



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

Observações a serem consideradas no preenchimento de todas as solicitações de Exames disponibilizados pela SMHS/SUS:

Toda solicitação de exame/procedimento deve ser feita em documento próprio normatizado e regulado pela Secretaria Municipal de Saúde (Requisição de Exames);

Os exames/procedimentos a serem solicitados são aqueles aceitos e consolidados pelo Ministério da Saúde, pela tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS;

Toda solicitação de exame/procedimento para ser autorizada deve estar preenchida corretamente, de **maneira legível** e em todos os campos: nome completo, idade, número do prontuário, sexo e origem do paciente;

Descrever o quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, principalmente se for indicado **prioridade**, descrevendo ou anexando também resultados de exames prévios, relacionados ao quadro, se realizados;

Cada requisição de Exame deve conter apenas 1 (um) pedido de Exame, preenchido de **maneira legível** de acordo com a descrição da “Tabela de Procedimentos do SIA/SUS” ;

É necessário data da solicitação e identificação do médico assistente, com carimbo e assinatura;

O formulário de Requisição de Exames deve estar identificado, com o carimbo da Unidade de Saúde, onde o paciente foi atendido.

ATENÇÃO: O preenchimento adequado é importante para que o exame/procedimento seja autorizado e no caso de exames com pouca oferta possa ser avaliada a ordem de prioridade.

O não preenchimento adequado determinará a devolução da solicitação para que seja refeita pelo profissional.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.ipepe@ipepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA

CÓDIGO SIA/SUS – 1401402-5

INDICAÇÕES:

- Identificação e caracterização anormalidades palpáveis,
- Para guiar procedimentos invasivos (OBS: Aspiração de Cistos e Aspiração com agulha fina para procedimentos pré-cirúrgicos e biopsia),
- Para avaliar problemas associados com implantes mamários,
- Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos,
- Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US prévio (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Mastologista,
- Ginecologista,
- Médico PSF,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL

CÓDIGO SIA/SUS – 1401801-2

INDICAÇÕES:

- Lesões Tumorais (Císticas e Sólidas),
- Aneurismas,
- Colelitíase,
- Nefrolitíase,
- Estudo do Retroperitônio,
- Orientar Biopsia para punção de lesões tumorais,
- Alterações morfofuncionais (má formação de vísceras),
- Dor abdominal,
- Hepatoesplenomegalia.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica detalhada,
- Exame Físico específico,
- Raio-X simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- O médico deverá ser o especialista da área / médicos da rede.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS/DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.ipepe@ipepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL E TRANSRETAL

CÓDIGO SIA/SUS – US da Próstata Abdominal - 1401403-3

CÓDIGO SIA/SUS – US da Próstata Transretal - 1401912-4

INDICAÇÕES:

- Câncer Prostático (suspeita),
- Hipertrofia prostática benigna,
- Prostatite,
- Infertilidade,
- Abscessos,
- Prostatismo,
- US com DOPPLER útil para detectar aumento da vascularização (selecionar sítios para biopsia).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US prévio (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Urologista,
- Cirurgião Geral,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA

CÓDIGO SIA/SUS – 1309202-2

INDICAÇÕES:

- Mulheres com idade igual ou superior a 40 anos,
- Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, com fator de risco,
- Nódulos,
- Alterações da pele das mamas,
- Fluxo papilar,
- Linfonodo axilar suspeito,
- Mulheres em Tratamento de Reposição Hormonal,
- Achado anormal em mamografia anterior.

TEMPO PARA REPETIÇÃO DO EXAME:

- Qualquer queixa, a qualquer momento para acompanhamento,
- 35 anos: se grupo de risco = Repetição anual,
- 40 anos sem queixas = Repetição anual,
- 40-50 anos = Repetição anual ou bianual,
- Após 50 anos = Repetição anual.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US ou mamografia prévia (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médico PSF,
- Mastologista,
- Oncologista,
- Ginecologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO

CÓDIGO SIA/SUS – 1401405-0

INDICAÇÕES:

- Tumores,
- Litíase,
- Má formação,
- Rim policístico,
- Insuficiência Renal,
- Hipertensão Arterial Sistêmica Renovascular (suspeita),
- Disfunção miccional.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio-X simples (conforme o caso),
- US prévio (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Urologista,
- Cirurgião Geral,
- Clínico Geral,
- Nefrologista,
- Oncologista,
- Pediatra,
- Médico PSF.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DO HIPOCONDRIO DIREITO

CÓDIGO SIA/SUS – 1401910-8

INDICAÇÕES:

- Colelitíase,
- Hepatopatias,
- Tumores.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio-X simples (conforme o caso),
- US prévio (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Geriatria,
- Cirurgião Geral,
- Clínico Geral,
- Gastroenterologista,
- Cirurgião Pediátrico,
- Pediatra,
- Médico PSF.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES

CÓDIGO SIA/SUS– 1401901-9

INDICAÇÕES:

- Tendinites,
- Cistos Sinoviais,
- Lesão por esforço repetido (LER),
- Disfunção da Articulação temporomandibular,
- Derrames Articulares,
- Bursites,
- Espessamento de Bainha Tendinosa de qualquer natureza.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio-X simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista,
- Reumatologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR

CÓDIGO SIA/SUS – 1401302-9

INDICAÇÕES:

- Tumores,
- Infecções,
- Corpo Estranho Intra ou Retrobulbar,
- Aumento de volume,
- Extrusão (principalmente unilateral).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Oftalmologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA

CÓDIGO SIA/SUS– 1401301-0

INDICAÇÕES:

- Hidrocefalia,
- Estenose dos vasos intracranianos de maior calibre,
- Avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doença obstrutiva das carótidas extracranianas,
- Avaliar roubo da subclávia,
- Monitorar vasoespasmos,
- Rastrear comprometimento da circulação cerebral na Anemia Falciforme.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio-X simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DO TÓRAX

CÓDIGO SIA/SUS – 1401913-2

INDICAÇÕES:

- Derrame Pleural,
- Pleuropatias,
- Patologias do diafragma,
- Patologias do mediastino.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio-X do tórax PA / Perfil.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Torácico,
- Pneumologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL

CÓDIGO SIA/SUS – 1401401-7

INDICAÇÕES:

- Aumento da bolsa escrotal,
- Tumores,
- Varicocele,
- Cistos de cordão,
- Infecções,
- Torções.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio-X simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Urologista,
- Pediatra,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER (ECOCARDIOGRAMA)

CÓDIGO SIA/SUS– 1401501-3

INDICAÇÕES:

- Lesão valvular,
- Miocardiopatias,
- Cardiopatias congênitas.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio-X simples (conforme o caso),
- ECG com laudo,
- Teste Ergométrico (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cardiologista,
- Pneumologista,
- Geneticista,
- Geriatra.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE

CÓDIGO SIA/SUS – 1401404-1

INDICAÇÕES:

- Hipotireoidismo,
- Hipertireoidismo,
- Cistos,
- Tumores.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Exames de laboratório (TSH, T4, T3).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Endocrinologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião de Cabeça e Pescoço,
- Cirurgião Torácico,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS

CÓDIGO SIA/SUS:*

INDICAÇÕES:

- Isquemia cerebral transitória ou prolongada,
- Síncope,
- Sopro carotídeo,
- Massa pulsátil cervical,
- Síndrome Vertiginosa,
- Amaurose Unilateral,
- Avaliar roubo da subclávia (suspeita),
- Avaliação para cirurgia de artérias carótidas e/ou vertebrais.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DE VEIAS CERVICAIS

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Síndrome de compressão da Veia Cava Superior,
- Sopro Cervical contínuo (Fístula artério-venosa).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DAS ARTÉRIAS DOS MEMBROS SUPERIORES

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Síndrome de compressão da Subclávia,
- Trombose Arterial Aguda,
- Embolia,
- Arterite / Endarterite em Fístula A-V,
- Parestesia,
- Hemangioma,
- Traumatismo com pressão ou lesão vascular.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DAS VEIAS DOS
MEMBROS SUPERIORES**

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Edema,
- Fístulas Arterio-Venosas,
- Hemangioma,
- Trombose Venosa.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DA ARTÉRIA AORTA ABDOMINAL

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Angina,
- Massa Pulsátil,
- Sopro Abdominal,
- Aneurisma,
- Dissecção Aórtica,
- Avaliar enxerto pós-cirurgia.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DAS ARTÉRIAS RENAIS

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Hipertensão Renovascular,
- Sopro,
- Rejeição de enxerto transplantado,
- Tumores renais e supra-renais,
- Avaliação e acompanhamento de transplante renal.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DAS ARTÉRIAS DOS
MEMBROS INFERIORES**

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Claudicação intermitente do membro inferior,
- Aneurisma das artérias poplíteas,
- Embolia,
- Trombose,
- Pé diabético,
- Ausência de pulso arterial do membro inferior,
- Diminuição do pulso arterial do membro inferior,
- Avaliação de enxerto pós-cirurgia,
- Massas pulsáteis.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DAS VEIAS DOS
MEMBROS INFERIORES**

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Trombose venosa profunda,
- Tromboflebite,
- Edema dos membros inferiores,
- Úlcera venosa,
- Avaliação do sistema venoso superficial e profundo,
- Varizes,
- Embolia Pulmonar e Paradoxal,
- Trauma do vaso.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E SELA TURCICA

Código SIA/SUS – 3501102-5

INDICAÇÕES:

- Traumatismo,
- Hemorragias,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Processos Expansivos,
- Doenças Degenerativas do Encéfalo,
- Aneurismas,
- Convulsões recentes a esclarecer.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples com laudo,
- Exame do Liquor (se doença infecciosa).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Ortopedista,
- Oncologista,
- Infectologista,
- Cirurgião Cabeça e Pescoço.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE TÓRAX

Código SIA/SUS – 3501201-3

INDICAÇÕES:

- Traumatismo,
- Sangramentos (vias aéreas),
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento),
- Pneumopatias Intersticiais,
- Mediastino, Hilos, Pleura (avaliação),
- Bronquiectasias (acompanhamento),
- Síndrome de compressão da veia cava superior.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX do tórax PA/Perfil (com laudo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Pneumologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião torácico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE COLUNA

Código SIA/SUS – 3501101-7

INDICAÇÕES:

- Fratura (suspeita),
- Estenose do Canal Medular (suspeita),
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Processos Expansivos,
- Hérnia Discal.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples de coluna (com laudo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista,
- Neurocirurgião,
- Neurologista,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE

Código SIA/SUS – 3501403-2

INDICAÇÕES:

- Sinusopatia crônica,
- Trauma facial,
- Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face,
- Tumores.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX dos Seios da Face com Laudo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Otorrinolaringologista,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR

CÓDIGO SIA/SUS – 3501301-0

INDICAÇÕES:

- Abscessos,
- Traumatismos,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Ruptura de órgãos (suspeita),
- Metástases,
- Aneurismas,
- Pancreatites,
- Hemorragias (pós-cirurgia, pós-cateterismo, pós-tratamento anticoagulante).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples de abdome (de pé ou deitado).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral,
- Oncologista,
- Endocrinologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DA Pelve

CÓDIGO SIA/SUS – 3501405-9

INDICAÇÕES:

- Traumatismos,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Metástases (detecção e acompanhamento).

CONTRA-INDICAÇÃO:

- Gravidez.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US de pelve.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral,
- Oncologista,
- Ginecologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES

CÓDIGO SIA/SUS:

3501410-5: Articulações Esterno-Claviculares

3501411-3: Articulações dos Ombros

3501412-1: Articulações dos Cotovelos

3501413-0: Articulações dos Punhos

3501414-8: Articulações Sacro-Iliacas

3501415-6: Articulações Coxo-Femorais

3501416-4: Articulações dos Joelhos

INDICAÇÕES:

- Traumatismos,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Fraturas Tratadas.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX da Articulação com Laudo,
- US Articular.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ANGIOTOMOGRAFIA

CÓDIGO SIA/SUS:

INDICAÇÕES:

- Trombose Pulmonar (suspeita),
- Dilatação, dissecção, fístulas e suboclusão de Aorta, Ilíacas, Carótidas e Vasos Supra-Aórticos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX (Patologias pulmonares),
- DOPPLER do Vaso.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Pneumologista,
- Angiologista,
- Cardiologista,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE CRÂNIO E ENCÉFALO

CÓDIGO SIA/SUS – 3101110-1

INDICAÇÕES:

- Avaliar fossa cerebral posterior e tronco cerebral,
- AVC isquêmico,
- Infartos cerebrais múltiplos (suspeita),
- Demência,
- Tumores (diagnóstico),
- Metástases (detecção),
- Lesões orbitárias ou Trato Visual,
- Infecções,
- Esclerose Múltipla.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Cefaléias,
- Vertigens,
- Hemorragias Cerebrais,
- Aneurisma.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Crânio com Laudo,
- TC Crânio, se necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Cabeça e Pescoço,
- Oncologista,
- Infectologista,
- Oftalmologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE TÓRAX

CÓDIGO SIA/SUS – 3101117-9

INDICAÇÕES:

- Avaliar Artérias Pulmonares,
- Avaliar Massas Hilares, Parenquimatosas e Pleurais,
- Avaliar Anomalias do Arco Aórtico,
- Tumores Neurais e Mediastinais.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Implantes Metálicos (Marca-Passo Cardíaco, Próteses Metálicas Ósseas, Stents, etc).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX tórax PA/Perfil com Laudo
- TC Tórax, se necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Pneumologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Torácico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDOME

CÓDIGO SIA/SUS – 3101114-4

INDICAÇÕES:

- Metástase Hepática,
- Adenoma de Supra-Renal,
- Diferenciar Tumor Hepático e Hemangioma.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Sangramentos,
- Fratura de Órgão Sólido (suspeita),
- Implantes Metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples de Abdome com Laudo,
- US Abdome, se necessário,
- TC Abdome, se necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral,
- Oncologista,
- Endocrinologista,
- Nefrologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DA COLUNA VERTEBRAL

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3101104-7 = Cervical
- 3101105-5 = Lombo-Sacra
- 3101106-3 = Torácica

INDICAÇÕES:

- Tumores Ósseos Primários (suspeita),
- Metástases,
- Processos Expansivos,
- Hérnia de Disco,
- Infecções (suspeita).

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Fraturas (detecção),
- Implantes Metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples com Laudo,
- TC com Laudo, se necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista,
- Neurologista
- Neurocirurgião,
- Infectologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ARTICULAÇÕES

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3101107-1 = Articulações Temporo-Mandibular (Bilateral),
- 3101111-0 = Ombro,
- 3101109-8 = Cotovelo-Punho (Unilateral),
- 3101103-9 = Coxo-Femural (Bilateral),
- 3101115-2 = Joelho (Unilateral),
- 3101102-0 = Tornozelo ou Pé (Unilateral).

INDICAÇÕES:

- Traumatismos Articulares,
- Lesões Ligamentares,
- Derrames Articulares (suspeita),
- Fraturas Ocultas.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Fraturas Simples (detecção),
- Tendinites e Sinovites,
- Implantes Metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples com Laudo,
- US Articular com Laudo.

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

- Ortopedista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE Pelve

CÓDIGO SIA/SUS: 3101108-0

INDICAÇÕES:

- Tumores,
- Metástases,
- Processos Inflamatórios, Linfoproliferativos ou Indefinidos no RX, US ou TC.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Sangramentos Traumáticos,
- Implantes Metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US Pélvico com Laudo,
- TC da Pelve (se for o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral,
- Ginecologista,
- Oncologista,
- Infectologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA UROGRAFIA EXCRETORA

CÓDIGO SIA/SUS: 1307103-3

INDICAÇÕES:

- Lesões Uretrais e Renais duvidosas,
- Avaliar alterações na face póstero-lateral da bexiga,
- Avaliar obstruções altas ou baixas,
- Hidronefrose,
- Calculose (diagnóstico e planejamento terapêutico),
- Avaliar Anomalias Congênitas do trato urinário,
- Tumores Intraluminares: Piélicos ou Uretrais,
- Avaliar Hematúria Macro e Microscópica.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Hipotensão,
- Desequilíbrio do Cálcio ou Tetânia,
- Descompensação Cardíaca,
- Diabetes Mellito descompensada,
- Mieloma Múltiplo,
- Desidratação,
- Insuficiência Renal descompensada,
- Pielonefrite Aguda.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples Abdome com Laudo,
- US Rim/vias urinárias.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Clínico Geral,
- Médico do PSF,
- Urologista,
- Nefrologista,
- Cirurgião Geral e Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA HOLTER 24 HORAS

CÓDIGO SIA/SUS: 1703204

INDICAÇÕES:

- IAM (pós-IAM),
- ICC,
- HAS,
- Miocardiopatias,
- HVE,
- Arritmias,
- Valvopatias.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- ECG com Laudo,
- Teste Ergométrico ou Ecocardiograma (se houver).

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

- Cardiologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

CÓDIGO SIA/SUS – 1711103-0

INDICAÇÕES:

- Hemorragia digestiva alta,
- Esofagite de refluxo,
- Úlcera gástrica com pesquisa de Helicobacter Pylori,
- Úlcera duodenal com pesquisa de Helicobacter Pylori,
- Câncer gástrico,
- Hérnia de Hiato,
- Cirrose hepática,
- Varizes esofagianas,
- Anemia a esclarecer,
- Metástases,
- Disfagia,
- Odinofagia.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- História de patologia pregressa e história familiar,
- Exames Físico com ênfase no aparelho digestivo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Gastroenterologista,
- Proctologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOKOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE COLONOSCOPIA

CÓDIGO SIA/SUS – 1711101-3

INDICAÇÕES:

- Hemorragia digestiva baixa,
- Doenças inflamatórias intestinais,
- Diarréia crônica,
- Tumor maligno e benigno de cólon,
- Doença diverticular do cólon,
- Pólipos do cólon,
- Corpo estranho,
- Angiodisplasia.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica detalha com antecedentes pessoais e familiares relacionados à patologia,
- Exame físico específico do aparelho digestivo,
- Ultrassonografia, retossigmoidoscopia ou exame radiológico anterior.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Gastroenterologista,
- Proctologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA

CÓDIGO SIA/SUS – 1711106-4

INDICAÇÕES:

- Tumores,
- Sagração retal,
- Diarréia,
- Eliminação de muco nas fezes,
- Dor abdominal.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica completa,
- Exame Físico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Gastroenterologista,
- Proctologista,
- Oncologista,
- Geriatra,
- Pediatra,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DENSITOMETRIA ÓSSEA

CÓDIGO SIA/SUS – 1309205-7

INDICAÇÕES:

- Hipoestrogenismo,
- Menopausa,
- Terapia de Reposição Hormonal (seguimento),
- Osteoporose (seguimento),
- Fratura não traumática,
- Síndrome de má absorção,
- Calciúria de 24h,
- Rx de Coluna e/ou Fêmur sugestivo de osteoporose,
- Hiperparatireoidismo,
- Endocrinopatias com perda de massa óssea,
- Uso crônico de Corticóide,
- Insuficiência Renal crônica,
- Rins Policísticos,
- Fratura Patológica, Comorbidade, Iatrogenia (prioridade).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exames Laboratoriais (Distúrbios Hormonais),
- RX Simples (fraturas, cifose, osteopenia).

OBS: Pacientes a partir de 65 anos não necessitam de pré-requisito.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ginecologista,
- Ortopedista,
- Endocrinologista,
- Geriatra.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE VIDEOLARINGOSCOPIA

CÓDIGO SIA/SUS – 1711110-2

INDICAÇÕES:

- Disfonia,
- Respiração Bucal,
- Epistaxe de repetição,
- Estridor,
- Disfagia,
- Tumores,
- Anomalias congênitas de laringe,
- Granuloma das cordas vocais,
- Pólipos das cordas vocais,
- Estenose subglótica congênita ou adquirida (pós-entubação traqueal prolongada),
- Refluxo gastroesofágico.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame otorrinolaringológico completo.

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

- Otorrinolaringologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS/ DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE ELETROENCEFALOGRAMA

CÓDIGO SIA/SUS – 1706201-2

INDICAÇÕES:

- Convulsão Maior, Menor e Focal (Diagnóstico, acompanhamento e planejamento terapêutico),
- Encefalopatia metabólica,
- Narcolepsia,
- Cefaléia (para pesquisa de fator determinante cerebral),
- Intoxicação por drogas,
- Ausência (todos os tipos),
- Determinar morte cerebral em comatosos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica detalhada,
- Exame Físico com ênfase nos dados neurológicos principalmente focais.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Neuropediatra.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CLISTER OPACO

CÓDIGO SIA/SUS – 1306301

INDICAÇÕES:

- Constipação crônica refratária ao tratamento clínico,
- Doença de Crohn,
- Doença diverticular,
- Neoplasias,
- Massas Abdominais,
- Obstrução Intestinal Sub-aguda,
- Alteração do Hábito Intestinal (constipação/diarréia alternantes),
- Fístulas Entero-vesicais.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples de abdome com laudo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Gastroenterologista,
- Proctologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TESTE DE ESFORÇO OU ERGOMÉTRICO

CÓDIGO SIA/SUS – 1703205

INDICAÇÕES:

- Angina do peito,
- Dor torácica,
- ECG com alteração do seguimento ST,
- Risco de Doença Arterial Coronariana,
- Hipertensão ventricular esquerda,
- WPW (Wolf-Parkinson-White),
- Marca-passo ventricular,
- BCRE,
- IAM,
- Histórico familiar de Coronariopatia,
- Arritmias.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- ECG Prévio.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cardiologista,
- Cirurgião vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

CÓDIGO SIA/SUS – 1703101-0

INDICAÇÕES:

- Pré-operatório,
- Sincope ou pré-síncope,
- Angina Péctoris,
- Dor Torácica,
- Dispneia,
- Fadiga extrema ou inexplicada,
- Hipertensão arterial pulmonar,
- Arritmias,
- Hipertensão Arterial Sistêmica,
- AVC recente,
- Uso do medicamentos que possam alterar o ritmo cardíaco.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- ECG Prévio (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cardiologista,
- Cirurgião Vascular,
- Pneumologista,
- Clínico Geral,
- Médico PSF,
- Pediatra.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)

CÓDIGO SIA/SUS – 1703203-2

INDICAÇÕES:

- Avaliação de sintomas causados pela Hipertensão Arterial Sistêmica (Palpitações, Cefaléia occipital, dispnéia paroxística ou não, fadiga, prostração, mal estar geral com ou sem palidez, pré-síncope ou síncope),
- Avaliar Pressão Arterial limítrofe,
- Avaliar abruptas variações da pressão arterial sistêmica (Uso de medicamentos, Idosos, Diabéticos, Menopausadas e Grávidas),
- Avaliar o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica,
- Avaliar paciente suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica do Jaleco Branco,
- Avaliar paciente suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica Lábil ou Episódica,
- Avaliar Hipotensão Arterial e Síndrome Hipotensiva,
- Avaliar suspeita de disfunção autonômica.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico detalhado,
- ECG com laudo,
- Teste Ergométrico (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cardiologista,
- Cirurgião Cardiovascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DO SISTEMA CARDIO-VASCULAR

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3201101 = Angiografia Radioisotópica
- 3201106-7 = Quantificação de "Shunt" Periférico
- 3201204 = Cintilografia para Avaliação de Fluxo Venoso
- 3201201-2 = Cintilografia para Avaliação de Fluxo Venoso das Extremidades
- 3201205 = Venografia Radioisotópica
- 3201104-0 = Cintilografia do Miocárdio (Necroses)
- 3201105-9 = Cintilografia Sincronizada das Camadas Cardíacas
- 3201301-9 = Cintilografia do Miocárdio em Stress
- 3201302-7 = Cintilografia do Miocárdio em Repouso
- 3201106 = Cintilografia para Quantificação de "Shunt" da direita para a esquerda
- 3210101-5 = Estudo do "Shunt" de Lee Veen

INDICAÇÕES:

- Isquemia (localização e extensão),
- Quantificar Fluxos Anômalos,
- Alterações da Contratilidade Miocárdica,
- Diferenciar Isquemia Miocárdica de Necrose Miocárdica,
- Coronariopatias (seguimento),
- Pacientes sob Quimioterapia Cardiotóxica (seguimento)
- Pós IAM,
- Avaliação funcional e prognóstica na Insuficiência Cardíaca,
- Procedimento de Revascularização (acompanhamento),
- Avaliar função biventricular global.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Angiografia simples (se indicado),
- DOPPLER de Vaso Periférico,
- ECG com Laudo,
- Ecocardiograma com Laudo,
- Teste de Esforço com Laudo,
- Cateterismo (se indicado).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cardiologia,
- Cirurgião Cardíaco,
- Hemodinamicista,
- Angiologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DO SISTEMA NEUROLÓGICO

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3206101-3 = Fluxo Sanguíneo Cerebral
- 3206102-1 = Cintilografia Cerebral
- 3206201-0 = Cisternocintilografia
- 3206202-8 = Pesquisa de Fístula Liquórica
- 3206203-6 = Pesquisa de Transito Liquórico
- 3206206-0 = Mielocintilografia
- 3206208-7 = Ventriculocintilografia de Perfusão Cerebral

INDICAÇÕES:

- Detectar Isquemia,
- Fluxo Liquórico,
- Doenças Degenerativas,
- Avaliar Extensão de AVC,
- Pós-Carotidoangioplastia (controle).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- EEG com Laudo,
- TC e/ou RMN.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista,
- Oncologista,
- Neurocirurgião.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DO SISTEMA ENDÓCRINO

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3203102-5 = Cintilografia com ou sem Captação
- 3203103-3 = Cintilografia com teste de Supressão (T3 ou T4)
- 3203104-1 = Cintilografia com teste de Estímulo (TSH)
- 3211103-7 = Cintilografia para Tratamento de Hipertireoidismo Tipo Plumer
- 3211102-9 = Cintilografia para Tratamento de Hipertireoidismo Tipo Graves
- 3203201-3 = Cintilografia de Paratireóide

INDICAÇÕES:

- Distúrbios Funcionais da Tireóide e Paratireóide
- Tireóide Ectópica (identificação),
- Tumores e Nódulos (diagnóstico),
- Hipertireoidismo Tipo Graves e Plumer (tratamento),
- Carcinoma Diferenciado Tireoidiano (tratamento de metástases),
- Tireoidite (diagnóstico),
- Lesões suspeitas e Tratamento Hormonal (acompanhamento).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Exames Laboratoriais,
- US.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Endocrinologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DO SISTEMA DIGESTIVO

CÓDIGO SIA/SUS:

3202103-8 = Cintilografia para Avaliação do Esvaziamento Esofágico (líquidos)

3202104-6 = Cintilografia para Avaliação do Esvaziamento Esofágico (sólidos)

3202104-6 = Cintilografia para Avaliação do Esvaziamento Gástrico

3202107-0 = Cintilografia para Pesquisa de Refluxo Gástrico-Esofágico

INDICAÇÕES:

- Análise do Transito Esofágico e Gástrico para Esvaziamento e Refluxo,
- Gastroparesia (diabéticos).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Gastroenterologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico,
- Pediatra.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL

CÓDIGO SIA/SUS: 1307302-8

INDICAÇÕES:

- Nefropatia de Refluxo (sinais),
- Lesão Medular (seguimento),
- Pré-Operatório de Transplante Renal,
- Lesões Obstrutivas da Bexiga ou Uretra,
- Lesões Traumáticas do Trato Urinário Inferior.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Hemorragia,
- Traumas Perineais,
- Pielonefrite.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US do Aparelho Urinário ou Pelve (se houver),
- RX Contrastado (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Urologista,
- Nefrologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DE FÍGADO, BAÇO E VIAS BILIARES

CÓDIGO SIA/SUS:

3202201-8 = Cintilografia do Fígado e Baço

3202202-6 = Cintilografia de Vias Biliares

3202105-4 = Cintilografia do Fluxo Sanguíneo Hepático (quantitativo e qualitativo)

INDICAÇÕES:

- Traumas e Cirurgias Hepáticas com suspeita de perda da integridade das Vias Biliares,
- Detectar Escapes Biliares por trauma ou cirurgia,
- Disfunção dos Esfincteres.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Cálculos Biliares,
- Colecistite Infecciosa.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US do Abdome Superior,
- TC (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Gastroenterologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico,
- Pediatra,
- Neonatologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DO SISTEMA HEMATOLOGICO

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3202108-9 = Cintilografia para pesquisa de Hemorragia não Ativa
- 3202203-4 = Cintilografia para pesquisa de Hemorragia Ativa
- 3209102-8 = Demonstração do Sequestro de Hemácias pelo Baço em Radioisótopos
- 3209103-6 = Demonstração da Volemia com Radioisótopos
- 3209104-4 = Determinação da Sobrevida das Hemácias com Radioisótopos
- 3209105-2 = Determinação do Volume Eritrocitário com Radioisótopos
- 3209106-0 = Determinação do Volume Plasmático com Radioisótopos

INDICAÇÕES:

- Visualizar e Quantificar Hemorragia em qualquer Órgão ou Segmento com determinação da Volemia,
- Hemorragias de origem obscura,
- AVC Hemorrágico,
- Sequestro de Hemácias,
- Determinar tempo de sobrevida das Hemácias.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Hemorragia Esôfago-Gástrica,
- AVC Isquêmico.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Exames Laboratoriais,
- TC do Crânio (AVC),
- RMN (se indicado).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Hematologista,
- Angiologista,
- Nefrologista,
- Neurocirurgião,
- Pediatra.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

CÓDIGO SIA/SUS:

3208102-2 = Cintilografia Pulmonar (Inalação)

3208201-0 = Cintilografia Pulmonar para Pesquisa de Aspiração

3208202-9 = Cintilografia Pulmonar (Perfusão)

INDICAÇÃO:

- Embolia Pulmonar (Diagnóstico e Extensão).

CONTRA INDICAÇÕES:

- Pneumopatias Inflamatórias simples,
- Tumores (Diagnóstico).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX do Tórax PA/Perfil com Laudo,
- TC do Tórax (conforme o caso).

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

- Pneumologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA RENAL

CÓDIGO SIA/SUS:

3204101-2 = Cintilografia Renal Qualitativa e/ou Quantitativa

3204103-9 = Determinação da Filtração Glomerular com Radioisótopos

3204104-7 = Determinação do Fluxo Plasmático com Radioisótopos

3204105-5 = Renograma

3204106-3 = Cistocintilografia Indireta

3204201-9 = Cistocintilografia Direta

3204203-5 = Estudo Renal Dinâmico com ou sem Diurético

INDICAÇÕES:

- Verificar Função do Rim Direito ou Esquerdo (Fluxo, Déficit Glomerular, Obstrução de Vias Excretoras, Função Tubular),
- Hipertensão Renovascular,
- Paciente Transplantado (acompanhamento),
- Avaliar Cicatrizes Remanescentes de Infecções Renais,
- Quantificar Córtex Renal Funcionante (segmento de Pielonefrite por Refluxo),
- Avaliar envolvimento Renal de Tumores,
- Avaliar Diagnóstico Diferencial entre Tumor e Hipertrofia da Coluna de Bertin),
- Avaliar Refluxo Vesico-Uretral (CISTOCINTILOGRAFIA).

CONTRA INDICAÇÕES:

- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Cálculo Renal, Vesical ou Uretral,
- Alterações Morfológicas somente.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Exames Laboratoriais,
- US Rim/Vias Urinárias,
- Urofluxometria (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Urologista,
- Nefrologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DO CORPO INTEIRO

CÓDIGO SIA/SUS:

3203106-8 = Cintilografia para Pesquisa de Corpo Inteiro

3205103-4 = Cintilografia Óssea com ou sem Fluxo Sanguíneo

INDICAÇÕES:

- Tumores (Diagnóstico e Estadiamento),
- Metástases (Diagnóstico e Acompanhamento),
- Osteomielite (Diagnóstico e Acompanhamento),
- Necroses Ósseas,
- Fratura de Stress,
- Avaliar Integridade de Próteses Articulares,
- Dores Ósseas (Diagnóstico),
- Doença de Paget.

CONTRA INDICAÇÃO:

- Fraturas simples (Diagnóstico).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- TC (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista,
- Oncologista,
- Endocrinologista,
- Infectologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES

CÓDIGO SIA/SUS: 3205102-6

INDICAÇÕES:

- Necrose da Cabeça do Fêmur,
- Processos Expansivos Gerais,
- Píoartroses.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Lesões Ligamentares, Condrais ou dos Meniscos (vistas na RMN),
- Fraturas (Diagnóstico).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US Articulação,
- RMN Articulação (inconclusiva).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista,
- Oncologista,
- Infectologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE MIELOCINTILOGRAFIA

CÓDIGO SIA/SUS: 3206206-0

INDICAÇÕES:

- Tumores,
- Metástases,
- Infecções.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- TC e/ou RMN (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Oncologista,
- Infectologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE LINFOCINTILOGRAFIA

CÓDIGO SIA/SUS: 3207101-9

INDICAÇÕES:

- Linfedema pós-cirúrgico Oncológico,
- Linfedema de outras causas,
- DOPPLER negativo para Patologia Venosa.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- DOPPLER Venoso (se for o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Oncologista,
- Angiologista,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DE MAMA

CÓDIGO SIA/SUS: 3207204-0

INDICAÇÕES:

- Detectar Linfonodo Sentinela em Câncer de Mama,
- Nódulos Inconclusivos na US ou Mamografia.

CONTRA INDICAÇÃO:

- Menopausadas (prevenção de Câncer de Mama).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US,
- Mamografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ginecologista,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA COM GÁLIO 67

CÓDIGO SIA/SUS:

3207201 = Cintilografia de Corpo Inteiro com Gálio 67

3207206 = Cintilografia de Pulmão com Gálio 67

3207207 = Cintilografia de Coração com Gálio 67

3207208 = Cintilografia de Rim com Gálio 67

3207209 = Cintilografia de Osso com Gálio 67

INDICAÇÕES:

- Infecções,
- Tumores,
- Metástases,
- Febre de Origem Obscura.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples,
- Exames Laboratoriais,
- TC ou RMN (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Infectologista,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULITE DE MECKEL

CÓDIGO SIA/SUS: 3202102

INDICAÇÃO:

- Suspeita de Divertículo sangrante.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US de Abdome (não conclusivo),
- RX contrastado (não conclusivo ou não indicado).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral,
- Proctologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA TESTICULAR (BOLSA ESCROTAL)

CÓDIGO SIA/SUS: 3204102

INDICAÇÃO:

- Diagnóstico diferencial entre torção testicular e orquiepididimite

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US inconclusivo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Urologista,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS LACRIMAIS

CÓDIGO SIA/SUS: 3210102

INDICAÇÃO:

- Obstrução das vias lacrimais excretoras (diagnóstico).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX de seios da face.

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

- Oftalmologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS / DEPARA.



Departamento Municipal de Saúde
Rua: São Paulo, nº 74 - Centro
Tel: (18) 3264 1112/ 3264 1352/ 3264 1779
e-mail: saude.iepe@iepe.sp.gov.br

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNO CINTILOGRAFIA

CÓDIGO SIA/SUS: 3210103

INDICAÇÃO:

- Neoplasias (identificação e mapeamento).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Exames comprobatórios de tumor.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Hematologista,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: SMS/DEPARA.