

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Fígado
- Vias Biliares
- Vesícula Biliar
- Baço
- Pâncreas
-
- Não inclui a avaliação de Rins, Aorta Abdominal, Veia Cava Inferior e demais estruturas retroperitoneais.
- O estudo com Doppler não está incluído, devendo ser solicitado especificamente o órgão desejado no pedido médico quando for necessária sua realização
- A avaliação das estruturas da parede abdominal não está incluída nesse tipo de exame

INDICAÇÕES PARA US ABDOMEN SUPERIOR

- Cirrose
- Colecistite
- Colelitíase (suspeita)
- Dor abdomen superior a esclarecer
- Esplenomegalia
- Estadiamento neoplasia
- Esteatose hepática
- Etilismo
- Fígado policístico
- Hemangioma (controle)
- Hepatites virais
- Hepatomegalia
- Hepatopatia crônica
- Massa abdominal abdome superior
- Nódulo hepático
- Pancreatite crônica
- Polipo vesicular (controle)
- Rastreamento de hepatocarcinoma

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Fígado
- Vias Biliares
- Vesícula Biliar
- Baço
- Pâncreas
- .
- Não inclui a avaliação de Rins, Aorta Abdominal, Veia Cava Inferior e demais estruturas retroperitoneais.
- O estudo com Doppler não está incluído, devendo ser solicitado especificamente o órgão desejado no pedido médico quando for necessária sua realização
- A avaliação das estruturas da parede abdominal não está incluída nesse tipo de exame

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US ABDOMEN SUPERIOR

VERMELHO

- Massa abdominal
- Cirrose
- Estadiamento neoplasia
- Nódulo hepático
- Colecistite

AMARELO

- Hepatopatia crônica/ Hepatites virais/ Rastreo de hepatocarcinoma
- Hepatomegalia/ Esplenomegalia
- Alteração transaminases
- Fígado policístico
- Pancreatite crônica

VERDE

- Dor sem sinais de alarme
- Esteatose hepática
- Colelitíase (suspeita)
- Hemangioma (controle)
- Etilismo
- Polipo vesicular (controle)

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Fígado
- Vias Biliares
- Vesícula Biliar
- Baço
- Pâncreas
- Rins
- Bexiga.
- Aorta Abdominal, a Veia Cava Inferior e demais estruturas retroperitoneais

- Quando necessária, a avaliação com Doppler de alguma destas estruturas deverá ser solicitada
-

A avaliação dos órgãos pélvicos (útero, ovários e anexos, próstata e vesículas seminais) e parede abdominal não está incluída

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Avaliação de órgãos de abdome superior: solicitar **US ABDOME SUPERIOR**
- Sinais e sintomas específicos do aparelho urinário: solicitar **US APARELHO URINÁRIO**

INDICAÇÕES PARA US ABDOMEN TOTAL

- Aneurisma de aorta
- Dor abdominal
- Icterícia
- Massa abdominal
- Doença Renal Crônica
- Pré-operatório
- Puberdade precoce
- Seguimento oncológico
- Suspeita neoplasia

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Fígado
- Vias Biliares
- Vesícula Biliar
- Baço
- Pâncreas
- Rins
- Bexiga.
- Aorta Abdominal, a Veia Cava Inferior e demais estruturas retroperitoneais
- Quando necessária, a avaliação com Doppler de alguma destas estruturas deverá ser solicitada
- A avaliação dos órgãos pélvicos (útero, ovários e anexos, próstata e vesículas seminais) e parede abdominal não está incluída

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Avaliação de órgãos de abdome superior: solicitar **US ABDOME SUPERIOR**
- Sinais e sintomas específicos do aparelho urinário: solicitar **US APARELHO URINÁRIO**

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US ABDOMEN TOTAL

VERMELHO

- Suspeita neoplasia/ perda ponderal
- Massa abdominal associada a sinais de alarme: emagrecimento
- Pré-operatório
- Icterícia

AMARELO

- Aneurisma de aorta
- Seguimento oncológico
- Puberdade precoce

VERDE

- Dor sem sinais de alarme
- Esteatose hepática (abdomen superior)
- Polipo vesicular (controle)
- DRC
- Angiomiolipoma renal

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Rins
- Bexiga
- Os ureteres e as glândulas adrenais são citados apenas se detectada alguma patologia demonstrável pelo método.
- A realização de avaliação pós-miccional da bexiga pode ser incluída à critério do médico executante, em respeito à indicação clínica ou se solicitada.
- A avaliação dos órgãos pélvicos (útero, ovários e anexos, próstata e vesículas seminais) não está incluída nesta avaliação.
- O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame: solicitar especificamente

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Pacientes com sintomas relacionados a próstata devem ser avaliados por US PRÓSTATA
- HAS secundaria : inserir em retroperitonio com doppler

INDICAÇÕES PARA US APARELHO URINÁRIO

- Cisto renal- acompanhamento
- Doença renal crônica (DRC)
- Endometriose profunda
- Hematúria
- Hidronefrose
- Litíase
- Neoplasia (suspeita/ seguimento)
- Processos infecciosos de repetição (ITU/ Pielonefrite)
- Puberdade precoce
- Rim policistico
- Rim Único

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME (Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Rins
- Bexiga
- Os ureteres e as glândulas adrenais são citados apenas se detectada alguma patologia demonstrável pelo método.
- A realização de avaliação pós-miccional da bexiga pode ser incluída à critério do médico executante, em respeito à indicação clínica ou se solicitada.
- A avaliação dos órgãos pélvicos (útero, ovários e anexos, próstata e vesículas seminais) não está incluída nesta avaliação.
- O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame: solicitar especificamente

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Pacientes com sintomas relacionados a próstata devem ser avaliados por US PRÓSTATA

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US APARELHO URINÁRIO	
VERMELHO	• Suspeita neoplasia
AMARELO	• Processos infecciosos de repetição (ITU/ Pielonefrite) • Hematúria • Neoplasia previa- seguimento • Puberdade precoce? • Endometriose profunda? • Hidronefrose • Rim policistico • Rim Único • DRC grau 4 e 5 (CI Cr <30)
VERDE	• Litíase • DRC 1, 2 e 3 (CI Cr > 30) • Cisto renal- acompanhamento

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

NOMENCLATURAS DISPONÍVEIS:

- Antebraço Direito/ Antebraço Esquerdo
- Braço Direito/ Braço Esquerdo
- Clavícula
- Cotovelo Direito/ Cotovelo Esquerdo
- Coxa Direita/ Coxa Esquerda
- Coxo-femoral Direita/ Coxo- femoral Esquerda
- Dedos
- Dedos do pé
- Joelho Direito/ Joelho Esquerdo
- Mão Direita/ Mão Esquerda
- Ombro Direito/ Ombro Esquerdo
- Pé Direito/ Pé Esquerdo
- Perna Direita/ Perna Esquerda
- Punho Direito/ Punho Esquerdo
- Quadril
- Tendão de Aquiles
- Tornozelo Direito/ Tornozelo Esquerdo

INDICAÇÕES PARA US ARTICULAÇÃO

- Corpos estranhos em tecidos moles;
- Entorses articulares com possível lesão ligamentar
- Efusões em bursas e articulações
- Derrames articulares;
- Bursites;
- Tumores de tecidos moles;
- Cistos ganglionares
- Cistos sinoviais;
- Lesão por esforço repetido (LER);
- Artrite séptica;
- Tendinites e tendinopatias;
- Espessamento de bainha tendinosa de qualquer natureza;
- Lesão muscular e tendinosa.

Observação: Em quadros dolorosos crônicos a ultrassonografia muitas vezes pouco auxilia na tomada de decisão clínica ou mesmo na elucidação diagnóstica. Em regra geral, as solicitações de Ultrassonografia de Articulação deverão ser feitas por especialistas (Ortopedia, Fisiatria, Reumatologia) que estão investigando patologias ou tratando pacientes dentro de uma especialidade. Não é vedada a outros profissionais médicos a solicitação deste exame. Nesses casos, passará por análise individualizada, observando os itens, tais como: História da doença atual; Exame físico completo; Hipótese diagnóstica; Resultados de exames anteriores subsidiados e autorizados pelo SUS; Justificativa da relevância de solicitação perante a hipótese diagnóstica; Proposta de tratamento na confirmação da hipótese diagnóstica mais provável.

NOMENCLATURAS DISPONÍVEIS:

- Antebraço Direito/ Antebraço Esquerdo
- Braço Direito/ Braço Esquero
- Clavícula
- Cotovelo Direito/ Cotovelo Esquerdo
- Coxa Direita/ Coxa Esquerda
- Coxo-femoral Direita/ Coxo- femoral Esquerda
- Dedos
- Dedos do pé
- Joelho Direito/ Joelho Esquerdo
- Mão Direita/ Mão Esquerda
- Ombro Direito/ Ombro Esquerdo
- Pé Direito/ Pé Esquerdo
- Perna Direita/ Perna Esquerda
- Punho Direito/ Punho Esquerdo
- Quadril
- Tendão de Aquiles
- Tornozelo Direito/ Tornozelo Esquerdo

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US ARTICULAÇÃO

VERMELHO

- Artrite séptica
- Suspeita de tumor de tecido mole

AMARELO

- Corpo estranho em tecidos moles
- Lesão tendinosa ou muscular recentes

VERDE

- Demais indicações

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Partes moles da axila direita ou esquerda conforme o pedido médico, incluindo a pesquisa de linfonodos atípicos nos níveis I, II e III.
- O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Lesão axilar associado a nódulo mamário: solicitar **US MAMA** (inclui avaliação axilar)

INDICAÇÕES PARA US AXILA

- Abscesso/ inflamação
- Linfonodomegalia: informar características
- Nódulo
- Suspeita de glândula mamária axilar

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Partes moles da axila direita ou esquerda conforme o pedido médico, incluindo a pesquisa de linfonodos atípicos nos níveis I, II e III.
- O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame, devendo ser solicitado especificamente no pedido médico quando sua realização for necessária

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Lesão axilar associado a nódulo mamário: solicitar **US MAMA** (inclui avaliação axilar)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US AXILA

VERMELHO

- Adenomegalia associada a sinais de alarme: nódulo aderido, endurecido, emagrecimento

AMARELO

- Linfonodomegalia
- Inflamação/ Abscesso
- Nódulo
- Suspeita de glândula mamária axilar

VERDE

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Hérnia inguinal mesmo com extensão para bolsa escrotal: solicitar **US INGUINAL**

INDICAÇÕES PARA US BOLSA ESCROTAL

- Cisto de epidídimo
- Hidrocele
- Hipogonadismo
- Neoplasia (suspeita/ seguimento)
- Nódulo testicular
- Orquiepididimite
- Pré operatório
- Pós trauma
- Testículo retrátil
- Varicocele

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Hérnia inguinal mesmo com extensão para bolsa escrotal: solicitar **US INGUINAL**

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US BOLSA ESCROTAL

VERMELHO	• Neoplasia (suspeita) • Orquiepididimite • Pré operatório
AMARELO	• Seguimento neoplasia • Nódulo testicular • Testículo retrátil • Pós trauma
VERDE	• Varicocele • Hipogonadismo • Hidrocele • Cisto de epidídimo

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Linfonodos cervicais em todos os seus compartimentos (centrais e laterais)
- Leito tireoideano (exclusivamente em caso de tireoidectomia total prévia), das lojas paratireoideanas e dos principais grupos musculares cervicais
- Glândulas paratireoides e grupos musculares são especificados apenas em caso de patologia detectada ao método
- Não inclui a avaliação da Tireoide e das Glândulas Salivares.
- O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame (solicitar especificamente) e não inclui a avaliação de vasos cervicais (carótidas e jugulares)

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

NODULO DE TIREOIDE deve ser avaliado por US TIREOIDE

INDICAÇÕES PARA US CERVICAL

- Adenomegalia : informar localização, característica e/ou associação com sinais de alarme
- Adenopatia supra-clavicular
- Aumento parótida
- Controle neoplasia
- Nódulo

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Linfonodos cervicais em todos os seus compartimentos (centrais e laterais)
- Leito tireoideano (exclusivamente em caso de tireoidectomia total prévia), das lojas paratireoideanas e dos principais grupos musculares cervicais
- Glândulas paratireoides e grupos musculares são especificados apenas em caso de patologia detectada ao método
- Não inclui a avaliação da Tireoide e das Glândulas Salivares.
- O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame (solicitar especificamente) e não inclui a avaliação de vasos cervicais (carótidas e jugulares)

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

NODULO DE TIREOIDE deve ser avaliado por US TIREOIDE

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US CERVICAL

VERMELHO

- Adenomegalia associada a sinais de alarme: nódulo aderido, endurecido, emagrecimento
- Adenopatia supra-clavicular

AMARELO

- Adenomegalia/ nódulo
- Aumento parótida
- Controle pos CA

VERDE

- Linfonodomegalia típica

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Hérnias
 - Massas
 - Coleções
 - Linfonodomegalias
-
- Pode ser uma avaliação unilateral ou bilateral, a depender da solicitação médica, que deve especificar a indicação do estudo e a lateralidade da investigação desejada.
-
- INFORMAR SE UNILATERAL OU BILATERAL

INDICAÇÕES PARA US INGUINAL

- Adenomegalia : informar característica e/ou associação com sinais de alarme
- Criptorquidia
- Hérnia inguinal

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Hérnias
 - Massas
 - Coleções
 - Linfonodomegalias
- Pode ser uma avaliação unilateral ou bilateral, a depender da solicitação médica, que deve especificar a indicação do estudo e a lateralidade da investigação desejada.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US INGUINAL

VERMELHO

- Adenomegalia associada a sinais de alarme: nódulo aderido, endurecido, emagrecimento

AMARELO

- Adenomegalia/ Nódulo
- Criptorquidia

VERDE

- Hérnia inguinal

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Glândulas Mamárias (Avaliação da sua ecotextura, Pesquisa e Caracterização de Nódulos ou outras Lesões Focais).
- O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame: solicitar especificamente

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Conforme acordo com os Ultrassonografistas do município a avaliação de axilas já está incluída no US mama, não sendo necessária solicitação adicional.

INDICAÇÕES PARA US MAMA

- Assimetria focal na mamografia
- Birads 0 (inconclusivo)
- Birads 1 e 2 (somente se HF Ca mama parente 1o grau)
- Birads 3 (acompanhamento)
- Birads 4 e 5 (suspeita)
- Cistos (acompanhamento)
- Ginecomastia unilateral/ bilateral em homem
- História Familiar Ca mama (parente 1º grau)
- Mama densa na mamografia
- Neoplasias: suspeita , estadiamento ou metástase
- Nódulo palpável
- Secreção/ Descarga papilar

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Glândulas Mamárias (Avaliação da sua ecotextura, Pesquisa e Caracterização de Nódulos ou outras Lesões Focais).
- O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame: solicitar especificamente

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Conforme acordo com os Ultrassonografistas do município a avaliação de axilas já está incluída no US mama, não sendo necessária solicitação adicional.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US MAMA

VERMELHO

- Neoplasias: suspeita , estadiamento ou metástase
- Birads 4 e 5
- Ginecomastia unilateral em homem
- Assimetria focal na mamografia

AMARELO

- Birads 0
- Birads 3
- Nódulo
- Secreção/ Descarga papilar
- HF Ca mama (parente 1º grau)

VERDE

- Birads 1 e 2 (somente se HF CA)
- Mama densa na mamografia
- Acompanhamento de cistos
- Ginecomastia bilateral

Critérios de encaminhamento

- Gestantes em pré natal de alto risco
- Todas as pacientes gestantes em pré natal de baixo risco em primeiro ou terceiro trimestre de gestação
- O ultrassom morfológico (entre 20ª e 24ª semana) não é oferecido pelo município.

Conteúdo descritivo mínimo:

Nome do paciente, Idade, Data da ultima menstruação (DUM), Data provável para o parto (DPP). Caso paciente tenha ultrassonografia obstétrica prévia descrever data do exame, idade gestacional na data do exame e DPP conforme dados do exame, História sucinta e motivo de acompanhamento em caso de gestações de alto risco

Exames complementares:

- Em caso de ultrassonografia obstétrica prévia, descrever principais resultados, idade gestacional na data do exame e data de realização do exame
- Orientar pacientes que possuem exames a levarem no dia do exame**

Encaminhamento para EMERGÊNCIA:

- Pacientes com **sangramento, perda líquida, ausência de BCF, trauma agudo, ausência de movimentação fetal por mais de 8 horas**, devem ser encaminhados maternidade para avaliação, não devendo inicialmente aguardar por liberação do exame eletivo

Indicações:

- Gestantes de alto risco
- Todas as pacientes gestantes de baixo risco no primeiro e terceiro trimestre de gestação
- Primeira consulta ou primeiro trimestre de gestação com descrição de Beta - HCG positivo e solicitação de translucência nugal na requisição (preferencialmente entre 11-14 semanas)
- Terceiro trimestre (preferencialmente entre 28-32 semanas)

PRIORIDADES DE ATENDIMENTOS:

São de extrema importância as informações descritas na solicitação repassadas via SISREG. A definição de prioridade de atendimento será guiada pelo presente protocolo de acesso e ficará a cargo do regulador de acordo com a descrição dos dados e nas evidências científicas cabíveis.

IMPORTANTE: INFORMAR

Sempre informar DUM e DPP

Informar se paciente já realizou US obstétrico prévio

Profissionais solicitantes:

Médicos da Atenção Primária à Saúde
Médicos Ginecologistas
Enfermeiros

Informação importante:

- Todos os exames deverão ser solicitados como obstétricos, mesmo quando de primeiro trimestre. A **via de realização** (pélvica ou transvaginal) será determinada pelo médico examinador.
- Os exames solicitados fora do Protocolo de pré-natal deverão ter justificativa clínica, tais como: Diabetes, discordância entre AU e IG. São solicitados apenas pelo médico, pois deverá ter avaliação clínica deste.

Protocolo de Acesso ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA

Orientações aos MÉDICOS REGULADORES

PRIORIDADES DE ATENDIMENTOS:

São de extrema importância as informações descritas na solicitação repassadas via SISREG. A definição de prioridade de atendimento será guiada pelo presente protocolo de acesso e ficará a cargo do regulador de acordo com a descrição dos dados e nas evidências científicas cabíveis.

Encaminhamento para EMERGÊNCIA:

- Pacientes com **sangramento, perda líquida, ausência de BCF, trauma agudo, ausência de movimentação fetal por mais de 8 horas**, devem ser encaminhados maternidade para avaliação

Profissionais solicitantes:

Médicos da Atenção Primária à Saúde
Médicos Ginecologistas
Enfermeiros

Informação importante:

- Todos os exames deverão ser solicitados como obstétricos, mesmo quando de primeiro trimestre. A **via de realização** (pélvica ou transvaginal) será determinada pelo médico examinador.
- Os exames solicitados fora do Protocolo de pré-natal deverão ter justificativa clínica, tais como: Diabetes, discordância entre AU e IG. São solicitados apenas pelo médico, pois deverá ter avaliação clínica deste.
- As solicitações com DPP prévia deverão ser negadas

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA

AMARELO

- Impossibilidade de determinar clinicamente a idade gestacional
- Paciente em acompanhamento em ambulatório de pré-natal de alto risco
- Alterações do traçado da medida de altura uterina (acima ou evoluindo acima da curva superior e abaixo ou evoluindo abaixo da curva inferior)

VERDE

- Gestação de baixo risco e que não realizaram o exame previamente

IMPORTANTE:

Informação importante:

Segundo o Ministério da Saúde: *Considerando-se que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela DUM são incorretas, pode-se oferecer à gestante, quando possível, o exame ultrassonográfico, que, além de melhor determinar a idade gestacional, auxilia na detecção precoce de gestações múltiplas (inclusive, evidencia o tipo de placentação nestes casos) e de malformações fetais clinicamente não suspeitas. Idealmente, o exame deve ser realizado entre 10 e 13 semanas, utilizando-se o CCN para determinar a IG. A partir da 15ª semana, a estimativa de IG será feita pela medida do DBP. Todavia, os possíveis benefícios da ultrassonografia de rotina durante a gestação sobre outros resultados permanecem ainda incertos, de modo que a não realização deste exame não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal.*

Diversas evidências clínicas sugerem não ser obrigatória a realização de rotina do US obstétrico em gestação de baixo risco, já que não há evidências de melhores resultados perinatais². Contudo um significativo número de gestações gemelares (38% em 15 mil gestantes) não é reconhecido até as 26 semanas sem a realização do exame. Na última atualização da revisão Cochrane sobre o assunto, a realização de Ultrassonografia até a 24ª semana de gestação demonstrou melhora da detecção precoce de gestações gemelares. Além disso, a melhora da precisão na datação da gestação pode resultar em menor número de induções devido pós-maturidade³. Ainda segundo a Colaboração Cochrane, as evidências atualmente disponíveis não demonstraram benefícios para mãe ou bebê com o uso de ultrassonografia no período tardio da gestação (após 24 semanas), já que não houve diferença em desfechos primários como mortalidade perinatal, parto pré-termo (<37 semanas), necessidade de cesariana e indução de parto.

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Grupos musculares da parede abdominal
- Hérnias
- Lesões subcutâneas em parede abdominal anterior (inclusive em região umbilical).
- A avaliação das regiões inguinais (inclusive pesquisa de hérnias, massas, coleções ou linfonodomegalias nestas regiões) não está incluída neste tipo de exame: solicitar separadamente
- Não inclui a avaliação dos órgãos intra-abdominais e da pelve: solicitar separadamente

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Hérnia inguinal: solicitar **US INGUINAL**
- Nódulo/ lipoma: solicitar **US PARTES MOLES**

INDICAÇÕES PARA US PAREDE ABDOMINAL

- Diástase
- Hérnia incisional
- Hérnia umbilical
- Hérnia parede abdominal
- Pré-operatório
- Secreção umbilical

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Grupos musculares da parede abdominal
- Hérnias
- Lesões subcutâneas em parede abdominal anterior (inclusive em região umbilical).

- A avaliação das regiões inguinais (inclusive pesquisa de hérnias, massas, coleções ou linfonodomegalias nestas regiões) não está incluída neste tipo de exame: solicitar separadamente

- Não inclui a avaliação dos órgãos intra-abdominais e da pelve: solicitar separadamente

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Hérnia inguinal: solicitar **US INGUINAL**
- Nódulo/ lipoma: solicitar **US PARTES MOLES**

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US PAREDE ABDOMINAL	
VERMELHO	• Pré-operatório
AMARELO	• Hérnia volumosa + dor • Secreção umbilical
VERDE	• Hérnia incisional • Hérnia umbilical • Hérnia parede abdominal • Diástase

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Hérnia inguinal: solicitar **US INGUINAL**

INDICAÇÕES PARA US PARTES MOLES

- Cisto
- Lipoma
- Nódulo

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Hérnia inguinal: solicitar **US INGUINAL**

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US PARTES MOLES

VERMELHO

AMARELO

VERDE

- Nódulo/ Lipoma/ Cisto

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

FEMININO: avaliação transabdominal

- Bexiga
 - Útero
 - Ovários e Regiões Anexiais.
-
- A realização de avaliação pós-miccional da bexiga pode ser incluída à critério do médico executante, em respeito à indicação clínica ou se solicitada .

MASCULINO: avaliação transabdominal

- Bexiga
- Próstata (volumetria e estimativa de peso)
- Vesículas Seminais
- Aferição de resíduo vesical pós-miccional

. OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Priorizar o pedido de **US TRANSVAGINAL** para avaliação de queixas ginecológicas, como alteração de fluxo, mioma, infertilidade, devido à maior sensibilidade do método pela via transvaginal
- O **US PÉLVICO** deve ser solicitado somente para pacientes com contraindicação ao exame transvaginal como: crianças e ausência de sexarca

INDICAÇÕES PARA US PÉLVICA

- Dor pélvica
- Hipermenorréia em paciente com contraindicação para exame por via endovaginal
- Nódulo anexial
- Pré- operatório
- Puberdade/ Pubarca precoce
- Síndromes genéticas
- Síndrome Ovário Policístico em paciente com contraindicação para exame por via endovaginal

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

FEMININO: avaliação transabdominal

- Bexiga
- Útero
- Ovários e Regiões Anexiais.

- A realização de avaliação pós-miccional da bexiga pode ser incluída à critério do médico executante, em respeito à indicação clínica ou se solicitada .

MASCULINO: avaliação transabdominal

- Bexiga
- Próstata (volumetria e estimativa de peso)
- Vesículas Seminais
- Aferição de resíduo vesical pós-miccional

. OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

- Priorizar o pedido de **US TRANSVAGINAL** para avaliação de queixas ginecológicas, como alteração de fluxo, mioma, infertilidade, devido à maior sensibilidade do método pela via transvaginal
- O **US PÉLVICO** deve ser solicitado somente para pacientes com contraindicação ao exame transvaginal como: crianças e ausência de sexarca

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US PÉLVICA

VERMELHO

- Nódulo anexial
- Pré- operatorio

AMARELO

- Hipermenorréia
- Puberdade/ Pubarca precoce
- Síndromes genéticas

VERDE

- Dor pélvica sem sinais de alarme
- Síndrome Ovário Policístico

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Bexiga
- Próstata (volumetria e estimativa de peso)
- Vesículas Seminais
- Aferição de resíduo vesical pós-miccional.

INDICAÇÕES PARA US PRÓSTATA (via abdominal)

- Suspeita Neoplasia
- Retenção urinária
- Aumento PSA
- Sintomas urinários
- Hiperplasia Prostática benigna

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Bexiga
- Próstata (volumetria e estimativa de peso)
- Vesículas Seminais
- Aferição de resíduo vesical pós-miccional.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US PRÓSTATA (via abdominal)

VERMELHO

- Suspeita neoplasia
- Retenção urinaria? Uso de sonda

AMARELO

- Aumento PSA
- Poliuria, urgência, nocturia?? Prostatismo/ Gotejamento pos miccional Luts
- Toque retal alterado

VERDE

- HPB- acompanhamento

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Não inclui a avaliação transabdominal da Bexiga nem a aferição de resíduo vesical pós-miccional

INDICAÇÕES PARA US PRÓSTATA (via transretal)

- Pré-operatório

Protocolo de Acesso US PRÓSTATA (via transretal)

Orientações aos MÉDICOS REGULADORES

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Não inclui a avaliação transabdominal da Bexiga nem a aferição de resíduo vesical pós-miccional

OBSERVAÇÕES (possíveis dúvidas):

A via TRANSRETAL deve ser indicada somente para casos pré-operatórios

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US PRÓSTATA (via transretal)

VERMELHO

- pré-operatórios

AMARELO

VERDE

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Tireoide (Volumetria, Avaliação da sua ecotextura, Pesquisa e Caracterização de Nódulos ou outras Lesões Focais)
- Não inclui a avaliação de linfonodos cervicais.
- O Doppler da Tireoide e de suas lesões focais (inclusive nódulos) não está incluído neste tipo de exame: solicitar especificamente.
- O Doppler de Tireoide não inclui a avaliação de vasos cervicais (carótidas e jugulares): solicitar especificamente.

INDICAÇÕES PARA US TIREÓIDE

- Bócio
- Nódulo (suspeito/ controle)
- Hipotireoidismo
- Tireotoxicose

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Tireoide (Volumetria, Avaliação da sua ecotextura, Pesquisa e Caracterização de Nódulos ou outras Lesões Focais)
- Não inclui a avaliação de linfonodos cervicais.
- O Doppler da Tireoide e de suas lesões focais (inclusive nódulos) não está incluído neste tipo de exame: solicitar especificamente.
- O Doppler de Tireoide não inclui a avaliação de vasos cervicais (carótidas e jugulares): solicitar especificamente.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US TIREÓIDE

VERMELHO

- Nódulo suspeito

AMARELO

- Bócio com tireotoxicose
- Nódulo

VERDE

- Bócio
- Hipotireoidismo
- Nódulo (controle)

Conteúdo descritivo mínimo na solicitação:

Nome do paciente, Indicação do exame e História sucinta com suspeita clínica. Em caso de exames prévios, descrever principais resultados e orientar paciente a levar laudos anteriores no dia do exame.

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Útero
- Ovários
- Regiões Anexiais
- A vagina é citada apenas se detectada alguma patologia demonstrável pelo método, não sendo necessariamente incluída no relatório do exame na ausência de alterações.
- O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame: solicitar especificamente

Profissionais solicitantes:

Médicos da Atenção Primária à Saúde
Médicos Ginecologistas
Enfermeiros (apenas nos casos de inserção de DIU)

INDICAÇÕES PARA US TRANSVAGINAL

- Abortamento repetição
- Cisto complexo
- Cisto dermoide
- Cisto hemorrágico
- Cisto vaginal
- Dispareunia
- DIU (pré inserção ou posicionamento)
- Doença Inflamatória Pélvica (DIP)
- Endometriose
- História Familiar Ca ovário (parente 1º grau)
- Infertilidade
- Irregularidade menstrual
- Menopausa
- Miomatose: informar se assintomático ou associado a anemia/ metrorragia)
- Metrorragia
- Neoplasia mama
- Pós aborto recente
- Sangramento pós menopausa
- Sangramento Uterino Anormal (SUA)
- Síndrome Ovário Policístico
- Sinusorragia
- Uso Terapia Reposição Hormonal (TRH)

ORGÃOS/ ESTRUTURAS AVALIADOS NO EXAME

(Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem):

- Útero
- Ovários
- Regiões Anexiais
- A vagina é citada apenas se detectada alguma patologia demonstrável pelo método, não sendo necessariamente incluída no relatório do exame na ausência de alterações.
- O estudo com Doppler não está incluído neste tipo de exame: solicitar especificamente

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA US TRANSVAGINAL

VERMELHO

- Sangramento pós menopausa
- DIP
- Pós aborto recente
- Cisto complexo > 50 anos

AMARELO

- Metrorragia
- Mioma + metrorragia/ anemia
- HF Ca ovário
- Infertilidade > 35 anos
- Posicionamento DIU
- Cisto complexo em < 50 anos/ Cisto hemorrágico
- Endometriose
- Abortamento repetição
- Ca mama
- Uso TRH

VERDE

- Pré-DIU
- Infertilidade < 35 anos
- Mioma assintomático
- Sinusorragia
- Irregularidade menstrual
- SUA
- Menopausa
- Dispareunia
- SOPC
- Cisto vaginal
- Cisto dermoide

Protocolo de Acesso ULTRASSONOGRAFIA

COLABORADORES

Dr. Carlos Alberto Wunderlich
Médico – Setor Regulação
Secretaria de Saúde de Palhoça/SC

Dr João Eduardo Marten Teixeira
Médico – Setor Regulação
Secretaria de Saúde de Palhoça-/SC

Cleudeni Moraes dos Santos
Superintendente Setor Regulação
Secretaria de Saúde de Palhoça- SC

Natália Souza Schmitz
Coordenadora Setor Regulação
Secretaria de Saúde de Palhoça- SC

Sandra Ribeiro de Abreu
Secretário Municipal de Saúde
Secretaria de Saúde de Palhoça- SC