,
- Avaliar abruptas variações da pressão arterial sistêmica (uso de medicamentos, idosos, diabéticos, menopausadas e grávidas),
- Avaliar paciente suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica do Jaleco Branco,
- Avaliar paciente suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica Lábil ou Episódica,
- Avaliar Hipotensão Arterial e síncope hipotensiva,
- Avaliar suspeita de disfunção autonômica,
- Avaliação de tratamento anti-hipertensivo.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico detalhado,
- ECG com laudo,

- Teste ergométrico (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Cardiologista,
- Clínico Geral
- Cirurgião Cardiovascular,
- Nefrologista,
- Neurologista/Neurocirurgião.

**PRIORIDADES:**

- Portadores de Doenças Renais Crônicas - com HAS.

**6.6 PROTOCOLO DE MAMOGRAFIA**

**NOME DO EXAME:** Mamografia

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.04.03.003-0

**INDICAÇÕES:**

- Mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, anualmente (exame de rotina)
- Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos com algum.
- Fator de risco,
- Nódulos,
- Alterações da pele da mama,
- Fluxo papilar,
- Linfonodo axilar no peito,
- Mulheres em tratamento de reposição hormonal,
- Achado anormal em mamografia anterior.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico
- USG ou mamografia prévia (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médico PSF,
- Mastologista,

- Oncologista,
- Ginecologista,
- Clínico Geral.

**PRIORIDADE:**

- Pacientes acima de 40 anos de idade e pedidos de mastologistas.
- Presença de nódulos suspeitos ao exame clínico ou em outro exame de imagem Realizado.

**7. NEFROLOGIA**

**7.1 PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO P/ TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

**NOME DO PROCEDIMENTO: TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

**CÓDIGO SIA/SUS:** 03.05.01

**INDICAÇÕES:**

- Insuficiência renal crônica com hipervolemia, sintomas urêmicos, uréia > ou =
- Hiperpotassemia refratária a tratamento clínico,
- Hemorragia digestiva alta,
- Atrito pericárdico.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Exames laboratoriais comprobatórios.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Nefrologista.

**PRIORIDADES:**

- Sintomas urêmicos graves,
- Clearance de creatina < ou = 10 ml/min para renais crônicos em geral,
- Clearance de creatina < ou = 15 ml/min para diabéticos.

**OBSERVAÇÃO:**

- Para renovação de APAC apresentar laudo dos exames, conforme protocolo

específico.

- Na falta de especialista o Clínico Geral ou médico da unidade poderá solicitar.

## **8. UROLOGIA**

### **8.1 PROTOCOLO URETROCISTOGRAFIA**

**NOME DO EXAME:** Uretrocistografia Miccional

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.04.05.017-0

#### **INDICAÇÕES:**

- Nefropatia de Refluxo(sinais),
- Lesão Medular(seguimento),
- Pré- Operatório de Transplante Renal,
- Lesões Obstrutivas da Bexiga ou Uretra,
- Lesões Traumáticas do Trato Urinário Inferior.

#### **CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Hemorragia,
- Traumas Perineais,
- Pielonefrite.

#### **PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- US do aparelho urinário ou pelve,
- Rx contrastado (se houver).

#### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Urologista,
- Nefrologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

#### **PRIORIDADES:**

- Trauma de uretra,
- Candidato a transplante renal,

- Sequelado de AVC com perda de função renal.

## **8.2 PROTOCOLO DE UROGRAFIA**

**NOME DO EXAME:** Urografia Excretora

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.04.05.018-9

### **INDICAÇÕES:**

- Lesões uretrais e renais duvidosas,
- Avaliar alterações na face póstero-lateral da bexiga,
- Avaliar obstruções altas e baixas,
- Hidronefrose,
- Calculose (diagnóstico e planejamento terapêutico),
- Avaliar anomalias congênitas do trato urinário,
- Tumores intraluminares: Piélicos ou Uretrais,
- Avaliar hematúria macro e microscópica.

### **CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Alergia ao contraste iodado,
- Hipotensão,
- Desequilíbrio do Cálcio ou Tetania,
- Descompensação Cardíaca,
- Diabetes Mellitus Descompensada,
- Mieloma Múltiplo,
- Desidratação,
- Insuficiência Renal Descompensada,
- Pielonefrite Aguda.

### **PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx simples do abdome com laudo,
- US Rim/vias urinárias.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Nefrologista,
- Urologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

**8.3 PROTOCOLO ESTUDO URODINÂMICO****NOME DO EXAME:** Estudo Urodinâmico**CÓDIGO SIA/SUS:**

02.11.09.001-8 - Urodinâmica Completa

02.11.09.004-2 - Cistometria simples 02.11.09.006-9 - Perfil de Pressão Uretral

02.11.09.003-4 - Cistometria com Cistômetro

02.11.09.007-7 Urofluxometria

**INDICAÇÕES:**

- Bexiga Neurogênica,
- Prostatismo,
- Incontinência Urinária.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Nefrologista,
- Ginecologista,
- Neurologista,
- Urologista,
- Cirurgião Pediátrico.

**PRIORIDADES:**

- Pacientes prostático com insuficiência renal,
- Sequelados de AVC e TRM com insuficiência renal (creatinina > ou = 1,5 Mg/dl)

**8.4 PROTOCOLO BIÓPSIA DE PRÓSTATA**

**NOME DO EXAME:** Biópsia de Próstata

**CÓDIGO SIA/SUS:** 01.01.041-0

**INDICAÇÕES:**

- Presença de nódulos prostáticos detectados no toque retal,
- PSA > 4,0ng/ml,
- PSA > 2,5 ng/ml em pacientes jovens (até 55anos),
- Densidade de PSA > 0, 15ng/ml,
- Velocidade de PSA > 0,75ng/ml/ano.

**PRÉ-REQUISITO:**

- Paciente com exames alterados dePSA.
- PSA > 4,0ng/ml, com imagem suspeita no USG PRÓSTATA.
- PSA > 2,5 ng/ml em pacientes jovens (até 55anos), com imagem suspeita na USG de prostáta.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Urologista.

## **9. CINTILOGRAFIA**

### **9.1 PROTOCOLO DE CINTILOGRAFIA COM GÁGLIO 67**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia com Gálio 67

**CÓDIGO SIA/SUS:**

02.08.09.001-0 - Cintilografia de Corpo Inteiro com Gálio

67 02.08.07.001-0 - Cintilografia de Pulmão com Gálio

67 02.08.01.001-7 - Cintilografia de Coração com Gálio

67 02.08.04.002-1 - Cintilografia de Rim com Gálio

67 02.08.05.004-3 - Cintilografia de Osso com Gálio 67

**INDICAÇÕES:**

- Infecções,
- Tumores,

- Metástases,
- Febre de Origem Obscura,
- HAS Secundária, Revascularização,
- Miocardites.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx simples,
- Exames laboratoriais,
- TC ou RMN (conforme o caso).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Oncologista;
- Hematologista;- Infectologista;
- Cardiologista;
- Ortopedista;
- Clínico Geral;
- Nefrologista.

**PRIORIDADES:**

- Tumores;
- Infecções.

**9.2 PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia das Articulações

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.08.05.001-9

**INDICAÇÕES:**

- Necrose da cabeça do fêmur;
- Processos Expansivos Gerais;
- Piorrites.

**CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Lesões ligamentares, Condrais ou dos Meniscos (vistas naRMN);
- Fratura(diagnóstico).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- Históriaclínica;
- Examefísico;
- USArticulação;
- RNM Articulação(inconclusiva).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Ortopedista;
- Oncologista;
- Infectologista.

**PRIORIDADES:**

- ProcessoExpansivo.

**9.3PROTOCOLODE CINTILOGRAFIA DE MAMA**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia de Mama

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.08.09.003-7

**INDICAÇÕES:**

- Detectar Linfonodo Sentinela em Câncer deMama,
- Nódulos Inconclusivos na Ultrassonografia de mama ouMamografia.

**CONTRA-INDICAÇÃO:**

- Menopausa (prevenção de câncer demama)

**PRÉ-REQUISITOS:**

- Históriaclínica,
- Examefísico,
- USG,
- Mamografia.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Oncologista,

- Mastologista.

#### **9.4 PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DO CORPO INTEIRO**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia do Corpo Inteiro

**CÓDIGO SIA/SUS:**

02.08.03.004-2 - Cintilografia para Pesquisa de Corpo Inteiro

02.08.05.004-3 - Cintilografia Óssea com gálico e tecnésio

**INDICAÇÕES:**

- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Metástases (diagnóstico e acompanhamento),
- Osteomielite (diagnóstico e acompanhamento),
- Necrose Ósseas,
- Fratura de stress.
- Avaliar Integridade de Protéses Articulares,
- Dores Ósseas (diagnóstico),
- Doença de Paget.

**CONTRA-INDICAÇÃO:**

- Processo alérgico às substâncias farmacológicas utilizadas no procedimento.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- TC (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Ortopedista,
- Oncologista,
- Endocrinologista,
- Infectologista.

**PRIORIDADES:**

- Tumores.

## **9.5 PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DE FÍGADO, BAÇO E VIAS BILIARES**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia de Fígado, Baço e Vias Biliares

**PROCEDIMENTO SIA/SUS:**

02.08.02.001-2Cintilografia do Fígado e Baço

02.08.02.002-0Cintilografia de Vias Biliares

02.08.01.005-0Cintilografia do Fluxo Sanguíneo Hepático (quantitativo e qualitativo).

**INDICAÇÕES:**

- Traumas e Cirurgias Hepáticas com suspeita de perda da integridade das Vias Biliares;
- Detectar Escapes Biliares por trauma ou cirurgia,
- Disfunção dos Enfiteres.

**CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Cálculos Biliares,
- Colecistite Infecçiosa.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- US do abdome superior,
- TC (conforme o caso).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Gastroenterologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico,
- Neonatologista.

## **9.6 PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia do Sistema Cardiovascular

## **PROCEDIMENTO SIA/SUS:**

Angiografia Radioisotópica

Quantificação de "Shunt" periférico

Cintilografia para avaliação de Fluxo Venoso (Angiologista)

Cintilografia para avaliação de Fluxo Venoso da Extremidades (Angiologista)

Venografia Radioisotópica (Angiologista)

Cintilografia do Miocárdio (Necroses)

Cintilografia Sincronizada das Câmaras Cardíacas

Cintilografia do Miocárdio em stress/em repouso (isquemia)

Cintilografia para Quantificação de "Shunt" da direita para a esquerda Estudo do "Shunt" de Lee Veen

## **INDICAÇÕES:**

- Isquemia (localização e extensão),
- Quantificar Fluxos Anômalos,
- Alterações da Contratilidade Miocárdica,
- Diferenciar Isquemia Miocárdica de Necrose Miocárdica,
- Coronariopatias (seguimento),
- Pacientes sob Quimioterapia Cardiotóxica (seguimento),
- Pós IAM,
- Avaliação funcional e prognóstica na Insuficiência Cardíaca
- Procedimento de Revascularização (acompanhamento),
- Avaliar função biventricular global,
- Avaliar Isquemia em pacientes com incapacidade ao TE ou alterações de ECG que interfiram no TE, BRE, HVE e WPW,
- Miocardites.

## **PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Angiografia simples (se indicado pelo Angiologista),
- Doppler de Vaso periférico (Angiologista),

- ECG,
- Ecocardiograma,
- Teste de Esforço (se houver),
- Cateterismo (se indicado).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Cardiologista,
- CirurgiãoCardíaco,
- CirurgiãoVascular,
- Hemodinamicista,
- Angiologista.

**PRIORIDADE:**

- Pós-infarto,
- Pacientes internados em UnidadesHospitalares.

**9.7PROTOCOLODE CINTILOGRAFIA DO SISTEMA DIGESTIVO**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia do Sistema Digestivo

**PROCEDIMENTO SIA/SUS:**

02.08.02.005-5Cintilografia para Avaliação do Trânsito Esofágico (Líquidos),

02.08.02.006-3 Cintilografia para Avaliação do Trânsito Esofágico(sólidos),

02.08.02.007-1Cintilografia para Avaliação do TrânsitoGástrico,

02.08.02.011-0Cintilografia para Pesquisa de Refluxo Gástrico-Esofágico.

**INDICAÇÕES:**

- Análise do Trânsito Esofágico e Gástrico para Esvaziamento eRefluxo;
- Gastroparesia(diabéticos).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- Históriaclínica,
- Examefísico.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Gastroenterologista,

- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pedriático,
- Pediatra.

## **9.8 PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DO SISTEMA ENDÓCRINO**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia do Sistema Endócrino

**PROCEDIMENTO SIA/SUS:**

Cintilografia com ou sem Captação

Cintilografia com Teste de Supressão/Estímulo (T3 ou T4)

Cintilografia com Teste de Estímulo (TSH)

Cintilografia para Tratamento de Hipertireoidismo Tipo Plumer

Cintilografia para Tratamento de Hipertireoidismo Tipo Graves

Cintilografia de Paratireóide

**INDICAÇÕES:**

- Distúrbios funcionais de Tireóide e Paratireóide,
- Tireóide Ectópica (identificação),
- Tumores e Nódulos (diagnóstico),
- Hipertireoidismo Tipo Graves e Plumer (tratamento),
- Carcinoma Diferenciado Tireoidiano (tratamento de metástases),
- Tireoidite (diagnóstico),
- Lesões Suspeitas e Tratamento Hormonal (acompanhamento).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Exames laboratoriais,
- USG.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Endocrinologista,
- Oncologista,

- Cirurgião Geral

## **9.9 PROTOCOLO CINTILOGRAFIA DO SISTEMA HEMATOLÓGICO**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia do Sistema Hematológico

**PROCEDIMENTO SIA/SUS:**

Cintilografia para Pesquisa de Hemorragia Não Ativa

Cintilografia para pesquisa de Hemorragia Ativa

Demonstração do Sequestro de Hemácias pelo Baço em Radioisótopos

Demonstração da Volemia com Radioisótopos

Determinação da Sobrevida das Hemácias com Radioisótopos

Determinação do Volume Eritrocitário com Radioisótopos

Determinação do Volume Plasmático com Radioisótopos

**INDICAÇÕES:**

- Visualizar e quantificar hemorragias em qualquer órgão ou segmento com determinação da volemia,
- Hemorragias de origem obscuras,
- AVC Hemorrágico,
- Sequestro de Hemácias,
- Determinar tempo de sobrevida das Hemácias.

**CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Hemorragia Esôfago-Gástrica,
- AVC Isquêmico.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Exames laboratoriais,
- TC do crânio (AVC),
- RMn (se indicado).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Hematologista,
- Angiologista,
- Nefrologista,
- Neurocirurgião,
- Neonatologista.

### **9.10 CINTILOGRAFIA DO SISTEMA NEUROLÓGICO**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia do Sistema Neurológico

**PROCEDIMENTO SIA/SUS:**

Fluxo Sanguíneo Cerebral  
Cintilografia Cerebral  
Cisternocintilografia  
Pesquisa de Fístula Liquórica  
Pesquisa de Trânsito Liquórico  
Mielocintilografia  
Ventriculocintilografia de Perfusão Cerebral.

**INDICAÇÕES:**

- Detectar Isquemia,
- Fluxo Liquórico,
- Doenças Degenerativas,
- Avaliar Extensão de AVC,
- Pós-Carotidoangioplastia (controle).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História Clínica,
- Exame Físico,
- EEG concluído,
- TC e/ou RMN.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Neurologista,
- Oncologista,
- Neurocirurgião,
- Infectologista.

## **9.11 PROTOCOLO CINTILOGRAFIADOS SISTEMA RESPIRATÓRIO**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia do Sistema Respiratório

**PROCEDIMENTO SIA/SUS:**

Cintilografia Pulmonar (inalação)

Cintilografia Pulmonar para Pesquisa de Aspiração

Cintilografia Pulmonar (perfusão)

**INDICAÇÃO:**

- Embolia Pulmonar (Diagnóstico e Extensão).

**CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Pneumopatias Inflamatórias Simples,
- Tumores (diagnóstico).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Rx do tórax PA/Perfil com laudo,
- TC do Tórax (conforme o caso).

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Pneumologista

## **9.12 PROTOCOLO CINTILOGRAFIA**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia das Glândulas Lacrimais

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.08.09.002-9

**INDICAÇÃO:**

- Obstrução das Vias Lacrimais Excretoras (diagnóstico).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História Clínica,
- Exame Físico,

- Rx de Seios daFace.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Tumores Cerebrais,
- Lesão Orbitária.

**9.13 PROTOCOLO CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULITE DE MECKEL**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia para Pesquisa de Diverticulite de Meckel

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.08.02.008-0

**INDICAÇÃO:**

- Suspeita de DivertículoSangrante.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- Históriaclínica,
- Examefísico,
- US de Abdome (nãoconclusivo),
- RX Contrastado (não conclusivo ou não indicado).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Proctologista,
- CirurgiãoGeral.

**9.14 PROTOCOLO DECINTILOGRAFIA RENAL**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia Renal

**PROCEDIMENTO SIA/SUS:**

Cintilografia Renal qualitativa e/ou quantitativa, Determinação da Filtração Glomerular comRadioisótoposDeterminação doFluxo Plasmáticocom Radiossótopos  
Renograma

Cintilografia indireta

Estudo Renal Dinâmico com ou sem Diurético

**INDICAÇÕES:**

- Verificar Função do Rim Direito ou Esquerdo (Fluxo, Déficit Glomerular, Obstrução de Vias Excretoras e FunçãoTubular),
- HipertensãoRenovascular,
- Avaliar Cicatrizes Remanescentes de InfecçõesRenais,
- Quantificar Córtex Renal Funcionante (segmento de pielonefrite por refluxo),
- Avaliar envolvimento renal detumores,
- Avaliar Diagnóstico Diferencial entre Tumor e Hipertrofia da Coluna de Bertin,
- Avaliar RefluxoVesico-Uretral(cistocintilografia).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- Históriaclínica,
- Examefísico,
- Exameslaboratoriais,
- US Rim/Viasurinárias,
- Urofluxometria (sehouver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Urologista,
- Nefrologista,
- Oncologista

**PRIORIDADES:**

- Infecção urinária de repetição (avaliar cicatrizesrenais),
- Seguimento de crianças com refluxovesico-ureteral

**9.15 PROCOLO DE CINTILOGRAFIA TESTICULAR**

**NOME DO EXAME:** Cintilografia Testicular (Bolsa Escrotal)

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.08.04.003-0

**INDICAÇÃO:**

- Diagnóstico Diferencial entre Torção Testicular e Orquiepidimite.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- USG inconclusivo.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Oncologista,
- Urologista.

**9.16 PROTOCOLO DE LINFOCINTILOGRAFIA**

**NOME DO EXAME:** Linfocintilografia

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.08.08.004-0

**INDICAÇÕES:**

- Linfedema Pós-Cirúrgico Oncológico,
- Linfedema de outras causas,
- Doppler negativo para Patologia Venosa.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Doppler Venoso (se for o caso).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Oncologista,
- Angiologista,
- Cirurgião Vascular.

**9.17 PROTOCOLO DE IMUNO-CINTILOGRAFIA**

**NOME DO EXAME:** Imuno-Cintilografia

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.08.02.012-8

**INDICAÇÃO:**

- Neoplasias (identificação e mapeamento).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Exames comprobatórios de tumor.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Oncologista,
- Hematologista.

**10. PROTOCOLO DE DENSITOMETRIA**

**NOME DO EXAME:** Densitometria Óssea

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.04.06.002-8

**INDICAÇÕES:**

- Mulheres de 65 anos ou mais;
- Mulheres em deficiência estrogênica com menos de 45 anos;
- Mulheres na peri e pós-menopausa;
- Mulheres com amenorréia secundária prolongada (por mais de um ano);
- Todos os indivíduos que tenham sofrido fratura por trauma mínimo ou atraumática.
- Indivíduos com evidência radiográfica de osteopenia ou fraturas vertebrais,
- Homens com 70 anos ou mais,
- Indivíduos que apresentem perda da estatura (maior que 2,5 cm) ou hiperostose torácica.
- Indivíduos com uso de corticóides por três meses ou mais (doses maiores que 5mg de prednisona)
- Mulheres com índice de massa corporal baixo (menor que 19kg/m<sup>2</sup>),

- Portadores de doenças ou de uso de medicações associadas à perda de Massa óssea.
- Para monitoramento de mudanças de massa óssea decorrente da evolução da doença e dos diferentes tratamentos disponíveis.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico
- Rx da coluna completa.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Ortopedista,
- Endocrinologista,
- Ginecologista,
- Oncologista,
- Reumatologista,
- Dermatologista,
- Geriatria.

**PRIORIDADE:**

- Osteoporose,
- Tumores,
- Patologias metabólicas.

**11 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR**

**11.1 PROTOCOLO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOME**

**NOME DO EXAME:** Ressonância Magnética Nuclear de Abdome

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.07.03.001-4

**INDICAÇÕES:**

- Metástase hepática,
- Adenoma de Supra-Renal,
- Diferenciar tumor hepático e hemangioma,

- Doenças dos ductos pancreáticos e viasbiliares,
- Suspeita de metástase em veia cavainferior.

**CONTRA-INDICAÇÕES:**

- ImplantesMetálicos,
- Sangramentos,
- Fratura de órgão sólido(suspeita).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- Históriaclínica,
- Examefísico,
- USGabdome,
- Rx simples de abdome com laudo,
- TCabdome.

**PROFISSIONAISSOLICITANTES:**

- CirurgiãoGeral,
- CirurgiãoPediátrico,
- Gastroenterologista,
- Oncologista,
- Endocrinologista,
- Nefrologista,
- Urologista,
- Infectologista,
- Pediatra.

**PRIORIDADES:**

- Seguimento de portadores de cálculo renal com insuficiência renal instalada.

**11.2PROCOLODE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DAS ARTICULAÇÕES**

**NOME DO EXAME:** Ressonância Magnética Nuclear das Articulações

**PROCEDIMENTOS SIA/SUS:**

Articulações Têmporo-Mandibular (bilateral)

Ombro

Cotovelo-punho (unilateral)

Coxo-femural (bilateral)

Joelho (unilateral)

Tornozelo ou pé (unilateral)

Sacro-ilíacas

Esterno-claviculares

**INDICAÇÕES:**

- Traumatismos articulares,
- Derrames articulares (suspeita),
- Fraturas ocultas,
- Alterações de partes moles (lesões ligamentares, nervos).

**CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Fraturas simples (detecção),
- Tendinites e sinovites,
- Implantes metálicos.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx simples com laudo,
- USG articular com laudo (quando indicado).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Ortopedista,
- Reumatologista,
- Neurologista,
- Oncologista,
- Cirurgião torácico,

- Infectologista,
- Pediatra,
- Otorrinolaringologista,
- Bucomaxilofacial,
- Odontólogo do Centro de Especialidades Odontológicas(CEO).

**PRIORIDADES:**

- Alterações de partes moles (lesões ligamentares,nervos),
- Traumatismosarticulares,
- Fraturasocultas,
- Derrames articulares(suspeita),
- Tumores,
- Infecções.

**11.3PROTOCOLO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DA COLUNA VERTEBRAL**

**NOME DO EXAME:** Ressonância Magnética Nuclear da Coluna Vertebral

**CÓDIGO SIA/SUS:**

Cervical: 02.07.01.003-0

Lombo-Sacra: 02.07.01.004-8

Torácica: 02.07.01.005-6

**INDICAÇÕES:**

- Tumores Ósseos Primários(suspeita),
- Metástases,
- Processosexpansivos,
- Hérnia de Disco,
- Infecções(suspeita),
- Complicaçõespós-operatórias,
- EscleroseMúltipla,

- Investigação de tuberculose extra-pulmonar,
- Prurido branqui-radical,
- Notalgia parestésica.

**CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Implantes Metálicos,
- Fraturas (detecção).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx simples com laudo,
- TC com laudo, exceto na impossibilidade clínica p/ realização do exame, com justificativa médica.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Ortopedista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Infectologista,
- Reumatologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Torácico,
- Tisiologista,
- Dermatologista,
- Pediatra.

**PRIORIDADES:**

- Processos expansivos.

**11.4 PROTOCOLO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE CRÂNIO E ENCÉFALO**

**NOME DO EXAME:** Ressonância Magnética de Crânio e Encéfalo

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.07.01.006-4

**INDICAÇÕES:**

- Avaliar fossa cerebral posterior e troncocerebral,
- AVC isquêmico,
- Infartos cerebrais múltiplos (suspeita),
- Demência,
- Tumores (diagnóstico),
- Metástase (detecção),
- Lesões órbitas ou do trato visual,
- Infecções,
- Epilepsia,
- Esclerose Múltipla.

**CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Casos em investigação de cefaléias, vertigens, hemorragias cerebrais e aneurisma clipado deverão ser analisados pelo neurocirurgião em conjunto com radiologista

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- TC crânio.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião de Cabeça e Pescoço,
- Oncologista,
- Infectologista,
- Intensivista,
- Oftalmologista.

**PRIORIDADE:**

- Lesão orbitária,
- Tumores cerebrais.

**11.5 PROCOLO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DO MEDIASTINO**

**NOME DO EXAME:** Ressonância Magnética Nuclear de Mediastino

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.07.02.003-5

**INDICAÇÕES:**

- Avaliar Artérias Pulmonares,
- Avaliar massas hilares, parenquimatosas e pleurais,
- Avaliar anomalias do arco aórtico e aorta descendente,
- Tumores neurais e mediastinais,
- Tumores cardíacos.

**CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Implantes Metálicos (Marca-Passo Cardíaco, Próteses Metálicas Ósseas, com Stents, etc)

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx tórax PA/perfil com laudo,
- TC tórax.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Pneumologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Torácico,
- Cardiologista,
- Cirurgião Cardíaco.

## **11.6 PROTOCOLO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE TÓRAX**

**NOME DO EXAME:** Ressonância Magnética Nuclear de Tórax

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.07.02.003-5

### **INDICAÇÕES:**

- Avaliar Artérias Pulmonares,
- Avaliar massas hilares, parenquimatosas e pleurais,
- Avaliar anomalias do arco aórtico e aorta descendente,
- Tumores neurais e mediastinais,
- Tumores cardíacos.

### **CONTRA-INDICAÇÕES:**

- Implantes Metálicos (Marca-Passo Cardíaco, Próteses Metálicas Ósseas, com Stents, etc)

### **PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx tórax PA/perfil com laudo,
- TC tórax.

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Pneumologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Torácico,
- Cardiologista,
- Cirurgião Cardíaco,
- Cirurgião de Cabeça e Pescoço,
- Mastologista,
- Infectologista,

- Pediatra.

## **12. ANGIO RESSONÂNCIA**

### **12.1 PROTOCOLO DE ANGIORESSONÂNCIA DAS CORONÁRIAS**

**NOME DO EXAME:** Angioressonância das coronárias

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.07.01.001-3

#### **INDICAÇÕES:**

- Investigação de doença ateromatosa extracraniana: estudo das artérias carótidas Mesentérica superior, artéria ilíaca e femural;
- Estudo das doenças estenóticas e oclusivas das artérias cervicais, arco aórtico, e aneurisma da aorta abdominal e torácica,
- Hipertensão arterial grave ou forte suspeita de origem renal.

#### **PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- USG com doppler (se houver).

#### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Cirurgião Vascular,
- Cirurgião Cardíaco,
- Cirurgião Torácico,
- Nefrologista.

#### **PRIORIDADES:**

- Portador de hipertensão severa < 16 anos ou > 55 anos,
- Pacientes internados em unidades hospitalares.

## **13. TOMOGRAFIA**

### **13.1 PROTOCOLO DE TOMOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES**

**NOME DO EXAME:** Tomografia de Articulações

**PROCEDIMENTOS SIA/SUS:02.06.02.001-5**

Articulações Esterno-claviculares

Articulações dos Ombros

Articulações dos Cotovelos

Articulações dos Punhos

Articulações Sacro-Iliacas

Articulações Coxo-femorais

Articulações dos joelhos

Articulações dos Tornozelos

Lombo-Sacra

**INDICAÇÕES:**

- Traumatismo,
- Tumores (diagnósticos e estadiamentos),
- Processos expansivos,
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Fraturas (cominutivas).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx da articulação com laudo,
- USG Articular

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Ortopedista,
- Oncologista,
- Reumatologista

**PRIORIDADES:**

- Processo expansivo,
- Fraturas (cominutivas),
- Má formação congênita,

- Traumatismo

### **13.2 PROTOCOLO DE TOMOGRAFIA DA COLUNA**

**NOME DO EXAME:** Tomografia de Coluna

**CÓDIGO SIA/SUS:**

Lombo-Sacra: 02.06.01.002-8

Cervical: 02.06.01.001-0

Torácica: 02.06.003-6

**INDICAÇÕES:**

- Fratura(suspeita),
- Estenose do canal medular (suspeita),
- Tumores (diagnósticos e estadiamento),
- Metástase (detecção e acompanhamento),
- Processos expansivos,
- Hérnia discal,
- Má formação congênita (hemi-vértebras),
- Processos infecciosos

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx simples de coluna (com laudo).
- **PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**
- Ortopedista,
- Neurocirurgião,
- Neurologista,
- Oncologista,
- Reumatologista,
- Mastologista,

- Intensivista,
- Emergencista,
- Infectologista.

**PRIORIDADE:**

- Processoexpansivo,
- Estenose de canal medular(suspeita),
- Trauma
- Infecção

**13.3 PROCOLO TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E SELA TÚRCICA**

**NOME DO EXAME:** Tomografia de Crânio e Sela Túcica

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.06.01.007-9 / 02.06.01.006-0

**INDICAÇÕES:**

- Traumatismo,
- Hemorragias;
- Tumores (diagnósticos eestadiamentos),
- Processosexpansivos,
- Metástases (detecção eacompanhamento),
- AVCs,
- Doenças degenerativas doencéfalo,
- Aneurismas,
- Convulsões recentes aesclarecer,
- Cefaléia grave a esclarecer, com justificativa e descrição nolaudo;
- Hidrocefalia,
- Distúrbio do comportamento,
- Estudo dahipófise.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- Históriaclínica,

- Exame físico,
- Rx simples com laudo,
- Exame do Líquor (se doença infecciosa).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Oncologista,
- Infectologista,
- Cirurgião Cabeça e Pescoço,
- Endocrinologista,
- Psiquiatra,
- Geriatra,
- Emergencistas,
- Intensivista.

**PRIORIDADES:**

- Pesquisa de metástase cerebral,
- Crise convulsiva a esclarecer de origem recente,
- Traumatismo de Crânio,
- AVC.

**OBSERVAÇÃO:**

A Tomografia de Crânio para cefaléias está indicada, desde que justificada, nos seguintes casos:

- Cefaléia primária que não responde a tratamento,
- Apresentação atípica,
- Cefaléias de início súbito e de forte intensidade;
- Cefaléia crônica progressiva ou com mudança no padrão de dor;
- Cefaléia associada a qualquer alteração do exame neurológico;
- Cefaléia de início após os 50 anos, cujo diagnóstico não seja Arterite Temporal;
- Cefaléia relacionada com trauma crânio-encefálico;

- Cefaléia em pacientes HIV positivo, com câncer, em uso de anticoagulante ou imunossuprimidos;
- Cefaléia iniciada após esforço físico ou que piora com manobra de Valsalva.

### **13.4 PROTOCOLO TOMOGRAFIA DA PELVE**

**NOME DO EXAME:** Tomografia da Pelve

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.06.03.003-7

#### **INDICAÇÕES:**

- Traumatismos,
- Tumores (diagnósticos e estadiamentos),
- Processos expansivos,
- Metástases (detecção e acompanhamento).

#### **CONTRA INDICAÇÃO:**

- Gravidez.

#### **PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- USG da pelve

#### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Cirurgião Geral,
- Oncologista,
- Ginecologista,
- Gastroenterologista,
- Urologista,
- Endocrinologista,
- Proctologista,
- Nefrologista.

### **13.5 PROTOCOLO DE TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE**

**NOME DO EXAME:** Tomografia dos Seios da Face

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.06.01.004-4

**INDICAÇÕES:**

- Sinusopatia crônica,
- Trauma facial,
- Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face,
- Tumores

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx dos Seios da face com laudo.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Otorrinolaringologista,
- Oncologista,
- Cirurgião de Cabeça e Pescoço,
- Infectologista,
- Bucomaxilo,
- Clínico Geral.

### **13.6 PROTOCOLO TOMOGRAFIA DE TÓRAX**

**NOME DO EXAME:** Tomografia de Tórax

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.06.02.003-1

**INDICAÇÕES:**

- Traumatismo,
- Sangramentos (vias aéreas),
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),

- Metástases (detecção eacompanhamento),
- Nódulos não-neoplásicos (avaliação eacompanhamento),
- Pneumopatiasintersticiais,
- Mediastino, hilos, pleura(avaliação),
- Bronquiectasias(acompanhamento),
- Síndrome de compressão da veia cava superior,
- Doenças da aorta(aneurisma/dissecção);
- Tromboembolismopulmonar,
- Investigar comprometimento de órgãos devido a: micoses sistêmicas, colagenoses esarcoidoses,
- Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx do tórax PA/perfil (com laudo)

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Pneumologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Torácico,
- Cardiologista,
- Cirurgião Cardíaco,
- Dermatologista,
- Ortopedista,
- Intensivista,
- Emergencista.

**PRIORIDADE:**

- Traumatismo,
- Sangramento (vias aéreas)

- TEP
- Aneurismas,
- Tumores.

### **13.7 PROTOCOLO TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR**

**NOME DO EXAME:** Tomografia do Abdome Superior

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.06.03.001-0

**INDICAÇÕES:**

- Abscessos,
- Traumatismos,
- Tumores (diagnósticos e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Ruptura de órgãos (suspeita),
- Metástases,
- Aneurismas,
- Pancreatites,
- Hemorragias pós-cirurgia, pós-cateterismo, pós-tratamento anticoagulante,
- Investigar comprometimento de órgãos: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses,
- Linfonomegalia;
- Diverticulite,
- Apendicite,
- Cálculo renal.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx simples de abdome com laudo (de pé ou deitado) ou USG de abdome.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ClínicoGeral,
- CirurgiãoVascular,
- CirurgiãoPediátrico,
- Gastroenterologista,
- Proctologista,
- Nefrologista,
- Urologista,
- Dermatologista,
- Hematologista,
- Infectologista.

**PRIORIDADE:**

- Aneurisna,
- Abscessos,
- Traumatismos,
- Pancreatiteneuro-hemorrágica,
- Tumor renal/cálculo renal em rimúnico
- Tumores.

**13.8 PROTOCOLO TOMOGRAFIA DE MEDIASTINO E PULMÃO**

**NOME DO EXAME:** Tomografia de Mediastino e Pulmão

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.06.02.004-0

**INDICAÇÕES:**

- Alargamento domediastino,
- Dissecção deaneurisma,
- Síndrome da compressão de veia cava superior,
- Suspeita de mediastinite,
- Alterações endócrinas ou metabólicas de origemmediastinal,
- Estudar transição cervico-torácica outóraco-abdominal,

- Estadiamento dos tumores do esôfago e pulmão,
- Rouquidão por lesão do laríngeorecorrente,
- Pesquisa de adenomegalia;
- Diferenciar abscesso de empiema,
- Pesquisa de metástases pulmonares,
- Pesquisa de foco de infecção e neoplasias,
- Avaliação de enfisema pulmonar para avaliação de cirurgia redutora de pulmão,
- Hemoptise,
- Bronquiectasias,
- Trauma.

#### **PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Rx do tórax PA/perfil (com laudo)

#### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Oncologista,
- Infectologista,
- Pneumologista,
- Cirurgião torácico,
- Cirurgião Cardiovascular,
- Hematologista,
- Reumatologista.

## **14. ANGIOTOMOGRAFIA**

### **14.1 PROTOCOLO DE ANGIOTOMOGRAFIA**

**NOME DO EXAME:** Angiotomografia

#### **INDICAÇÕES:**

- Embolia Pulmonar (suspeita),
- Dilatação, dessecção, fístulas e sub oclusão da Aorta, Ilíacas, Carótidas e

Vasos Supra Aórticos,

- Doenças da Aorta,
- Estenose Artérias Renais.
- **PRÉ-REQUISITOS:**
- História clínica,
- Exame físico,
- Rx (patologias pulmonares),
- Doppler do Vaso (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Cardiologista,
- Pneumologista,
- Angiologista,
- Cirurgião Vascular,
- Intensivista,
- Emergencista.

**PRIORIDADES:**

- Pacientes internados em Unidades Hospitalares,
- Pacientes acima de 60 anos.

**15. ULTRASSONOGRAFIAS**

**15.1 PROTOCOLO DE USG DE ABDOMINAL TOTAL**

**NOME DO EXAME:** USG ABDOMINAL TOTAL

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.004-6

**INDICAÇÕES:**

- Lesões Tumorais (Císticas e Sólidas);
- Aneurismas;
- Colelitíase;
- Nefrolitíase;
- Estudo de Retroperitônio;

- Orientar biópsia para punção de lesões tumorais;
- Alterações morfofuncionais (má formação de vísceras);
- Dor abdominal;
- Hepatoesplenomegalia;
- Pancreatopatias;
- Trauma.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica detalhada;
- Exame físico específico;
- Raio-x simples (conforme o caso).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Cirurgião Geral;
- Cirurgião Pediátrico;
- Cirurgião Vascular;
- Oncologista;
- Urologista;
- Gastroenterologista;
- Clínico Geral;
- Pediatra;
- Médico do PSF;
- Endocrinologista;
- Geriatra;
- Infectologista;
- Ginecologista;
- Nefrologista

**PRIORIDADES:**

- Suspeita de câncer e situações que dependam do resultado do exame para intervenção imediata ou suspeita de agudização de doença preexistente.

**OBSERVAÇÃO:**

- ApresentarEPF, EAS e/ou Urocultura para os casos encaminhados pelo médico do PSF, clínicos gerais e pediatras. Em caso de identificação de doenças graves pelo generalista ou médico do PSF, este deve encaminhá-lo ao especialista referente imediatamente.

## **15.2 PROTOCOLO USG APARELHO URINÁRIO**

**NOME DO EXAME:** USG APARELHO URINÁRIO

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.005-4

### **INDICAÇÕES:**

- Tumores,
- Litíase,
- Máscarformações,
- Rim Policístico,
- Insuficiência Renal,
- Hipertensão Arterial Sistêmica Renovascular (suspeita) – US de artérias renais,
- Disfunção miccional.

### **PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- EAS,
- Função renal,
- Raios-x simples (conforme o caso),
- USG de abdome prévia (se houver).

### **PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Clínico Geral,
- Médico PSF,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico,

- Urologista,
- Nefrologista,
- Oncologista,
- Pediatra.

**PRIORIDADES:**

- História clínica compatível com as indicações acima,
- Passado de litíase de vias urinárias,
- Crianças e recém nascidos com infecções urinárias, comprovadas por urocultura ou internação prévia por sepse ou pielonefrite.

**15.3 PROTOCOLO USG ARTICULAÇÕES**

**NOME DO EXAME:** USG ARTICULAÇÕES (OSTEOMUSCULAR)

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.006-2

**INDICAÇÕES:**

- Artrite séptica,
- Tendinites,
- Cistossinoviais,
- Lesão por esforço repetido (LER),
- Disfunção da articulação temporomandibular,
- Derrames articulares,
- Bursites,
- Espessamento de Bainha Tendinosa de qualquer natureza,
- Lesão muscular e tendinosa.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Raios-x simples (conforme o caso).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Ortopedista,
- Reumatologista.

**PRIORIDADES:**

- Artriteséptica.

**15.4 PROTOCOLO USG BI-DIMENSIONAL COM OU DOPPLER(ECOCARDIOGRAMA)**

**NOMEDO EXAME:** USG BI-DIMENSIONAL COM OU SEMDOPPLER (ECOCARDIOGRAMA)

**CÓDIGOSIA/SUS:**02.05.01.003-2

**INDICAÇÕES:**

- Lesão valvular, inclusivePVM,
- Disfunção ventricular esquerda de qualqueretiologia,
- Cardiopatascongênitas,
- HAS,
- Miocardiopatia (dilatada, hipertrófica erestritivas),
- Endocarditeinfeciosa,
- Avaliação de prótesesvalvulares,
- IAM,
- Doenças do pericárdio,
- Massascardiácas,
- Lesões de artéria aórtica (ECO transeofágico érecomendado),
- Transtornos meurológicos (AVC com evidência de doençaclínica),
- Embolia pulmonar c/ ou s/ evidência de doençacardiáca,
- Síncope,
- Doenças pulmonares (hipertensão pulmonar), trombo em coração direito, avaliação da doença pulmonar sobre o coração.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Raios-x simples (conforme o caso),
- ECG,
- Teste de ergométrico (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Cardiologista,
- Cirurgião Vascular.

**PRIORIDADES:**

- ECG alterado,
- Uso de medicação cardiotóxica,
- Pacientes pós-infarto,
- Pós-cirurgia cardíaca,
- Menores de 05 anos e maiores de 65 anos.

**OBSERVAÇÕES:**

- Em caso de exames com menos de 01 ano deve ser acompanhado relatório médico para avaliação do médico regulador.
- O Ecocardiograma fetal somente poderá ser solicitado pelo médico obstetra no ambulatório de alto risco.

**15.5 PROCOLODE USG BOLSA ESCROTAL**

**NOME DO EXAME:** USG BOLSA ESCROTAL

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.007-0

**INDICAÇÕES:**

- Aumento de bolsa escrotal,
- Tumores,
- Varicocele,
- Cistos de cordão,

- Infecções,
- Torções.

**PRÉ-REQUISITOS: História clínica,**

- Exame físico,
- Raios-x simples (conforme o caso).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Urologista,
- Pediatra,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

**PRIORIDADES:**

- Suspeita de câncer,
- Crianças,
- Adolescentes.

**15.6 PROTOCOLO USG DOPPLER FLUXO OBSTRTRICO**

**NOME DO EXAME:**

**CÓDIGO SIA/SUS:**

02.05.01.005-9 – USG DOPPLER FLUXO OBSTETRICO

02.05.01.005-9 – USG OBSTRETRICA COM DOPPLER COLORIDO

**INDICAÇÕES:**

Retardo de crescimento intra-uterino,

Gestante diabética e/ou hipertensa,

- Idade gestacional acima de 32 semanas.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- USG Obstétrica.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Obstetra

**15.7 PROTOCOLO USG GLOBO OCULAR**

**NOME DO EXAME:** USG GLOBO OCULAR

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.008-9

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação do olho indevassável (cataratamadura),
- Tumores intra-oculares,
- Traumas oculares,
- Patologias coróideas,
- Patologias vitrais eretivianas,
- Doenças do nervo óptico e da órbita.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Oftalmologista.

**PRIORIDADES:**

- Traumatismo,
- Suspeita de câncer.

**15.8 PROTOCOLO USG HIPOCONDRIO DIREITO**

**NOME DO EXAME:** USG HIPOCONDRIO DIREITO

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.003-8

**INDICAÇÕES:**

- Colelitíase,

- Hepatopatias,
- Tumores.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- Históriaclínica,
- Examefísico,
- Transamininaseshepáticas,
- Raios-x simples (conforme o caso),
- USG prévio (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médico do PSF,
- Pediatra,
- ClínicoGeral,
- Geriatria,
- CirurgiãoGeral,
- Gastroenterologista.

**PRIORIDADES:**

- Histórico compatível com suspeita de câncer e sinais de obstrução das vias Biliares;
- Cólicabiliar,
- Portadores de hepatite B e C,
- Acompanhamento de doenças crônicas de recém-nascidos.

**15.9 PROTOCOLO USG MAMA**

**NOME DO EXAME:** USG MAMA

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.009-7

**INDICAÇÕES:**

- Identificação e caracterização anormalidades palpáveis;
- Para guiar procedimentos invasivos (Aspiração de Cistos e Aspiração com

agulha fina para procedimentos pré - cirúrgicos e biopsia),

- Para avaliar problemas associados com implantes mamários;
- Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35anos;
- Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos.
- Fator de risco para cancer de mama, independente da idade.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- USG prévio (se houver)
- A partir de 49 anos deverá ter mamografia com menos de um ano.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Ginecologista,
- Mastologista,
- Médico PSF;
- Oncologista.

**PRIORIDADES:**

- Pacientes dependentes exclusivos do SUS.

**15.10 PROTÓCOLO USG OBSTÉTRICA**

**NOME DO EXAME:** USG OBSTÉTRICA

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.014-3

**INDICAÇÕES:**

- Doença hipertensiva da gravidez (DHEG),
- Seguimento de desenvolvimento fetal,
- Medida de espessura do colútero,
- Localização da Placenta, nos casos suspeitos de Placenta Prévia;
- Acretismo placentário (suspeita),

- Oligodrâmnio e Polidrâmnio,
- Gestante obesa grau 3,
- Erro provável de data do parto,
- Amniorrexe prematura confirmada,
- Gravidez múltipla,
- Ausência de BCF,
- Sofrimento fetal,
- Circular decordão,
- Crescimento Intra-Uterino Retardado (CIUR).

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Teste de Gravidez ou Cartão de Pré Natal.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médico do PSF,
- Ginecologista,
- Obstetra.

**PRIORIDADES:**

- Gestante com cartão de pré-natal do SUS e número do SISPRENATAL.

**15.11 PROCOLO USG PARTES MOLES**

**NOME DO EXAME:** USG PARTES MOLES

**INDICAÇÕES:**

- Avaliação e acompanhamento da profundidade de tumores cutâneos e subcutâneos.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico,
- Cirurgião Plástico,
- Dermatologista.

**15.12 PROTOCOLO USG PÉLVICA GINECOLÓGICA****NOME DO EXAME:** USG PÉLVICA GINECOLÓGICA**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.016-0**INDICAÇÕES:**

- Dor pélvica aguda,
- Dor pélvica crônica,
- Anexites,
- Investigação de massa abdominal,
- Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos,
- Sangramento genital pós-menopausa,
- Sangramento genital anormal nomenacme,
- Seguimento periódico declimatério,
- Amenorréia primária,
- Amenorréia secundária não relacionada à gravidez,
- Tumores e cistos ovarianos pré e pós-menopausa,
- Gestação de 1º trimestre.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Preventivo recente,
- EAS,
- Rx simples (conforme caso),

- USG prévio (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Ginecologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico,
- Obstetra,
- Médico do PSF,
- Clínico Geral,
- Dermatologista.

**PRIORIDADES:**

- Gestantes e idosas com suspeitas de CA.

**OBSERVAÇÃO:**

- O exame não deverá ser repetido com menos de 01 ano, exceto por justificativa médica.

**15.13 PROTOCOLO USG PRÓSTATA VIA ABDOMINAL**

**NOME DO EXAME:** USG DE PRÓSTATA

**CÓDIGO SIA/SUS:**

02.05.02.010-0 - USG PRÓSTATA VIA ABDOMINAL

02.05.02.011-9 - USG PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL E TRANSRETAL

**INDICAÇÕES:**

- Câncer Prostático (suspeita),
- Hipertrofia Prostática Benigna,
- Prostatite,
- Infertilidade,
- Abscessos,
- Prostatismo.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,

- Examefísico,
- PSA,
- Exame de toqueretal,
- USG prévia (sehouver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ClínicoGeral
- CirurgiãoGeral,
- Oncologista,
- Urologista,
- Geriatra.

**PRIORIDADES:**

- PSA alterado e paciente acima de 40anos.

**15.14 PROCOLO DE USG TIREÓIDE**

**NOME DO EXAME:** USG TIREÓIDE

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.012-7

**INDICAÇÕES:**

- Hipotireoidismo,
- Hipertireoidismo,
- Cistos,
- Tumores.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- Históriaclínica,
- Examefísico,
- Exames de Laboratório (TSH,T4).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- ClínicoGeral,
- Endocrinologista,

- Oncologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião de Cabeça e Pescoço,
- Cirurgião Torácico,
- Cirurgião Pediátrico.

**PRIORIDADES:**

- Nódulo de tireoide.

**15.15 PROCOLO USG TÓRAX**

**NOME DO EXAME:** USG TÓRAX

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.013-5

**INDICAÇÕES:**

- Derrame Pleural,
- Pleuropatias,
- Patologias do diafragma,
- Patologias do mediastino.

**PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Raios-x do tórax PA/perfil.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Clínico Geral,
- Pediatra,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Torácico,
- Pneumologista.

**PRIORIDADES:**

- Histórico clínico compatível com os indicadores acima.

## **15.16 PROTOCOLO USG TRANSFONTANELA**

**NOME DO EXAME:** USG TRANSFONTANELA

**CÓDIGO SIA/SUS:** 02.05.02.017-8

### **INDICAÇÕES:**

- Hidrocefalia;
- Estenose dos vasos intracranianos de maior calibre;
- Avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doença obstrutiva das carótidas extracranianas;
- Avaliar roubo da subclávia;
- Monitorar vasoespamo;
- Rastrear comprometimento da circulação cerebral na Anemia Falciforme.

### **PRÉ-REQUISITOS:**

- História clínica,
- Exame físico,
- Raios-x simples (conforme caso).

### **PROFISSIONAL SOLICITANTE:**

- Pediatras,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Neonatologistas.

### **PRIORIDADES:**

- Menores de 01 ano,
- Portadores de válvulas de derivação ventrículo-peritoneal,
- Pacientes falcêmicos SS

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2004.
2. KEMP, C: et al. Câncer de mama - Prevenção secundária. Projeto diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Ago, 2002.
3. Protocolo de acesso às consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Complexo Regulador do Estado do Amazonas. Manaus, AM. 2009. Disponível em [http://www.saude.am.gov.br/docs/CR/protocolo\\_derma\\_e\\_cardio.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/CR/protocolo_derma_e_cardio.pdf) Acesso em: 7 dez. 2018.
4. Protocolo de regulação da atenção básica para encaminhamento aos especialistas e exames / procedimentos de alta e média complexidade, Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos/SP, 2009. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26598](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26598) Acesso em: 23 nov. 2018.