



## 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, conseqüentemente, 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**

*CODIGO 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 DESCRITIVO 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 deseje 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 anatomopatológico 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 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 BIRADS

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**

*CODIGO 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, Tromboses, Dissecções Arteriais, Estenose)

Prioridade Amarela:

Colelitíase

Cirrose hepática

Pancreatite crônica

Hérnias não complicadas

Fístulas anais e anorretais

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 tireoglossso; 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**

*CODIGO 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**

*CODIGO SAI/SUS 020502007-0*

*INDICAÇÕES:* Aumento da bolsa escrotal em adultos; Cistos de cordão, espermático e de epidídimo; 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 kg/m<sup>2</sup>) 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 paratireoideopatias; 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**



## CODIGO SAI/SUS 1401402-5

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 historia 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.

## ULTRASSONOGRRAFIA/ECOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)

### CODIGO SAI/SUS 020502016-0

**INDICAÇÕES:** Massa pélvica identificada ao exame clínico ginecológico; Sangramento genital na pós-menopausa; Sangramento uterino anormal na menacme (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**

*CODIGO 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 cefálico e DNPM); Hipótese diagnóstica e CID-10 relacionado à principal suspeita diagnóstica.

*PREPARO/ORIENTAÇÕES:* Não há preparo específico.

*PROFISSIONAIS SOLICITANTES:* Médicos.

## **ULTRASSONOGRAFIA/ECOGRAFIA TRANSVAGINAL**

*CODIGO SAI/SUS 020502018-6*

*INDICAÇÕES:* Massa pélvica identificada ao exame clínico ginecológico; Sangramento genital na pós-menopausa; Sangramento uterino anormal na menacme (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**

## ULTRASSONOGRRAFIA/ECOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VASOS

*CODIGO 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/infecioso**

**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 infecciosas do SNC; Controle evolutivo de tumores malignos em tratamento com Radioterapia e Quimioterapia

**PRÉ-REQUISITOS:** É indispensável exame neurológico; Resultados de exames laboratoriais, como líquido, 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)

Craniossinostose.

**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)

Mielomeningocele (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 Múltipla 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); Otite média crônica (simples, supurativa, com ou sem colesteatoma); Otoesclerose; Fístula 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)

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

Otite 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

Fístulas

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/ infeccioso 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**

## Traumas

### 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 infectoparasitárias (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 infectoparasitárias; Doença linfoproliferativas ou hematológicas (ex. linfoma); **Retroperitônio e mesentério:** Avaliação de alterações vasculares aorta abdominal, ramos viscerais e ilíacas; Doenças inflamatórias mesentéricas ou retroperitoneais; Lesões neoplásicas; Suspeita de coleções abdominais ou ascite; **Trato digestivo:** Doenças gástricas (inflamatório/neoplásico); Doenças intestinais inflamatórias (ex. Crohn, retocolite ulcerativa, apendicite e diverticulite); Doenças intestinais obstrutivas; Doenças neoplásicas.

**PRÉ-REQUISITOS:** 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 retossigmóide; 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/infecioso

Traumas

Aneurismas

Hérnias complicadas

**Prioridade Amarela:**

Fístulas anais e anorretais

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 Congênicas 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 Fâscias;

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

Corpo Livre em articulação (exceto joelho)  
Transtorno das cartilagens articulares  
Transtorno de Ligamentos  
Outros transtornos articulares (M24.3 a M24.4)  
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)  
Artrocripse Múltipla 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)  
Osteocondrite Dissecante (M93.8)

## **TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E SEGMENTOS APENDICULARES**

*CÓDIGO SIA/SUS – 020602001-5/ 020603002-9/020602002-3*

**INDICAÇÕES:** Traumatismos, - Tumores (diagnóstico e estadiamento), - Processos expansivos, - Metástases (detecção e acompanhamento), - Patologias inflamatórias

**PRÉ-REQUISITOS:** É obrigatória a definição da lateralidade do segmento a ser examinado; Quadro clínico bem especificado sobre os sinais e sintomas da doença, incluindo o CID-10 relativo à patologia a ser avaliada; Hipótese diagnóstica. A depender da hipótese diagnóstica, informar datas de realização e resultados dos exames como 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.

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 Fâscias;

Capsulite Adesiva (M75.0)

Lesão do Manguito Rotador e Síndrome do Impacto (M75.1, M75.4, M75.5, M75.8 e M75.9)

Tendinite do Bíceps (M75.2)

Tendinite Calcificante do Ombro (M75.3)

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 Ombro e Cotovelo (M19)  
Artrose do Quadril (M16.0 a M16.9)  
Artrose de Joelho (M17.0 a M17.9)  
Lesão de Menisco (exceto rotura tipo “alça” de balde com bloqueio articular) (M23.2;  
M23.3)  
Corpo Livre em articulação (exceto joelho) (M23.4)  
Transtorno das cartilagens articulares (M24.1)  
Transtorno de Ligamentos (M24.2)  
Outros transtornos articulares (M24.3 a M24.4)  
Instabilidade crônica de Joelho (M23.5, M23.6 e M23.9)  
Transtornos da Patela (M22.0 a M22.9)  
Artrose de Pé e Tornozelo (M19.0 a M19.9)  
Deformidade Adquirida dos dedos dos pés (M20.1 a M20.6)  
Pé Plano Adquirido (M21.4);  
Outras Deformidades Adquiridas do Tornozelo e do Pé (M21.6)  
Síndromes compressivas nervosas (G56)  
Menisco Discóide (M23.1)  
Deformidade Congênita do Joelho (Q68.2)  
Discrepância de Membros Inferiores (M21.7)  
Outras Deformidades Congênicas do Pé (exceto Pé Torto congênito ou equinovaro)  
(Q66.1 a Q66.9)  
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 Congênicas (Q74, Q76 e Q79)  
Artrogripose Múltipla 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)  
Osteocondrite Dissecante (M93.8)  
Polidactilia (Q69)  
Sindactilia (Q70)

## MANUAL PARA SOLICITAÇÃO DE RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA:

### **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.

### **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO OU ENCÉFALO**

*CÓDIGO SIA/SUS: 02.07.01.006-4*

**INDICAÇÕES:** Avaliação de fossa posterior ou tronco cerebral; Suspeita de aneurisma e malformação vascular; Suspeita de trombose do seio sagital; Estudo do ouvido interno; Suspeita de neoplasias primárias; Suspeita de metástases e linfomas; Suspeita de tumores de hipófise; Lesões intraorbitais ou trato visual; Suspeita de infecções intracranianas (não diagnosticadas por punção lombar); Suspeita de esclerose múltipla; Alterações de articulação temporomandibular; Avaliação de SNC de Recém Nascido prematuro; Investigação de crises epilépticas e investigação de infecções de SNC (encefalite, meningite, meningoencefalites).

**PRÉ-REQUISITOS:** História clínica; Exame físico; Tomografia de crânio (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:** cirurgião bucomaxilofacial, cirurgião de cabeça e pescoço, endocrinologista, ginecologista, infectologista, neurologista, neurocirurgião, oftalmologista, oncologista, otorrinolaringologista, psiquiatra, geriatra, mastologista, clínica médica e médico de família e comunidade.

**Prioridade Vermelha:**

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

**Aneurisma (I67)**

**Neoplasias Malignas (C70, C71, C72, D32)**



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

Esclerose Múltipla (G35, G36, G37, H46, H47, H48),

Trombose venosa Cerebral (O22)

Prioridade Amarela:

Epilepsia (G40)

Doenças degenerativas/hereditárias (G11, G12, G31)

Ataxia aguda a esclarecer (R27)

Demências atípicas (F02)

Prioridade Verde:

Controles evolutivos de Esclerose Múltipla

Controles evolutivos em geral

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PESCOÇO**

*CÓDIGO SIA/SUS - 02.07.01.003-0*

**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 como radiografia, laboratoriais e ultrassonografia.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:** Cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião pediátrico, otorrinolaringologista, oncologista, clínica médica e médico de família e comunidade.

Prioridade Vermelha:

**Cânceres:** CIDS ( 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 Tireóide, C76 Lipomas, C77 Gânglios Linfáticos)

**Processos inflamatórios.**

Prioridade Amarela:

**Doenças Benignas:** CIDs 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.

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX**

*CÓDIGO SIA/SUS: 02.07.02.003-5*

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

*PRÉ-REQUISITOS:* História clínica; Exame físico, Radiografia de tórax PA/Perfil com laudo, Tomografia de Tórax (se houver).

*PROFISSIONAIS SOLICITANTES:* Cirurgião geral, cirurgião cardíaco, cirurgião pediátrico, cirurgião torácico, oncologista, pneumologista, reumatologista, clínica médica e médico de família e comunidade.

**Prioridade Vermelha:**

**Neoplasias**

**Processos inflamatório/infeccioso**

**Traumas**

**Aneurismas**

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (ATM)**

*CÓDIGO SIA/SUS: 0207010021*

*INDICAÇÕES:* Deslocamentos de disco; Doenças articulares degenerativas (osteoartrite); Artrites inflamatórias; Sinovites; Traumas.

*PRÉ-REQUISITOS:* História clínica, Exame físico.

*PROFISSIONAIS SOLICITANTES:* Bucomaxilo, cirurgião de cabeça e pescoço, neurologista, ortopedista, otorrinolaringologista, clínica médica e médico de família e comunidade.

**Prioridade Vermelha:**

**Neoplasias**

**Processos inflamatório/infeccioso**

**Traumas**

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MASTÓIDE/OUVIDOS/FACE**

*CÓDIGO SIA/SUS – 0207010021*

*INDICAÇÕES:*

(1) Mastoide e Orelhas: Fistula (de janela, de canal labiríntico, outras fistulas das orelhas), Paralisia facial, Vertigem/tontura central (suspeita de tumor no ângulo ponto cerebelar, outros); Perda de Audição/Surdez neurosensorial assimétrica (suspeita de tumor); Implante coclear; Surdez congênita

(2) Seios Paranasais e Face: Rinosinusite aguda /crônica complicada, Rinosinusite crônica, Rinosinusite fúngica, Trauma de face, Angiofibroma juvenil,

*PRÉ-REQUISITOS:* História clínica, Exame físico,

*PROFISSIONAL SOLICITANTE:* Cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião pediátrico, clínica

médica e médico de família e comunidade.

neurocirurgião, otorrinolaringologista e oncologista:

**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;

Otite externa necrotizante H 60.2;

Implante coclear;

Surdez congênita

(2) Seios Paranasais e Face:

Complicações de Rinosinusite aguda / crônica complicada (órbita, meninges, encéfalo);

Trauma de face

Fístulas

Encefalocele

**Prioridades Amarelo:**

(1) Mastoide e Orelha:

Suspeita de Tumor benigno D14.0 / D44.7;

Vertigem/tontura central (suspeita de tumor no ângulo ponto cerebelar, outros);

Perda de Audição/Surdez neurosensorial assimétrica (suspeita de tumor);

Zumbido pulsátil

(2) Seios Paranasais e Face:

Rinosinusite crônica;

Rinosinusite fúngica;

Angiofibroma juvenil;

Anosmia (+ 6 meses de evolução)

**Prioridades Verde:**

(1) Mastoide e Orelha:

Perda/surdez auditiva condutiva H90.0/H90.1;

Perda/surdez auditiva neurosensorial H90.5/H90.3/H90.4;

**Prioridades Azul:**

(1) Mastoide e Orelha:

Otalgia com exame físico normal H92.0

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOME SUPERIOR**

*CÓDIGO SIA/SUS – 02.07.03.001-4*

**INDICAÇÕES: Fígado:** Caracterização de nódulos atípicos a ultrassonografia/tomografia; Detecção de nódulos em pacientes com esteatose Hepática moderada/ importante (Sensibilidade maior que a ultrassonografia/tomografia); Avaliação Pré-Operatória; Pacientes com cirrose hepática e suspeita de carcinoma hepatocelular (Sensibilidade Maior que a ultrassonografia/tomografia); Avaliação dos nódulos hepáticos pós-tratamento com quimioterapia; **Pâncreas:** Avaliação pré-operatória; Colangiopancreatografia por Ressonancia Magnetica (Avaliação do Ducto de Wirsung e colédoco); **Vesícula:** Pesquisa de Complicações da Colecistite Aguda; Estadiamento dos tumores (sensibilidade maior que a tomografia); **Vias Biliares:** Avaliar dilatação das vias biliares; Pesquisa de Obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase - Sensibilidade semelhante a CPRE para cálculos); Pesquisa e Estadiamento de tumores (Sensibilidade maior que a tomografia); Avaliação Pré-operatória dos Tumores das Vias Biliares; Colangiopancreatografia por Ressonancia Magnetica (Avaliação do Ducto de Wirsung e colédoco); **Vias urinarias e adrenais:** Caracterização de nódulos atípicos a ultrassonografia/tomografia; Estadiamento de tumores de células renais; Suspeita de feocromocitoma ou adenoma da adrenal.

**PRÉ-REQUISITOS:** História clínica, Exame físico, Ultrassonografia/ecografia do Abdome, Tomografia do Abdome (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:** Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, endocrinologista, gastrocirurgião, gastroenterologista, hepatologista, infectologista, nefrologista, oncologista, urologista, cirurgião vascular, clínica médica e médico de família e comunidade.

**Prioridade Vermelha:**

Neoplasias

Nódulo em paciente portador de doença hepática (cirrose ou hepatite)

Processos inflamatório/infeccioso

Traumas

Aneurismas

**Prioridade Amarela:**

Litíase renal

Obstrução do trato urinário

Hematúria a esclarecer.

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORESSONÂNCIA**

**CÓDIGO SIA/SUS – 0207030049**

**INDICAÇÕES: Vesícula Biliar:** Pesquisa de Complicações da Colecistite Aguda; Estadiamento dos tumores (sensibilidade maior que a ultrassonografia); **Vias Biliares:** Avaliar dilatação das vias biliares; Pesquisa de Obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase - Sensibilidade semelhante à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica para cálculos); Pesquisa e Estadiamento de tumores; Avaliação Pré-operatória dos Tumores das Vias Biliares; Colangiopancreatografia por Ressonancia Magnetica (Avaliação do Ducto de Wirsung e colédoco).

**PRÉ-REQUISITOS:** História clínica, Exame físico, Ultrassonografia/ecografia do Abdome, Tomografia do Abdome (se houver).

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:** Gastroenterologista, cirurgião geral, cirurgião pediátrico, gastrocirurgião, hepatologista, infectologista, oncologista, clínica médica e médico de família e comunidade.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

Colangite esclerosante

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE/ABDOME INFERIOR**

*CÓDIGO SIA/SUS: 02.07.03.002-2*

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

*PROFISSIONAL SOLICITANTE:* Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, gastroenterologista, ginecologista, oncoginecologista, ortopedista, oncologista, reumatologista, urologista pediatria, clínica médica e médico de família e comunidade.

Prioridade Vermelha:

Neoplasias

Processos inflamatório/infeccioso

Traumas

Aneurismas

Hérnias complicadas

Prioridade Amarela:

Fístulas anais e anorretais

Diverticulose colônica

Litíase renal

Obstrução do trato urinário

Hematúria a esclarecer

Doenças inflamatórias Intestinais

Hérnias não complicadas

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA VERTEBRAL**

*CÓDIGO SIA/SUS - 02.07.01.003-0 (Cervical) / 02.07.01.004-8 (Lombo-Sacra) / 02.07.01.005-6 (Torácica)*

*INDICAÇÕES:* Traumas; Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilagenosas; Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilagenosas; Neoplasias de partes moles e ósseas; Malformações congênitas.

*PRÉ-REQUISITOS:* História clínica, - Exame físico, - Exames como raios-X simples e/ou tomografia computadorizada (se houver).

*PROFISSIONAIS SOLICITANTES:* Ortopedista, Neurologista, Neurocirurgião, Infectologista,

Reumatologista, Oncologia, Cirurgião torácico e Cirurgião de cabeça e pescoço, fisiatra e médico de família e comunidade.

**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 Múltipla 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)

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÕES**

*CÓDIGO SIA/SUS – 020702002-7/ 0207030030*

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

**PRÉ-REQUISITOS:** História clínica, Exame físico, Radiografia simples com laudo, dependente da hipótese diagnóstica: radiografia simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia (se houver).

**PROFISSIONAL SOLICITANTE:** Neurologista, ortopedista, oncologista, reumatologista, neurocirurgião, fisiatra e médico de família e comunidade.

**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.

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 Congênicas 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 Fâscias;

Capsulite Adesiva (M75.0)

Lesão do Manguito Rotador e Síndrome do Impacto (M75.1, M75.4, M75.5, M75.8 e M75.9)

Tendinite do Bíceps (M75.2)

Tendinite Calcificante do Ombro (M75.3)

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 Ombro e Cotovelo (M19)

Artrose do Quadril (M16.0 a M16.9)

Artrose de Joelho (M17.0 a M17.9)



M23.3) Lesão de Menisco (exceto rotura tipo “alça” de balde com bloqueio articular) (M23.2;  
M23.3)

Corpo Livre em articulação (exceto joelho) (M23.4)

Transtorno das cartilagens articulares (M24.1)

Transtorno de Ligamentos (M24.2)

Outros transtornos articulares (M24.3 a M24.4)

Instabilidade crônica de Joelho (M23.5, M23.6 e M23.9)

Transtornos da Patela (M22.0 a M22.9)

Artrose de Pé e Tornozelo (M19.0 a M19.9)

Deformidade Adquirida dos dedos dos pés (M20.1 a M20.6)

Pé Plano Adquirido (M21.4);

Outras Deformidades Adquiridas do Tornozelo e do Pé (M21.6)

Síndromes compressivas nervosas (G56)

Menisco Discóide (M23.1)

Deformidade Congênita do Joelho (Q68.2)

Discrepância de Membros Inferiores (M21.7)

Outras Deformidades Congênicas do Pé (exceto Pé Torto congênito ou equinovaro)  
(Q66.1 a Q66.9)

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 Congênicas (Q74, Q76 e Q79)

Artrogripose Múltipla 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)

Osteocondrite Dissecante (M93.8)

Polidactília (Q69)

Sindactília (Q70)

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA**

*CÓDIGO SIA/SUS: 02.07.03.002-2*

*INDICAÇÕES:* Traumas; Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilagosas; Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilagosas;

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

*PROFISSIONAL SOLICITANTE* – Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, gastroenterologista, ginecologista, ortopedista, oncologista, reumatologista, urologista, fisiatra e médico de família e comunidade.

**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 Congênicas 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 Fâscias;

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

Corpo Livre em articulação (exceto joelho)

Transtorno das cartilagens articulares

Transtorno de Ligamentos

Outros transtornos articulares (M24.3 a M24.4)

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 Congênicas (Q74, Q76 e Q79)

Artrogripose Múltipla 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)

Osteocondrite Dissecante (M93.8)

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CORAÇÃO**

*CÓDIGO SIA/SUS: 0207020019*

**INDICAÇÕES:** : Estudo de função, da viabilidade miocárdica em pacientes com evento isquêmico prévio. Avaliação de hipertrofias ventriculares para quantificação de fibrose miocárdica. principalmente nas cardiomiopatias hipertróficas. Avaliação de perfusão miocárdica com uso de estresse farmacológico para pacientes com incapacidade para prova funcional ou que apresentam

alterações eletrocardiográficas ao teste ergométrico. Avaliação da etiologia em pacientes com insuficiência cardíaca. Investigação de arritmias malignas ou pesquisa de doenças genéticas como displasia do ventrículo direito e doença de Fabry. Avaliação de massas intracavitárias e pesquisa de quadros de miocardite aguda e crônica. Avaliação de cardiopatias congênitas. Avaliar doenças miocárdicas de depósito. Investigação de doenças do pericárdio.

*PRÉ-REQUISITOS:* Ecocardiograma, eletrocardiograma prévio e avaliação clínica por cardiologista ou médico clínico. Quadro clínico deve estar bem especificado e indicar resultados de exames prévios, inclusive CID prévio e hipótese diagnóstica.

*PROFISSIONAL SOLICITANTE:* Cardiologistas, clínica Médica, cirurgião cardíaco, cirurgião torácico, oncologista e médico de família e comunidade.

**Prioridade Vermelha:**

Pesquisa de miocardite aguda (inclusive rejeição de enxerto pós-tranplante) (CID I.40)

Massa cardíacas (CID R22.9)

Doenças de depósito tipo amiloidose (CID E.85.4)

Investigação de cardiomiopatia de Takotsubo (CID 42.8)

Avaliação de pericardite aguda (CID I.30)

**Prioridade Amarela:**

Investigação de isquemia miocárdica (CID I.25)

Viabilidade miocárdica em pacientes sintomáticos (CID I25.2)

Investigação de doenças de depósito exceto amiloidose (Sarcoidose CID D 86.0, hemocromatose CID 83.1, Doença de Fabry CID 272.7)

Avaliação de cardiopatias congênitas (CID I.51)

Avaliação de insuficiência cardíaca em pacientes com perda progressiva da função ventricular (CID I.51)

Avaliar arritmias com repercussão clínica (CID I49)

Avaliação de doenças do pericárdio sem quadro agudo relacionado (CID I.31)

**Prioridade verde:**

Avaliação de viabilidade ou isquemia em pacientes assintomáticos (CID I.25)

Avaliação de hipertrofias em pacientes assintomáticos.

Investigação de etiologia da ICC em pacientes crônicos e oligossintomáticos (CID I.51)

Investigação de arritmias sem repercussão clínica (CID I.49)

Diagnóstico diferencial no coração de atleta (CID D15.1)

## **PROCEDIMENTOS MAMÁRIOS**

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

- 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, idade, sexo, endereço e cartão do SUS do paciente (com dados atualizados);

- 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.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: Marcação pré-cirúrgica/Agulhamento orientado por estereotaxia ou ecografia

PAAF guiada por ecografia

mamografia ou ecografia

Biópsia de fragmento do tipo "core" orientada por

### **NÓDULO NA MAMA PALPÁVEL COM PROVÁVEL INDICAÇÃO DE PAAF/BÍÓPSIA FRAGMENTO**

Nódulo sólido recente em mulher com idade superior a 35 anos; ou
Nódulo em mulher com história prévia de câncer de mama, hiperplasia intraductal e/ou carcinoma in situ; ou
História familiar de alto risco para câncer de mama: <ul style="list-style-type: none"><li>• - pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama em idade &lt; 50 anos; ou</li><li>• pelo menos um familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; ou</li><li>• homens, em qualquer grau de parentesco, com diagnóstico de câncer de mama</li></ul>
Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).



### **PACIENTE ASSINTOMÁTICA COM EXAME DE IMAGEM CLASSIFICADO COMO BIRA COM PROVÁVEL INDICAÇÃO DE PAAF/BÍÓPSIA DE FRAGMENTO**

Lesões concomitantes suspeitas ou altamente suspeitas homo ou contralateral; ou
Indicação de Terapia de Reposição Hormonal; ou
História familiar de alto risco para câncer de mama (ver quadro 3).
TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

**PACIENTE ASSINTOMÁTICA COM EXAME DE IMAGEM CLASSIFICADO COMO BIRADS 4/5 COM INDICAÇÃO DE PAAF/BÍÓPSIA DE FRAGMENTO**

Mamografia ou ecografia BIRADS 4 e 5; ou
Nódulo sólido com características suspeitas de malignidade; ou
Cisto complexo (conteúdo espesso, ecotextura heterogênea, vegetações ou com conteúdo sólido); ou
Microcalcificação suspeita: - forma: ramificadas, vermiformes, puntiformes distribuição: agrupadas, segmentar, linear, regional - associada ou não a outros achados como: distorção, dilatação ductal e assimetrias.
Distorção ou assimetria focal da arquitetura
Ectasia ductal com componente sólido no interior
TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

CONTRA-INDICAÇÕES: - Distúrbios de coagulação graves

PRÉ-REQUISITOS: - Exame de imagem (mamografia e/ou ecografia)

- Suspende anticoagulante

- Os procedimentos de marcação pré-cirúrgica/Agulhamento só podem ser realizados com data da cirurgia marcada e até 24h antes da realização da cirurgia

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: - Mastologista

**PUNÇÃO DE TIREÓIDE**

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

- 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, 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.

#### NÓDULO DE TIREÓIDE COM INDICAÇÃO DE PAAF

Nódulo sólido:

- hipoecoico  $\geq 1$  cm; ou
- isoecoico ou hiperecoico  $\geq 1,5$  cm; ou

Nódulo sólido-cístico:

- $\geq 1,5$  cm e uma das seguintes características: hipoecoico, microcalcificações, margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal; ou
- $\geq 2,0$  cm se não houver achados ecográficos suspeitos; ou

Nódulo espongiiforme  $\geq 2$  cm; ou

Nódulo  $< 1$  cm em paciente de alto risco de malignidade<sup>1</sup> ; ou

Nódulo  $< 1$  cm com características ecográficas<sup>2</sup> suspeitas e com linfonodo cervical aumentado<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Pacientes de alto risco de malignidade são: pacientes com história pessoal ou em familiares de primeiro grau de câncer de tireoide, radioterapia da linha média ou exposição à radiação ionizante na infância ou adolescência, captação de glicose em PET-TC, mutação em genes associados a câncer medular familiar.

<sup>2</sup> São características ecográficas de maior risco de malignidade: nódulo hipoecoico, com microcalcificações, com vascularização aumentada (central principalmente), margens irregulares, mais alto do que largo na visão transversal. Nenhum achado isolado é diagnóstico de

malignidade, mas sua associação aumenta a probabilidade de neoplasia.

<sup>3</sup> Nos casos de linfonodomegalia cervical suspeita e nódulo de tireoide, existe indicação de realizar biopsia do linfonodo. Esse encaminhamento deve ser realizado para o serviço de endocrinologia para definir sequência de investigação apropriada.

CONTRA-INDICAÇÕES: - Distúrbios de coagulação graves

PRÉ-REQUISITOS: - Exame de imagem (ecografia) e TSH

- Suspende anticoagulante

PROFISSIONAIS SOLICITANTES: - Endocrinologista, Cirurgião de cabeça e pescoço e Médicos de Família.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** As solicitações que não se enquadrem nesta Nota Técnica só poderão ser atendidas mediante as devidas justificativas clínicas para diagnóstico, seguimento e consenso entre solicitante e médico regulador local ou de instância superior, quando necessário.

A Nota Técnica SEI-GDF n 03/2019 de 18/06/2019 deixa de vigorar a partir da publicação desta Nota Técnica.

**DA VIGÊNCIA DA NOTA TÉCNICA:** 6 meses.

#### **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS:**

INCA. Instituto Nacional do Câncer. *Deteção precoce do câncer de mama*. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controlado/deteccao-precoce>> Acesso em 18 mai. 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. *Controle do câncer de mama*: Documento de consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2004. Disponível em: <<http://www.socccancer.ufc.br/docs/consmama.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2017

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Diretrizes para a deteção precoce do câncer de mama no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015a. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro\\_deteccao\\_precoce\\_final.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cadernos de Atenção Básica, n. 13. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. 124p.

Urban et al. Recomendação do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por imagem, da



Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama. Radiol Bras 2017; 50(4): 244-249

Protocolo de Acesso Ambulatorial: Consultas Especializadas – Hospitais Federais do Rio de Janeiro, 2015.

Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Práticas – 5ª edição - [Sizínio K. Hebert](#), [Tarcísio E. P. de Barros Filho](#), [Renato Xavier](#), 2016.

Ortopedia e Traumatologia – Geraldo Motta, Tarcísio Barros - 2018

FRAX Brasil – Instrumento de Avaliação de Risco de Fratura. Centro de Doenças Ósseas e Metabólicas - Universidade de Sheffield (2008).

Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa [https://www.scielo.br/pdf/rbr/v57s2/pt\\_0482-5004-rbr-57-s2-s452.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbr/v57s2/pt_0482-5004-rbr-57-s2-s452.pdf)

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da osteoporose em homens [https://www.scielo.br/pdf/rbr/v57s2/pt\\_0482-5004-rbr-57-s2-s497.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbr/v57s2/pt_0482-5004-rbr-57-s2-s497.pdf)

**Camila Naves Abath**

Referência Técnica Distrital em Radiologia

**Cássio Murilo dos Santos**

Referência Técnica Distrital Colaborador em Radiologia

**Donizete da Silva Cavalcante**

Referência Técnica Distrital Colaborador em Radiologia

**Gleidson Viana dos Santos**

Gerente de Serviços de Apoio Diagnóstico

Diretor de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias - Substituto

**ARILENE DE SOUZA LUIS**

Coordenadora

Coordenação de Atenção Especializada à Saúde

CATES/SAIS/SES

De acordo, e encaminha-se para o Gabinete do SAA/SES para autorização da implementação da Nota Técnica.

**ALEXANDRE GARCIA BARBOSA**

Subsecretário de Atenção Integral à Saúde

SES/SAIS

Autorizo, e que proceda ampla divulgação a Nota Técnica.

**PETRUS LEONARDO BARRON SANCHEZ**

Secretário Adjunto de Assistência à Saúde

SAA/SAIS



Documento assinado eletronicamente por **CASSIO MURILO DOS SANTOS - Matr.1441635-2, Referência Técnica Distrital (RTD) Radiologia**, em 12/04/2021, às 17:22, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA NAVES ABATH - Matr.1661955-2, Referência Técnica Distrital (RTD) Radiologia**, em 14/04/2021, às 15:00, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **DONIZETE DA SILVA CAVALCANTE - Matr.0138573-9, Referência Técnica Distrital (RTD) Radiologia-Colaborador(a)**, em 14/04/2021, às 15:01, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **GLEIDSON VIANA DOS SANTOS - Matr.0185985-4, Gerente de Serviços de Apoio Diagnóstico**, em 15/04/2021, às 09:31, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ARILENE DE SOUZA LUIS - Matr.1671682-5, Coordenador(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 16/04/2021, às 09:49, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ALEXANDRE GARCIA BARBOSA - Matr.0139106-2, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 19/04/2021, às 14:36, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



---

Documento assinado eletronicamente por **PETRUS LEONARDO BARRON SANCHEZ - Matr.1688927-4, Secretário(a) Adjunto(a) de Assistência à Saúde**, em 19/04/2021, às 18:20, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

---



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=59395187)  
verificador= **59395187** código CRC= **F437D5E9**.

---

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

SRTVN Quadra 701 Lote D, 1º e 2º andares, Ed. PO700 - Bairro Asa Norte - CEP 70719-040 - DF

---