

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE**- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA -**

EXAME	CÓDIGO SIS/SUS
TOMOGRAFIA DE CRÂNIO	02.06.01.007-9
TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/CONTRASTE	02.06.01.001-
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/CONTRASTE	02.06.01.003-6
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBOSACRA C/ OU S/CONTRASTE	02.06.01.002-8
TOMOGRAFIA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	02.06.01.004-4
TOMOGRAFIA DE PESCOÇO	02.06.01.005-2
TOMOGRAFIA DE SELA TÚRCICA	02.06.01.006-0
TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	02.06.01.008-7
TOMOGRAFIA PARA EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	02.06.01.009-5
TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR (OMBRO, COTOVELO OU PUNHO)	02.06.02.001-5
TOMOGRAFIA DE SEGUIMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	02.06.02.002-3
TOMOGRAFIA DE TÓRAX	02.06.02.003-1
TOMOGRAFIA DE HEMITÓRAX, PULMÃO OU MEDIASTINO	02.06.02.004-0
TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR	02.06.03.001-0
TOMOGRAFIA DA PELVE /BACIA /ABDOME INFERIOR	02.06.03.003-7
TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR (COXOFEMORAL, JOELHO, CALCANHAR)	02.06.03.002-9

*Exames marcados em cinza, sem prestadores na rede.

Considerações gerais:

- TODOS os exames de Tomografia Computadorizada ambulatoriais deverão ser solicitados via Sisreg para autorização prévia / agendamento.
- Preenchimento de acordo com preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil e em concordância com orientações de preenchimento referendadas pelo DAR-SMS – URA, descrição detalhada, porém assertiva da história clínica, exame físico e resumo da conclusão de laudos de exames anteriores pertinentes ao caso, com data.
- A autorização / agendamento seguirá critérios de classificação de prioridade.

- Deverá ser preenchido o nome completo do exame a ser realizado no campo “indicação clínica”, visto que vários exames específicos utilizam o mesmo código. Por exemplo, não há um código específico para TC de orelhas. Provavelmente será solicitado o exame com o código do crânio. Então no campo “indicação clínica” deverá ser colocado: “realizar estudo das orelhas” e o motivo para isto.
- Pacientes com doença renal pré-existente, cirurgia renal prévia, diálise, diabetes mellitus e hipertensão grave / descompensada deverão trazer resultado da dosagem de creatinina no dia do exame (validade de até 3 meses).
- Segundo as diretrizes atuais, não será mais necessário jejum.
- Pacientes menores ou que irão realizar TC com contraste deverão vir acompanhados por responsáveis.
- A **sedação** é necessária para pacientes menores de 04 anos de idade, pacientes com desorientação ou agitação psicomotora e pacientes que não conseguiram realizar o exame sem anestesia. Não é necessária consulta pré anestésica, visto que o tipo de sedação usada é leve.
- Para realização de tomografia com anestesia seguir as orientações presentes no ANEXO 1.
- Pacientes em terapia de IODO ou EXAMES MEDICINA NUCLEAR: intervalo de dois meses entre o exame e o uso do meio de contraste.

Contraindicações:

- Gravidez: contraindicação relativa. Deverão ser ponderados os riscos e benefícios do exame.
- Reações alérgicas moderadas ou graves ao contraste iodado utilizado no procedimento. Em casos de reações leves deverá ser realizada pré-medicação.

REAÇÕES ADVERSAS LEVES		
Náuseas/vômito Tosse Calor Cafaleia discreta Tontura Ansiedade	Alteração do paladar Prurido Rubor Calafrios Tremores Urticária limitada	Sudorese/palidez Exantema Congestão Nasal Espirros Inchaço nos olhos e boca Dor no local da injeção
REAÇÕES ADVERSAS MODERADAS		
Vômitos intensos Mudança da freq. cardíaca Hipertensão Hipotensão	Urticária extensa Aumento do edema facial Rigidez Dispneia/ Sibilos	Broncoespasmo Laringoespasmo Dor: tórax e abdome Cefaleia intensa
REAÇÕES ADVERSAS GRAVES		
Potencialmente relacionada a maior risco de vida, com sintomas moderados ou graves, como laringoespasmo (edema de glote) associado a : inconsciência, convulsões, edema agudo de pulmão, colapso vascular severo, arritmias com repercussão clínica, PCR, etc.		

Tabela 1. Esquema de pré-medicação
(Greenberger). Prednisona e difenidramina.

DROGA	PERÍODO	DOSAGEM PEDIÁTRICA	ADULTO
PREDNISONA	13, 7 e 1 hora antes do exame	0,5-0,7mg/Kg via oral (até 50mg)	50mg via oral
DIFENIDRAMINA	1 hora antes do exame	1,25mg/kg via oral (até 50mg)	50mg via oral

*Fonte: adaptada no Manual on Contrast Media- ACR 2023.*Tabela 2. Esquema de pré-medicação.
Metilprednisolona e difenidramina.

DROGA	PERÍODO	ADULTO
METILPREDNISOLONA	12 e 2 horas antes do exame	32mg via oral
DIFENIDRAMINA	1 hora antes do exame	50mg via oral, IM ou IV

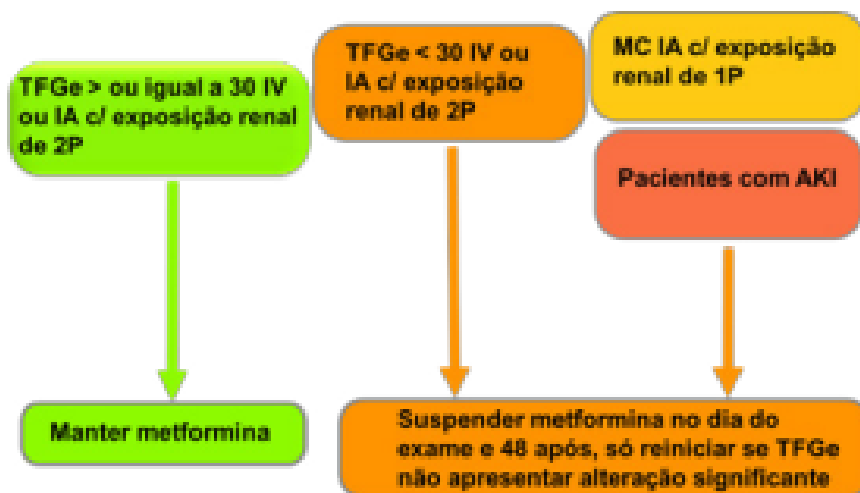
Fonte: adaptada do Manual on Contrast Media - ACR 2023.

Tabela 3. Esquema de pré-medicação injetável.

DROGA	PERÍODO	ADULTO
SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA OU SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA	1 hora antes do exame	40 mg IV
		200 mg IV
DIFENIDRAMINA	1 hora antes do exame	50 mg IV

*Fonte: adaptada do Manual on Contrast Media - ACR 2023***Orientações quanto ao uso de metformina:**

Diagrama 1. Pacientes em uso de metformina. Recomendações.



Fonte: adaptada do ESUR Guidelines on Contrast Agents - versão 10.0.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médicos da Atenção Básica
- Médicos Especialistas

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO**Indicações:**

Traumatismo crânio encefálico (TCE);

Hemorragias cerebrais;

Tumores (diagnóstico e estadiamento);

Metástases (detecção e acompanhamento);

Infecções;

Acidente vascular cerebral (AVC);

Doenças degenerativas do encéfalo;

Aneurismas;

Trombose venosa

Convulsões recentes a esclarecer;

Cefaleia grave a esclarecer;

Hidrocefalia;

Distúrbios do comportamento (desde que afastadas causas metabólicas e/ou uso de drogas)

USO DO CONTRASTE:

Não.

Não.

Sim.

Sim.

Sim.

Não.

Não.

Sim (angiotomografia arterial).

Sim.

Não. Se for caracterização lesão expansiva ou suspeita de infecção a injeção de contraste será realizada.

Sim.

Não.

Não.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO/Pré-requisitos:

- Preencher o seguinte checklist:
 - Qual o motivo da indicação do exame atual?
 - Tem histórico de nefropatia?
() Não.
() Sim. Descrever o resultado da última creatinina e taxa de filtração glomerular.
 - Paciente possui exame anterior?
() Não.
() Sim. Descrever o laudo.

- Paciente do sexo feminino tem atraso menstrual?

() Não.

() Sim. Descrever resultado de Beta HCG.

- Peso maior do que 150kg?

() Não.

() Sim.

- Informar exame clínico completo, porém conciso, e resumo das conclusões de laudos de exames anteriores sempre que houver: TC, RM, exame do líquido (se doença infecciosa).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:

VERMELHO	Pesquisa de tumor / metástase cerebral, traumatismo de crânio (TCE) grave, AVC, infecção, aneurisma cerebral roto.
AMARELO	TCE moderado. Cefaleia intensa de início súbito. Convulsões de início recente. Suspeita de hidrocefalia.
VERDE	Hidrocefalia crônica. Traumatismo craniano (controle/antigo); AVC (controle/antigo); Cefaleia (sem sinais de alarme).
AZUL	Cefaleia crônica. Tonturas, vertigens e náuseas. Doença degenerativa.

TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/CONTRASTE
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/CONTRASTE
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBOSACRA C/ OU S/CONTRASTE**Indicações:**

Estenose do Canal Medular (suspeita);

Fratura (suspeita/controle);

Hérnia discal sintomática;

Má formação congênita (hemi- vértebras);

Metástases (detecção e acompanhamento);

Processos expansivos;

Tumores (diagnóstico e estadiamento);

Processos infecciosos.

USO DO CONTRASTE:

Não.

Não.

Não

Não

Sim

Sim

Sim

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO/Pré-requisitos:

- Preencher o seguinte checklist:
 - Qual o motivo da indicação do exame atual?
 - Tem histórico de nefropatia?
() Não.
() Sim. Descrever o resultado da última creatinina e taxa de filtração glomerular.
 - Paciente possui exame anterior?
() Não.
() Sim. Descrever o laudo.
 - Paciente do sexo feminino tem atraso menstrual?
() Não.
() Sim. Descrever resultado de Beta HCG.
 - Peso maior do que 150kg?
() Não.
() Sim.
- Informar exame clínico completo, porém conciso, e resumo das conclusões de laudos de exames anteriores sempre que houver: TC, RM, exame do líquido (se doença infecciosa).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:

VERMELHO	Suspeita de compressão da medula espinhal ou síndrome da cauda equina. Perda de força progressiva. Dor lombar intensa que não responde ao tratamento. Suspeita de fratura ou luxação com trauma recente. Suspeita de infecção grave.
AMARELO	Dor lombar com irradiação para membros. Alterações de sensibilidade ou formigamento. Suspeita de hérnia de disco. Dor lombar crônica com piora progressiva.
VERDE	Dor lombar sem sinais de alarme. Dor lombar associada a alterações posturais.
AZUL	Investigação de doenças degenerativas.

TOMOGRAFIA DE SEIOS DA FACE**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO**

Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face;

Tumores;

Sinusites crônicas;

Traumatismo facial;

Fraturas de face – acompanhamento.

USO DO CONTRASTE:

Não.

Sim.

Não

Não

Não.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO/Pré-requisitos:

- Preencher o seguinte checklist:
 - Qual o motivo da indicação do exame atual?
 - Tem histórico de nefropatia?
() Não.
() Sim. Descrever o resultado da última creatinina e taxa de filtração glomerular.
 - Paciente possui exame anterior?
() Não.
() Sim. Descrever o laudo.
 - Paciente do sexo feminino tem atraso menstrual?
() Não.
() Sim. Descrever resultado de Beta HCG.
 - Peso maior do que 150kg?
() Não.
() Sim.
 - Informar exame clínico completo, porém conciso, e resumo das conclusões de laudos de exames anteriores sempre que houver: TC, RM, exame do líquido (se doença infecciosa).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:**VERMELHO**

Trauma facial moderado / grave. Sinusite aguda com complicações. Tumores e processos expansivos. Sinusopatias críticas.

AMARELO	Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face.	
VERDE	Sinusite crônica.	
AZUL	Acompanhamento de fraturas da face. Desvio de septo nasal.	

TOMOGRAFIA DE PESCOÇO**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO**

Pesquisa de adenomegalia;

Pesquisa de foco de infecção e neoplasias;

Estadiamento dos tumores;

Nódulo de tireoide com sintomas compressivos.

USO DO CONTRASTE:

Sim.

Sim

Sim

Sim

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO/Pré-requisitos:

- Preencher o seguinte checklist:
 - Qual o motivo da indicação do exame atual?
 - Tem histórico de nefropatia?
() Não.
() Sim. Descrever o resultado da última creatinina e taxa de filtração glomerular.
 - Paciente possui exame anterior?
() Não.
() Sim. Descrever o laudo.
 - Paciente do sexo feminino tem atraso menstrual?
() Não.
() Sim. Descrever resultado de Beta HCG.
 - Peso maior do que 150kg?
() Não.
() Sim.
 - Informar exame clínico completo, porém conciso, e resumo das conclusões de laudos de exames anteriores sempre que houver: TC, RM, exame do líquido (se doença infecciosa).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:**VERMELHO**

Trauma com suspeita de fratura. Forte suspeita de tumor. Pesquisa de foco de infecção.

AMARELO	Estadiamento de tumores, nódulo de tireoide com sintomas compressivos.
VERDE	Pesquisa de adenomegalia.
AZUL	

TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA**Indicações:**

Investigação de cefaleias,

Suspeita de tumores ou alterações na
estrutura óssea;

Alterações hormonais;

Investigação de tumores na hipófise ou na
região circundante;Monitoramento de tumores em pacientes
com tumores hipofisários em
acompanhamento;

Alterações visuais;

Puberdade precoce;

Déficit de crescimento.

USO DO CONTRASTE:

Sim.

Sim.

Sim.

Sim.

Sim.

Sim.

Sim.

Sim.

Sim.

Sim.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO/Pré-requisitos:

- Preencher o seguinte checklist:
 - Qual o motivo da indicação do exame atual?
 - Tem histórico de nefropatia?
() Não.
() Sim. Descrever o resultado da última creatinina e taxa de filtração glomerular.
 - Paciente possui exame anterior?
() Não.
() Sim. Descrever o laudo.
 - Paciente do sexo feminino tem atraso menstrual?
() Não.
() Sim. Descrever resultado de Beta HCG.
 - Peso maior do que 150kg?
() Não.
() Sim.
- Informar exame clínico completo, porém conciso, e resumo das conclusões de laudos de exames anteriores sempre que houver: TC, RM, exame do líquido (se doença infecciosa).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:**VERMELHO**

Alterações visuais;

AMARELO**VERDE**

Investigação de cefaleias; Monitoramento de tumores em pacientes com tumores hipofisários em acompanhamento; Suspeita de tumores ou alterações na estrutura óssea; Alterações hormonais;
Investigação de tumores na hipófise ou na região circundante;
Monitoramento de tumores em pacientes com tumores hipofisários em acompanhamento;
Alterações visuais;
Puberdade precoce;
Déficit de crescimento.

AZUL

TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Indicações:

- **Dor lombar crônica:** Quando a causa da dor não é identificada por outros exames.
- **Dormência, fraqueza ou dor em membros:** Para identificar a causa dessas alterações, que podem estar relacionadas a compressão de nervos.
- **Suspeita de hérnia de disco ou tumores:** Para confirmar a presença e a extensão dessas condições.
- **Lesões traumáticas na coluna:** Para avaliar a extensão e a gravidade das fraturas ou outras lesões.
- **Contraindicações à ressonância magnética:** Em alguns casos, a tomomielografia pode ser a alternativa para avaliar o canal raquidiano.
- **Investigação de fístulas liquóricas:** A tomomielografia dinâmica pode ser utilizada para identificar e avaliar fístulas liquóricas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO/Pré-requisitos:

- Preencher o seguinte checklist:
 - Qual o motivo da indicação do exame atual?
 - Tem histórico de nefropatia?
 - () Não.
 - () Sim. Descrever o resultado da última creatinina e taxa de filtração glomerular.
 - Paciente possui exame anterior?
 - () Não.
 - () Sim. Descrever o laudo.
 - Paciente do sexo feminino tem atraso menstrual?
 - () Não.
 - () Sim. Descrever resultado de Beta HCG.
 - Peso maior do que 150kg?
 - () Não.
 - () Sim.
- Informar exame clínico completo, porém conciso, e resumo das conclusões de laudos de exames anteriores sempre que houver: TC, RM, exame do líquido (se doença infecciosa).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:



VERMELHO		
AMARELO	Todos os casos acima	
VERDE		
AZUL		

**TOMOGRAFIA PARA EMISSÃO DE PÓSITRONS
(PET-CT)****Indicações:**

- Estadiamento e avaliação da resposta ao tratamento em pacientes com câncer de pulmão;
- Câncer colorretal;
- Linfomas de Hodgkin e
- Linfomas não Hodgkin.
- Recomenda-se consultar a lista de CID's disponível na Tabela SIGTAP.*

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO/Pré-requisitos:

- Preencher o seguinte checklist:
 - Qual o motivo da indicação do exame atual?
() Não.
() Sim. Descrever o resultado da última creatinina e taxa de filtração glomerular.
 - Tem histórico de nefropatia?
() Não.
() Sim. Descrever o laudo.
 - Paciente possui exame anterior?
() Não.
() Sim. Descrever resultado de Beta HCG.
 - Peso maior do que 150kg?
() Não.
() Sim.
- Informar exame clínico completo, porém conciso, e resumo das conclusões de laudos de exames anteriores sempre que houver: TC, RM, exame do líquido (se doença infecciosa).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:**VERMELHO**

todos os itens descritos acima

AMARELO**VERDE**

AZUL**TOMOGRAFIA DE TÓRAX****Indicações:**

Traumatismo;

Hemoptise;

Tumores (diagnóstico e estadiamento);

Metástases (detecção e acompanhamento);

Nódulos não neoplásicos (avaliação e acompanhamento);

Pneumopatias Intersticiais;

Lesões de mediastino, hilos, pleura (avaliação);

Bronquiectasias (acompanhamento);

Síndrome de compressão da veia cava superior;

Doenças da aorta (aneurisma/dissecção);

Tromboembolismo pulmonar (TEP);

Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural.

USO DO CONTRASTE:

Não.

Não.

Sim.

Sim.

Sim.

Não.

Sim.

Não.

Sim.(Angiotomografia de veia cava superior).

Sim (Angiotomografia da aorta torácica).

Sim. (Angiotomografia da artéria pulmonar).

Não.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO/Pré-requisitos:

- Preencher o seguinte checklist:
 - Qual o motivo da indicação do exame atual?
 - Tem histórico de nefropatia?
 - () Não.

- () Sim. Descrever o resultado da última creatinina e taxa de filtração glomerular.
- Paciente possui exame anterior?
() Não.
() Sim. Descrever o laudo.
- Paciente do sexo feminino tem atraso menstrual?
() Não.
() Sim. Descrever resultado de Beta HCG.
- Peso maior do que 150kg?
() Não.
() Sim.
 - Informar exame clínico completo, porém conciso, e resumo das conclusões de laudos de exames anteriores sempre que houver: TC, RM, exame do líquido (se doença infecciosa).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:

VERMELHO	Traumatismo, hemoptise, diagnóstico e estadiamento de tumores, TEP, dissecação de aorta, fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural, Doenças da aorta (aneurisma roto).
AMARELO	Doenças da aorta (aneurisma não roto).
VERDE	Síndrome de compressão da veia cava superior, pneumopatias Intersticiais, avaliação de lesões em mediastino, hilos ou pleura, acompanhamento de tumores e metástases.
AZUL	Nódulos não neoplásicos (avaliação e acompanhamento), acompanhamento de bronquiectasias.

TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR

TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR	
Indicações:	USO DO CONTRASTE:
Abscessos (suspeita/ acompanhamento);	Sim
Dor abdominal após traumatismos;	Sim.
Tumores (diagnóstico, estadiamento e acompanhamento);	Sim.
Metástases (diagnóstico, estadiamento e acompanhamento);	Sim.
Aneurismas (diagnóstico e controle);	Sim (Angiotomografia de aorta; angiotomografia arterial de abdome superior - não inclui artérias ilíacas)
Pancreatites;	Sim.
Linfonodomegalia em andar superior do abdômen (investigação e acompanhamento);	Sim.
Investigação de dor abdominal crônica em andar superior do abdômen após	Sim.
investigação inicial.	Sim.
Calculo renal.	Não
Avaliação de veia cava (trombose)	Sim (Angiotomografia de veia cava; angiotomografia venosa de abdome superior - não inclui veias ilíacas).
Estenose de artérias renais.	Sim (Angiotomografia de aorta e artérias renais).
Avaliação de veia porta (trombose)	Sim

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO/Pré-requisitos:

- Preencher o seguinte checklist:
 - Qual o motivo da indicação do exame atual?
 - Tem histórico de nefropatia?
 - () Não.
 - () Sim. Descrever o resultado da última creatinina e taxa de filtração glomerular.
 - Paciente possui exame anterior?
 - () Não.
 - () Sim. Descrever o laudo.
 - Paciente do sexo feminino tem atraso menstrual?
 - () Não.
 - () Sim. Descrever resultado de Beta HCG.
 - Peso maior do que 150kg?
 - () Não.
 - () Sim.
- Informar exame clínico completo, porém conciso, e resumo das conclusões de laudos de exames anteriores sempre que houver: TC, RM, exame do líquido (se doença infecciosa).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:

VERMELHO	Aneurisma sintomático, pancreatite aguda, suspeita de abscessos, dor após traumatismos, tumores (diagnóstico e estadiamento), ureterolitíase. Avaliação de veia cava (trombose), coleção/ fístula.
AMARELO	Metástases, investigação de linfonodomegalia. Avaliação de veia porta (trombose).
VERDE	Controle de abscesso, acompanhamento de tumores. Estenose de artérias renais.
AZUL	Controle de aneurisma, pancreatite crônica ou linfonodomegalia, investigação de dor abdominal crônica. Cálculo renal.

TOMOGRAFIA DA PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR**Indicações**

Dor após traumatismos;

Controle de abscessos;

Processos expansivos (diagnóstico,
estadiamento e acompanhamento);

Metástases (detecção e acompanhamento);

Avaliação/estadiamento de doenças
oncológicas;Investigação de dor pélvica crônica após
investigação inicial.

Ureterolitiase distal, calculo em bexiga.

Aneurisma em artérias ilíacas (ou extensão
para as mesmas).Avaliação de veias ilíacas (compressão,
trombose).**USO DO CONTRASTE:**

Não.

Sim.

Sim.

Sim.

Sim.

Sim.

Não.

Sim (Angiotomografia de artérias ilíacas /
angiotomografia arterial de abdome
inferior)Sim (Angiotomografia de veias ilíacas /
angiotomografia venosa de abdome
inferior)**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO/Pré-requisitos:**

- Preencher o seguinte checklist:
 - Qual o motivo da indicação do exame atual?
 - Tem histórico de nefropatia?
() Não.
() Sim. Descrever o resultado da última creatinina e taxa de filtração glomerular.
 - Paciente possui exame anterior?
() Não.
() Sim. Descrever o laudo.
 - Paciente do sexo feminino tem atraso menstrual?
() Não.
() Sim. Descrever resultado de Beta HCG.

- Peso maior do que 150kg?

() Não.

() Sim.

- Informar exame clínico completo, porém conciso, e resumo das conclusões de laudos de exames anteriores sempre que houver: TC, RM, exame do líquido (se doença infecciosa).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:

VERMELHO	Dor após traumatismos, diagnóstico e estadiamento de tumores, abscessos, ureterolitíase distal. Aneurisma em artérias ilíacas (ou extensão para as mesmas) com suspeita de rotura; Avaliação de veias ilíacas (trombose).
AMARELO	Acompanhamento de tumores e metástases; Aneurisma em artérias ilíacas (ou extensão para as mesmas) íntegro.
VERDE	Investigação de dor pélvica crônica.
AZUL	Calculo em bexiga. Avaliação de veias ilíacas (compressão).

TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR (OMBRO, COTOVELO OU PUNHO)**TOMOGRAFIA DE SEGUIMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)****TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR (COXOFEMORAL, JOELHO, CALCANHAR)****Indicações:**

Dor após traumatismos;

Tumores (diagnóstico, estadiamento e acompanhamento);

Processos expansivos;

Metástases (detecção e acompanhamento);

Fraturas;

Má formação congênita (diagnóstico e acompanhamento);

Investigação de dor articular crônica após investigação inicial.

Infecção/abscesso.

Avaliação de oclusão arterial.

Aneurisma

USO DO CONTRASTE:

Não.

Sim.

Sim.

Sim.

Não

Não.

Não

Sim.

Sim. Angiotomografia arterial de coxa e/ou perna.

Sim. Angiotomografia arterial de coxa e/ou perna.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO/Pré-requisitos:

- Preencher o seguinte checklist:
 - Qual o motivo da indicação do exame atual?
 - Tem histórico de nefropatia?
() Não.
() Sim. Descrever o resultado da última creatinina e taxa de filtração glomerular.
 - Paciente possui exame anterior?
() Não.

- () Sim. Descrever o laudo.
- Paciente do sexo feminino tem atraso menstrual?
() Não.
() Sim. Descrever resultado de Beta HCG.
- Peso maior do que 150kg?
() Não.
() Sim.

Informar exame clínico completo, porém conciso, e resumo das conclusões de laudos de exames anteriores sempre que houver: TC, RM, exame do líquido (se doença infecciosa).

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADES:

VERMELHO	Processo expansivo, fraturas, tumores (diagnóstico, estadiamento), abscessos. Avaliação de oclusão arterial aguda. Infecção/abscesso.
AMARELO	Má formação congênita sintomática, Acompanhamento de tumores e metástases. Aneurisma.
VERDE	Avaliação de oclusão arterial crônica.
AZUL	Investigação de dor articular crônica.

Anexo 1

Tomografia computadorizada com anestesia

Os exames de tomografia computadorizada (TC) com anestesia são realizados, conforme disponibilidade do Serviço de Anestesia da UFTM. A indução anestésica pode ser do tipo **geral** ou **balanceada** (inalatória e endovenosa), conforme avaliação e decisão do anestesiológico do serviço executante.

Indicações para TC com anestesia:

- Pacientes com **idade inferior a 4 anos**;
- Pacientes com **desorientação ou agitação psicomotora**;
- Pacientes que não conseguiram realizar o exame sem anestesia;

Pré-requisitos:

- Pacientes internados em outras instituições devem providenciar transporte, além de trazer solicitação do exame e prontuário.
- **Acompanhante maior de idade é obrigatório para pacientes menores de 18 anos**;
- Termos de consentimento assinados, disponíveis no setor de TC;

Jejum para anestesia:

- 8 horas para líquidos e sólidos (adultos e crianças com alimentação não restritiva);
- 6 horas para pacientes em uso de fórmulas alimentares;
- 4 horas para crianças em amamentação exclusiva;
- Até 300 ml de água permitidos até 3 horas antes do procedimento.

Medicamentos que devem ser suspensos antes do procedimento anestésico:

- 21 dias antes do exame: **Ozempic, Rybelsus**;
- 15 dias antes do exame: **Trulicity, Mounjaro, Lixisenatida**;
- 72 horas antes do exame: **Naltrexona (Revia e Contrave) via oral** (se via intramuscular, suspender por 28 dias), além de **Forxiga, Jardiance, Victoza e Saxenda**;
- 48 horas antes do exame: **Glifage**.

Colaboração para Elaboração:

- Médicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – HC–UFTM; Hospital Regional José Alencar; Hospital Universitário Mário Palmério e Hospital Hélio Angotti.
- Médicos Reguladores do Núcleo Interno de Regulação Ambulatorial do município de Uberaba.

Elaboração	Implementação	Revisão
Agosto/2025	Setembro/2025	Setembro/2027

REFERÊNCIAS

- Protocolo de acesso às consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Complexo Regulador do Estado do Amazonas. Manaus, AM. 2009. Disponível em http://www.saude.am.gov.br/docs/CR/protocolo_derma_e_cardio.pdf Acesso em: 7 mar. 2011.
- Protocolos de Acesso e Classificação de Risco, Governo de Santa Catarina. 2023. saude.sc.gov.br
- Protocolo de regulação do acesso: procedimentos de média e alta complexidade. Secretaria Municipal de Saúde de Parnaíba/PI. Coordenação de controle, avaliação, regulação e auditoria. 2011. Disponível em: [http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/PROTOCOLO%20DE%20ACESSO%20DE%20REGULAO%20-%20PARNAIBA PI%20UNICO.pdf](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/PROTOCOLO%20DE%20ACESSO%20DE%20REGULAO%20-%20PARNAIBA%20UNICO.pdf)