



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Diretoria de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias

Gerência de Serviços de Apoio Diagnóstico

Nota Técnica N.º 4/2021 - SES/SAIS/CATES/DUAEC/GEDIAG

Brasília-DF, 07 de abril de 2021.

ASSUNTO: NOTA TÉCNICA- Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de exames de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

DO OBJETIVO:

Trata-se da Carteira de Serviços e Critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de exames de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

Estabelecer critérios para a classificação de risco de solicitação de exames, contemplando indicações clínicas/hipóteses diagnósticas e profissionais solicitantes.

DA JUSTIFICATIVA:

A implantação desta nota técnica visa à melhoria da resolutividade do sistema de saúde com a racionalização de recursos e, consequentemente, contribui para a redução do tempo médio de espera para exames prioritários.

Os critérios e fluxos definidos devem ser adotados para a organização e regulação do acesso.

CONTEÚDO:

Fluxo para solicitação de exames radiológicos:

A priorização do atendimento depende das informações clínicas fornecidas previamente pelos profissionais da rede básica de saúde. Portanto, havendo necessidade de complementação dos dados, os médicos reguladores providenciarão o retorno dos encaminhamentos para os respectivos solicitantes.

Além disso, o Manual sugerido abaixo inclui os principais motivos de encaminhamento para cada especialidade, mas não restringe outras possibilidades, podendo haver solicitação de exames especializados por motivos não previstos e sendo perfeitamente

acatadas, mediante justificativa.

Para cada tipo de exame são apresentados critérios e orientações para a solicitação como: indicações clínicas, contraindicações, pré-requisitos obrigatórios na solicitação, formulário a ser utilizado para a solicitação e profissionais solicitantes, definidos com base na competência de cada nível de atenção.

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

Manual de Acesso:

- Radiografia
- *Densitometria óssea;*
- *Mamografia de rastreamento e diagnóstica;*
- *Ultrassonografia/ecografia;*
- *Tomografia Computadorizada;*
- *Ressonância Magnética.*

Pacientes internados são prioridade vermelha na classificação de risco.

MANUAL SUGERIDO PARA RADIOGRAFIA

Prioridade Vermelha:

Neoplasias benignas e malignas

Processos inflamatórios/infecciosos

Controles de fraturas

Prioridade Amarela:

Pré-operatórios

Demais exames serão regulados cronologicamente com a data de inserção do pedido na regulação.

MANUAL SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DENSITOMETRIA ÓSSEA

CÓDIGO SAI/SUS 02.04.06.002-8

Todas as solicitações de Densitometria Óssea serão submetidas à regulação clínica e terão sua indicação, na periodicidade estabelecida, desde que observados os seguintes critérios:

A calculadora FRAX, alimentada com dados nacionais, calcula o risco de fratura de quadril e de fratura geral em 10 anos a partir da presença e da interação de fatores de risco. A calculadora FRAX está disponível em: <https://abrasso.org.br/calculadora/calculadora/>

DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DO EXAME:

Mulheres acima de 65 anos sem diagnóstico prévio de Osteoporose ou Osteopenia.

Mulheres abaixo de 65 anos com risco estimado pelo FRAX Brasil superior a 10%.

Homens acima de 70 anos e abaixo de 80 anos com risco estimado pelo FRAX Brasil superior a 10% .

Homens acima de 80 anos sem diagnóstico prévio de Osteoporose ou Osteopenia.

Suspeita de Osteoporose.

DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A PERIODICIDADE DA REPETIÇÃO DO EXAME:

Mulheres abaixo de 65 anos com risco estimado pelo FRAX Brasil superior a 10% ou mulheres acima de 65 anos :

1.1 Sem diagnóstico prévio de Osteoporose ou Osteopenia: a cada 5 a 10 anos

1.2. Com diagnóstico prévio de Osteoporose: a cada 2 anos

1.3. Com diagnóstico prévio de Osteopenia: a cada 3 a 5 anos

Homens com diagnóstico prévio de Osteoporose a cada 2 anos ou Osteopenia a cada 3 a 5 anos.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS: Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; Hipótese diagnóstica; Resultados de exames anteriores, se houver.

DO CONTEÚDO DESCRIPTIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE TER:

1. História de tabagismo e consumo de álcool
2. Diagnóstico prévio de artrite reumatoide ou Diabetes Mellitus
3. Informação do uso de corticoterapia crônica
4. História de fratura patológica
5. História familiar de fratura de quadril

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO para solicitação de Densitometria o formulário “Solicitação de Exames e Procedimentos”, devendo ser informado o CID (Osteoporose M 80, M 81, M 82, M 83, M 84, M85) e, no campo “Dados clínicos”, as informações que darão substrato à Regulação.

MANUAL SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA PARA RASTREAMENTO

Código do Procedimento: 020403018-8

INDICAÇÕES: Rastreamento para câncer de mama; Iniciar na faixa etária de 50 a 69 anos, bienal; Alto risco para câncer, a partir dos 35 anos, anual (Risco elevado são: - Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de: câncer de mama antes dos 50 anos de idade; câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; - Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; - Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipias ou neoplasias lobulares *in situ*); Mulheres com história pessoal de câncer de mama, anual.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS: Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, além da hipótese diagnóstica com CID 10 (Z12.3, Z04, Z08, Z80.3) e resultados de exames anteriores, se houver. Orientar a levar os exames anteriores, com imagens, para correlação.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos e Enfermeiros.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO: : Formulário “**REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA** do Sistema

de Informação do Câncer de Mama (SISCAN), disponível em <<http://siscan.saude.gov.br/formulario/listarFormulariosUsuarioPublico.jsf>>. Os "Dados da Anamnese" e "Indicação Clínica" contidos no mesmo devem ser informados, assim como o CID 10 correspondente.

REGULAÇÃO CLÍNICA Serão submetidas à regulação clínica todas as solicitações de Mamografia Uni ou Bilateral. Serão autorizadas as solicitações de acordo com as indicações e critérios abaixo elencados, com o objetivo de Rastreamento de Câncer de Mama, em ordem decrescente de prioridade:

Seguimento após tratamento de câncer;

Pacientes de alto risco para câncer de mama, a partir dos 35 anos.

Rotina bianual para mulheres com idade entre 50 e 69 anos.

MANUAL SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA

Código do Procedimento: 020403003-0

INDICAÇÕES:

1. Achados no exame clínico (campo 7a): Nódulo, espessamento, descarga papilar suspeita (cristalina ou hemática) e/ou linfonodo palpável (axilar ou supraclavicular)
2. Controle radiológico Categoria 3 (campo 7b): nódulo, microcalcificações, assimetria focal, assimetria difusa, área densa, distorção focal ou linfonodo axilar classificados como categoria 3 de BIRADS
3. Lesão com diagnóstico de câncer (campo 7c): paciente que tenha uma lesão com diagnóstico histopatológico de câncer, para a qual se deseja reavaliação
4. Avaliação de resposta de quimioterapia (QT) neoadjuvante (campo 7d)
5. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição (7e)
6. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno (campo 7f)
7. Diferenciar a ginecomastia verdadeira da lipomastia.

PRÉ-REQUISITOS OBRIGATÓRIOS: Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, além da hipótese diagnóstica com CID 10 (N60, N61, N62, N63, N64, C50 e D24). Orientar a levar os exames anteriores, com imagens, para correlação, além de laudo anatomo patológico caso tenha realizado. Deve-se especificar o quadrante a ser reavaliado, caso pertinente.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO Formulário "REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISCAN), disponível em <<http://siscan.saude.gov.br/formulario/listarFormulariosUsuarioPublico.jsf>>. Os "Dados da Anamnese" e "Indicação Clínica" contidos no mesmo devem ser informados, assim como o CID 10 correspondente, além de outras informações fornecidas pelo requisitante que dêem substrato à Regulação.

REGULAÇÃO CLÍNICA Serão submetidas à regulação clínica todas as solicitações de Mamografia Uni ou Bilateral. Serão autorizadas as solicitações de acordo com as indicações e critérios abaixo elencados, com o objetivo de Rastreamento de Câncer de Mama, em ordem decrescente de

prioridade:

Avaliação de resposta de quimioterapia (QT) neoadjuvante (campo 7d)

Lesão com diagnóstico de câncer (campo 7c): paciente que tenha uma lesão com diagnóstico histopatológico de câncer, para a qual se deseja reavaliação

Achados no exame clínico (campo 7a): Nódulo, espessamento, descarga papilar suspeita (cristalina ou hemática) e/ou linfonodo palpável (axilar ou supraclavicular)

Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição (7e)

Controle radiológico Categoria 3 (campo 7b): nódulo, microcalcificações, assimetria focal, assimetria difusa, área densa, distorção focal ou linfonodo axilar classificados como categoria 3 de BI-RADS

Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno (campo 7f) radiológicos em mamografia de rastreamento ou em ultrassonografia de mama, que necessitam de complementação adicional com incidências e manobras.

RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES: Deve ser priorizado no agendamento em relação à mamografia de rastreamento. A ultrassonografia/ecografia é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 40 anos e sem outros fatores de risco. Naquelas com idade igual ou superior a 40 anos, a mamografia diagnóstica é o método de eleição. Nos casos Categoria 3 (BI-RADS) (campo 7b), devem ser realizados dois controles radiológicos com intervalo semestral, seguidos de dois controles com intervalo anual (0-6-12-24-36 meses). Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno (campo 7f) deve ter dois controles radiológicos com intervalo semestral e um controle anual (0-6-12-24 meses). Se a mesma não for mais visível após o procedimento, não é necessário o segundo controle, passado a seguir o protocolo de mamografia de rastreamento.

MANUAL SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA:

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA ABDOME SUPERIOR/TOTAL

CÓDIGO SAI/SUS 020502003-8 / 020502004-6

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

PRÉ-REQUISITOS: História clínica; Exame físico; Ultrassonografia/ecografia prévia (se houver); Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica.

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Jejum (abdome superior e total) e bexiga cheia (abdome total).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

Traumas

Patologias vasculares (Aneurismas, Trombos, Dissecções Arteriais, Estenose)

Prioridade Amarela:

Colelitíase

Cirrose hepática

Pancreatite crônica

Hérnias não complicadas

Fistulas anais e anorrectais

Diverticulose colônica

Hematúria a esclarecer

Doenças inflamatórias Intestinais crônicas

Prioridade Verde

Hepatites crônicas

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA DE PARTES MOLES

CODIGO SAI/SUS 0205029027

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

PRÉ-REQUISITOS: História clínica; Exame físico; Ultrassonografia/ecografia prévia (se houver); Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica; Descrever o segmento a ser examinado.

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Não há preparo específico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

Traumas

Hérnias complicadas

Prioridade Amarela:

Hérnias não complicadas

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO

CODIGO SAI/SUS 020502005-4

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

PRÉ-REQUISITOS: História clínica; Exame físico; Ultrassonografia/ecografia prévia (se houver); Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica.

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Bexiga repleta.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

Traumas

Aneurismas

Prioridade Amarela:

Hematúria a esclarecer

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO

CÓDIGO SAI/SUS 020502006-2

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

PRÉ-REQUISITOS: História clínica; Exame físico; Ultrassonografia/ecografia prévia (se houver); Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica; Descrever resultado de exames de imagem e/ou laboratoriais relacionados, se houver.

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Não há preparo específico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

Traumas

Prioridade Amarela:

Doenças reumatológicas em atividade

Prioridade Verde:

Dores articulares

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL

CÓDIGO SAI/SUS 020502007-0

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

PRÉ-REQUISITOS: História clínica; Exame físico; Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica; Descrever resultado de exames de imagem e/ou laboratoriais relacionados, se houver.

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Não há preparo específico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL

CODIGO SAI/SUS 020502010-0

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

PRÉ-REQUISITOS: História clínica; Exame físico; Ultrassonografia/ecografia prévia (se houver); Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica; Descrever resultado de exames de imagem e/ou laboratoriais relacionados, se houver.

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Bexiga repleta.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL

CODIGO SAI/SUS 020502011-9

INDICAÇÕES: Suspeita de Carcinoma de Próstata; Para guiar as biópsias de próstata; Prostatismo em pacientes com obesidade grau III ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$) e com exame de toque retal prostático alterado; Ultrassonografia/ecografia prévia de próstata via abdominal prévio (se houver).

PRÉ-REQUISITOS: História clínica; Exame físico; Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica; Descrever resultado de exame prévio de Ultrassonografia/ecografia de Próstata via Abdominal (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA DE TIREÓIDE

CODIGO SAI/SUS 020502012-7

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

PRÉ-REQUISITOS: História clínica; Exame físico; Ultrassonografia/ecografia prévia (se houver); Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica.

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Não há preparo específico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha: Neoplasias

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA MAMÁRIA

A ultrassonografia não deve ser considerada como método de rastreamento de Câncer de Mama para mulheres de risco habitual, segundo o Ministério da Saúde. Segundo a maioria das entidades médicas relacionadas, a ultrassonografia só deve ser considerada como rastreamento em mulheres de alto risco (acima dos 25 anos ou 10 anos antes do parente mais jovem acometido, não antes dos 25 anos) na impossibilidade de realização de ressonância magnética, não dispensando a realização do rastreamento mamográfico associado. Na maioria das vezes, a ultra-sonografia é complementar à mamografia, com exceção para as pacientes jovens (abaixo de 30 anos), quando representa o exame de escolha para a primeira avaliação de alterações clínicas identificadas no exame físico (Fonte[FV1] : Mamografia da prática ao controle – INCA 2007).

INDICAÇÕES:

Complemento de mamografia BI-RADS 0 (zero);

Avaliação de nódulos ou espessamento palpáveis em mulheres com mamas extremamente densas ou heterogeneamente densas no exame mamográfico, sem outros achados associados, mesmo em casos de mamografia negativa;

Avaliação de nódulos ou espessamento palpáveis em mulheres com história pessoal de câncer de mama e mamografia negativa

Avaliação de descarga papilar suspeita (hemática ou hialina, uniductal ou espontânea);

Avaliação inicial de nódulos ou espessamento palpáveis em mulheres jovens (antes dos 40 anos), gestantes ou lactantes;

Densidade assimétrica focal mamográfica, que possa ser lesão sólida, cisto ou parênquima mamário;

Acompanhamento de lesões nodulares de característica provavelmente benignas;

Traumatismos;

Processos inflamatórios mamários.

Mulheres com risco elevado para câncer de mama em complemento à mamografia (Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de: câncer de mama antes dos 50 anos de idade; câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; - Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; - Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipias ou neoplasias lobulares *in situ*);

Para avaliar problemas associados com implantes mamários;

PRÉ-REQUISITOS: História clínica com CID 10 (N60, N61, N62, N63, N64, C50 e D24); Exame físico; Ultrassonografia/ecografia prévia (se houver); Mamografia (se houver).

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Não há preparo específico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)

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

mulheres em Terapia de Reposição Hormonal, Avaliação de reserva ovariana, gestação inicial, dor pélvica aguda (doença inflamatória pélvica aguda - DIPA, torção anexial, prenhez ectópica), pesquisa de endometriose profunda, morfológica de primeiro e segundo trimestre.

PRÉ-REQUISITOS: História clínica; Exame físico; Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica; Resultados de exames anteriores, se houver.

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Não há preparo específico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

Traumas

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA TRANSONTANELA/CRÂNIO

CÓDIGO SAI/SUS 020502017-8

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

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

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Não há preparo específico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA TRANSVAGINAL

CÓDIGO SAI/SUS 020502018-6

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

PRÉ-REQUISITOS: História clínica; Exame físico; Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica, Resultados de exames anteriores, se houver.

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Não há preparo específico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

Paciente gestante

ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VASOS

CÓDIGO SAI/SUS 020501004-0

INDICAÇÕES: Artérias e Veias dos Membros Superiores

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

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

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

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

Artérias Carótidas, Vertebrais e Jugulares: Suspeita de Aneurisma; Acidente Vascular Encefálico; Trombose; Doença Aterosclerótica; Processos compressivos cervicais;

Doppler de Região Cervical: Tireoidopatias difusas; Nódulos Tireoidianos e Paratireoidianos; Massas Cervicais; Linfonodopatias.

PRÉ-REQUISITOS: História clínica; Exame físico; Hipótese diagnóstica e CID 10 relacionado à principal suspeita diagnóstica; Resultados de exames anteriores, se houver; No caso de Ultrassonografia/ecografia com Doppler periférico, no pedido deve ser especificado o(s) membro(s) a ser(em) examinado(s), incluindo a lateralidade.

PREPARO/ORIENTAÇÕES: Não há preparo específico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

Traumas

Aneurismas

MANUAL SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA:

Observações a serem consideradas no preenchimento de todas as solicitações de Exames:

- Toda solicitação de exame/procedimento deve ser feita em formulário próprio;
- Os exames/procedimentos a serem solicitados são aqueles aceitos e consolidados pelo Ministério da Saúde, por tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS;
- Toda solicitação de exame/procedimento, para ser realizada, deve estar preenchida corretamente, de maneira legível e em todos os campos: nome completo, número do SUS, idade, sexo e endereço do paciente;
- Descrever o quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido,

principalmente se for indicado prioridade, descrevendo ou anexando também resultados de exames prévios, relacionados ao quadro, se realizados;

- Cada requisição de exame deve conter apenas 1 (um) pedido de Exame, preenchido de maneira legível de acordo com a descrição da "Tabela de Procedimentos do SIA/SUS;

- É necessário data da solicitação e identificação do médico, com carimbo e assinatura;

- O formulário de Requisição de Exames deve estar identificado, com o carimbo da Unidade de Saúde, onde o paciente foi atendido.

ATENÇÃO: O preenchimento adequado é importante para que o exame/procedimento seja autorizado e, no caso de exames com pouca oferta, possa ser avaliada a ordem de prioridade. O preenchimento não adequado determinará a devolução da solicitação para que seja refeita pelo profissional solicitante.

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

Código SIA/SUS – 02.06.01.007-9 / 02.06.01.006-0

INDICAÇÕES: Trauma crânio encefálico; Controle evolutivo de trauma crânio encefálico; Avaliação de fossa posterior ou tronco cerebral; Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e hemorrágicos; Suspeita de aneurisma e malformação vascular; Hidrocefalias e má formação do SNC; Suspeita de metástases e linfomas; Suspeita de tumores de hipófise; Suspeita de infecções intracranianas (não diagnosticadas por punção lombar, abscessos e empiemas, etc.); Inflamações não infeciosas do SNC; Controle evolutivo de tumores malignos em tratamento com Radioterapia e Quimioterapia

PRÉ-REQUISITOS: É indispensável exame neurológico; Resultados de exames laboratoriais, como líquor, 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.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos e cirurgião buco-maxilo.

Prioridade Vermelha:

AVC (I60, I61, I63, I64, I67.6),

Aneurisma (I67)

Neoplasias Malignas (C70, C71, C72, D32)

Infecções (G00, G04, G01, G05, G03, G06)

Hidrocefalias (G91) e

Trauma crânio-encefálico.

Prioridade Amarela:

Cefaléia (R51, G44.2, G43),

Síndrome demencial (G30.0, G30.1, F00, F01, F03)

Craniosinostose.

Prioridade Verde: Investigação de deficiência mental (F70, F71, F72), TDAH (F90)

Prioridade Azul: Avaliação de sequelas neurológicas de traumas ou AVC (I69, T90)

Obs.: A Tomografia de Crânio para cefaléias está indicada, desde que bem justificada, nos seguintes casos: Cefaléia primária que não responde a tratamento (G43, G44); Apresentação

atípica (R51 + descrição do sintoma atípico); 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.

TOMOGRAFIA DO PESCOÇO

Código SIA/SUS – 020601005-2

INDICAÇÕES: Estadiamento tumoral para tumores malignos/suspeita de processo inflamatório/neoplasia de face, couro cabeludo, órbitas, seios da face, boca, faringe, partes moles do pescoço (incluindo glândulas salivares, tireóide, paratireoides, tumores neurais e vasculares), laringe, linfonodomegalias. Suspeita de patologia vascular ou malformações vasculares cervicais; Suspeita de lesões de partes moles cervical; Suspeita de lesões plexo braquial.

PRÉ-REQUISITOS: 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 prévios como radiografia, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos e cirurgião buco-maxilo.

Prioridade Vermelha:

Cânceres: CID C00 Tumores malignos de lábio, C02 Boca, C06 neoplasia Maligna de boca C6.9 Neoplasia Maligna da boca não especificada, C07 Glândula, C08 Outras glândulas salivares, C09 Amígdala, C10 Orofaringe, C11 Nasofaringe, C12 Seio, C13 Hipofaringe, C15, esôfago, C30 Cavidade Nasal, C31 Seios da face, C32 Laringe, C33 Traquéia, C43 Melanoma, C44 Outras Neoplasias malignas da pele, C69 Olho, C69.9 Órbita, C73 Tiróide, C76 Lipomas, C77 Gânglios Linfáticos)

Processos inflamatórios

Prioridade Amarela:

Doenças Benignas: CID D 10 Tumores benignos de lábio, D 10.1 Língua, D 10.3 Boca, D 10.5 Orofaringe, D 10.6 Nasofaringe, D 10.7 Hipofaringe , D 11 Glândula parótida, D 11.7 Outras glândulas salivares, D 14.2 Laringe, D 16.4 Ossos do crânio e face, D 16.5 Mandíbula, D 17 Lipomas, D 18 Hemangioma-linfangiomas, D 21 Tecido conjuntivo, D 34 Tireóide, D 35 Paratireoides, D 36 Gânglios linfáticos, D 44.7 Paraganglioma, Q 18 Outras malformações congênitas da face e do pescoço, Q 89 Outras malformações congênitas não classificadas em outra parte, L 72 Cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo, R 22 Tumefação, massa ou tumoração localizadas da pele e do tecido subcutâneo.

TOMOGRAFIA DE TÓRAX E MEDIASTINO

Código SIA/SUS – 02.06.02.003-1

Código SIA/SUS – 02.06.02.004-0

INDICAÇÕES: Avaliação morfológica de órgãos torácicos (parênquima pulmonar, vasos, cavidades pleurais); 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: 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 radiografia, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Traumatismo

Tromboembolismo Pulmonar

Dissecção de aorta.

Prioridade Amarela

Asma

DPOC

Pneumonias

Pneumopatias Intersticiais,

Tuberculose pulmonar

Prioridade Verde:

Tosse crônica

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

PRÉ-REQUISITOS: 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 radiografia, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Tumores Ósseos Malignos (confirmado ou suspeita) (C40, C41.2 a C41.9)

Tumores Malignos de Tecidos Moles (confirmado ou suspeito) (C49.1, C49.2, 49.5, C49.8, C49)

Fraturas e/ou Luxações de todos os segmentos– acompanhamento de tratamento não cirúrgico e pós operatório (S12, S13, S14, S16, S18, S22, S23, S24, S32, S33, S34, S38, S42, S43, S44, S46, S47, S48, S49, S52, S53, S54, S56, S57, S58, S59, S62, S63, S64, S66, S67, S68, S69, S72, S73, S74, S76, S77, S78, S79, S82, S83, S84, S86, S87, S88, S89, S92, S93, S94, S96, S97, S98, S99, T02, T03, T04, T05,

T06, T07, T08, T10, T11, T12 e T13)

Osteoporose com Fratura Patológica (M80)

Complicações pós osteossíntese (dispositivos de fixação interna) (T84.1, T84.2, T84.3, T84.4, T84.6, T84.8, T84.9, T88.8 e T88.9)

Complicações de Reimplante e Amputação (T87)

Paralisia Cerebral (G80)

Displasia do desenvolvimento do Quadril (Q65)

Mielomeningocele (Q76.0)

Osteonecrose idiopática do Quadril (Doença de Leg-Calve-Perthes) (M91.1)

Epifisiólise proximal do fêmur (M93.0)

Prioridade Amarela:

Sequela de Fratura / Lesão Fisária (M89.1)

Distúrbios de Consolidação (Pseudartrose, Retardo de consolidação e Consolidação Viciosa) (M84.0 a M84.9)

Infecção óssea crônica (Osteomielite) (M86.3 a M86.9)

Osteonecrose (M87.0 a M87.9 e M90.3 a M90.5)

Tumores Ósseos Benignos (confirmados) (D16)

Lesões Pseudo Tumorais (confirmado) (M85.0 a M85.9)

Tumores de Tecidos Moles benignos (confirmado) (D21.1, D21.2, D21.5, D21.9)

Mielomenigocele (Q05 e Q76.0)

Paralisia Obstétrica (P14)

Prioridade Verde:

Dor nas Costas (Cervicalgia, Dorsalgia e Lombalgia), não incapacitante e sem comprometimento neurológico (M42, M43, M45, M46, M47, M48, M49, M50, M51, M53 e M54)

Deformidade em membros inferiores e coluna (Escoliose, Cifose, Lordose) (M21.0 a M21.2, M40.0 a M40.5 e M41.0 a M41.9)

Deformidades Congênitas da Coluna Vertebral e Tórax (Q67.4 e Q76.1 a Q76.9)

Outras Entesopatias (M77.0 a M77.9)

Outros Transtornos dos Tecidos Moles não especificados (M79.0 a M79.9)

Cisto Sinovial (R22.3, R22.4 e R22.9)

Síndromes compressivas nervosas (G56)

Discrepância de Membros Inferiores (M21.7)

Deformidades Angulares dos membros inferiores (Q68.3 a Q68.8)

Defeitos por redução do membro superior (Q71)

Defeitos por redução do membro inferior (Q72)

Outros defeitos por redução dos membros (Q73)

Outras Mal Formações Congênitas (Q74, Q76 e Q79)

Artrogripose Míltipla Congênita (Q74.3)

Osteocondroplasias (Q77 e Q78)

Paralisia Infantil (M89.6)

Osteoporose (M81, M82 e M83)

Osteocondrose Juvenil do Quadril (M91.0 e M91.2 a M91.9)

Outras Osteocondroses Juvenis (M92.0 a M92.9)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDE/OUVIDOS/FACE/SEIOS DA FACE

CÓDIGO SIA/SUS – 0207010021

INDICAÇÕES:

(1) Mastoide e Orelha: Complicações de otites aguda/crônica (paralisia facial, mastoidite, neurológica); Oite média crônica (simples, supurativa, com ou sem coleteatoma); Otoesclerose; Fistula otológica (de janela, de canal labiríntico, líquórica otogênica); Paralisia facial (pós- trauma, idiopática); Avaliação pré cirúrgica das orelhas (ex. timpanomastoidectomia, outros); Cirurgia de implante coclear; Surdez congênita.

(2) Seios paranasais e Face: Complicações de rinosinusite aguda/crônicas (complicações de orbita, orbita / meninges /encéfalo); Rinosinusite crônica com ou sem polipose nasal; Rinosinusite fúngica; Trauma de face; Angiofibroma juvenil; Atresia de coana

PRÉ-REQUISITOS: História clínica, Exame físico,

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Médicos e cirurgião buco-maxilo.

Prioridades Vermelho:

(1) Mastoide e Orelha:

Suspeita de Tumor maligno D14.0/D44.7

Paralisia facial após trauma de osso temporal S02

Perda auditiva/Surdez/tontura após trauma de osso temporal S02

Complicações de otites aguda/crônica (paralisia facial, mastoidite, neurológica)

Fistula otológica (de janela, de canal labiríntico, líquórica otogênica)

Oite externa necrotizante H 60.2

Cirurgia de implante coclear

Surdez congênita

(2) Seios paranasais e face:

Complicações de Rinosinusite aguda/crônica (para orbita / meninges /encéfalo)

Rinosinusite fúngica

Trauma de face

Atresia de coana

Fistulas

Tumores malignos

Prioridades Amarelo:

(1) Mastoide e Orelha:

Atresia aural bilateral Q17
suspeita de Tumor benigno D14.0 /D44.7
Otite media crônica (supurativa H71/H66; Colesteatoma H60.4)
Corpo estranho de ouvido T16
Paralisia facial (idiopática)
(2) Seios Paranasais e Face:
Rinosinusite crônica com ou sem polipose nasal
Angiofibroma juvenil
Prioridades Verde:
(1) Mastoide e Orelha:
Atresia aural unilateral Q17
Perda auditiva / Surdez condutiva H90.0/H90.1
Perda auditiva/Surdez neurosensorial H90.5/H90.3/H90.4
Otite média crônica simples/perfuração timpânica H65.4 / H72
Otoesclerose H80;
Paralisia facial (idiopática)
Estenose de conduto auditivo
(2) Seios Paranasais e Face:
Desvio de septo
Doenças das conchas nasais
Prioridades Azul:
(1) Mastoide e Orelha:
Otalgia com exame físico normal H92.0

TOMOGRAFIA DE ÓRBITAS/ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (ATM)

Código SIA/SUS –02.06.01.004-4

INDICAÇÕES: Face/Seios da Face/Órbitas: Suspeitas de neoplasias; Processo inflamatório/ infecioso dos seios paranasais/cavidade nasal; Alterações craniofaciais; Traumas; Malformações; Patologias orbitárias (inflamatório/neoplásico); ATM: Deslocamentos de disco; Doenças articulares degenerativas (osteoartrite); Artrites inflamatórias; Sinovites; Traumas.

PRÉ-REQUISITOS: 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 radiografia, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos e cirurgião buco-maxilo.

Prioridades Vermelho:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR

CÓDIGO SIA/SUS – 02.06.03.001-0

INDICAÇÕES: **Fígado:** Caracterização de nódulos atípicos a ultrassonografia/ecografia; 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 infectoparásitárias (ex. esquistossomose); Patologias vasculares (ex. síndrome Budd-Chiari); Traumatismo abdominal fechado; Hipertensão Portal; **Pâncreas:** Pancreatopatias; Tumores pancreáticos **Vesícula Biliar:** Pesquisa de complicações da colecistite aguda; Estadiamento de tumores (sensibilidade maior que ultrassonografia/ecografia); **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 infectoparásitárias; Doença linfoproliferativas ou hematológicas (ex. linfoma); **Retoperitônio 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: 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 radiografia, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridades Vermelho:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

Traumas

Aneurismas

Prioridade Amarela:

Colelitíase

Cirrose hepática

Pancreatite crônica

Hérnias não complicadas

Prioridade Verde:

Hepatites crônicas

TOMOGRAFIA DA PELVE/ABDOME INFERIOR

CÓDIGO SIA/SUS – 02.06.03.003-7

INDICAÇÕES: Traumas; Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e

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

PRÉ-REQUISITOS: 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 radiografia, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

Traumas

Aneurismas

Hérnias complicadas

Prioridade Amarela:

Fistulas anais e anorrectais

Diverticulose colônica

Hematúria a esclarecer

Doenças inflamatórias Intestinais crônicas

Hérnias não complicadas

TOMOGRAFIA DA BACIA

CÓDIGO SIA/SUS – 02.06.03.003-7

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

PRÉ-REQUISITOS: 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 radiografia, laboratoriais e ultrassonografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: Médicos.

Prioridade Vermelha:

Tumores Ósseos Malignos (confirmado ou suspeita) (C40, C41.2 a C41.9)

Tumores Malignos de Tecidos Moles (confirmado ou suspeito) (C49.1, C49.2, 49.5, C49.8, C49.9)

Fraturas e/ou Luxações de todos os segmentos– acompanhamento de tratamento não cirúrgico e pós operatório (S12, S13, S14, S16, S18, S22, S23, S24, S32, S33, S34, S38, S42, S43, S44, S46, S47, S48, S49, S52, S53, S54, S56, S57, S58, S59, S62, S63, S64, S66, S67, S68, S69, S72, S73, S74, S76, S77, S78, S79, S82, S83, S84, S86, S87, S88, S89, S92, S93, S94, S96, S97, S98, S99, T02, T03, T04, T05,

T06, T07, T08, T10, T11, T12 e T13)

Osteoporose com Fratura Patológica M80

Complicações pós osteossíntese (dispositivos de fixação interna) (T84.1, T84.2, T84.3, T84.4, T84.6, T84.8, T84.9, T88.8 e T88.9)

Complicações de Reimplante e Amputação T87

Paralisia Cerebral G80

Pé Torto Congênito (PTC) Q66.0

Displasia do desenvolvimento do Quadril Q65

Mielomeningocele Q76.0

Osteonecrose idiopática do Quadril (Doença de Leg-Calve-Perthes) M91.1

Epifisiólise proximal do fêmur M93.0

Prioridade Amarela:

Sequela de Fratura / Lesão Fisária (M89.1)

Distúrbios de Consolidação (Pseudartrose, Retardo de consolidação e Consolidação Viciosa) (M84.0 a M84.9)

Infecção óssea crônica (Osteomielite) (M86.3 a M86.9)

Falha de prótese de quadril (T84.0, T84.5, T84.8 E T84.9)

Osteonecrose (M87.0 a M87.9 e M90.3 a M90.5)

Tumores Ósseos Benignos (confirmados) (D16)

Lesões Pseudo Tumorais (confirmado) (M85.0 a M85.9)

Tumores de Tecidos Moles benignos (confirmado) (D21.1, D21.2, D21.5, D21.9)

Mielomenigocele (Q05 e Q76.0)

Paralisia Obstétrica (P14)

Prioridade Verde: -

Dor nas Costas (Cervicalgia, Dorsalgia e Lombalgia), não incapacitante e sem comprometimento neurológico (M42, M43, M45, M46, M47, M48, M49, M50, M51, M53 e M54)

Deformidade em membros inferiores e coluna (Escoliose, Cifose, Lordose) (M21.0 a M21.2, M40.0 a M40.5 e M41.0 a M41.9)

Deformidades Congênitas da Coluna Vertebral e Tórax (Q67.4 e Q76.1 a Q76.9)

Dor articular localizada em todos os segmentos (Artralgia a esclarecer) (M25.0 a M25.9)

Doenças dos tendões (Tendinopatias/Roturas espontâneas) (M65, M66, M67, M68, M70, M71, M72, M73)

Bursas e Fáscias;

Entesopatias dos Membros Inferiores (exceto pé) (M76.0 a M76.9)

Outras Entesopatias (M77.0 a M77.9)

Outros Transtornos dos Tecidos Moles não especificados (M79.0 a M79.9)

Cisto Sinovial (R22.3, R22.4 e R22.9)

Artrose do Quadril