



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Recursos em Saúde

Caderno 3.
Exames
Capítulo 1

Coordenadoria de
Regiões de Saúde

GRUPO DE REGULAÇÃO
SES/SP

Versão – Novembro/2022



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Rodrigo Garcia

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Jeancarlo Gorinchteyn

SECRETARIA EXECUTIVA

Eduardo Ribeiro Adriano

COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE

Osmar Mikio Moriwaki

GRUPO DE REGULAÇÃO

Raquel Zaicaner

EQUIPE

Anariel Moraes a Silva Saraiva

Aurea Maria Izabel Clemente

Camila Mastromauro

Daisy Satiko Afuso

Dimer Jorge Roston

Graciano Jose da Silva

Liliane Lima Dos Santos Nascimento

Marcia Aparecida Capobianco

Maria Alice da Nobrega

Maria Janieire Nazaré Alves

Maria Elisa Ferreira Godinho

Maria de Lourdes V. Oliveira

Marconi Alves Conserva

Roseli Dias

Sheila Kosman

Silvana Frazatto

Simone Soares

Tácio André da Silva Carvalho

Elaboração - Grupo Técnico de Protocolos

Daniela Dias Chead

Roger Nahoum

Tácio André da Silva Carvalho - Revisor

AUTORIZAMOS A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA OBRA, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
Av. Dr. Arnaldo, 351, 5º andar | CEP 01246-000 | São Paulo, SP



Apresentação

O Estado de São Paulo entende a Regulação como importante ferramenta de gestão do sistema de saúde público, que tem entre seus objetivos a equidade do acesso, sendo implementada por meio de ações dinâmicas, e executadas pela Secretaria de Estado da Saúde - SES/SP, através do seu Complexo Regulador Estadual, sob a direção técnica do Grupo de Regulação da Coordenadoria de Regiões de Saúde.

A coordenação das ações do Grupo de Regulação objetiva aperfeiçoar e organizar a relação entre a oferta e a demanda e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde, de forma que este se dê o mais próximo do seu local de moradia, em menor tempo e com o recurso mais adequado.

*Os **Protocolos de Regulação do Acesso** são diretrizes que propõem a utilização, de forma adequada e racional, das tecnologias de apoio, diagnóstico e terapias especializadas. Os Protocolos de Regulação da Assistência são implantados e implementados, de modo a possibilitar o ingresso da população aos serviços de saúde e regular as necessidades conforme o nível de assistência exigido, a fim de que o resultado alcançado seja adequado, organizado e efetivo.*

Este documento é uma iniciativa da Coordenadoria de Regiões de Saúde, com elaboração pelo Grupo de Regulação. O conteúdo aqui apresentado é a materialização do esforço do trabalho em equipe, técnicos, assessores, diretores e coordenador, para melhor organização da rede de assistência, consolidando o compromisso de todos com as boas práticas em gestão. Com este instrumento espera-se organizar e qualificar os fluxos de encaminhamentos aos recursos em saúde, estabelecendo critérios para encaminhamento dos pacientes e criando ferramentas de priorização para regulação adequada dos casos.

Entendemos que, apesar de estar sedimentado na profunda expertise de nossos gestores, técnicos e reguladores, os protocolos apresentados deverão ser revisados periodicamente, de acordo com a evolução da Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como diante de desafios que demandem novas ações, levando em consideração a capacidade de oferta dos serviços, as mudanças na legislação, as incorporações de novas tecnologias, avaliação dos dados do sistema de informação e atualização técnico-científica.

Osmar Mikio Moriwaki



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Sumário

ANGIORM CEREBRAL ARTERIAL*	8
ANGIORM CEREBRAL VENOSA*	8
ANGIORM PESCOCO ARTERIAL*	9
ANGIORM PESCOCO VENOSA*	9
ANGIORM ABDOME*	10
ANGIORM PELVE*	10
ANGIORM RENAL*	11
ANGIORM TORAX*	12
ANGIORM MEMBRO INFERIOR DIREITO*	13
ANGIORM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO*	13
ANGIORM MEMBRO SUPERIOR DIREITO*	13
ANGIORM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO*	13
RM ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES (ATM)*	15
RM CRANIO*	16
RM CRANIO COM ESPECTROSCOPIA*	17
RM CRANIO COM FLUXO LIQUORICO*	18
RM CRANIO COM NEURONAVEGACAO*	19
RM CRANIO COM PERFUSAO*	20
RM FACE/SEIOS DA FACE*	21
RM MASTOIDES/OSSOS TEMPORAIS/OUVIDOS INTERNOS*	22
RM ORBITAS*	22
RM PESCOCO*	23
RM SELA TURCICA/HIPOFISE*	24
RM ABDOME SUPERIOR*	25
RM BACIA*	27
RM COLANGIORESSONANCIA (VIAS BILIARES)*	28
RM COLUNA CERVICAL*	29
RM COLUNA LOMBOSSACRA*	29
RM COLUNA SACROCOCCIGEA*	29
RM COLUNA TORACICA*	29
RM CORACAO / AORTA COM CINE*	30
RM DEFECORM*	32
RM FETAL*	33
RM MAMAS*	34
RM ENTERORRESSONANCIA*	35
RM PAREDE ABDOMINAL*	36
RM PELVE*	37
RM PLACENTA*	38
RM PROSTATA*	38
RM TORAX*	39
RM UORRESSONANCIA*	40
RM ANTEBRACO DIREITO*	41



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

<i>RM ANTEBRACO ESQUERDO*</i>	41
<i>RM BRACO DIREITO*</i>	41
<i>RM BRACO ESQUERDO*</i>	41
<i>RM COTOVELO DIREITO*</i>	41
<i>RM COTOVELO ESQUERDO*</i>	41
<i>RM MAO DIREITA*</i>	41
<i>RM MAO ESQUERDA*</i>	41
<i>RM OMBRO DIREITO*</i>	41
<i>RM OMBRO ESQUERDO*</i>	41
<i>RM PLEXO BRAQUIAL DIREITO*</i>	41
<i>RM PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO*</i>	41
<i>RM PUNHO DIREITO*</i>	41
<i>RM PUNHO ESQUERDO*</i>	41
<i>RM ARTORRESSONANCIA*</i>	43
<i>RM ARTICULACOES SACROILIACAS*</i>	43
<i>RM QUADRIL (ARTICULACAO COXOFEMORAL) DIREITO*</i>	45
<i>RM QUADRIL (ARTICULACAO COXOFEMORAL) ESQUERDO*</i>	45
<i>RM COXA DIREITA*</i>	45
<i>RM COXA ESQUERDA*</i>	45
<i>RM JOELHO DIREITO*</i>	45
<i>RM JOELHO ESQUERDO*</i>	45
<i>RM PERNA DIREITA*</i>	45
<i>RM PERNA ESQUERDA*</i>	45
<i>RM TORNOZELO DIREITO*</i>	45
<i>RM TORNOZELO ESQUERDO*</i>	45
<i>RM PE DIREITO*</i>	45
<i>RM PE ESQUERDO*</i>	45

¹ Nota informativa: Índice dos recursos

¹ Os recursos elencados no índice referem-se aos protocolos já disponíveis, revisados junto aos profissionais das áreas e instituições de ensino. À medida que outras especialidades e recursos diagnósticos e terapêuticos tiverem seus protocolos de acesso concluídos, serão acrescentados a esse caderno.



INFORMAÇÕES GERAIS

Angiorressonância e Ressonância Magnética

Contraindicações Absolutas

- Bombas de infusão;
- Cápsula endoscópica e monitor de medida de pH (pHmetria);
- Cateter de Swan-Ganz ou cateter com eletrodos ou dispositivo eletrônico;
- Clamp carotídeo;
- Clipes de aneurisma cerebral ferromagnético (antes de 1995 todos são contraindicados) e os modelos em aço inox 17-7PH e 405; após 1995 somente com carta do médico solicitante informando material e compatibilidade com RM);
- Desfibrilador implantável;
- Fios Guias intravascular;
- Fios metálicos de localização pré-cirúrgica (exceto os pacientes com carta do médico solicitante informando material e compatibilidade com RM);
- Halos Cranianos;
- Holter;
- Implantes dentários magnéticos;
- Monitor de PIC (pressão intracraniana);
- Neuroestimuladores e moduladores (espinhais/medulares, intestinais, vesicais e outros);
- Prótese coclear metálica, implantes otológicos e aparelhos não removíveis;
- Fixadores ortopédicos externos não removíveis;
- Prótese ortopédica unilateral ou bilateral em pacientes sedados ou com rebaixamento do nível de consciência;
- Cânula de traqueostomia metálica (trocar para cânula plástica).

Contraindicações Relativas

- Marcapasso (Cardíaco e outros) – deve se checar o tipo/modelo do marcapasso e qual exame (aparelho) será realizado;
- Expansor mamário: desde que feita a consulta no manual de especificações do fabricante e/ou carta declarando compatibilidade com ressonância;
- Implantes de aparelhos oculares: desde que feita a consulta no manual de especificações do fabricante e/ou carta declarando compatibilidade com ressonância;
- Válvula mitral metálica: o exame pode ser realizado desde que em aparelho de até 1,5T;
- Prótese peniana: desde que feita a consulta no manual de especificações do fabricante e/ou carta declarando compatibilidade com ressonância;
- Prótese ortopédica: Contraindicadas em caso de exames com sedação ou paciente confuso não contactantes;
- Projétil arma de fogo: consultar radiologista ou médico responsável pelo paciente e solicitar RX/scout prévios ao exame para afastar proximidade de estruturas e/ou vasos importantes;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Fragmento metálico ou corpo estranho: consultar radiologista ou médico responsável pelo paciente e solicitar RX/scout prévios ao exame para afastar proximidade de estruturas e/ou vasos importantes;
- Fio guia metálico de localização pré-cirúrgica mamária (exceto compatível): desde que feita a consulta no manual de especificações do fabricante e/ou carta declarando compatibilidade com ressonância;
- Tatuagem e Maquiagem permanente: Deve se evitar a realização de RM nos primeiros 30 dias após a realização da tatuagem ou maquiagem, exceto em casos em que o exame é imprescindível para diagnóstico, tratamentos e condutas rápidas;
- Implante de Cílios: Pacientes com cílios postiços (magnéticos ou colados) ou com fios colados fio a fio deverão retirar os mesmos antes de qualquer ressonância magnética. Na impossibilidade de retirada ou recusa do paciente o exame deve ser cancelado ou remarcado;
- Filtro de veia cava (checar modelo, se não for testado - e considerado seguro - não realizar, antes de 8 semanas). Somente realizar no 1,5T / pacientes com carta do médico solicitante informando material e compatibilidade com RM.

Gestantes

- A realização de Ressonância Magnética deve ser sem contraste endovenoso.
- Em caso da necessidade de realização de ressonância magnética no primeiro trimestre de gravidez, deverá ser apresentado relatório do médico solicitante, explicando a necessidade do exame e se a solicitação preenche todos os seguintes critérios:
 - 1) as informações diagnósticas não podem ser obtidas através de outro método diagnóstico (exemplo ultrassom);
 - 2) a realização da RM é fundamental para a saúde materno-fetal;
 - 3) o exame não pode ser adiado para o segundo trimestre.
- Exames de RM no segundo e terceiro trimestres podem ser realizados normalmente sem a administração de contraste endovenoso.

Sedação e Analgesia

A sedação e analgesia são necessárias a depender das características dos exames/procedimentos e paciente. A sua aplicação, quando bem indicada, viabiliza procedimentos terapêuticos ou diagnósticos oportunos e bem-sucedidos.

Com a grande variedade de populações de pacientes e necessidades é necessário individualizar a sedação e analgesia para cada situação. Isso pode ser alcançado através da avaliação detalhada pré-procedimento do paciente, protocolos e provisionamento dos recursos necessários, tais como: equipe capacitada, suprimentos e equipamentos, medicamentos específicos, considerações para populações especiais e critérios de monitoramento, recuperação e alta do paciente.

As diretrizes sugerem que pode haver um risco aumentado de eventos adversos em subgrupos selecionados de pacientes. Esses incluem pacientes nos extremos de idade, pacientes com difícil anatomia facial ou do pescoço ou qualquer outro motivo para via aérea difícil.

A classificação ASA (American Society of Anesthesiologists) se refere a classificação do estado físico, sendo utilizada na caracterização dos pacientes que irão à uma cirurgia e/ou utilizarão anestesia para procedimentos e exames.

Sistema de classificação da ASA:

- ASA I: sem comorbidades



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- ASA II: comorbidades leves
- ASA III: doenças sistêmicas graves (DM ou HAS mau controladas; DPOC; IMC >40; hepatite em atividade; abuso e dependência de álcool; ICC; DRC dialítica; DAC com stents, doença cerebrovascular, dentre outras)
- ASA IV: doenças graves descompensadas

O sistema de classificação isolado não prevê os riscos perioperatórios, mas usado com outros fatores (por ex., tipo de cirurgia, fragilidade), pode ser útil na predição de riscos.

Para a realização de sedação e analgesia a idade do paciente, hipótese diagnóstica ou terapia para a qual se destina o exame/procedimento, história clínica, presença de comorbidades, problemas anteriores com anestésias, alergias a medicamentos, dentre outros, devem ser revisados e registrados. Um exame físico detalhado e direcionado concentra-se nos sinais vitais, sistema cardiopulmonar e na avaliação das vias aéreas.

Quando houver a indicação de sedação e presença do profissional médico anestesista no serviço de origem é necessária avaliação prévia e classificação ASA, com valor máximo de III.

Onde não houver anestesista a avaliação deverá ser realizada pelo profissional médico responsável/solicitante, com a apresentação de relatório evolutivo completo e atualizado, com descrição da liberação do procedimento a ser realizado sob sedação, atendendo os critérios preconizados no protocolo de exames do Grupo de Regulação/CRS/SES-SP.

Contraste

Os meios de contrastes são indispensáveis na prática médica atual. Auxiliam na qualidade de imagem tanto em procedimentos diagnósticos como em intervenções terapêuticas. Sendo empregados para propiciar uma avaliação anatômica e funcional de órgãos e estruturas do corpo, bem como realçar vascularização e composição de lesões.

Tendo em vista que o uso de contraste tem indicações específicas e diferenciadas, conforme suspeita clínica ou diagnóstico conhecido, deve o médico solicitante fornecer na requisição de exames os dados clínicos importantes e diagnósticos conhecidos, bem como históricos de exames anteriores, incluindo intercorrências com contrastes.

A administração de meios de contraste deve ser realizada sob supervisão médica e com critérios de segurança dos pacientes, segundo protocolos pré-estabelecidos pelos serviços executantes. Sendo necessário que o médico do serviço esteja acessível durante todo o tempo do exame/procedimento até a liberação do paciente.

As reações adversas não são inexistentes. Levando em consideração esse aspecto, o conhecimento teórico e prático das substâncias administradas, levantamento de fatores de risco, medicações profiláticas, avaliação do paciente durante e após procedimentos, são de suma importância para minimizar a ocorrência de reações adversas.

A prescrição de meio de contraste para a realização do exame é uma prerrogativa do médico radiologista responsável.



ANGIORESSÔNANCIA MAGNÉTICA

Consiste em exame diagnóstico não invasivo para o estudo das anormalidades vasculares, que utiliza campo magnético e pulsos de radiofrequência.

CABEÇA E PESCOÇO

ANGIORM CEREBRAL ARTERIAL*

ANGIORM CEREBRAL VENOSA*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as artérias cerebrais e intracranianas e as veias cerebrais e intracranianas, com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

Exame associado a procedimento de sedação:
ANGIORM CEREBRAL ARTERIAL COM SEDAÇÃO*
ANGIORM CEREBRAL VENOSA COM SEDAÇÃO*

Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

02.07.01.001-3 - ANGIORESSONANCIA CEREBRAL

"Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo vascular cerebral."

Indicações para a solicitação:

- Aneurismas
- Complicações vasculares pós-cirúrgicas
- Doenças neoplásicas
- Estenose e oclusões vasculares
- Malformações arteriovenosas
- Traumas

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação

Profissionais solicitantes:

- Angiologista
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Neurocirurgião
- Neurologista

ANGIORM PESCOCO ARTERIAL*

ANGIORM PESCOCO VENOSA*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as artérias e veias do pescoço (vasos cervicais, carótida e vertebrais), com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

**Exame associado a procedimento de sedação:
ANGIORM PESCOCO ARTERIAL COM SEDACAO*
ANGIORM PESCOCO VENOSA COM SEDACAO***

Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Aneurismas
- Complicações vasculares pós-cirúrgicas
- Doença oclusiva da carótida (combinada a USG com Doppler)
- Doenças neoplásicas
- Estenose e oclusões vasculares cervicais
- Malformações arteriovenosas
- Síndrome de roubo da subclávia
- Traumas

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação

Profissionais solicitantes:

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Gastroenterologista
- Hematologista
- Nefrologista
- Urologista



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

TRONCO: TÓRAX, ABDOME E PELVE

ANGIORM ABDOME*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia os vasos do abdome superior ou da aorta abdominal, com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

Exame associado a procedimento de sedação:

ANGIORM ABDOME COM SEDACAO* – Neste caso há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Aneurismas
- Complicações vasculares pós-cirúrgicas, principalmente depois de transplantes de órgãos
- Doenças neoplásicas
- Estenose e oclusões vasculares
- Malformações arteriovenosas
- Patologias da aorta abdominal, ilíacas e artérias renais (vasos viscerais e sistema venoso também podem ser avaliados)
- Traumas

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação

Profissionais solicitantes:

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Gastroenterologista
- Hematologista
- Nefrologista
- Urologista

ANGIORM PELVE*

*Nomenclatura CROSS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia os vasos da pelve (abdome inferior), como a artéria ilíaca, a artéria umbilical e artéria sacral, com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

Exame associado a procedimento de sedação:

ANGIORM PELVE COM SEDACAO* - Neste caso há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Aneurismas
- Complicações vasculares pós-cirúrgicas, principalmente depois de transplantes de órgãos
- Doenças neoplásicas
- Estenose e oclusões vasculares
- Hipertensão arterial grave ou forte suspeita de origem renal
- Malformações arteriovenosas
- Patologias da aorta abdominal, ilíacas e artérias renais (vasos viscerais e sistema venoso também podem ser avaliados)
- Traumas

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação

Profissionais solicitantes:

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Hematologista
- Nefrologista
- Ortopedista
- Urologista

ANGIORM RENAL*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as artérias renais com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

Exame associado a procedimento de sedação:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

ANGIORM RENAL COM SEDACAO* – Neste caso há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Aneurismas
- Complicações vasculares pós-cirúrgicas, principalmente depois de transplantes de órgãos
- Doenças neoplásicas
- Estenose e oclusões vasculares
- Malformações arteriovenosas
- Patologias da aorta abdominal, ilíacas e artérias renais (vasos viscerais e sistema venoso também podem ser avaliados)
- Traumas

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação

Profissionais solicitantes:

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Hematologista
- Nefrologista
- Urologista

ANGIORM TORAX*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia os vasos do tórax, como a aorta torácica, veias pulmonares, a veia cava e as veias braquiocefálicas, com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

Exame associado a procedimento de sedação:

ANGIORM TORAX COM SEDACAO* – Neste caso há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Indicações para a solicitação:

- Aneurismas
- Complicações vasculares pós-cirúrgicas, principalmente depois de transplantes de órgãos
- Doenças neoplásicas



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Estenose e oclusões vasculares
- Malformações arteriovenosas
- Traumas

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação

Profissionais solicitantes:

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião torácico
- Cirurgião vascular
- Hematologista
- Pneumologista

MEMBROS E ARTICULAÇÕES

ANGIORM MEMBRO INFERIOR DIREITO*

ANGIORM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO*

ANGIORM MEMBRO SUPERIOR DIREITO*

ANGIORM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia os vasos do membro superior, como a artéria braquial, a artéria ulnar e a artéria radial, e membro inferior, como a artéria iliacofemoral, a artéria femoral e a artéria poplítea, com objetivo de estudar esses vasos e possíveis alterações existentes.

Lateralidade: Direito/Esquerdo

Exame associado a procedimento de sedação:

ANGIORM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM SEDACAO*

ANGIORM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM SEDACAO*

ANGIORM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM SEDACAO*

ANGIORM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM SEDACAO*

Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Aneurismas
- Complicações vasculares pós-cirúrgicas
- Doenças neoplásicas
- Estenose e oclusões vasculares
- Malformações arteriovenosas
- Traumas

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação

Profissionais solicitantes:

- Angiologista
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Ortopedista



RESSÔNANCIA MAGNÉTICA (RM)

Método não invasivo de demonstração de anatomia interna. A RM é um recurso utilizado para diagnósticos, baseado nas propriedades magnéticas dos átomos que constituem todas as substâncias – incluindo o corpo humano. Em um campo magnético forte, como o produzido pelo scanner da RM, sinais elétricos são emitidos pelo núcleo atômico do tecido corporal. Esses sinais são interceptados por uma antena circular ao redor do paciente. A intensidade do sinal varia de acordo com o tipo de tecido. Um computador designa os sinais aos pontos correspondentes das áreas corporais em exame e transforma-as em imagem na tela.

CABEÇA E PESCOÇO

RM ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES (ATM)*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a articulação temporomandibular (ATM) bilateralmente. Esta articulação é composta pelos ossos da mandíbula e da têmpora, além de músculos e tendões, além do disco articular.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES (ATM) COM SEDAÇÃO* -
Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

02.07.01.002-1 - RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL)

“Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Neste caso das articulações temporomandibulares.”

Indicações para a solicitação:

- Alterações de partes moles (lesões ligamentares, nervos)
- Derrames articulares (suspeita)
- Doenças reumatológicas (artrite reumatoide, lúpus e outros)
Fraturas Ocultas
- Traumatismos articulares

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, ultrassonografia articular, tomografia computadorizada.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião bucomaxilo-facial
- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Fisiatra
- Médico do trabalho
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Reumatologista

Orientações:

- Recurso não indicado para diagnóstico de fraturas simples (detecção).

RM CRANIO*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia o crânio, o encéfalo, a ponte, o cerebelo, as meninges, e demais estruturas do sistema nervoso central (SNC).

Exame associado a procedimento de sedação:

RM CRANIO COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

02.07.01.006-4 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO

“Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da cabeça/crânio.”

Indicações para a solicitação:

- Ataxias e distúrbios do desenvolvimento em crianças.
- Avaliação de fossa posterior ou tronco cerebral
- Avaliação de SNC de recém-nascido prematuro
- Crises convulsivas em crianças
- Demências e outras alterações cognitivas
- Doenças degenerativas
- Malformações congênitas do SNC
- Suspeita de aneurisma e malformação vascular
- Suspeita de infecções intracranianas (não diagnosticadas por punção lombar)
- Suspeita de metástases e linfomas
- Suspeita de neoplasias primárias
- Suspeita de trombose do seio sagital
- Transtornos mentais e comportamentais
- Traumas

Requisitos mínimos para o encaminhamento:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, tomografia computadorizada, ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião bucomaxilofacial
- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Cirurgião pediátrico
- Endocrinologista
- Fisiatra
- Geriatria
- Ginecologista
- Infectologista
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oftalmologista
- Oncologista
- Otorrinolaringologista
- Pediatra
- Psiquiatra

Orientações:

- A ressonância magnética do crânio não é adequada para visualizar estruturas como a hipófise, ouvido, bulbo olfatório, órbitas e patologias da face. Para essas estruturas, recomenda-se exame específico, já que os protocolos de realização de exames são diferentes.
Não há indicações para cefaleias hemicranianas.
- Ideal na delimitação de tumores benignos e malignos (profundidade e margem de ressecção).

RM CRANIO COM ESPECTROSCOPIA*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia o sistema nervoso central (RM CRANIO), associando técnica avançada apresenta complementação de avaliação espectroscópica ao avaliar composição química dos tecidos do crânio, com base na frequência de ressonância do hidrogênio (próton), de sua interação com outros átomos e moléculas contíguas, assim como de metabólitos específicos.

- A RM com espectroscopia consiste em uma análise da quantificação relativa de metabólitos cerebrais. Os mais comuns incluem lactato, N-acetil aspartato, colina, creatina, glutamato e glutamina. Esses metabólitos atuam como marcadores de doenças, que podem se encontrar aumentados ou diminuídos de acordo com o tipo de patologia apresentada pelo paciente.

Exame associado a procedimento de sedação:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

RM CRANIO COM ESPECTROSCOPIA COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.
- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Acompanhar tumores cerebrais e fazer avaliação da resposta à radioterapia e à quimioterapia
- Auxiliar na avaliação da agressividade tumoral
- Auxiliar na escolha do melhor local para biópsia de tumor
- Avaliação de declínio cognitivo e síndromes demenciais
- Avaliação de distúrbios metabólicos e leucodistrofia em criança
- Avaliação de tumores cerebrais
- Diagnosticar infecções oportunistas em portadores de SIDA
- Diferenciar edema peritumoral de infiltração tumoral
- Diferenciar lesões tumorais de infecções e isquemia
- Diferenciar remanescente/recidiva tumoral de radionecrose pós-radioterapia, radiocirurgia

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, tomografia computadorizada, ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Cirurgião pediátrico
- Fisiatra
- Geriatra
- Infectologista
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Psiquiatra

Orientações:

- A espectroscopia cerebral é um método não invasivo na avaliação do tecido cerebral e deve ser analisada juntamente com os achados da ressonância magnética de crânio convencional.

RM CRANIO COM FLUXO LIQUORICO*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia o sistema nervoso central (RM CRANIO), associando técnica avançada avalia o fluxo de líquido no sistema nervoso central.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- A RM com fluxo liquórico é um método não invasivo de avaliação do aqueduto de Sylvius (ducto mesencefálico) para avaliar alterações na dinâmica (fluxo e movimentação) do líquido cefalorraquidiano (LCR).

Exame associado a procedimento de sedação:

RM CRANIO COM FLUXO LIQUORICO COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Aumento da sensibilidade para diagnóstico de hidrocefalia de pressão normal
- Avaliação de hidrocefalias
- Avaliação do fluxo liquórico no aqueduto cerebral

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica.

Profissionais solicitantes:

- Neurocirurgião
- Neurologista

Orientações:

- O estudo do fluxo liquórico é um complemento do exame de Ressonância Magnética do crânio.

RM CRANIO COM NEURONAVEGACAO*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia o crânio, o encéfalo, a ponte, o cerebelo, as meninges, e demais estruturas do sistema nervoso central (SNC). A especificidade desse exame se dá no seu resultado, pois constrói um mapa em três dimensões (3D) do SNC, que pode ser utilizado como base para intervenções cirúrgicas.

- Detalhamento anatômico das pequenas estruturas intracranianas como hipófise, haste hipofisária, quiasma óptico, núcleos cinzentos profundos, colículos superiores e inferiores, fórnix, corpos mamilares, nervos cranianos, entre outros.

Exame associado, exclusivamente, a procedimento de sedação: Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Localização de pequenas lesões intracranianas



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Orientação de biópsias intracranianas
- Cirurgia de base do crânio, neurocirurgia funcional, navegação medular
- Pré-operatório de lesões hipofisárias

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica.

Profissionais solicitantes:

- Neurocirurgião

Orientações:

- Permite um planejamento cirúrgico detalhado, com localização intraoperatória de pequenas estruturas anatômicas com alta precisão, oferecendo a possibilidade de uma abordagem cirúrgica menor, com maior precisão. Este exame não substitui a ressonância magnética convencional do crânio.

RM CRANIO COM PERFUSAO*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia o sistema nervoso central (RM CRANIO), associando técnica avançada apresenta complementação de informações diagnósticas quanto à vascularização cerebral.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM CRANIO COM PERFUSAO COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Avaliação de isquemia no acidente vascular encefálico
- Direcionamento de conduta terapêutica dos acidentes vasculares agudos, definindo a zona de penumbra
- Avaliação e acompanhamento de tumores cerebrais
- Auxílio na realização de biópsia tumoral

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica.

Profissionais solicitantes:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Neurocirurgião
- Neurologista

Orientações:

- Para realizar o exame de perfusão cerebral é necessária a administração de meio de contraste.

RM FACE/SEIOS DA FACE*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as estruturas faciais, compostas pelos ossos e a mucosa da face, incluindo os ossos que delimitam os seios da face.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM FACE/SEIOS DA FACE COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Avaliação e investigação de processos inflamatórios/infecciosos dos seios paranasais
- Avaliação de lesões expansivas com extensões e invasões
- Lesões vasculares
- Traumas
- Avaliação de osso e mucosa da face
- Lesões tumorais

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião bucomaxilofacial
- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Cirurgião pediátrico
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Otorrinolaringologista
- Pediatra

Orientações:

- O uso do contraste é recomendado na grande maioria dos casos, pois aumenta a sensibilidade e especificidade do exame.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

RM MASTOIDES/OSSOS TEMPORAIS/OUVIDOS INTERNOS*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a estrutura da base do crânio, composta pelo ouvido interno e suas estruturas como o labirinto, cóclea, bem como as estruturas nervosas relacionadas.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM MASTOIDES/OSSOS TEMPORAIS/OUVIDOS INTERNOS COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Estudo do ouvido interno
- Estudo das mastóides
- Perdas auditivas
- Zumbidos no ouvido
- Suspeita de tumores do conduto auditivo
- Alterações vasculares
- Malformações
- Labirintites

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Otorrinolaringologista

RM ORBITAS*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as órbitas (globos oculares), estrutura óssea (cavidade orbitária), a musculatura dos olhos, nervo óptico e glândulas lacrimais.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM ORBITAS COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Oftalmopatia de Graves
- Trauma ocular
- Pesquisa de lesões expansivas
- Pseudotumores
- Patologias inflamatórias, infecciosas e vasculares das estruturas orbitárias

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oftalmologista
- Oncologista

Orientações:

- A injeção do meio de contraste endovenoso aumenta a sensibilidade do exame para detecção de lesões e processos inflamatórios em atividade, como por exemplo, lesões desmielinizantes do nervo óptico em atividade, ajudando a distinguir entre lesões agudas e crônicas.

RM PESCOCO*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as estruturas que compõem o pescoço (faringe, laringe, musculatura). Não confundir com RM COLUNA CERVICAL.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM PESCOCO COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

02.07.01.003-0 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO

Indicações para a solicitação:

- Avaliação da faringe e laringe
- Avaliação de glândulas salivares e tireoide
- Avaliações de lesões tumorais

Requisitos mínimos para o encaminhamento:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Ultrassonografia, Tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião Bucomaxilofacial
- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Cirurgião geral
- Cirurgião torácico
- Gastroenterologista
- Ortopedista
- Otorrinolaringologista
- Pneumologista

Orientações:

- Para avaliação da face, órbitas e base do crânio, os exames específicos são mais indicados.

RM SELA TURCICA/HIPOFISE*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a hipófise, adenohipófise, o hipotálamo e estruturas ósseas próximas, como a sela túrcica.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM SELA TURCICA/HIPOFISE COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

02.07.01.007-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA

“Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da sela túrcica.”

Indicações para a solicitação:

- Investigação e avaliação de adenomas hipofisários
- Investigação de distúrbios hormonais hipofisários
- Puberdade precoce
- Atraso de crescimento e desenvolvimento
- Investigação de hiperprolactinemia, hipogonadismo hipogonadotrófico, gigantismo, acromegalia, tumores das regiões parasselar e suprasselar e lesões do seio cavernoso
- Avaliação pré-operatória e pós-operatória de tumores da região selar, parasselar e suprasselar

Requisitos mínimos para o encaminhamento:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião de cabeça e pescoço
- Cirurgião pediátrico
- Endocrinologista
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Pediatra

Orientações:

- É necessário administração de meio de contraste venoso com estudo dinâmico para pesquisa de microadenomas hipofisários e para melhor avaliação de macroadenoma;

Na avaliação de tumores de maiores dimensões, recomenda-se ressonância magnética de crânio, juntamente com ressonância magnética de sela túrcica com meio de contraste.

TRONCO: TÓRAX, ABDOME E PELVE

RM ABDOME SUPERIOR*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a porção superior do abdome, com imagens de veias e artérias, além dos órgãos que compõem a região, como rins, pâncreas, fígado; baço; suprarrenais e retroperitônio.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM ABDOME SUPERIOR COM SEDACAO* – Neste caso há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

02.07.03.001-4 - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR

“Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Neste caso da região superior do abdômen.”

Indicações para a solicitação:

- Pacientes com contraindicação para realização de Tomografia Computadorizada (alergia a iodo, gestantes)
- Avaliação morfológica de órgãos abdominais (fígado, pâncreas, vesícula e vias biliares, baço, rins, alças intestinais e estruturas vasculares) para pesquisa e

COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE

Av. Dr. Arnaldo, 351, 5º andar | CEP 01246-000 | São Paulo, SP



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

diagnóstico de alterações congênicas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas

- Avaliação pré-operatória

Fígado:

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

Pâncreas:

- Colangiopancreatografia por RM (Avaliação do Ducto de Wirsung e colédoco)

Vesícula:

- Pesquisa de complicações da colecistite aguda
- Estadiamento dos tumores (sensibilidade maior que a do US)

Vias Biliares:

- Avaliar dilatação das vias biliares
- Pesquisa de obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase) (sensibilidade semelhante a CPRE para cálculos)
- Pesquisa e estadiamento de tumores (sensibilidade maior que a da TC)
- Colangiopancreatografia por RM (avaliação do Ducto de Wirsung e colédoco)

Vias urinárias e adrenais:

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

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - ultrassonografia abdominal ou pélvica ou tomografia computadorizada

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Endocrinologista
- Gastroenterologista
- Hematologista
- Infectologista
- Nefrologista
- Oncologista
- Urologista

Orientações:

- Método sensível para avaliação hepática e pancreática.
- Para avaliação e estadiamento de tumores pélvicos pode-se utilizar tomografia computadorizada ou ressonância magnética, não ambos.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

RM BACIA*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a estrutura osteomuscular da bacia: sacro, ílio, ísquio, púbis, os músculos e os feixes nervosos e vasculares da região. Não confundir com RM PELVE.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM BACIA COM SEDAÇÃO* - Neste caso há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

02.07.03.002-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR

"Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da bacia, pelve, abdômen inferior, ou vias urinárias."

Indicações para a solicitação:

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

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Fisiatra
- Ginecologista/Obstetra
- Médico do trabalho
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Proctologista

RM COLANGIORESSONANCIA (VIAS BILIARES)*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a árvore biliar: vesícula biliar, ductos hepáticos, colédoco, ducto pancreático.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM COLANGIORESSONANCIA (VIAS BILIARES) COM SEDAÇÃO* - Neste caso há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

02.07.03.004-9 - RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA

"Consiste no exame para diagnóstico que gera imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, utilizando forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Neste caso consiste na exploração dos ductos biliares, colédoco e pâncreas. Pode ser utilizada na pesquisa de obstruções, cálculos, identificação de cistos e neoplasias, entre outras doenças pancreáticas menos comuns, mesmo em pacientes gastrectomizados."

Indicações para a solicitação:

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

Vesícula:

- Pesquisa de complicações da colecistite aguda
- Estadiamento dos tumores (sensibilidade maior que a do US)

Vias Biliares:

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

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação – Ultrassonografia, tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião do aparelho digestivo
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Gastroenterologista



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Infectologista
- Oncologista

Orientações:

- Sensibilidade maior que a da Tomografia Computadorizada para pesquisa e estadiamento de tumores.

RM COLUNA CERVICAL*

RM COLUNA LOMBOSSACRA*

RM COLUNA SACROCOCCIGEA*

RM COLUNA TORACICA*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a medula espinhal, as raízes nervosas e as estruturas (ossos, discos, e outras estruturas) da coluna cervical, torácica, lombar e sacral e estrutura óssea e muscular do sacro e do cóccix. Não confundir RM COLUNA CERVICAL com RM PESCOCO.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM COLUNA CERVICAL COM SEDAÇÃO*

RM COLUNA LOMBOSSACRA COM SEDAÇÃO*

RM COLUNA SACROCOCCIGEA COM SEDAÇÃO*

RM COLUNA TORACICA COM SEDAÇÃO*

Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

- 02.07.01.003-0 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO

“Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Este procedimento corresponde ao exame da coluna vertebral região cervical, inclusive pescoço, laringe, faringe, tireoide, glândulas salivares e gânglios cervicais, auxiliando a localização de lesões, detectando alterações muito pequenas nos tecidos, órgãos e outras estruturas e proporcionando maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas. Inclui angioressonância dos vasos da região.”

- 02.07.01.004-8 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA

“Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da região lombo-sacra.”

- 02.07.01.005-6 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA

“Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da região torácica.”

Indicações para a solicitação:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Complicações pós-operatórias
- Doença desmielinizantes
- Hérnia de Disco
- Infecções (suspeita)
- Investigação de mielopatias
- Investigação de tuberculose extra-pulmonar
- Malformações congênitas.
- Metástases
- Mielopatia aguda
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas.
- Processos Expansivos
- Prurido braquiradial
- Traumas
- Tumores Ósseos Primários (suspeita)

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Fisiatra
- Médico do trabalho
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Reumatologista

Orientações:

- Prioridades em dor aguda da coluna com radiculopatia: suspeita de mielopatia, trauma raquimedular sem ou sem déficit motor (paraplegia ou paraparesia), suspeita de tumores no canal vertebral ou lesões ósseas, síndrome da cauda equina, espondilodiscite.

RM CORACAO / AORTA COM CINE*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia o coração, sua irrigação sanguínea e comportamento quando submetido a estresse, além de estudar a aorta na mesma condição de estresse, permitindo tanto o estudo anatômico como fisiológico.

Exame associado a procedimento de sedação:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

RM CORACAO / AORTA COM CINE COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

02.07.02.001-9 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE

"Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Neste caso há visualização da dispersão angiográfica dos vasos coronários após a injeção seletiva de contraste na artéria femoral ou umeral, coração, aorta e vasos da base."

Indicações para a solicitação:

Cardiopatias Congênitas:

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

Doenças Vasculares:

- Indicações de RMC (ressonância magnética cardíaca) na avaliação das doenças vasculares: Aneurismas de aorta (incluindo Marfan); Dissecção de aorta; Ruptura de aorta; Hematoma intramural aórtico; Úlceras aórticas; Planejamento de abordagem cirúrgica da aorta; Planejamento de stent aórtico; Arterites; Anatomia da artéria pulmonar e fluxo; Avaliação das veias pulmonares; Avaliação estenoses renais; Avaliação de estenoses carótidas extracranianas.
- Indicações de RMC na avaliação da doença arterial coronária:
 - Avaliação da função ventricular global, volumes e massa (esquerda e direita);
 - Detecção isquemia miocárdica - Avaliação da função ventricular regional em repouso e em estresse (RMC-estresse) e Avaliação da perfusão miocárdica;
 - Infarto agudo e crônico do miocárdio: Detecção e quantificação; Viabilidade miocárdica; Trombo ventricular; Avaliação de aneurisma de VE; Diagnóstico de síndrome coronária na fase aguda
- Indicações de RMC na avaliação das cardiomiopatias: Cardiomiopatia hipertrófica; Cardiomiopatia dilatada – diagnóstico diferencial com etiologia isquêmica; Displasia/cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito; Cardiomiopatia siderótica, especialmente secundária a talassemia; Miocárdio não compactado; Cardiomiopatia chagásica; Miocardite (fase aguda ou



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

crônica); Diagnóstico diferencial do coração de atleta; Cardiomiopatia restritiva; Sarcoidose cardíaca.

- Indicações de RMC na avaliação de doenças pericárdicas, tumores e trombos: Detecção e caracterização de tumores cardíacos e pericárdicos; Detecção e diagnóstico diferencial de trombos ventriculares; Pericardite constrictiva.
- Indicações de RMC na avaliação das doenças valvares: Avaliação da anatomia função ventricular; Quantificação da regurgitação.

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Angiologista
- Cardiologista
- Cirurgião cardiovascular
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião torácico
- Cirurgião vascular
- Pneumologista

Orientações:

- Em todos os estudos do coração é necessária a utilização do contraste. Como regra administra-se gadolínio.

RM DEFECORM*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia estruturas da pelve, abrangendo o intestino, o útero e estruturas como vagina, uretra e reto.

- A Defecorressonância Magnética também é chamada defeco-RM ou Estudo Dinâmico do Assoalho Pélvico.

- Exame sem associação com o procedimento de sedação.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Avaliação da desordem do assoalho pélvico, resultante de lesões envolvendo ligamentos, fâscias e musculatura que dão suporte ao assoalho;
- Prolapso de órgãos pélvicos;
- Prolapso genital;
- Investigação da incontinência fecal ou urinária.

Requisitos mínimos para o encaminhamento:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Tomografia computadorizada, ultrassonografia abdominal ou pélvica.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião do aparelho digestivo
- Cirurgião geral
- Coloproctologista
- Gastroenterologista
- Ginecologista
- Oncologista
- Urologista

Orientações:

- O preparo intestinal é necessário;
- Recurso somente para casos de **pacientes ambulatoriais**.

RM FETAL*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia o feto em pacientes gestantes.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM FETAL COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

Avaliação e investigação fetal, considerando:

- Diagnóstico de ventriculomegalia
- Agenesia de corpo caloso
- Anormalidades da fossa posterior e malformações do desenvolvimento do córtex cerebral
- Complicações de gestações gemelares monocoriônicas
- Hérnia diafragmática congênita
- Sequestros pulmonares
- Malformações adenomatoides císticas congênitas

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Ultrassonografia morfológica com Doppler colorido, Ultrassonografia morfológica com Doppler colorido, Ecocardiografia fetal com Doppler colorido.

Profissionais solicitantes:

- Ginecologista e obstetra

Orientações:

- A ressonância magnética fetal deve ser utilizada como método complementar para a avaliação das malformações fetais.

RM MAMAS*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as mamas de forma bilateral.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM MAMAS COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Avaliação de implantes mamários
- Avaliação de mama no período pós-operatório
- Avaliação de recidiva tumoral em mulheres tratadas de câncer de mama
- Avaliação pós quimioterapia neoadjuvante em paciente com Câncer de mama
- Detecção de tumores multifocais, multicêntricos e contralaterais
- Diferenciação entre recorrência tumoral e cicatriz cirúrgica em pacientes previamente tratadas
- Doença de Paget
- Estadiamento e planejamento pré-operatório em pacientes com câncer confirmado
- Estadiamento locoregional em mulheres com diagnóstico atual de câncer de mama
- Leito de mastectomia
- Lesões inflamatórias/infecciosas não esclarecidas na mamografia e/ou US das mamas
- Pacientes com mamas densas, US inconclusivo, com alta incidência familiar de câncer de mama
- Tumor primário oculto em pacientes com metástase ganglionar
- Elucidação de achados inconclusivos na mamografia e/ou US das mamas

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Ultrassonografia das mamas, Mamografia.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião plástico
- Ginecologista
- Mastologista
- Oncologista

Orientações:

- A ressonância magnética das mamas é um excelente método de imagem que auxilia na detecção de lesões suspeitas, entretanto, ela tem indicações específicas, e quem deve fazer essa avaliação é o médico solicitante. O uso do meio de contraste é indicado na maioria dos casos, não sendo exigido para a avaliação dos implantes mamários de silicone, entretanto, quando a suspeita diagnóstica for de encapsulamento/contratura capsular, seu uso pode acrescentar informações importantes para o diagnóstico.

RM ENTERORRESSONANCIA*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia o intestino delgado e outros órgãos que fazem parte do abdômen inferior.

- A Enterorressonância combina a utilização de grandes volumes de contraste oral para distensão intestinal e imagens de alta resolução espacial com reconstruções multiplanares. A utilização de contraste endovenoso no exame demonstra alterações da vascularização do intestino, aumentando a sensibilidade para detecção de lesões. Quando comparada ao estudo por cápsula endoscópica a enterorressonância apresenta maior especificidade para detecção e caracterização de lesões. Além disso a cápsula endoscópica é contraindicada em pacientes com suspeita de suboclusão por estenose intestinal, o que não representa contraindicação na enterorressonância.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM ENTERORRESSONANCIA COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Avaliação do trato gastrointestinal inferior, sobretudo intestino delgado
- Avaliação de processos inflamatórios intestinais
- Investigação diagnóstica e acompanhamento da doença de Crohn
- Avaliação de estenoses intestinais
- Avaliação de fístulas
- Investigação de tumores intestinais

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Tomografia computadorizada, ultrassonografia abdominal ou pélvica, colonoscopia.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião do aparelho digestivo
- Cirurgião geral
- Coloproctologista
- Gastroenterologista
- Oncologista

Orientações:

- O preparo intestinal é necessário.

RM PAREDE ABDOMINAL*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a musculatura da parede abdominal.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM PAREDE ABDOMINAL COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Hérnias
- Endometriose
- Diástase muscular
- Lesões focais ósseas ou de partes moles
- Suspeita de alteração vascular na parede abdominal

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Ultrassonografia abdominal, Tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião do aparelho digestivo
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Gastroenterologista
- Oncologista



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

RM PELVE*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as estruturas anatômicas que compõem a pelve, como o útero (em pacientes do sexo feminino), a próstata (em pacientes do sexo masculino), a bexiga, cólon e reto. Não confundir com RM BACIA.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM PELVE COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Neoplasias de partes moles e órgãos pélvicos
- Doença inflamatória pélvica (sítios de endometriose / cistos anexiais complicados)
- Malformações Müllerianas
- Avaliação de leiomiomas uterinos
- Avaliação do trato intestinal baixo
- Avaliação geniturinário (bexiga, próstata e útero)
- Malformações congênitas
- Complicações pós-cirúrgicas

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Raio-X simples, Ultrassonografia, Tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião do aparelho digestivo
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Fisiatra
- Gastroenterologista
- Ginecologista
- Oncologista
- Urologista

Orientações:

- Necessário preparo intestinal com laxante no dia que antecede o exame para evitar artefatos de resíduos no interior das alças intestinais;
- Para aumentar a precisão diagnóstica das patologias da próstata é indicado o exame específico, ressonância magnética da próstata.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

RM PLACENTA*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as estruturas anatômicas que compõem a pelve de gestantes para avaliação placentária.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM PLACENTA COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Diagnóstico, avaliação ou acompanhamento de placenta prévia, acretismo placentário e Doença Trofoblástica

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Ultrassonografia com doppler.

Profissionais solicitantes:

- Ginecologista e obstetra

Orientações:

- A ressonância magnética é reservada para situações de US duvidosa, por apresentar boa resolução tecidual, independentemente do biotipo materno ou da posição fetal, e permitir aquisição de imagens multiplanares sem radiação ionizante;
- Realizada, idealmente, entre 28 e 32 semanas de gestação.

RM PROSTATA*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a próstata e as vesículas seminais.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM PROSTATA COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Avaliação de neoplasia prostática clinicamente significativa
- Estadiamento de câncer de próstata
- Pré-operatório de câncer de próstata
- Seguimento pós-radioterapia
- Guia para biopsias prostáticas
- Avaliação de recidiva
- Prostatite e vesiculite

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião geral
- Oncologista
- Urologista

Orientações:

- Necessário preparo intestinal com laxante no dia que antecede o exame, para evitar artefatos de resíduos no interior das alças intestinais;
- Deve ser realizado preferencialmente 21 dias após a biópsia prostática, porque a hemorragia decorrente do procedimento reduz a sensibilidade do método.

RM TORAX*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia mediastino, coração, pulmões, parede torácica.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM TORAX COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

02.07.02.003-5 - RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX

“Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da região torácica, mediastino, pulmão, mamas e parede torácica.”

Indicações para a solicitação:

- Avaliação de massas hilares, parenquimatosas e pleurais
- Alterações mediastinais – parede torácica
- Rouquidão por lesão do laríngeo recorrente
- Avaliar anomalias do arco aórtico
- Tumores neurais e mediastinais



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Avaliação das artérias pulmonares (Hipertensão Arterial Pulmonar)
- Estadiamento da neoplasia pulmonar
- Detecção e caracterização de nódulos pulmonares (não esclarecidos por TC prévia)
- Doença tromboembólica pulmonar

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: RX tórax PA/Perfil, Ultrassonografia, Tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cardiologista
- Cirurgião cardíaco
- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião torácico
- Cirurgião vascular
- Oncologista
- Pneumologista
- Reumatologista

Orientações:

- Exames específicos para avaliação complementar dos achados da ressonância magnética de tórax incluem tomografia computadorizada do tórax, angioTC da aorta/artéria pulmonar, ressonância magnética cardíaca, ressonância magnética coluna torácica;
- O parênquima é mais bem avaliado com tomografia computadorizada.

RM URORESSONANCIA*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as vias urinárias e o trato urinário: rins, ureteres e bexiga.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM URORESSONANCIA COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

- Avaliação dos rins e sistema urinário

Requisitos mínimos para o encaminhamento:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: Ultrassonografia do sistema urinário, Tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Nefrologista
- Oncologista
- Pediatra
- Urologista

Orientações:

- O exame deve ser realizado com meio de contraste venoso;
- Mais bem indicado para avaliar malformações e neoplasias.

MEMBROS E ARTICULAÇÕES

RM ANTEBRACO DIREITO*

RM ANTEBRACO ESQUERDO*

RM BRACO DIREITO*

RM BRACO ESQUERDO*

RM COTOVELO DIREITO*

RM COTOVELO ESQUERDO*

RM MAO DIREITA*

RM MAO ESQUERDA*

RM OMBRO DIREITO*

RM OMBRO ESQUERDO*

RM PLEXO BRAQUIAL DIREITO*

RM PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO*

RM PUNHO DIREITO*

RM PUNHO ESQUERDO*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a estrutura óssea, os músculos, ligamentos e tendões do ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão e estruturas nervosas do plexo braquial.

Lateralidade: Direito/Esquerdo



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

Exame associado a procedimento de sedação:

- RM ANTEBRACO DIREITO COM SEDAÇÃO***
- RM ANTEBRACO ESQUERDO COM SEDAÇÃO***
- RM BRACO DIREITO COM SEDAÇÃO***
- RM BRACO ESQUERDO COM SEDAÇÃO***
- RM COTOVELO DIREITO COM SEDAÇÃO***
- RM COTOVELO ESQUERDO COM SEDAÇÃO***
- RM MAO DIREITA COM SEDAÇÃO***
- RM MAO ESQUERDA COM SEDAÇÃO***
- RM OMBRO DIREITO COM SEDAÇÃO***
- RM OMBRO ESQUERDO COM SEDAÇÃO***
- RM PLEXO BRAQUIAL DIREITO COM SEDAÇÃO***
- RM PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO COM SEDAÇÃO***
- RM PUNHO DIREITO COM SEDAÇÃO***
- RM PUNHO ESQUERDO COM SEDAÇÃO***

Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

Código SIA/SIH SUS

02.07.02.002-7 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
"Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo do ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão. Cada membro superior."

Indicações para a solicitação:

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

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, tomografia computadorizada, ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Fisiatra
- Médico do trabalho
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Reumatologista



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

RM ARTORRESSONANCIA*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a articulação, bem como dos músculos, tendões e estruturas ósseas envolvidas. Tem como característica especial a injeção de contraste no interior da articulação estudada.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM ARTORRESSONANCIA COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

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

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, ultrassonografia articular, tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Fisiatra
- Médico do trabalho
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Reumatologista

Orientações:

- Recurso não indicado para diagnóstico de fraturas simples (detecção); avaliação de tendinites e sinovites.
- Recurso somente para casos de **pacientes ambulatoriais**.

RM ARTICULACOES SACROILIACAS*

*Nomenclatura CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia as articulações



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

sacroilíacas, com detalhe no encontro do íliaco e do sacro, bem como dos músculos, tendões e estruturas ósseas envolvidas nestas articulações.

Exame associado a procedimento de sedação:

RM ARTICULACOES SACROILIACAS COM SEDAÇÃO* - Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesiista e classificação ASA.

- Recurso disponível somente na Tabela SES.

Indicações para a solicitação:

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

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, ultrassonografia articular, tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião geral
- Cirurgião vascular
- Cirurgião pediátrico
- Fisiatra
- Médico do trabalho
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Reumatologista

Orientações:

- Recurso não indicado para diagnóstico de fraturas simples (detecção); avaliação de tendinites e sinovites.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

RM QUADRIL (ARTICULACAO COXOFEMORAL) DIREITO*
RM QUADRIL (ARTICULACAO COXOFEMORAL) ESQUERDO*
RM COXA DIREITA*
RM COXA ESQUERDA*
RM JOELHO DIREITO*
RM JOELHO ESQUERDO*
RM PERNA DIREITA*
RM PERNA ESQUERDA*
RM TORNOZELO DIREITO*
RM TORNOZELO ESQUERDO*
RM PE DIREITO*
RM PE ESQUERDO*

*Nomenclaturas SIRESP/CROSS

Descrição do exame: Procedimento diagnóstico não invasivo que por meio de tecnologia de campo magnético e ondas de radiofrequência avalia a estrutura óssea, os músculos, ligamentos e tendões da coxa, joelho, perna, tornozelo e pé e estruturas da articulação do quadril (articulação coxofemoral), com detalhe do acetábulo, do fêmur.

Lateralidade: Direito/Esquerdo

Código SIA/SIH SUS

02.07.03.003-0 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
"Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de radiofrequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da articulação coxofemoral, coxa, joelho, perna, tornozelo e pé de cada membro inferior."

Exame associado a procedimento de sedação:

RM QUADRIL (ARTICULACAO COXOFEMORAL) DIREITO COM SEDAÇÃO*
RM QUADRIL (ARTICULACAO COXOFEMORAL) ESQUERDO COM SEDAÇÃO*
RM COXA DIREITA COM SEDAÇÃO*
RM COXA ESQUERDA COM SEDAÇÃO*
RM JOELHO DIREITO COM SEDAÇÃO*
RM JOELHO ESQUERDO COM SEDAÇÃO*
RM PERNA DIREITA COM SEDAÇÃO*
RM PERNA ESQUERDA COM SEDAÇÃO*
RM TORNOZELO DIREITO COM SEDAÇÃO*
RM TORNOZELO ESQUERDO COM SEDAÇÃO*
RM PE DIREITO COM SEDAÇÃO*
RM PE ESQUERDO COM SEDAÇÃO*

Nestes casos há necessidade de avaliação prévia do anestesiologista e classificação ASA.

Indicações para a solicitação:

- Malformações congênitas
- Neoplasias de partes moles e ósseas



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas
- Traumas

Requisitos mínimos para o encaminhamento:

- Justificativa clínica incluindo anamnese detalhada, exame físico compatível com hipótese diagnóstica, tempo de evolução e descrição da conduta assumida até o momento
- Relatório indicando que o paciente está apto para a realização do procedimento solicitado, com ou sem sedação
- Resultado de exames complementares, conforme indicação na ficha de solicitação - dependente da hipótese diagnóstica: raios-X simples, tomografia computadorizada, ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

- Cirurgião geral
- Cirurgião pediátrico
- Cirurgião vascular
- Fisiatra
- Médico do trabalho
- Neurocirurgião
- Neurologista
- Oncologista
- Ortopedista
- Reumatologista



Orientações sobre a Regulação das solicitações para **Angioressonância e Ressonância Magnética**

ATENÇÃO: A Ressonância Magnética, no estado de São Paulo, é um recurso regulado. Sendo assim, é imprescindível que os solicitantes sigam as prerrogativas descritas no protocolo.

REQUISIÇÃO:

- Apresentação **obrigatória** dos seguintes documentos e informações:
 - Formulário de acesso (APÊNDICE A) devidamente preenchido
 - Laudo APAC
- Hipótese diagnóstica – (de acordo com indicações do protocolo) - Permite a escolha da técnica de estudo mais adequada para cada situação clínica, com enfoque especial nos aspectos essenciais da doença;
- Objetivo do exame/justificativa - Possibilita a elaboração do laudo com respostas às perguntas clínicas;
- Dados clínicos, incluindo a história clínica e relatório do exame físico completo, cirúrgicos e laboratoriais relevantes - A interpretação correta dos achados radiológicos pode ter diferentes significados diagnósticos e prognósticos dependendo do contexto clínico e/ou cirúrgico;

ORIENTAÇÕES PARA O EXAME:

- Devem ser apresentados resultados de exames anteriores, se houver;
- Para RM com contraste: todos os pacientes devem ser encaminhados com exame recente de **UREIA e CREATININA**, conforme indicado no comprovante de agendamento (filipeta).

ORIENTAÇÃO AO SOLICITANTE:

As solicitações serão analisadas quanto:

- Indicação clínica para a realização do exame;
- Exames anteriormente realizados que esclareçam a indicação do exame atual;
- Comorbidades que possam indicar ou contraindicar a realização do exame;
- Medicamentos que possam impactar na realização do exame;
- Tratamentos prévios - quimioterapia, radioterapia, uso crônico de medicamentos etc.

RESUMO CLÍNICO:

- Indicação para realização do exame;
- Achados relevantes em exames anteriores (USG / RX / Tomografia / RM anteriores);
- Informação do quadro clínico;
- Existência de metais no corpo.

EXAME FÍSICO:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

- Peso, Altura e Circunferência Abdominal (necessário devido à capacidade do equipamento).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS:

- **Resultado de Ureia, Creatinina e informação sobre alergia ao Iodo (exames que necessitam de contraste)**
- Atentar ao Protocolo (filipeta) da unidade executante quanto às orientações relacionadas ao valor da Creatinina;
- Exames de imagem realizados (USG / RX / Tomografia / RM anteriores).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO

APÊNDICE A - Formulário para solicitação da Ressonância Magnética para pacientes internados e ambulatoriais

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO
FORMULÁRIO DE ACESSO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

RECOMENDAÇÕES

Este protocolo deve ser preenchido, datado e assinado pelo médico assistente do paciente, que deve estar identificado com nome e número de inscrição no CRM. Descrever o quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, descrevendo ou anexando também resultados de exames prévios, justificativa da relevância de solicitação perante a hipótese diagnóstica, proposta de tratamento na confirmação da HD mais provável.

Atentar ao Protocolo (Flapeta) da unidade executora, quanto às orientações relacionadas ao valor da Creatinina.

CRITÉRIOS DE AUTORIZAÇÃO (Inserir em anexo)
Este Formulário / Laudo APAC / Exame Realizado / História Clínica / Relatório Exame Físico

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO SOLICITANTE

Unidade: _____ Telefone NIR: _____
Médico Solicitante: _____ CRM: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Código CROSS: _____
Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino
Peso (Máx.: 170kg): _____ Altura: _____ Circunferência Abdominal (Máx.: 1,36cm): _____
Valor conforme exame laboratorial UREIA: _____ Valor conforme exame laboratorial CREATININA: _____

EXAMES DE IMAGEM JÁ REALIZADO (Anexar Laudo)

RAO X Ultrassonografia Tomografia Ressonância - indicar a data _____

Indicar abaixo o motivo da solicitação da ressonância, quando insuficiência dos exames anteriores:

EXAME SOLICITADO (CONFORME NOMENCLATURA PADRONIZADA NA SESP)
Quando necessário lateralidade esquerda e direita, deverá inserir 02 (duas) solicitações

EXAME: _____
SEDAÇÃO: SIM NÃO LATERALIDADE: ESQUERDA DIREITA NÃO SE APLICA

JUSTIFICATIVA DO EXAME SOLICITADO

CONDUTA DIAGNÓSTICA CONDUTA TERAPÊUTICA

Lesão Tumor Pré Cirúrgico Pós Cirúrgico Doença Vascular Doença Aorta/Vasos

Descrição do Diagnóstico

CID Principal: _____ CID Secundário: _____ CID Causas Associadas: _____

IMPLANTES METÁLICOS E OUTROS

Indicar a presença de dispositivos (METÁLICOS E OUTROS)

Informar: TEMPO DE USO MATERIAL E LOCALIZAÇÃO

Data: ____/____/____

Assinatura médico solicitante

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS:	CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS:
<p>Síndrome de inflexão; Capítulo endocrânico e membro da medula de gel (primária); Cabeleiro de Swan-Ganz ou cateter com eletrodos ou dispositivos eletrônicos; Clamp carotídeos; Clipes de aneurisma cerebral hemisférico (antes de 1995 todos são contraindicados) e se instalados em: age (até 17-20 e 40); após 1995 somente com carta do médico solicitante informando material e compatibilidade com RM); Dispositivos implantáveis; Fios Químicos intracardíacos; Fios metálicos de localização pré-cirúrgica (exceto se paciente com carta do médico solicitante informando material e compatibilidade com RM); Malas Cranianas; Medor; Implantes ósteosíntese ressonância; Resistor de RIG (pressão intracraniana); Resonância estimuladores e moduladores (aparelhos/moduladores, estimuladores, ventais e outros); Módulo celular telefônica, aparelhos eletrônicos e aparelhos não ressonância; Módulos ortopédicos ortese não ressonância; Módulo ortopédico auxiliar na lateral em pacientes sedados ou sem relaxamento do nível de consciência; Clipes de traqueostomia metálica (trocar para clipes plásticos).</p> <p>ATENÇÃO: PACIENTES COM CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA NÃO INSERÍVEIS PARA O PROCEDIMENTO.</p>	<p>Marcapasso (arritmia e outros) - deve se checar o tipo/modelo do marca-passo e qual ecote (aparelho) será realizado; Exames mamário: desde que feita a consulta no manual de especificações do fabricante e/ou carta declarando compatibilidade com ressonância; Válvula retrai metálica: o exame pode ser realizado desde que em aparelho no ano 1,5T; Prótese ginecológica: desde que feita a consulta no manual de especificações do fabricante e/ou carta declarando compatibilidade com ressonância; Prótese ortopédica: contraindicadas em caso de exames com sedação se paciente confuso não cooperante; Projétil arma de fogo: consultar radiologista ou médico responsável pelo paciente e solicitar RM/ocultar antes do exame para afastar possibilidade de espalhamento e/ou vasos importantes; Fragmento metálico ou corpo estranho: consultar radiologista ou médico responsável pelo paciente e solicitar RM/ocultar prévios ao exame para afastar possibilidade de estruturas e/ou vasos importantes; Rio gale metálico de localização pré-cirúrgica mamária (exceto compatível): desde que feita a consulta no manual de especificações do fabricante e/ou carta declarando compatibilidade com ressonância; Tatuagem e tatuagens permanentes: Deve se evitar a realização de RM nos próximos 30 dias após a realização da tatuagem; ressonância, acesso em casos em que o exame é imprescindível para diagnóstico, tratamento e condutas rápidas; Implante de Clima: Pacientes com clima positivo (magalhães ou similar) ou com fios colados ao a flu devido retirar no momento antes de qualquer ressonância magnética. Na impossibilidade de retirada ou recusa do paciente e exame deve ser cancelado ou ressusado; Filtro de veia cava (chegar modelo, se não for tratado - e considerado seguro - não realizar, antes de li somente). Somente realizar no 1,5T / pacientes com carta do médico solicitante informando material e compatibilidade com RM.</p>

v.06/11/2022



Referências

Amaro Júnior, Edson e Yamashita, Helio Aspectos básicos de tomografia computadorizada e ressonância magnética. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 2001, v. 23, suppl 1 [Acesso Setembro 2022], pp. 2-3. Epub 18 Mar 2002. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000500002>.

Bittencourt, Leonardo Kayat et al. Multiparametric magnetic resonance imaging of the prostate: current concepts* *Study developed at CDPI and Multi-Imagem Clinics, Rio de Janeiro, RJ, Brazil, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brazil, and Radboud University Medical Center, Nijmegen, Netherlands. Radiologia Brasileira [online]. 2014, v. 47, n. 5 [Acesso Outubro 2022], pp. 292-300. ISSN 1678-7099. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2013.1863>.

D'Ippolito G, Medeiros RB. Exames radiológicos na gestação. Radiol Bras. 2005;38(6):447-50. <https://doi.org/10.1590/S0100-39842005000600013>.

Engelhardt, Elias et al. Doença de Alzheimer e espectroscopia por ressonância magnética do hipocampo. Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]. 2001, v. 59, n. 4 [Acesso Agosto 2022], pp. 865-870. Epub 28 Nov 2001. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000600006>.

Garcia, Thamy & Lara, Paulo & Kinjo, Cintia & Bezerra, Eduardo & Higasiaraguti, Mauricio & Oliveira, Natalia & Sousa, Nathália & Yonamine, Raquel & Sales, Suzane & Morimoto, Taui & Zamboni, Jorge & Sancovski, Mauro. (2012). Aspectos atuais em imagenologia na gestação. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. n. 37. 10.7322/abcs.v37i3.28.

Hage, Maria Cristina Ferrarini Nunes Soares e Iwasaki, Masao Imagem por ressonância magnética: princípios básicos. Ciência Rural [online]. 2009, v. 39, n. 4 [Acesso Agosto 2022], pp. 1275-1283. Epub 27 Mar 2009. ISSN 1678-4596. <https://doi.org/10.1590/S0103-84782009005000041>.

Medrado, Valdir Cavalcante; Pustilnik, Alexandre G. Anestesia para Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética. Braz J Anesthesiol, vol.45, n1, p.15-19, 1995.

Sara, Leonardo et al. II Diretriz de Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Colégio Brasileiro de Radiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2014, v. 103, n. 6 suppl 3 [Acesso Maio 2022], pp. 1-86. Epub Dez 2014. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.5935/abc.2014S006>.