

2023

Novembro

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Solicitação de exames complementares

Departamento de Planejamento, Gestão e Auditoria do SUS



Araucária
PREFEITURA DO MUNICÍPIO

SMSA
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



**Protocolo Administrativo de Solicitação de Exames
Complementares.**
NAS – Núcleo de Auditoria em Saúde.

Araucária, 22 de novembro de 2023

Versão 8ª



PODER EXECUTIVO

PREFEITO

Hissam Hussein Dehaini

VICE-PREFEITO

Hilda Lukalski

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Vanderlei Francisco de Oliveira



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO

Bruno Rodelli Mendes Fontes

OUVIDORIA EM SAÚDE

Regina Idalino de Oliveira

DIREÇÃO GERAL

Lourival Brasil Felício

DIREÇÃO TÉCNICA

Patricia Beleski Carvalho de Oliveira

DIREÇÃO ASSISTENCIAL

Lucas Foltz

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Regina Mendonça de Carvalho

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Carolina de Almeida Torres

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Kelly Rosa Rigoni Lavarias

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Maria Taborda

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

Fernanda de Oliveira ferreira Rodrigues

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Alexandre André Radin

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA

Nilian Valência Ferreira Madeira

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Vanessa Rocha Ferreira



ELABORAÇÃO

Alexsandro Fabiano Zavadniak

Anderson Aparecido Primo

Andreia Cristina de Brito Cordeiro

Claudio Cesar Veiga da Costa

Kelly Cristina de Souza Varpechovski

Katherine Sanzovo Pivatto Ottoboni

Priscila Frahm Higashiyama

Diagramação

Núcleo de Qualidade em Saúde – NQS



LISTA DE SIGLAS

CRA - Central de Regulação Ambulatorial

EEG - Eletroencefalograma

ENMG - Eletroneuromiografia

IPM - Sistema de Gestão Pública

MAPA - Monitorização Ambulatorial da pressão Arterial

NAS - Núcleo de Auditoria em Saúde

OPM - Órteses, Próteses e Medicamentos

PAAF - Punção Aspirativa por Agulha Fina

PET-CT - Tomografia por Emissão de Pósitrons - Tomografia Computadorizada

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos

SUS - Sistema Único de Saúde

VENG - Vectoeletronistagmografia

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| PODER EXECUTIVO..... | 3 |
| SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE..... | 4 |
| ELABORAÇÃO..... | 5 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2. NORMATIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE EXAMES..... | 12 |
| 3. PADRONIZAÇÃO PARA AS SOLICITAÇÕES DOS EXAMES CONSTANTES NESTE PROTOCOLO...14 | |
| 3.1 Angioressonância Cerebral..... | 14 |
| 3.2 Angiotomografia de Coronárias..... | 15 |
| 3.3 Angiotomografia de Crânio..... | 16 |
| 3.4 Artro Ressonância Magnética..... | 17 |
| 3.5 Avaliação Urodinâmica Completa..... | 18 |
| 3.6 Biópsia de Próstata Via Transretal c/ Anestesia Geral..... | 19 |
| 3.7 Biópsia de Tireoide ou Paratireoide - PAAF..... | 20 |
| 3.8 Cintilografia de Miocárdio Estresse / Repouso..... | 21 |
| 3.9 Cintilografia de Ossos c/ ou s/ Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro)..... | 22 |
| 3.10 Cintilografia de Paratireoides..... | 23 |
| 3.11 Cintilografia p/ Pesquisa de Refluxo Gastro-Esofágico..... | 24 |
| 3.12 Cintilografia Renal/Renograma (Qualitativa e/ou Quantitativa)..... | 25 |
| 3.13 Cintilografia de Tireoide..... | 26 |
| 3.14 Clister Opaco c/ Duplo Contraste..... | 27 |
| 3.15 Colonoscopia (Coloscopia)..... | 28 |
| 3.16 Densitometria Óssea..... | 29 |
| 3.17 Determinação de Cariótipo em Sangue Periférico (c/ técnicas de bandas)..... | 30 |
| 3.18 Ecocardiografia de Estresse..... | 31 |
| 3.19 Ecocardiografia Transtorácica..... | 32 |
| 3.20 Eletroencefalograma (EEG)..... | 33 |
| 3.21 Eletroneuromiograma (ENMG)..... | 34 |

| | |
|--|----|
| 3.22 Endoscopia Digestiva Alta / Esofagogastroduodenoscopia..... | 35 |
| 3.23 Endoscopia Perioral com Sedação para Crianças..... | 36 |
| 3.24 Escanometria..... | 37 |
| 3.25 Histerossalpingografia..... | 38 |
| 3.26 Holter 24 HS (Monitoramento pelo Sistema Holter - 3 Canais)..... | 39 |
| 3.27 Laringoscopia..... | 40 |
| 3.28 Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (M.A.P.A.)..... | 41 |
| 3.29 Nasofibroscopia (Videolaringoscopia)..... | 42 |
| 3.30 Polissonografia..... | 43 |
| 3.31 Potencial Evocado Auditivo de Curta, Média e Longa Latência..... | 44 |
| 3.32 Punção p/ Biópsia de Mama..... | 45 |
| 3.33 Radiografia de Intestino Delgado (Trânsito)..... | 46 |
| 3.34 Ressonância Magnética de Abdômen Superior..... | 47 |
| 3.35 Ressonância Magnética de Articulações Temporomandibular (Bilateral)..... | 48 |
| 3.36 Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdômen Inferior..... | 49 |
| 3.37 Ressonância Magnética de Coluna..... | 50 |
| 3.38 Ressonância Magnética de Coração / Aorta c/ Cine..... | 51 |
| 3.39 Ressonância Magnética de Crânio..... | 52 |
| 3.40 Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)..... | 53 |
| 3.41 Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)..... | 54 |
| 3.42 Ressonância Magnética de Sela Túrcica..... | 55 |
| 3.43 Ressonância Magnética de Tórax..... | 56 |
| 3.44 Ressonância Magnética de Vias Biliares / Colangiorressonância..... | 57 |
| 3.45 Retossigmoidoscopia..... | 58 |
| 3.46 Tomografia de Coerência Óptica..... | 59 |
| 3.47 Tomografia Computadorizada de Articulações..... | 60 |
| 3.48 Tomografia de Hemitórax, Pulmão ou do Mediastino..... | 61 |
| 3.49 Tomografia Computadorizada de Segmentos Apendiculares (Braço, Antebraço, Mão, | |

| | |
|---|----|
| Coxa, Perna, Pé)..... | 62 |
| 3.50 Tomografia Computadorizada de Tórax..... | 63 |
| 3.51 Tomografia Por Emissão de Pósitrons (Pet-Ct)..... | 64 |
| 3.52 Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico..... | 65 |
| 3.53 Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)..... | 66 |
| 3.54 Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)..... | 67 |
| 3.55 Ultrassonografia Transfontanela..... | 68 |
| 3.56 Uretrocistografia..... | 69 |
| 3.57 Urografia Venosa..... | 70 |
| 3.58 Vectoeletronistagmografia (Veng)..... | 71 |
| 4. REFERÊNCIAS..... | 72 |
| 5.APÊNDICE..... | 73 |
| Apêndice I - Exames Que deixaram de fazer parte do Protocolo de Solicitação de Exames Complementares..... | 73 |
| 6. HISTÓRICO DE REVISÕES..... | 74 |

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), que teve suas bases lançadas na Constituição Federal de 1988 e sua implantação iniciada na década de 1990, propõe-se a oferecer atendimento integral à população por meio de gestão descentralizada com a participação da União, dos estados e dos municípios brasileiros. O SUS movimenta mais de 170 bilhões de reais por ano, considerando as três esferas da federação, e tem contribuído para ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, com importante impacto na redução da mortalidade. Contudo, ainda enfrenta uma série de desafios relacionados à aplicação dos recursos públicos visando obter ganhos de eficiência, eficácia e efetividade e garantir o acesso aos serviços com equidade (Ministério da Saúde, 2017).

A regulação dos serviços de saúde no âmbito municipal traz benefícios para a população como também favorece a organização da gestão da rede assistencial da saúde. Esse processo regulatório objetiva responder de forma qualificada e integrada às demandas de saúde da população, organizando a oferta de ações e serviços de saúde e fluxo dos usuários através da utilização dos recursos de maneira racional. A população é beneficiada na medida em que o acesso aos serviços de saúde é proporcionado de forma ordenada quando garantido o atendimento ao usuário em tempo oportuno a sua necessidade (Parnaíba, 2011). O município de Araucária apresenta uma demanda permanente e crescente por exames de média e alta complexidade, que demanda este processo de regulação por parte dos médicos auditores do município, a fim de garantir essa eficiência e eficácia do serviço de saúde público ofertado à população.

O objetivo deste protocolo é auxiliar os profissionais de saúde nas assistências, orientações e encaminhamentos aos usuários, permitindo resolução mais rápida e eficiente das enfermidades. Todas as orientações são baseadas em evidências e de acordo com os protocolos clínicos e linhas de cuidado da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária, bem como do Ministério da Saúde e de outras

fontes de informações científicas.

A classificação de exames em alta e média complexidade se deu não apenas por sua complexidade descrita na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, próteses e medicamentos especiais (OPM) do SUS (SIGTAP) - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.), mas está relacionada à frequência de solicitação, disponibilização do exame na Rede de Assistência à Saúde municipal e estadual e ao custo do procedimento. Os exames que constam neste documento são aqueles disponibilizados no SUS, previstos no SIGTAP.

2. NORMATIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Os exames/procedimentos a serem solicitados são aqueles aceitos e consolidados pelo Ministério da Saúde, pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos OPM do SUS (SIGTAP).

Todas as solicitações de exames/procedimentos deverão ser realizadas através do sistema IPM Saúde, devendo obrigatoriamente serem preenchidos todos os campos. Buscando maior atenção quanto a descrição do **quadro clínico atual** do paciente (anamnese e exame físico), o qual justifique o pedido, descrevendo ainda e se houver, resultados de exames prévios relacionados, para que se possa otimizar e agilizar o processo de avaliação dos mesmos, evitando assim possíveis equívocos ou até mesmo, atrasos nos processos. Deve-se observar que existem **pré-requisitos para liberação, o não preenchimento adequado determinará a devolução da solicitação para que seja refeita pelo profissional.**

Programas e Protocolos Municipais, aprovados pela Comissão Gestora das Câmaras Técnicas (Decreto nº 33.383 de 06 de junho de 2019), bem como protocolos e cadernos publicados por Programas e Políticas Públicas do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná, que indiquem a solicitação de alguns desses exames por outros profissionais, deverão ser encaminhados ao setor da Auditoria para ciência e orientação para a autorização dos mesmos.

As solicitações de exames/procedimentos terão validade de 3 (três) meses, a contar da data da solicitação pelo profissional, entendendo que após este tempo, o quadro clínico do paciente poderá ser outro, foi determinado que os exames que **excederem a este prazo, não passarão por processo de autorizações, devendo retornar as unidades de origem.**

A validade dos exames realizados em média é de 12 (doze) meses, exceto com justificativa médica detalhada quanto a necessidade da repetição do mesmo exame em prazo inferior.

Lembrando que:

- Cada solicitação / requisição deve conter apenas 1 (um) pedido de exame, preenchido de maneira legível de acordo com a descrição da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).
- Todas as solicitações deverão estar assinadas digitalmente pelo profissional solicitante.

3. PADRONIZAÇÃO PARA AS SOLICITAÇÕES DOS EXAMES CONSTANTES NESTE PROTOCOLO

3.1 Angioressonância Cerebral

| Angioressonância Cerebral (Código SUS-02.07.01.001-3) | |
|--|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Controle da re-canalização de oclusão completa, no acompanhamento da resolução do dano vascular pelo trombo intramural ou suas complicações. ✓ Investigação de doença ateromatosa extracraniana: estudo das artérias carótidas; ✓ Estudo das doenças estenóticas e oclusivas das artérias cervicais, arco aórtico; ✓ Hipertensão arterial grave ou forte suspeita de origem renal. ✓ Aneurisma - Estudo das doenças estenóticas e oclusivas das artérias cerebrais - ✓ Hemorragia subaracnóide; ✓ Malformações arteriovenosas cerebrais. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Tomografia Computadorizada e / ou Ressonância Magnética Cerebral. | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Angiologista / Neurologista / Neurocirurgião / Oncologista / Cirurgião de cabeça e pescoço. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.2 Angiotomografia de Coronárias

| Angiotomografia de Coronárias (Código IPM 1010) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes com sintomas característicos ou sugestivos de angina e que se enquadram na categoria de risco intermediário; ✓ Pacientes que tiveram teste de isquemia duvidoso ou com resultado conflitante com a suspeita clínica e/ou os resultados de exames de imagem; ✓ Suspeitas de anomalias congênitas de coronárias; ✓ Avaliação pré-operatória (cirurgia cardíaca, marca-passo); ✓ Avaliação de risco pós-revascularização (cirurgia aberta ou angioplastia); ✓ Seguimento de lesões obstrutivas coronárias identificadas em angiografia prévia. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico, angiografia (invasiva ou não invasiva), doppler de vaso periférico, ECG com laudo, teste de esforço com laudo, Ecocardiograma de Stress com laudo. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiologista e Cirurgião cardíaco. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.3 Angiotomografia de Crânio

| Angiotomografia de Crânio (Código IPM 1010) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigação de doença ateromatosa extracraniana: estudo das artérias carótidas; ✓ Estudo das doenças estenóticas e oclusivas das artérias cervicais, arco aórtico; ✓ Aneurisma - Estudo das doenças estenóticas e oclusivas das artérias cerebrais; ✓ Hemorragia subaracnóide; ✓ Malformações arteriovenosas cerebrais. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História Clínica e Exame Físico; ✓ Doppler do Vaso (se houver). | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Angiologista / Neurocirurgião / Neurologista / Oncologista / Cirurgião de cabeça e pescoço. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.4 Artro Ressonância Magnética

| Artro Ressonância Magnética (Código SUS depende da região do corpo) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Instabilidade da articulação do ombro; ✓ Suspeita de lesão intra-articular do quadril; ✓ Suspeita de re-rupturas meniscais no joelho operado; ✓ Pesquisa de corpos livres intra-articulares e avaliação de lesões condrais e lesões ligamentares do punho. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico completo indicando manobras; ✓ US da articulação. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ortopedista / Reumatologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.5 Avaliação Urodinâmica Completa

| Avaliação Urodinâmica Completa (Código SUS-02.11.09.001-8) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes com incontinência urinária de esforço; ✓ Pacientes com obstrução infravesical; ✓ Bexiga neurogênica; ✓ Prostatismo; ✓ Crianças com distúrbios Miccionais e de incontinência. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Urologista / Ginecologista / Cirurgia pediátrica / Nefrologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.6 Biópsia de Próstata Via Transretal c/ Anestesia Geral

| Biópsia de Próstata Via Transretal c/ Anestesia Geral (Códigos SUS-02.01.01.041.0 / 04.17.01.006-0) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suspeita de câncer de próstata; ✓ Prostatismo; ✓ Hipertrofia prostática benigna; ✓ Prostatite; ✓ Infertilidade; ✓ Abscessos. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Exames laboratoriais (PSA); ✓ US prévia (se houver). | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urologista / Oncologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.7 Biópsia de Tireoide ou Paratireoide - PAAF

| Biópsia de Tireoide ou Paratireoide - PAAF (Código SUS-02.01.01.047-0) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <p>✓ Suspeita diagnóstica de carcinomas de tireóide em nódulos tireoidianos.</p> | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <p>✓ História clínica e Exame físico; ✓ Exames laboratoriais (TSH, T4 livre); ✓ Ecografia de tireóide.</p> | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <p>✓ Endocrinologista / Oncologista / Cirurgião de Cabeça e Pescoço / Cirurgião torácico / Cirurgião pediátrico.</p> | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.8 Cintilografia de Miocárdio Estresse / Repouso

| Cintilografia de Miocárdio Estresse / Repouso (Códigos SUS-02.08.01.002-5 /02.08.01.003-3) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnóstico de isquemia miocárdica decorrente de coronariopatia obstrutiva em pacientes com probabilidade pré-teste intermediária; ✓ Pacientes com coronariopatia obstrutiva conhecida, na avaliação da repercussão isquêmica de lesão limítrofe; ✓ Estratificação de risco e avaliação prognóstica de pacientes com angina estável e estratificação de risco pós-IAM e angina instável; ✓ Estratificação de risco para pacientes que vão se submeter a cirurgias não cardíacas; ✓ Detecção da presença de viabilidade miocárdica em pacientes com miocardiopatia isquêmica com disfunção ventricular. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Angiografia simples (se indicado); ✓ Doppler de Vaso Periférico (se houver); ✓ ECG com laudo (se houver); ✓ Teste de esforço com laudo (se houver); ✓ Ecocardiograma com laudo (se houver). | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiologista / Cirurgião cardíaco / Oncologista / Angiologista / Cirurgião Vascular. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.9 Cintilografia de Ossos c/ ou s/ Fluxo Sanguineo (Corpo Inteiro)

| Cintilografia de Ossos c/ ou s/ Fluxo Sanguineo (Corpo Inteiro) (Código SUS – 02.08.05.003-5) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesquisa de metástases (diagnóstico e acompanhamento); ✓ Osteomielite (diagnóstico e acompanhamento); ✓ Necrose Ósseas; ✓ Fratura de Stress; ✓ Processos inflamatórios, infecciosos e tumorais (diagnóstico e estadiamento); ✓ Necroses Ósseas; ✓ Avaliar Integridade de Próteses Articulares; ✓ Doença de Paget; ✓ Hiperparatireoidismo. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Tomografia (se houver); | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ortopedista / Oncologista / Endocrinologista / Infectologista / Neurologista/Urologista/Reumatologista. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ortopedista / Oncologista / Endocrinologista / Infectologista / Neurologista/ Urologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.10 Cintilografia de Paratireoides

| Cintilografia de Paratireoides (Código SUS-02.08.03.001-8) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação de bócios, nódulos, ectopias e tumores; ✓ Diagnóstico diferencial de hipotireoidismo e hipertireoidismo; ✓ Hipertireoidismo Tipo Graves e Plummer (tratamento); ✓ Carcinoma Diferenciado Tireoidiano (tratamento de metástases); ✓ Tumores e Nódulos (diagnóstico); ✓ Tireoidite (diagnóstico). | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Exames laboratoriais (dosagem de hormônios); ✓ USG (se houver). | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Endocrinologista / Cirurgião de cabeça e pescoço / Oncologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.11 Cintilografia p/ Pesquisa de Refluxo Gastro-Esofágico

| Cintilografia p/ Pesquisa de Refluxo Gastro-Esofágico (Código SUS-02.08.02.011-0) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Análise do Trânsito Esofágico e Gástrico para Esvaziamento e Refluxo; ✓ Gastroparesia (diabéticos); ✓ Câncer e Tumores; ✓ Doença de Crohn; ✓ Distúrbios da Motilidade Esofagiana. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico. | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastroenterologista / Cirurgião geral / Cirurgião pediátrico / Pediatra / Cirurgião cabeça e pescoço / Oncologista / Proctologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.12 Cintilografia Renal/Renograma (Qualitativa e/ou Quantitativa)

| Cintilografia Renal/Renograma (Qualitativa e/ou Quantitativa) (Código SUS-02.08.04.005-6) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da função renal (fluxo, déficit glomerular, obstrução de vias excretoras, função tubular); ✓ Hipertensão Renovascular; ✓ Paciente transplantado (acompanhamento); ✓ Quantificar Córtex Renal Funcionante (segmento de Pielonefrite por refluxo); ✓ Avaliar envolvimento Renal de Tumores; ✓ Avaliar Cicatrizes Remanescentes de Infecções Renais; ✓ Diagnóstico diferencial entre Tumor e Hipertrofia da Coluna de Bertin; ✓ Avaliar refluxo Vesico-uretral. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Exames Laboratoriais (urinálise e clearance de creatinina); ✓ US Rim e vias urinárias, Urofluxometria (se houver); | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nefrologista / Urologista / Pediatra / Oncologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.13 Cintilografia de Tireoide

| Cintilografia de Tireoide (Código SUS-02.08.03.002-6) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação de bócios, nódulos, ectopias e tumores; ✓ Distúrbios Funcionais da Tireóide; ✓ Diagnóstico diferencial de hipotireoidismo e hipertireoidismo; ✓ Hipertireoidismo Tipo Graves e Plummer (tratamento); ✓ Carcinoma Diferenciado Tireoidiano (tratamento de metástases). | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Exames laboratoriais (Dosagem de hormônios); ✓ USG (se houver). | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Endocrinologista / Oncologista / Cirurgião Geral / Cirurgião Pediátrico. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.14 Clister Opaco c/ Duplo Contraste

| Clister Opaco c/ Duplo Contraste (Código SUS-02.04.05.001-4) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Constipação crônica refratária ao tratamento clínico; ✓ Doença de Crohn; ✓ Doença diverticular; ✓ Neoplasias; ✓ Obstrução intestinal subaguda; ✓ Massas Abdominais; ✓ Alteração do hábito intestinal (constipação / diarréias alternantes); ✓ Fístulas Entero-vesicais; ✓ Dolicocólon. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ RX simples de abdome com laudo; ✓ Colonoscopia, retossigmoide ou outro exame (se houver). | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastroenterologista / Proctologista / Cirurgião geral / Cirurgião Pediátrico / Oncologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.15 Colonoscopia (Coloscopia)

| Colonoscopia (Coloscopia) (Código SUS-02.09.01.002-9) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia digestiva baixa; ✓ Doenças inflamatórias crônicas intestinais; ✓ Diarreia crônica ou alteração de hábito intestinal; ✓ Tumor maligno ou benigno de cólon; ✓ Pólipos de cólon; ✓ Doença diverticular de cólon; ✓ Angiodisplasia; ✓ Pesquisa de corpo estranho; ✓ Pacientes com mais de 50 anos com história de familiar de primeira geração com neoplasia colorretal confirmada ou Polipose Adenomatosa Familiar. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica detalhada com antecedentes pessoais e familiares relacionados à patologia; ✓ Exame físico específico do aparelho digestivo; ✓ Sangue oculto nas fezes; ✓ Ultrassonografia; ✓ Retossigmoidoscopia ou exame radiológico anterior. | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastroenterologista / Proctologista / Cirurgião geral / Cirurgião pediátrico / Oncologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.16 Densitometria Óssea

| Densitometria Óssea (Código SUS-02.04.06.002-8) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipoestrogenismo; ✓ Menopausa; ✓ Radiografia sugestiva de osteoporose e seguimento de osteoporose já diagnosticada; ✓ Fratura patológica (não traumática); ✓ Síndrome de má absorção; ✓ Calciúria de 24 horas baixa; ✓ Hiperparatireoidismo (síndrome de Cushing); ✓ Endocrinopatias com perda de massa óssea; ✓ Uso crônico de corticoides; ✓ Insuficiência renal crônica, rins e policísticos. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Radiografias (fraturas, cifose, osteopenia); ✓ Exames laboratoriais (exame de urina, hormônios, cálcio urinário de 24 horas). | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ginecologista, Ortopedista, Reumatologista, Geriatra, Endocrinologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.17 Determinação de Cariótipo em Sangue Periférico (c/ técnicas de bandas)

| Determinação de Cariótipo em Sangue Periférico (c/ técnicas de bandas) (Código SUS-02.02.10.003-0) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Malformações Congênicas; ✓ Retardo Mental e / ou do Crescimento; ✓ Infertilidade ou abortos repetidos; ✓ Genitais ambíguos; ✓ Suspeita de anomalias cromossômicas estruturais ou numéricas. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Geneticista / Pediatra / Neuropediatra / Endocrinologista / Endócrino Pediatra / Ginecologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.18 Ecocardiografia de Estresse

| Ecocardiografia de Estresse (Código SUS-02.05.01.001-6) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertensão arterial sistêmica – na presença de disfunção diastólica, de alterações valvares degenerativas associadas ou de doença coronariana; ✓ Sopro cardíaco associado a outros sinais e sintomas; ✓ Diagnóstico de doenças valvulares; ✓ Avaliação de pacientes com doença arterial coronariana; ✓ Miocardiopatias; ✓ Doenças do pericárdio; ✓ Massas e tumores cardíacos; ✓ Cardiopatias congênitas; ✓ Doenças da aorta; ✓ Hipertensão arterial, dor torácica, palpitações e/ou arritmias cardíacas, lipotimia e/ou síncope, com alterações no ECG e/ou Teste de esforço. ✓ Insuficiência respiratória. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ ECG e/ou Ecocardiograma; ✓ Teste de Esforço (exceções: paciente que não pode se exercitar e avaliação de viabilidade miocárdica para planejamento de revascularização). | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiologista / Cirurgião Cardiovascular / Geriatra / Pneumologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 06 (seis) meses.</p> |

3.19 Ecocardiografia Transtorácica

| Ecocardiografia Transtorácica (Código SUS-02.05.01.003-2) | |
|---|--|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertensão arterial sistêmica – na presença de disfunção diastólica, de alterações valvares degenerativas associadas ou de doença coronariana; ✓ Cardiopatia chagásica crônica; ✓ Acompanhamento de pós-transplante cardíaco; ✓ Monitoração da função miocárdica durante quimioterapia; ✓ Doença arterial coronariana – infarto agudo do miocárdio, angina instável e insuficiência coronariana crônica; ✓ Pacientes que sofreram de desmaio /síncope; ✓ AVC sugestivo de êmbolos; ✓ Massas e tumores cardíacos; ✓ Suspeita de embolia pulmonar; ✓ Doenças do pericárdio; ✓ Avaliação de pacientes com palpitações e/ou arritmias cardíacas (com clínica e ECG endossando a suspeita); ✓ Avaliação de pacientes com dor torácica; ✓ Avaliação do resultado do tratamento das válvulas do coração; ✓ Diagnóstico das doenças das válvulas do coração (incluindo também o prolapso da válvula mitral); ✓ Sopros no coração; | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ ECG e/ou Ecocardiograma; ✓ Teste de esforço (exceções: paciente que não pode se exercitar e avaliação de viabilidade miocárdica para planejamento de revascularização). | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiologista / Cirurgião Cardiovascular. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação ➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame ➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.20 Eletroencefalograma (EEG)

| Eletroencefalograma (EEG) (Código SUS-02.11.05.003-2 / 02.11.05.004-0 / 02.11.05.005-9 / 02.11.05.015-6) | |
|--|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Convulsão Maior, Menor e Focal (diagnóstico acompanhamento e planejamento terapêutico); ✓ Narcolepsia; ✓ Alteração do estado de consciência e ou comportamento; ✓ Avaliação cerebral em doenças sistêmicas e/ou metabólicas; ✓ Doença degenerativa sistema nervoso central; ✓ Morte cerebral em comatosos. ✓ Caracterização clínica e eletrográfica de crises epilépticas; ✓ Quantificação de crises e detecção de crises subclínicas, principalmente durante o sono; ✓ Resposta às intervenções terapêuticas. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica detalhada e Exame físico (com ênfase nos dados neurológicos). | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neurologista / Neurocirurgião / Psiquiatra / Pediatra. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.21 Eletroneuromiograma (ENMG)

| Eletroneuromiograma (ENMG) (Código SUS-02.11.05.008-3) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Doença do corno anterior da medula; ✓ Neuropatias periféricas; ✓ Plexopatias; ✓ Miopatias; ✓ Radiculopatias; ✓ Patologias da função da placa mioneural; ✓ Esclerose múltipla; ✓ Síndrome de Guillan Barré e similares; ✓ Doenças do neurônio motor – ELA e variantes. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico. | |
| <p>1. Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neurologista / Neuropediatra / Neurocirurgião / Reumatologista / Ortopedista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.22 Endoscopia Digestiva Alta / Esofagogastroduodenoscopia

| Endoscopia Digestiva Alta / Esofagogastroduodenoscopia (Código SUS-02.09.01.003-7) | |
|--|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia digestiva alta; ✓ Esofagite de refluxo; ✓ Esofagite eosinofílica; ✓ Úlcera gástrica ou duodenal com pesquisa de Helicobacter Pylori; ✓ Gastrite crônica; ✓ Hérnia de Hiato; ✓ Cirrose hepática; ✓ Câncer gástrico e metástases; ✓ Cirrose hepática; ✓ Varizes esofagianas; ✓ Anemia a esclarecer; ✓ Disfagia; ✓ Odinofagia. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico (com ênfase no aparelho digestivo); ✓ História de patologia pregressa e história familiar. | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastroenterologista / Oncologista / Cirurgião geral / Proctologista / Cirurgião pediátrico / Alergologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 06 (seis) meses.</p> |

3.23 Endoscopia Perioral com Sedação para Crianças

| Endoscopia Perioral com Sedação para Crianças (Código IPM 2024) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suspeita de doença do refluxo; ✓ Suspeita de esofagite eosinofílica; ✓ Dor abdominal; ✓ Perda ponderal de perda de peso; ✓ Restrição ou intolerância alimentar. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastroenterologista / Cirurgião pediátrico / Cirurgião geral. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 06 (seis) meses.</p> |

3.24 Escanometria

| Escanometria (Código SUS-02.04.06.003-6) | |
|--|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <p>✓ Suspeita de assimetria entre ossos, para seu respectivo tratamento.</p> | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <p>✓ História clínica e Exame físico;</p> | |
| <p>1. Profissional Solicitante:</p> <p>✓ Ortopedista / Traumatologista.</p> | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.25 Histerossalpingografia

| Histerossalpingografia (Código SUS-02.04.05.006-5) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação e investigação em casos de infertilidade; ✓ Investigação no caso de doença inflamatória pélvica; ✓ Avaliação nos casos de miomas; ✓ Avaliação no caso curetagens uterinas, ✓ Investigação e avaliação nos casos de endometriose. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ginecologista / Cirurgião Ginecologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.26 Holter 24 HS (Monitoramento pelo Sistema Holter - 3 Canais)

| Holter 24 HS (Monitoramento pelo Sistema Holter - 3 Canais) (Código SUS-02.11.02.004-4) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Infarto agudo do miocárdio; ✓ Insuficiência cardíaca congestiva; ✓ Hipertensão arterial sistêmica; ✓ Miocardiopatia; ✓ Hipertrofia ventricular esquerda; ✓ Arritmias; ✓ Valvopatias. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ ECG com laudo; ✓ Teste ergométrico e/ou ecocardiograma (se houver). | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiologista / Geriatra. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.27 Laringoscopia

| Laringoscopia (Código SUS-02.09.04.002-5) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disfonia; ✓ Respiração bucal; ✓ Epistaxe de repetição; ✓ Estridor; ✓ Disfagia; ✓ Tumores; ✓ Anomalias congênitas da laringe; ✓ Granuloma das cordas vocais; ✓ Pólipos das cordas vocais; ✓ Estenose subglótica congênita ou adquirida; ✓ Refluxo gastroesofágico. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame otorrinolaringológico completo. | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Otorrinolaringologista / Alergologista / Cirurgião de cabeça e pescoço. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 06 (seis) meses.</p> |

3.28 Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (M.A.P.A.)

| Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (M.A.P.A.) (Cód. SUS-02.11.02.005-2) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertensão arterial sistêmica e ventricular esquerda (variações abruptas e com suspeita de H.A. do avental branco, H.A. sistêmica lábil ou episódica); ✓ Avaliar hipotensão arterial e síncope hipotensiva; ✓ Avaliar suspeita de disfunção autonômica; ✓ Valvopatias. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico detalhado; ✓ ECG com laudo; ✓ Teste ergométrico (se houver). | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiologista / Nefrologista / Geriatra. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.29 Nasofibrosopia (Videolaringoscopia)

| Nasofibrosopia (Videolaringoscopia) (Cód. SUS-02.09.04.004-1) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disfonia; ✓ Pigarro; ✓ Tosse Crônica; ✓ Dor na garganta; ✓ Sensação de corpo estranho; ✓ Sensação de falta de ar; ✓ Apneia do sono; ✓ Obstrução nasal crônica; ✓ Rinorreia; ✓ Epistaxe recorrente. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame otorrinolaringológico completo. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Otorrinolaringologista / Alergologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 06 (seis) meses.</p> |

3.30 Polissonografia

| Polissonografia (Código SUS-02.11.05.010-5) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sonolência Diurna Excessiva (Narcolepsia, Hipersonias Idiopática ou Recorrente, etc.); ✓ Distúrbios respiratórios durante o sono (Roncos, Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, Síndrome de aumento de Resistência das Vias Aéreas Superiores, etc.); ✓ Distúrbios do ritmo cardíaco que ocorrem durante o sono; ✓ Distúrbios de comportamento que ocorrem durante o sono (Sonambulismo, Distúrbio de comportamento do Sono REM, Epilepsias, etc.); ✓ Síndrome de Pernas Inquietas e Movimentos Periódicos dos Membros. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica detalhada e Exame físico; ✓ Eletrocardiograma (se for o caso); ✓ Estudos de função da tireoide (se for o caso); ✓ Laringoscopia e EEG (se for o caso). | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neurologista / Pneumologista / Cardiologista / Otorrinolaringologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.31 Potencial Evocado Auditivo de Curta, Média e Longa Latência

| Potencial Evocado Auditivo de Curta, Média e Longa Latência (Código SUS-02.11.07.026-2) | |
|--|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar função auditiva e limiar auditivo; ✓ Diagnóstico de esclerose múltipla; ✓ Confirmação de morte encefálica; ✓ Lesões tóxicas com perda auditiva. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fonoaudiólogo / Otorrinolaringologista / Neurologista / Pediatra. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.32 Punção p/ Biópsia de Mama

| Punção p/ Biópsia de Mama (Código SUS-02.01.01.060-7) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Direcionamento de biópsia para lesões visualizáveis ecograficamente, mesmo que não sejam palpáveis; ✓ Suspeita de câncer de mama. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Mamografia; ✓ Ecografia de mama. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mastologista / Ginecologista / Oncologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.33 Radiografia de Intestino Delgado (Trânsito)

| Radiografia de Intestino Delgado (Trânsito) (Código SUS-02.04.05.015-4) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastroenterologista; ✓ Hemorragia intestinal; ✓ Intolerância alimentar; ✓ Enterite ou gastroenterite; ✓ Neoplasias; ✓ Síndrome de má absorção; ✓ Patologias do íleo terminal. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Rx simples de abdome; ✓ US abdômen. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastroenterologista / Cirurgião geral / Cirurgião pediátrico. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.34 Ressonância Magnética de Abdômen Superior

| Ressonância Magnética de Abdômen Superior (Código SUS-02.07.03.001-4) | |
|---|--|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diferenciação entre tumores do fígado e hemangiomas; ✓ Doenças dos ductos pancreáticos e vias biliares; ✓ Suspeita: de metástase hepática, de feocromocitoma ou adenoma de adrenal ou de metástase em veia cava inferior; ✓ Processos inflamatórios pélvicos linfoproliferativos ou indefinidos no RX, US ou TC. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; OBS.: para avaliação e estadiamento de tumores pélvicos pode-se usar um dos dois métodos: tomografia ou ressonância (não ambos). | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cirurgião geral / Cirurgião pediátrico / Oncologista / Endocrinologista / Gastroenterologista / Nefrologista / Urologista / Ginecologista (para pelve) / Infectologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação ➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame ➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.35 Ressonância Magnética de Articulações Temporomandibular (Bilateral)

| Ressonância Magnética de Articulações Temporomandibular (Bilateral) (Código SUS-02.07.01.002-1) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Traumatismos articulares; ✓ Lesões ligamentares; ✓ Derrames articulares (suspeita); ✓ Fraturas ocultas; ✓ Em pediatria na disfunção neuro-ortopédica. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Radiografia simples com laudo; ✓ US articular com laudo. | |
| <p>➤ Contraindicado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fraturas simples (detecção), ✓ Tendinites e sinovites, ✓ Implantes metálicos. | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ortopedista / Reumatologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.36 Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdômen Inferior

| Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdômen Inferior (Código SUS-02.07.03.002-2) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tomografia, Raio-X ou US pélvica inconclusiva; ✓ Suspeita de inflamações e infecções; ✓ Sintomas sugestivos de patologias, como dor pélvica, constipação, sangramento etc; ✓ Disfunção do movimento pélvico; ✓ Cistos no ovário, incluindo a síndrome dos ovários policísticos (SOP); ✓ Miomas uterinos (massas formadas por tecido muscular); ✓ Endometriose (crescimento de tecido endometrial fora do útero); ✓ Tumores benignos ou malignos em tecidos femininos, como ovário e colo do útero; ✓ Hiperplasia benigna ou maligna da próstata (pelve masculina); ✓ Câncer em trechos do reto, bexiga, entre outros órgãos; ✓ Avaliação do progresso após tratamento para o câncer, identificando recidivas. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ortopedista / Urologista / Ginecologista / Cirurgião geral. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.37 Ressonância Magnética de Coluna

| Ressonância Magnética de Coluna (Código SUS-02.07.01.003-0 / 02.07.01.004-8 / 02.07.01.005-6) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suspeita de metástases ou infecções; ✓ Tumores ósseos primários (para indicar a profundidade dos tumores malignos e benignos); ✓ Esclerose múltipla; ✓ Hérnia de disco com sintomas progressivos com evidência de compressão nervosa; ✓ Complicações pós-operatórias de cirurgia de coluna; ✓ Para estudo de ligamentos e estreitamento de canal – mielopatia cervical. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Rx simples com laudo; ✓ Tomografia de coluna com laudo (se necessário). | |
| <p>➤ <u>Contraindicado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fraturas (detecção); ✓ Implantes metálicos. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neurologista / Neurocirurgião / Ortopedista / Reumatologista / Oncologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.38 Ressonância Magnética de Coração / Aorta c/ Cine

| Ressonância Magnética de Coração / Aorta c/ Cine (Código SUS-02.07.02.001-9) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesquisa de isquemia miocárdica; ✓ Avaliação pós-infarto; ✓ Utilizando contraste para verificar a área do coração afetada por fibrose (degeneração do tecido do órgão). | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.39 Ressonância Magnética de Crânio

| Ressonância Magnética de Crânio (Código SUS-02.07.01.006-4) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da fossa posterior ou tronco cerebral; ✓ AVC isquêmico; ✓ Infartos cerebrais múltiplos (suspeita); ✓ Demência; ✓ Estudo de ouvido interno; ✓ Lesões extra-orbitais ou trato visual; ✓ Articulação têmporo mandibular; ✓ Suspeita de: aneurisma e malformação vascular, trombose do seio sagital, tumores e metástases, infecções intracranianas (não diagnosticadas por punção lombar), esclerose múltipla. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ TC crânio (se necessário); ✓ Radiografia de crânio ou face com laudo. | |
| <p>➤ <u>Contraindicado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefaleias; ✓ Vertigens; ✓ Hemorragias cerebrais; ✓ Aneurisma. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neurologista / Neurocirurgião / Oncologista / Otorrinolaringologista / Oftalmologista / Cirurgião buco-maxilo-facial / Cirurgião de cabeça e pescoço / Infectologista / Endocrinologista / Geriatra. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.40 Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)

| Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral) (Código SUS-02.07.03.003-0) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estimar estenose da(s) artéria(s) avaliada(s); ✓ Pesquisa de aneurismas. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ortopedista / Reumatologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.41 Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)

| Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral) (Código SUS-02.07.02.002-7) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <p>✓ Para avaliação da estrutura óssea, os músculos e os tendões.</p> | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <p>✓ História clínica e Exame físico;</p> | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <p>✓ Ortopedista / Reumatologista.</p> | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.42 Ressonância Magnética de Sela Túrcica

| Ressonância Magnética de Sela Túrcica (Código SUS-02.07.01.007-2) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rastrear alterações nas estruturas de problemas da hipófise e das estruturas ósseas próximas, como a sela túrcica; ✓ Crescimentos anormais da glândula; ✓ Presença de tumores; ✓ Alterações ósseas e vasculares. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neurologista / Endocrinologista / Endocrinopediatra / Oncologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.43 Ressonância Magnética de Tórax

| Ressonância Magnética de Tórax (Código SUS-02.07.02.003-5) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar artérias pulmonares; ✓ Avaliar massas hilares, parenquimatosas e pleurais; ✓ Avaliar anomalias do arco aórtico; ✓ Tumores neurais e mediastinais; ✓ Tumores cardíacos; ✓ Lesão mal caracterizada na TC computadorizada. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Radiografia de tórax PA/Perfil com laudo; ✓ TC tórax (se necessário). | |
| <p>➤ <u>Contraindicado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implantes metálicos (Marca-passos cardíacos, próteses metálicas ósseas, Stents, etc.) | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Oncologista / Pneumologista / Cirurgião geral / Cirurgião torácico. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.44 Ressonância Magnética de Vias Biliares / Colangiressonância

| Ressonância Magnética de Vias Biliares / Colangiressonância (Código SUS-02.07.03.004-9) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Icterícia; ✓ Cálculos biliares; ✓ Variações anatômicas dos ductos biliares e tumores; ✓ Massas ou compressões da via biliar. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cirurgião Geral / Oncologista / Gastroenterologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.45 Retossigmoidoscopia

| Retossigmoidoscopia (Código SUS-02.09.01.005-3) | |
|--|--|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diarreia crônica; ✓ Tumores; ✓ Sangramento retal; ✓ Eliminação de muco nas fezes; ✓ Dor abdominal crônica. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica detalhada; ✓ Exame físico específico; ✓ Ultrassonografia ou exame radiológico anterior. | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastroenterologista / Proctologista / Cirurgião geral / Cirurgião pediátrico / Oncologista / Geriatria. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação ➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame ➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.46 Tomografia de Coerência Óptica

| Tomografia de Coerência Óptica (Código SUS-02.11.06.028-3) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnóstico de alterações retinianas; ✓ Retinopatia diabética; ✓ Degeneração macular relacionada à idade e buraco macular. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Oftalmologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.47 Tomografia Computadorizada de Articulações

| Tomografia Computadorizada de Articulações (Código SUS-02.06.02.001-5 / 02.06.03.002-9) | |
|--|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Traumatismo; ✓ Tumores (diagnósticos e estadiamentos); ✓ Processos expansivos; ✓ Metástases (detecção e acompanhamento); ✓ Fraturas (cominutivas). | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ RX da articulação com laudo; ✓ USG Articular. | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ortopedista / Oncologista / Reumatologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.48 Tomografia de Hemitórax, Pulmão ou do Mediastino

| Tomografia de Hemitórax, Pulmão ou do Mediastino (Código SUS-02.06.02.004-0) | |
|--|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangramentos (vias aéreas); ✓ Avaliar derrames pleurais encistados e extensão pleural de processos pulmonares; ✓ Alargamento de mediastino e mediastinite; suspeita de aneurisma de aorta; ✓ Síndrome da compressão da veia cava superior; ✓ Estadiamento dos tumores de esôfago e pulmão; ✓ Pesquisa de neoplasia indeterminada ou de metástase pulmonar; ✓ Pesquisa de neoplasia em paciente com Osteoartrite hipertrófica; ✓ Rouquidão por lesão laríngea recorrente; ✓ Pesquisa de adenomegalia; ✓ Estudo do parênquima pulmonar (com prova de função alterada); ✓ Avaliação de enfisema pulmonar para avaliação de cirurgia redutora de pulmão; ✓ Bronquiectasias e hemoptise (com radiografia normal); ✓ Asma grave refratária a tratamento clínico. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Radiografia simples em PA / Perfil (com laudo). | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pneumologista / Oncologista / Cirurgião geral / Cirurgião torácico / Cirurgião cabeça e pescoço / Cardiologista / Alergologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.49 Tomografia Computadorizada de Segmentos Apendiculares (Braço, Antebraço, Mão, Coxa, Perna, Pé)

| Tomografia Computadorizada de Segmentos Apendiculares (Braço, Antebraço, Mão, Coxa, Perna, Pé) (Código SUS-02.06.02.002-3) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação e caracterização de fraturas; ✓ Avaliação e caracterização de tumores nas Regiões estudadas. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Radiografia simples com laudo; ✓ Ultrassonografia. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ortopedista / Reumatologista / Oncologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.50 Tomografia Computadorizada de Tórax

| Tomografia Computadorizada de Tórax (Código SUS-02.06.02.003-1) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Traumatismo; ✓ Sangramentos (vias aéreas); ✓ Tumores (diagnóstico e estadiamento); ✓ Metástases (detecção e acompanhamento); ✓ Nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento); ✓ Pneumopatias intersticiais; ✓ Mediastino, hilos, pleura(avaliação); ✓ Bronquiectasias(acompanhamento); ✓ Síndrome de compressão da veia cava superior; ✓ Doenças da aorta(aneurisma/dissecção); ✓ Tromboembolismo pulmonar; ✓ Investigar comprometimento de órgãos devido a: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses; ✓ Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural; ✓ Asma grave refratária a tratamento clínico. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ RX do tórax PA/perfil (com laudo). | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pneumologista / Oncologista / Cirurgião Geral / Cirurgião Torácico / Cardiologista / Alergologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.51 Tomografia Por Emissão de Pósitrons (Pet-Ct)

| Tomografia Por Emissão de Pósitrons (Pet-Ct) (Código SUS-02.06.01.009-5) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <p>✓ Detecção de tumores e suas metástases.</p> | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <p>✓ História clínica e Exame físico;</p> | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <p>✓ Oncologista.</p> | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.52 Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico

| Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico (Código SUS-02.05.01.005-9) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Retardo de crescimento intrauterino; ✓ Gestante diabética e/ou hipertensa; ✓ Suspeita de sofrimento fetal; ✓ Gestação gemelar; ✓ Histórico de pré-eclâmpsia (Prevenção de pré-eclâmpsia quando realizado entre 11 e 14 semanas). ✓ Em casos de pais com incompatibilidade de grupos sanguíneos pelo risco de anemia. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Ultrassonografia obstétrica. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obstetra (gestantes de médio risco na Unidade Básica e alto risco na Unidade de Saúde da Mulher). | |
| <p>➤ Validade da Solicitação ➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame ➤ 15 (quinze) dias.</p> |

3.53 Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)

| Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular) (Código SUS-02.05.02.008-9) | |
|---|--|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pré ou pós-operatório de cirurgias de transplante de córnea, retina, glaucoma e catarata. ✓ Quando o paciente apresenta moscas volantes e/ou flashes de luz nos olhos. (Internet). ✓ Avaliação do olho indevassável (catarata madura); ✓ Suspeita de tumores intraoculares; ✓ Traumas oculares; ✓ Patologias coróideas; ✓ Patologias vitrais e retinianas; ✓ Doenças do nervo óptico e da órbita; | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Oftalmologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação ➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame ➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.54 Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)

| Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca) (Código SUS-02.05.02.013-5) | |
|---|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Derrame Pleural; ✓ Pleuropatias; ✓ Patologias do diafragma; ✓ Patologia do mediastino. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Raio-X do tórax PA/Perfil. | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiologista / Pneumologista / Cirurgião torácico / Oncologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.55 Ultrassonografia Transfontanela

| Ultrassonografia Transfontanela (Código SUS-02.05.02.017-8) | |
|---|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hidrocefalia; ✓ Estenose dos vasos intracranianos de maior calibre; ✓ Avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doença obstrutiva das carótidas; ✓ Avaliar roubo da subclávia; ✓ Monitorar vasoespasmos; ✓ Rastrear comprometimento da circulação cerebral na Anemia falciforme. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ RX simples (conforme o caso). | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neurologista / Pediatra / Neuropediatra. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 06 (seis) meses.</p> |

3.56 Uretrocistografia

| Uretrocistografia (Código SUS-02.04.05.017-0) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Traumatismo uretral; ✓ Estenose uretral; ✓ Divertículos e fístulas uretrais; ✓ Nefropatia de refluxo (sinais); ✓ Lesão medular (seguimento); ✓ Pré-operatório de transplante renal; ✓ Lesões obstrutivas da bexiga ou uretra. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Contraindicações – hemorragia, traumas, perineais e pielonefrite; ✓ US do aparelho urinário ou pelve (se houver); ✓ RX contrastado (se houver). | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Urologista / Nefrologista / Cirurgião Pediátrico / Cirurgião Geral. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.57 Urografia Venosa

| Urografia Venosa (Código SUS-02.04.05.018-9) | |
|--|---|
| <p>➤ <u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lesões uretrais e renais duvidosas; ✓ Avaliar alterações na face pósterolateral da bexiga; ✓ Avaliar obstruções altas ou baixas; ✓ Hidronefrose; ✓ Calculose (diagnóstico e planejamento terapêutico); ✓ Avaliar anomalias congênitas do trato urinário; ✓ Tumores intraluminares: piélicos ou uretrais; ✓ Avaliar hematúria macro e microscópica. | |
| <p>➤ <u>Pré-requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; ✓ Contraindicações: insuficiência renal, descompensada, pielonefrite aguda e mieloma múltiplo; ✓ RX simples do abdome com laudo; ✓ US rins e vias urinárias. | |
| <p>➤ <u>Profissional Solicitante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Urologista / Nefrologista / Cirurgião geral / Cirurgião pediátrico / Ginecologista. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

3.58 Vectoeletronistagmografia (Veng)

| Vectoeletronistagmografia (Veng) (Código IPM 101025) | |
|--|---|
| <p>➤ Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da função vestibular de forma indireta; ✓ Tontura ou desequilíbrios; ✓ Zumbidos ou perda auditiva sensorial; ✓ Síndrome do pânico; ✓ Síndrome de tronco encefálico e cerebelo; ✓ Cinetoses ou cefaleia. | |
| <p>➤ Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História clínica e Exame físico; | |
| <p>➤ Profissional Solicitante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Otorrinolaringologista / Neurologista / Fonoaudiólogo. | |
| <p>➤ Validade da Solicitação</p> <p>➤ 03 (três) meses.</p> | <p>➤ Validade do Exame</p> <p>➤ 12 (doze) meses.</p> |

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9).

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf. Acesso em 23 de Out. de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do relatório de auditoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria_sus_contexto_sna.pdf >.

Acesso em 05 de Out. de 2023.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde/ Diretoria de Regulação em Saúde/Gerência de Regulação em Saúde- 2015. Protocolo técnico operacional de regulação em saúde - SUS/Divinópolis. Versão 01.2015. Disponível em:

https://www.divinopolis.mg.gov.br/arquivos/22_protocoloacesso.pdf>. Acesso em 03 de Out. de 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 168 p.: il. color. Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Deteccao_precoce_CANCER_MAMA_INCA.pdf>. Acesso em 02 de Out. de 2023.

5.APÊNDICE

Apêndice I - Exames Que deixaram de fazer parte do Protocolo de Solicitação de Exames Complementares

1. Espirometria;
2. Potencial Evocado Auditivo p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha/Reteste);
3. Teste de Esforço / Teste Ergométrico;
4. Tomografia Computadorizada Abdômen;
5. Tomografia Computadorizada de Coluna Vertebral;
6. Tomografia Computadorizada de Crânio, Sela Túcica e Seios da Face sem contraste;
7. Tomografia de Pescoço;
8. Ultrassonografia de Abdômen Superior;
9. Ultrassonografia de Abdômen Total;
10. Ultrassonografia do Aparelho Urinário;
11. Ultrassonografia de Articulação;
12. Ultrassonografia de Bolsa Escrotal;
13. Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos;
14. Ultrassonografia Mamaria Bilateral;
15. Ultrassonografia Órgãos e Estruturas Superficiais;
16. Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica);
17. Ultrassonografia de Próstata;
18. Ultrassonografia de Tireoide;
19. Ultrassonografia Transvaginal;
20. Ultrassonografia Obstétrica (Morfológica);
21. Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado.

6. HISTÓRICO DE REVISÕES

| Identificação: Nome do Documento | | | |
|---|---|--|---|
| Edição | Elaborado por (Nome/data) | Aprovado por (Nome/data) | Descrição da Edição |
| 8 | Kelly Cristina de Souza Varpechovski 23/10/2023 | Alana Elisabeth Kuntze Ferreira 25/10/2023 | Revisão e Atualização da 7ª versão do Protocolo de Solicitações de Exames Complementares. |
| 7 | Daniela Cristina Rodrigues Lima Loures 31/1/2022 | Nilian Valência Ferreira Madeira 30/11/2021 | Atualização da 6ª versão do Protocolo de Solicitações de Exames Complementares. |
| 6 | Daniela Cristina Rodrigues Lima Loures 22/03/2021 | Nilian Valência Ferreira Madeira 16/04/2021 | Atualização da 5ª versão do Protocolo de Solicitações de Exames Complementares. |
| 5 | Anderson Aparecido Primo 17/10/2020 | Nilian Valência Ferreira Madeira 17/11/2020 | Atualização da 4ª versão do Protocolo de Solicitações de Exames Complementares. |
| 4 | Anderson Aparecido Primo 07/05/2020 | Nilian Valência Ferreira Madeira 05/08/2020 | Atualização da 3ª versão do Protocolo de Solicitações de Exames Complementares. |
| 3 | Anderson Aparecido Primo 17/07/2019 | Nilian Valência Ferreira Madeira 30/07/2019 | Revisão e Atualização da 2ª versão do Protocolo de Solicitações de Exames Complementares. |