

Ressonância Magnética HCFAMEMA

PROTOCOLO DE ACESSO DE EXAME
DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ATRAVÉS
DA CROSS



Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

H828r Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Ressonância magnética HCFAMEMA : protocolo de acesso de exame de ressonância magnética através da CROSS/ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília. – Marília, 2020.
47 p.

1. Imagem por ressonância magnética. 2. Protocolos.

CDD 616.07572

SUMÁRIO

1	OBJETIVOS	4
2	APLICABILIDADE.....	4
3	SÍMBOLOS E ABREVIATURAS.....	4
4	CONSIDERAÇÕES.....	5
5	ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE.....	5
6	ENCAMINHAMENTO	6
7	CATEGORIA DE PRIORIZAÇÃO	7
8	INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES.....	7
8.1	CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA	7
8.2	CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS.....	8
8.3	SEM CONTRAINDICAÇÕES	10
9	SOLICITAÇÃO DE EXAME DE ACORDO COM AGENDA E PROCEDIMENTO .	10
9.1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO.....	11
9.2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OUVIDO/MASTÓIDES	11
9.3	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ÓRBITAS	12
9.4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM FLUXO LIQUÓRICO.....	12
9.5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM ESPECTROSCOPIA.....	13
9.6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NEURONAVEGAÇÃO	13
9.7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	14
9.8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.....	14
9.9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FACE/SEIOS DA FACE	15
9.10	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PESCOÇO	15
9.11	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	16
9.12	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA TORÁCICA	17
9.13	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBAR	17
9.14	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SACRO-COCCIX	18
9.15	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA.....	19
9.16	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BACIA.....	20
9.17	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE	20
9.18	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA MULTIPARAMÉTRICA....	21
9.19	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO	21
9.20	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO COTOVELO	22
9.21	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO BRAÇO	23
9.22	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEBRAÇO	23
9.23	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PUNHO	24
9.24	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MÃO	25

9.25	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO DEDO DA MÃO	25
9.26	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL	26
9.27	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COXA.....	27
9.28	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO	27
9.29	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PERNA	28
9.30	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEPÉ	29
9.31	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO	29
9.32	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PLEXO BRAQUIAL.....	30
9.33	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX.....	30
9.34	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR	31
9.35	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES /COLANGIORESSONÂNCIA	32
9.36	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PAREDE ABDOMINAL	33
9.37	ENTERORRESSONÂNCIA	34
9.38	URORRESSONÂNCIA	34
9.39	DIFUSÃO DE CORPO.....	35
9.40	ANGIORRESSONÂNCIA CEREBRAL.....	35
9.41	ANGIORRESSONÂNCIA PESCOÇO.....	36
10	REFERÊNCIAS.....	36
11	CONTROLE DE QUALIDADE.....	37
11.1	HISTÓRICO DE REVISÃO	37
11.2	ORGANIZAÇÃO DE ARQUIVO	37
11.3	ELABORAÇÃO	37
11.4	CONFERÊNCIA.....	37
11.5	APROVAÇÃO.....	37
12	ANEXOS.....	38
	ANEXO I – APAC	39
	ANEXO II – PREPARO ANTIALÉRGICO	40
	ANEXO III – PREPARO GERAL PARA REALIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.....	41
	ANEXO IV – PREPARO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE	42
	ANEXO V – PREPARO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOME SUPERIOR, VIAS BILIARES, COLANGIORRESSONÂNCIA E URORRESSONÂNCIA.....	43
	ANEXO VI – PREPARO PARA ENTERORRESSONÂNCIA	44
	ANEXO VII – PREPARO PARA ANGIORRESSONÂNCIA	45
	ANEXO VIII – PREPARO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA	46
	ANEXO IX – PREPARO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PAREDE ABDOMINAL	47

Departamento de Atenção à Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica		
Protocolo de Acesso de Exame – HCFAMEMA		
Gerência de Radiologia e Imagem		
SOLICITAÇÃO DE EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ATRAVÉS DA CROSS		
Código: ADT-GRRI-PAC-1	Revisão: 0	Vigência: dezembro/2021

1 OBJETIVOS

- Definir os requisitos de atendimento do serviço de Ressonância Magnética do HCFAMEMA para o agendamento externo de exames;
- Viabilizar o acesso seguindo categoria de priorização.

2 APLICABILIDADE

Este protocolo de acesso aplica-se aos pacientes que realizarão exame de ressonância magnética através da CROSS no Serviço de Radiologia e Imagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, localizado na Rua Aziz Atalah sem nº - Bairro Fragata, em Marília/SP, Unidade HC I.

3 SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

Neste protocolo são utilizadas as abreviaturas:

ANGIO-RM – Angiorressonância magnética

APAC – Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial

CCPMIS – Centro de Credenciamento, Processamento e Monitoramento de Informação de Saúde

CNH – Carteira Nacional de Habilitação

CPRE – Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica

CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

DIU – Dispositivo Intrauterino

DRS – Departamento Regional de Saúde

DVD–RW – Disco Óptico Digital Regravável

DVP – Derivação Ventricular Peritoneal

HCFAMEMA – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

HC I – Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade

PA – Incidência pósterio-anterior na radiografia

PSA – Antígeno Prostático Específico

RG – Carteira de Identidade

RM – Ressonância Magnética

RX – Radiografia

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tomografia Computadorizada

T1 – São sequências utilizadas na realização do exame que facilitam o reconhecimento de estruturas anatômicas como gordura, líquidos corporais e estruturas sólidas

US – Ultrassonografia

4 CONSIDERAÇÕES

- O HCFAMEMA conta com equipamento de **Ressonância Magnética com campo de 1,5 Tesla**;
- O exame de Ressonância Magnética (RM) é um método de diagnóstico por imagem que não utiliza radiação e permite retratar imagens de alta definição dos órgãos do corpo;
- A RM, por ser mais sensível a natureza molecular dos tecidos, mostra com maior clareza os tecidos de partes moles, por exemplo, substância branca e substância cinzenta do encéfalo. Sendo assim, é mais indicada para análise do sistema nervoso central (SNC), principalmente em patologia que envolve substância branca;
- O fato de os aparelhos de RM não utilizarem radiação ionizante é um conforto para o paciente, assim como o fato do meio de contraste ter uma incidência pequena de efeitos colaterais;
- A RM e a Tomografia Computadorizada (TC) são exames com eficácia semelhante. Em algumas situações a TC costuma ser a técnica preferida, enquanto em outras, a RM é o exame que fornece mais informações. Por exemplo, a pesquisa de lesões ósseas, doenças do pulmão e o rastreamento de tumores malignos são habitualmente feitos pela TC. Situações traumáticas, que exigem um diagnóstico mais rápido de lesões de órgãos internos, suspeita de hemorragia intracraniana, também são geralmente investigadas pela TC, que é um exame que demanda menos tempo que a RM;
- O exame de RM é indicado quando outros exames de imagem não conseguem visualizar partes da anatomia com precisão de imagem. É possível a visualização das imagens anatômicas por cortes axiais, sagitais e coronais; incidências oblíquas também podem ser obtidas por uso de combinação de bobinas de gradiente;
- A **ressonância magnética** é o exame de escolha para investigação de **lesões de ligamento e tendões**, para **problemas na coluna vertebral**, para **tumores do sistema nervoso central** e para a **investigação de doenças neurológicas**, como a esclerose múltipla, além de doenças abdominais.

5 ORIENTAÇÕES AO SOLICITANTE

As solicitações de ressonância magnética a nível ambulatorial deverão ocorrer através de Formulário APAC (Anexo I) com todos os campos devidamente preenchidos com assinatura e carimbo médico, obrigatoriamente contendo:

- Resultado de exame de Creatinina recente (03 meses), referenciado na APAC ou em anexo;
- Comorbidades que possam indicar ou contraindicar a realização do exame;
- Medicamentos que possam indicar ou contraindicar a realização do exame;

- Tratamentos prévios (cirurgias, quimioterapia, radioterapia, etc);
- Categoria de Priorização, de acordo com item 7 deste protocolo;
- Hipótese diagnóstica;
- Achados relevantes em exames anteriores (US, RX, TC, RM anteriores);
- Informação do quadro clínico;
- Existência de metais no corpo;
- Informação de alergia:
 - ✓ Se o paciente possuir quadro de alergia leve a algumas substâncias concomitante (medicamentos ou alimentos), fazer preparo de acordo com Anexo II;
 - ✓ Se o paciente possuir quadro moderado ou grave de alergia a algumas substâncias (medicamentos ou alimentos) ou ao gadolínio, entrar em contato com o Serviço de Radiologia e Imagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília através do telefone (14) 3402-1710.
- Informação de necessidade de sedação (indicada para crianças de 0 a 08 anos ou pacientes com dificuldade de colaboração durante o período de exame, que é de cerca de 30 minutos);
- Peso e altura (para pacientes acima de 130 Kg entrar em contato com o Serviço de Radiologia e Imagem HCFAMEMA, através do telefone (14) 3402-1710);
- APAC´s ilegíveis, rasuradas ou não preenchidas adequadamente não serão aceitas.

Observação: as APAC´s serão encaminhadas ao Serviço de Radiologia e Imagem HCFAMEMA, devidamente autorizadas, pelo CCPMIS do DRS.

6 ENCAMINHAMENTO

Os pacientes encaminhados deverão apresentar-se no Serviço de Radiologia e Imagem do HCFAMEMA munidos de:

- Documento pessoal (RG, CNH ou Certidão de Nascimento);
- Cartão Nacional de Saúde SUS (CNS);
- Comprovante de residência;
- Comprovante de marcação de exame (filipeta) via **Sistema CROSS**;
- Relatório médico, caso possua;
- Exame de creatinina recente (03 meses);
- Apresentar Resultados de RM anteriores, se houver;
- Retirar piercings para realização de RM;
- Ter realizado o preparo para o exame adequadamente, de acordo com Anexos II a IX deste protocolo;
- Paciente menor de idade deve comparecer acompanhado de um responsável.

7 CATEGORIA DE PRIORIZAÇÃO

A priorização deve ser indicada no Formulário APAC de acordo com a classificação:

- **P0** – A esta categoria pertence os casos de alto risco para os quais deve ser providenciado o atendimento o mais rápido possível;
- **P1** – A esta categoria pertence os casos que requerem esclarecimentos diagnósticos breves, pois a demora desta elucidação pode acarretar sérios danos à saúde do paciente;
- **P2** – A esta categoria pertence os casos em que há necessidade de realização do procedimento, mas há um baixo risco associado à saúde do paciente;
- **P3** – A esta categoria pertence os casos em que não há risco associado à saúde do paciente; deve ser agendado nos serviços de saúde de acordo com a disponibilidade de vagas.

8 INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

Recomendamos sempre obter o tipo e modelo específico do material implantado, para que possa ser feita uma avaliação pela equipe da Radiologia do Hospital das Clínicas de Marília sobre a viabilidade da execução do exame.

8.1 CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA

- Bombas de infusão (inclusive implantáveis);
- Cápsula endoscópica e monitor de medida de pH (pHmetria);
- Cateter de Swan-Ganz e qualquer outro cateter com eletrodos ou dispositivo eletrônico;
- Clamp carotídeo do tipo Popen-Blaylock;
- Clipes de aneurisma cerebral ferromagnéticos (antes do ano de 1995 todos são). Não podem realizar RM os modelos em aço inox 17-7PH e 405;
- Desfibrilador implantável;
- Fios guias intravasculares;
- Fios metálicos de localização pré-cirúrgica mamária (exceto aqueles especificamente compatíveis);
- Fixadores ortopédicos externos metálicos não removíveis;
- Halos cranianos;
- Holter;
- Implantes dentários magnéticos;
- Marcapasso (cardíaco e outros);
- Monitor de pressão intracraniana;
- Neuroestimuladores e moduladores (espinhais/medulares, intestinais, vesicais e outros);
- Prótese coclear metálica, implantes otológicos e aparelhos auditivos não removíveis;

- Próteses internas ortopédicas em pacientes anestesiados, com rebaixamento do nível de consciência ou conscientes com perda de sensibilidade no local da prótese.

8.2 CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS

- As contra-indicações à realização com meio de contraste paramagnético (Gadólíneo) são extremamente raras, restringindo-se à reação alérgica grave prévia ao meio de contraste e clearance;
- Aparelhos auditivos (necessário remover). O implante auditivo do tipo sistema BAHA não é contra-indicado desde que se remova o ímã/bateria externo;
- Implantes otológicos, como tubos de ventilação, são feitos de titânio, teflon ou silicone e podem ser utilizados a depender da marca e modelo. Isto também é válido para algumas próteses de cadeia ossicular;
- Amamentação: não há necessidade de suspender a amamentação após a injeção de contraste materno;
 - ✓ Menos do que 0,0004% do gadolínio injetado na mãe será absorvido pelo organismo da criança no período da amamentação nas primeiras 24 horas, portanto não é necessário suspender;
 - ✓ Se a mãe preferir suspender aleitamento por 24 horas, retirar previamente o volume de duas mamadas.
- Cabos de marcapasso epicárdico sem o aparelho conectado são considerados seguros. Cabos de marcapasso intravenoso, mesmo isolados, são contra-indicados.
- Cânula de traqueostomia metálica (trocar por cânula plástica);
- Claustrofobia (depende do tipo de exame) verificar possibilidade de sedação e tamanho do tubo;
- Clipes de aneurisma cerebrais fracamente ferromagnéticos (checar data de colocação, modelo, etc.). A falta destas informações contra-indica a realização do exame. São permitidos nas ressonâncias com campo magnético de 1,5 Testa os modelos Phinox, Elgyloy, Mp35N, aço inox austenítico, titânio alloy ou titânio puro;
- Clipes Hemostáticos: alguns modelos são liberados, porém os modelos a seguir são contra-indicados:
 - ✓ The resolution (Boston Scientific Corp);
 - ✓ Long Clip (HX-600-90L Olympus);
 - ✓ Quick Clip 2 (HX-201LR-135, HX-201UR-135 Olympus);
 - ✓ Quick Clip 2 (HX-201LR-135L, HX-201UR-135L Olympus);
 - ✓ TripClip Endoscopic Clipping Device (TRICLIP);
 - ✓ Outros clipes cirúrgicos metálicos podem realizar exame, exceto os de aneurisma cerebral;
- Clip Hemostático gastrointestinal: verificar o tempo de instalação, após 2 meses é considerado seguro. Caso necessário fazer antes deste período, entrar em contato com Serviço de Radiologia e Imagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília através do telefone (14) 3402-1710;

- Expansores mamários são seguros, exceto os do tipo Infall e Mentor (Santa Barbara). Os expansores do tipo McGhan devem ter especificação complementar, como modelo para possível consulta e liberação da realização do exame. O McGhan modelo 150 é compatível e está liberado para realização do exame nas ressonâncias com campo magnético de 1,5 Tesla;
- Filtro de veia cava (checar modelo, se não for testado – e considerado seguro – não realizar antes de 8 semanas da instalação);
- Gestante:
 - ✓ Evitar no primeiro trimestre;
 - ✓ A realização do exame e do contraste dependerá de cada indicação clínica.
- Material metálico na órbita:
 - ✓ Se externo (pálpebra, supercílio, etc.), pode realizar com paciente consciente;
 - ✓ Se for intraorbitário (exceto próteses para glaucoma, que está liberada), não pode realizar;
 - ✓ Não realizar com anestesia/sedação.
- Molas de embolização (checar modelo, se não for testado – e considerado seguro – não realizar antes de 8 semanas da instalação);
- Patch transdérmico com material metálico ou qualquer eletrodo que não seja de fibra de carbono (necessário remover);
- Projéteis ou rastilhos metálicos por ferimento de arma de fogo (depende da localização) – avaliar com radiografias;
- Piercing (necessário remover, a remoção deve ser feita pelo próprio paciente);
- Próteses valvares cardíacas (mesmo metálicas), liberadas somente em ressonâncias com campo magnético de 1,5 Tesla;
- Próteses penianas:
 - ✓ Sem contraindicação nas ressonâncias com campo magnético de 1,5 Tesla, se consciente (não realizado sob anestesia);
 - ✓ Existem duas marcas: Duraphase e Omniphase que não podem ser submetidas ao campo magnético.
- Sonda gástrica com ponta metálica (remover se exame do abdome superior);
- Suturas metálicas cutâneas são seguras (excetos pontos de agraff em pacientes anestesiados ou com rebaixamento do nível de consciência);
- Tatuagem ou maquiagem definitiva (orientação ao paciente, colocação de compressa fria);
- Válvulas de DVP podem tanto nas ressonâncias com campo magnético de 1,5 Tesla quanto de 3 Tesla. Nas válvulas de pressão programável é necessário o ajuste após exame de RM e não realizar nas ressonâncias com campo magnético de 3 Tesla.

8.3 SEM CONTRAINDICAÇÕES

- Acessos venosos centrais (port-o-cath, Hickman), exceto Swan-Ganz ou com eletrodos;
- Aparelhos ortodônticos;
- Banda escleral ao redor do globo ocular (silicone);
- Cateteres urinários “duplo J”;
- Diafragma contraceptivo;
- DIU e ocluser tubáreo “Essure”;
- Esternorrafia inclusive em exame com anestesia;
- Material de osteossíntese (fixação) de craniotomia;
- Implantes dentários (exceto aqueles magnéticos, que são frequentes);
- Próteses internas ortopédicas em pacientes conscientes e com sensibilidade no local, independente do tempo de instalação do material. Não realizar em pacientes anestesiados.
- Próteses foraminais cardíacas;
- Próteses vasculares;
- Sementes de braquioterapia;
- Stents vasculares (mesmo coronarianos), tranqueobrônquicos e biliares;
- Suturas metálicas cutâneas em pacientes acordados;
- Marcador de radioterapia e mamotomia (titânio ou aço inoxidável - cliques cirúrgico não intracraniano).

Observação: Salvo quando especificado no respectivo item, o tempo de instalação do material não interfere na sua segurança.

9 SOLICITAÇÃO DE EXAME DE ACORDO COM AGENDA E PROCEDIMENTO

Os pacientes deverão ser encaminhados de acordo com este protocolo e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), estabelecido a seguir:

Nº Agenda	Nomenclatura CROSS	Dia	Horário	Vagas
1740	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA GERAL	Segunda-feira	09:00	2 CROSS
		Terça-feira	09:30	1 CROSS
		Quarta-feira	09:00	2 CROSS
		Quinta-feira	09:00	2 CROSS
		Sexta-feira	09:00	2 CROSS
		Segunda-feira	13:00	2 CROSS
		Terça-feira	13:00	2 CROSS
		Quarta-feira	13:00	2 CROSS
		Quinta-feira	13:00	2 CROSS
		Sexta-feira	13:00	2 CROSS

1741	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM SEDAÇÃO	Terça-feira Quinzenal	08:00 08:30 09:00	3 CROSS
1742	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PELVE E/OU PRÓSTATA	Quarta-feira	10:00	1 CROSS

9.1 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO

Procedimento 02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO
-----------------------------	---------------------------------

Indicações:

- Avaliação de fossa posterior ou tronco cerebral;
- Processos inflamatórios/infecciosos;
- Malformações;
- Suspeita de neoplasias primárias;
- Suspeita de metástases e linfomas;
- Suspeita de esclerose múltipla;
- Avaliação de isquemia encefálica;
- Avaliação das alterações morfológicas nas síndromes convulsivas.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião bucomaxilofacial, cirurgião de cabeça e pescoço, endocrinologista, ginecologista, infectologista, neurologista, neurocirurgião, geriatra, oftalmologista, oncologista, otorrinolaringologista e psiquiatra.

Preparo: Anexo III.

9.2 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OUVIDO/MASTÓIDES

APAC: para realização de RM de ouvido/mastóides é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO OUVIDO/MASTÓIDES".

Procedimento 02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO
-----------------------------	---------------------------------

Indicações:

- Estudo do ouvido interno;
- Estudo das mastóides;
- Perdas auditivas;
- Zumbidos no ouvido;

- Suspeita de tumores do conduto auditivo;
- Alterações vasculares;
- Malformações;
- Labirintites.

Profissionais solicitantes:

Neurologista, infectologista, neurocirurgião, oncologista, otorrinolaringologista.

Preparo: Anexo III.

9.3 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ÓRBITAS

APAC: para realização de RM de órbitas é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DAS ÓRBITAS".

Procedimento 02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO
-----------------------------	---------------------------------

Indicações:

- Lesões intra-orbitais ou trato visual;
- Processos inflamatórios/infecciosos;
- Malformações;
- Perda de visão;
- Traumas.

Profissionais solicitantes:

Neurologista, infectologista, neurocirurgião, oncologista, oftalmologista.

Preparo: Anexo III.

9.4 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM FLUXO LIQUÓRICO

APAC: para realização de RM com fluxo liquórico é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO COM FLUXO LIQUÓRICO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada em 02 (duas) APAC's de ressonância de crânio.**

Procedimento 02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO
-----------------------------	---------------------------------

Indicações:

- Avaliação do fluxo e movimentação do líquido.

Profissionais solicitantes:

Neurologista e neurocirurgião.

Preparo: Anexo III.

9.5 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM ESPECTROSCOPIA

APAC: para realização de RM com espectroscopia é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO COM ESPECTROSCOPIA". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada em 02 (duas) APAC's de ressonância de crânio.**

Procedimento 02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO
-----------------------------	---------------------------------

Indicações:

- Avaliação de lesões cerebrais;
- Diferenciação entre lesão focal neoplásica e não-neoplásica;
- Diferenciação entre radionecrose e recidiva tumoral;
- Síndromes demenciais.

Profissionais solicitantes:

Neurologista, neurocirurgião, oncologistas, infectologistas, geriatra.

Preparo: Anexo III.

9.6 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NEURONAVEGAÇÃO

APAC: **deverá obrigatoriamente ser solicitada em 02 (duas) APAC's de ressonância de crânio quando houver necessidade de avaliação completa da região de interesse, pois a RM DE CRÂNIO COM NEURONAVEGAÇÃO contempla apenas sequência volumétrica em T1, em matriz quadrada, com contraste.**

✓ Trazer DVD-RW.

Procedimento 02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO
-----------------------------	---------------------------------

Indicações:

- Neurocirurgias para ressecção de tumores intracranianos, como meningiomas, Schwannoma, gliomas metástases cerebrais, cistos dermóide e epidermóides, tumores hipofisários.

Profissionais solicitantes:

Neurocirurgião.

Preparo: Anexo II.

9.7 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA

Procedimento 02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA
-----------------------------	---------------------------------------

Indicações:

- Suspeita de tumores de hipófise;
- Avaliação de alterações hormonais;
- Avaliação de problemas de crescimento.

Profissionais solicitantes:

Neurologista, neurocirurgião, oncologistas, pediatras.

Preparo: Anexo III.

9.8 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Procedimento 02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR
-----------------------------	---

Indicações:

- Alterações de articulação temporomandibular;
- Anomalias congênitas;
- Deslocamentos de disco/Desordens temporomandibulares (especificar);
- Doenças articulares degenerativas (osteoartrite).

Pré-requisito diagnóstico

RX panorâmico.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião Bucomaxilofacial, cirurgião de cabeça e pescoço, neurologista, ortopedista, otorrinolaringologista.

Preparo: Anexo III.

9.9 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FACE/SEIOS DA FACE

APAC: para realização de RM de face/seios da face é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DA FACE/SEIOS DA FACE".

Procedimento 02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR
-----------------------------	--

Indicações:

- Traumas;
- Avaliação de osso e mucosa da face;
- Lesões tumorais;
- Complicações de sinusites agudas.

Pré-requisito diagnóstico:

RX, Tomografia.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião Bucomaxilofacial, cirurgião de cabeça e pescoço, neurologista, ortopedista, otorrinolaringologista.

Preparo: Anexo III.

9.10 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PESCOÇO

APAC: para realização de RM de pescoço é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO PESCOÇO".

Procedimento 02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO
-----------------------------	--

Indicações:

- Avaliação da faringe e laringe;
- Avaliação de glândulas salivares e tireóide;
- Avaliações de lesões tumorais.

Pré-requisito diagnóstico:

Ultrassom, Tomografia.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião Bucomaxilofacial, cirurgião de cabeça e pescoço, neurologista, ortopedista, otorrinolaringologista.

Preparo: Anexo III.

9.11 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL

APAC: para realização de RM de coluna cervical é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DE COLUNA CERVICAL".

Procedimento 02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO
-----------------------------	--

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada.

Orientações:

Prioridade em:

- Dor aguda da coluna com radiculopatia, suspeita de mielopatia, trauma raqui-medular sem ou com déficit motor (paraplegia ou paraparesia);
- Suspeita de tumores no canal vertebral ou lesões ósseas;
- Espondilodiscite.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.12 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA TORÁCICA

Procedimento 02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA
-----------------------------	--

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada.

Orientações:

Prioridade em:

- Dor aguda da coluna com radiculopatia, suspeita de mielopatia, trauma raqui-medular sem ou com déficit motor (paraplegia ou paraparesia);
- Suspeita de tumores no canal vertebral ou lesões ósseas;
- Espondilodiscite.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.13 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBAR

Procedimento 02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO SACRA
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada.

Orientações:

Prioridade em:

- Dor aguda da coluna com radiculopatia, suspeita de mielopatia, trauma raqui-medular sem ou com déficit motor (paraplegia ou paraparesia);
- Suspeita de tumores no canal vertebral ou lesões ósseas, síndrome da cauda eqüina;
- Espondilodiscite.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.14 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SACRO-COCCIX

APAC: para realizar ressonância magnética de sacro-coccix é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DE SACRO-COCCIX".

Procedimento 02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO SACRA
-----------------------------	---

Indicações:

- Traumas;
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares;
- Patologias degenerativas, ósseas, musculares;
- Neoplasias de partes moles e ósseas;
- Malformações congênitas.

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada.

Orientações:

Prioridade em:

- Suspeita de tumores ósseos;
- Traumas.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.15 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA

APAC: para realização de RM da articulação sacro-ilíaca é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA".

Procedimento 02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO SACRA
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada.

Orientações:

Prioridade em:

- Processo inflamatório da articulação (sacroileíte);
- Suspeita de tumores ósseos.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, neurologista, neurocirurgião, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.16 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA BACIA

APAC: para realização de RM da bacia é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DA BACIA".

Procedimento 02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE
-----------------------------	--------------------------------------

Indicações:

- Traumas;
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Neoplasias de partes moles e ósseas.

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples e tomografia computadorizada.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.17 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE

APAC: para realização de RM de pelve é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DA PELVE".

Procedimento 02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE
-----------------------------	--------------------------------------

Indicações:

- Neoplasias de partes moles e órgãos pélvicos;
- Doença inflamatória pélvica (exemplo: sítios de endometriose / cistos anexiais complicados);
- Avaliação do trato intestinal baixo;
- Avaliação gênito-urinário (bexiga, próstata e útero);
- Malformações congênitas.

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais e ultrassonografia.

Orientações:

Para avaliação e estadiamento de tumores pélvicos.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, fisiatra, gastroenterologista, ginecologista, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista, urologista.

Preparo: Anexo IV.

9.18 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA MULTIPARAMÉTRICA

APAC: para realização de RM de próstata multiparamétrica é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DE PRÓSTATA MULTIPARAMÉTRICA".

Procedimento 02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE
-----------------------------	--------------------------------------

Indicações:

- Neoplasias de próstata;
- Avaliação de invasão local e comprometimento de estruturas regionais e a distância.

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: laboratoriais e ultrassonografia.

Orientações:

Para avaliação e estadiamento de tumores prostáticos.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião geral, oncologista, urologista.

Preparo: Anexo VII.

9.19 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO

APAC: para realização de RM do ombro é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO OMBRO INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista

Preparo: Anexo III.

9.20 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO COTOVELO

APAC: para realização de RM do cotovelo é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO COTOVELO INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.21 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO BRAÇO

APAC: para realização de RM do braço é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO BRAÇO INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.22 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEBRAÇO

APAC: para realização de RM do antebraço é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO ANTEBRAÇO INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

- Traumas.
- Patologias inflamatórias ósseas, musculares, ligamentares e cartilagosas;

- Patologias degenerativas ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Neoplasias de partes moles e ósseas;
- Malformações congênitas.

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.23 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PUNHO

APAC: para realização de RM do punho é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO PUNHO INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.24 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MÃO

APAC: para realização de RM da mão é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DA MÃO INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.25 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO DEDO DA MÃO

APAC: para realização de RM do dedo da mão é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO DEDO DA MÃO INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

- Traumas;
- Patologias inflamatórias, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Patologias degenerativas, ósseas, musculares, ligamentares e cartilaginosas;
- Neoplasias de partes moles e ósseas, como tumor glômico;
- Malformações congênitas.

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.26 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL

APAC: para realização de RM do quadril é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO QUADRIL INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.27 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COXA

APAC: para realização de RM da coxa é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DA COXA INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.28 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO

APAC: para realização de RM do joelho é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO JOELHO INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.29 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PERNA

APAC: para realização de RM da perna é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DA PERNA INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.30 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ANTEPÉ

APAC: para realização de RM do antepé é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO ANTEPÉ INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.31 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO

APAC: para realização de RM do tornozelo é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO TORNOZELO INDICANDO O LADO A SER REALIZADO". **Deverá obrigatoriamente ser solicitada 01 APAC para cada lado, pois o exame é UNILATERAL.**

Procedimento 02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
-----------------------------	---

Indicações:

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

Pré-requisito diagnóstico:

Depende da hipótese diagnóstica: raios-x simples, laboratoriais, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Fisiatra, médico do trabalho, ortopedista, oncologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.32 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PLEXO BRAQUIAL

APAC: para realização de RM do plexo braquial é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DO PLEXO BRAQUIAL".

Procedimento 02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX
-----------------------------	--------------------------------

Indicações:

- Traumas

Pré-requisito diagnóstico:

RX e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião geral, médico do trabalho. oncologista, ortopedista.

Preparo: Anexo III.

9.33 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX

Procedimento 02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX
-----------------------------	--------------------------------

Indicações:

- Avaliar Massas Hilares, Parenquimatosas e Pleurais;
- Alterações Mediastinais – parede torácica;
- Rouquidão por lesão do laríngeo recorrente;
- Avaliar Anomalias do Arco Aórtico;
- Tumores Neurais e Mediastinais;
- Avaliar Artérias Pulmonares (Hipertensão Arterial pulmonar);

- Estadiamento da neoplasia pulmonar;
- Detecção e caracterização de nódulos pulmonares (não esclarecidos por TC prévia);
- Doença tromboembólica pulmonar.

Pré-requisito diagnóstico:

RX tórax PA/Perfil, tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, cirurgião torácico, médico do trabalho, oncologista, pneumologista, reumatologista.

Preparo: Anexo III.

9.34 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR

Procedimento 02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR
-----------------------------	---

Indicações:

- Pacientes com contraindicação para realização de Tomografia Computadorizada (alergia a iodo);
- Avaliação morfológica de órgãos abdominais (fígado, pâncreas, vesícula e vias biliares, baço, rins, alças intestinais e estruturas vasculares) para pesquisa e diagnóstico de alterações congênitas, inflamatórias, neoplásicas, degenerativas e/ou traumáticas.
- **Fígado:**
 - ✓ Caracterização de nódulos atípicos ao US e TC;
 - ✓ Detecção de nódulos em pacientes com esteatose Hepática moderada/importante (sensibilidade maior que o US e TC);
 - ✓ Avaliação Pré-Operatória;
 - ✓ Pacientes com cirrose hepática e suspeita de carcinoma hepatocelular (sensibilidade Maior que o US e TC);
 - ✓ Avaliação dos nódulos hepáticos pós-tratamento com quimioterapia;
 - ✓ Avaliação de sobrecarga de ferro hepático.
- **Pâncreas:**
 - ✓ Avaliação pré-operatória;
 - ✓ Tumores pancreáticos.
- **Vesícula:**
 - ✓ Pesquisa de complicações da Colecistite Aguda;
 - ✓ Estadiamento dos tumores (sensibilidade maior que a do US).

- **Vias Biliares:**

- ✓ Avaliar dilatação das vias biliares;
- ✓ Pesquisa de Obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase - Sensibilidade semelhante à CPRE para cálculos);
- ✓ Pesquisa e Estadiamento de tumores (sensibilidade maior que a da TC);
- ✓ Avaliação pré-operatória dos tumores das vias biliares.

- **Vias Urinárias e Adrenais:**

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

Pré-requisito diagnóstico:

Tomografia computadorizada e ultrassonografia abdominal.

Orientações:

Método sensível para avaliação hepática e pancreática.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, endocrinologista, gastrocirurgião, gastroenterologista, infectologista, nefrologista, oncologista, urologista, cirurgião vascular.

Preparo: Anexo V.

9.35 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES /COLANGIORESSONÂNCIA

Procedimento 02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES / COLANGIORESSONÂNCIA
-----------------------------	--

Indicações:

- **Vesícula:**

- ✓ Pesquisa de complicações da Colecistite Aguda.

- **Vias Biliares:**

- ✓ Avaliar dilatação das vias biliares;
- ✓ Pesquisa de obstrução (Colelitíase, Coledocolitíase);
- ✓ Pesquisa e Estadiamento de tumores;
- ✓ Avaliação pré-operatória dos tumores das vias biliares;

- ✓ Colangiopancreatografia por RM (avaliação do Ducto de Wirsung e colédoco).

Pré-requisito diagnóstico:

Ultrassonografia.

Orientações:

Sensibilidade maior que a tomografia computadorizada para pesquisa e estadiamento de tumores.

Profissionais solicitantes:

Gastroenterologista, cirurgião-geral, gastro-cirurgião, hepatologista, infectologista e oncologista.

Preparo: Anexo V.

9.36 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PAREDE ABDOMINAL

APAC: para realização de RM de parede abdominal é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DE PAREDE ABDOMINAL".

Procedimento 02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR
-----------------------------	---

Indicações:

Avaliação de hérnias, abscessos de parede abdominal, morfologia muscular.

Pré-requisito diagnóstico:

Ultrassonografia abdominal.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião geral, cirurgião pediátrico, gastrocirurgião, gastroenterologista, oncologista.

Preparo: Anexo IX.

9.37 ENTERORRESSONÂNCIA

APAC: para realização de enterorressonância **são necessárias 02 (duas) APAC's, sendo 01 (uma) de RM de abdômen superior e 01 (uma) de RM de bacia/pelve**. Especificar no campo observação da APAC "ESTUDO DE ENTERORRESSONÂNCIA".

Procedimento 02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR
Procedimento 02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE

Indicações:

- Avaliação do trato gastro-intestinal inferior, sobretudo intestino delgado;
- Avaliação de processos inflamatórios intestinais;
- Avaliação de estenoses intestinais;
- Avaliação de fístulas.

Pré-requisito diagnóstico:

Tomografia computadorizada, ultrassonografia abdominal ou pélvica, colonoscopia.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião geral, gastrocirurgião, gastroenterologista, oncologista.

Preparo: Anexo VI.

9.38 URORESSONÂNCIA

APAC: para realização de urorressonância **são necessárias 02 (duas) APAC's, sendo 01 (uma) de RM de abdômen superior e 01 (uma) de RM de bacia/pelve**. Especificar no campo observação da APAC "ESTUDO DE URORESSONÂNCIA".

Procedimento 02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ABDOMEN SUPERIOR
Procedimento 02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE

Indicações:

Avaliação dos rins e sistema urinário.

Pré-requisito diagnóstico:

Tomografia computadorizada e ultrassonografia do sistema urinário.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião geral, nefrologista, oncologista, urologista.

Preparo: Anexo V.

9.39 DIFUSÃO DE CORPO

APAC: para realização de difusão de corpo **são necessárias 03 (três) APAC's, sendo 01 (uma) de RM de coluna cervical/pescoço, 01 (uma) de RM de coluna torácica e 01 (uma) de RM de bacia/pelve.** Especificar no campo observação da APAC "ESTUDO DE DIFUSÃO DE CORPO".

Procedimento 02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL /PESCOÇO
Procedimento 02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACICA
Procedimento 02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE

Indicações:

- Estadiamento de linfoma;
- Metástases ósseas;
- Mieloma múltiplo.

Pré-requisito diagnóstico:

Tomografia computadorizada, exames laboratoriais.

Profissionais solicitantes:

Cirurgião geral, oncologista, hematologista.

Preparo: Anexo III.

9.40 ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL

APAC: para realização de angioressonância cerebral é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DE ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL ARTERIAL OU VENOSO". Para realização de angioressonância cerebral **deverá obrigatoriamente solicitar uma APAC para cada estudo, ou seja, 01 (uma) APAC venoso e 01 (uma) APAC arterial.**

Procedimento 02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL
-----------------------------	---------------------------

Indicações:

- Quando houver contraindicação à realização da angiografia convencional;
- Suspeita de aneurisma e má formação vascular;

- Suspeita de trombose do seio sagital;
- Doppler com informações insuficientes;
- Doença oclusiva da carótida.

Profissionais solicitantes:

Angiologista, cardiologista, cirurgião cardíaco, cirurgião pediátrico, cirurgião torácico, cirurgião vascular, nefrologista, neurologista, neurocirurgião, pneumologista, urologistas.

Preparo: Anexo VII.

9.41 ANGIORRESSONÂNCIA PESCOÇO

APAC: para realização de angiorressonância pescoço é necessário constar no campo observação da APAC "ESTUDO DE ANGIORRESSONÂNCIA PESCOÇO".

Procedimento 02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO
-----------------------------	--

Indicações:

- Quando houver contraindicação à realização da angiografia convencional;
- Doppler com informações insuficientes;
- Investigação de doença ateromatosa extracraniana;
- Doença oclusiva da carótida (combinada a US com Doppler).
- Estudo das doenças estenóticas e oclusivas das artérias cervicais;

Profissionais solicitantes:

Angiologista, cardiologista, cirurgião cardíaco, cirurgião pediátrico, cirurgião torácico, cirurgião vascular, nefrologista, neurologista, neurocirurgião, pneumologista, urologistas.

Preparo: Anexo VII.

10 REFERÊNCIAS

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Diretrizes Assistenciais: Segurança em Ressonância Magnética.** 2012. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2012. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340229746_Seguranca-em-Ressonancia-Magnetica.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2020.

SÃO PAULO, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, COORDENADORIA DE REGIÕES DA SAÚDE, GRUPO DE REGULAÇÃO. **Protocolo de Acesso Ressonância Magnética.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2018.

11 CONTROLE DE QUALIDADE

11.1 HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº da Revisão	Data	Item	Alteração
0			

11.2 ORGANIZAÇÃO DE ARQUIVO

Identificação (Código do Documento)	Prazos de Guarda (em anos)		Destinação		Forma de Armazenamento
	Unidade Produtora	Unidade com Atribuições de Arquivo	Eliminação	Guarda Permanente	
ADT-GRRI-PAC-1	Vigência	Instruções na OS HCF nº36/2019	Instruções na OS HCF nº36/2019		Digital

11.3 ELABORAÇÃO

Setor	Nome
Gerência de Radiologia e Imagem	Aline Maria Santana
Núcleo de Regulação de Acesso	Eloísa de Melo

11.4 CONFERÊNCIA

Setor	Nome
Departamento de Atenção à Saúde de Apoio, diagnóstica e Terapêutica	Juliana da Silva Pirenetti
Equipe Externa de Regulação	Gisela Zangrande Negrísolo
Equipe de Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada	Dr. Paulo José Lorenzetti Gelás
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade	Andréia Scorsafava Marques Vilela

11.5 APROVAÇÃO

Marília, 03 de agosto de 2020.

CRISTINA TOSHIE DE MACEDO KUABARA
 Diretora do Departamento de Atenção à Saúde
 de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica
 HCFAMEMA

JOÃO ALBERTO SALVI
 Diretor Clínico
 HCFAMEMA

PALOMA APARECIDA LIBANIO NUNES
 Superintendente
 HCFAMEMA

12 ANEXOS

ANEXO I – APAC

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	fls. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	5 - Nº DO PRONTUÁRIO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		7 - DATA DE NASCIMENTO	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF
17 - CEP			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
20 - QTDE.			
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
23 - QTDE.			
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
26 - QTDE.			
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
29 - QTDE.			
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
32 - QTDE.			
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
35 - QTDE.			
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID10 PRINCIPAL, 38 - CID10 SECUNDÁRIO, 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
40 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF		44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			55 - CNES

01 Laudo Solic. Proc. Amb Atualizada 21-10-10.vxd

ANEXO II – PREPARO ANTIALÉRGICO

SE O PACIENTE POSSUIR QUADRO LEVE A ALGUMAS SUBSTÂNCIAS CONCOMITANTE (MEDICAMENTOS OU ALIMENTOS) FAZER O SEGUINTE PREPARO:

ADULTOS		
MEDICAÇÃO 1	PREDNISONA 10 MG – VIA ORAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 COMPRIMIDOS, 13 HORAS ANTES DO EXAME; ✓ 2 COMPRIMIDOS, 7 HORAS ANTES DO EXAME; ✓ 1 COMPRIMIDO, 1 HORA ANTES DO EXAME.
MEDICAÇÃO 2	FEXOFENADINA (ALLEGRA) 180 MG OU MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA (POLARAMINE) 2MG – VIA ORAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 COMPRIMIDO, 1 HORA ANTES DO EXAME.

CRIANÇAS		
MEDICAÇÃO 1	PREDNISONA (SUSPENSÃO 3MG/ML) VIA ORAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0,4 ML / KG DE PESO, 13 HORAS ANTES DO EXAME; ✓ 0,4 ML / KG DE PESO, 7 HORAS ANTES DO EXAME; ✓ 0,4 ML / KG DE PESO, 1 HORA ANTES DO EXAME.
MEDICAÇÃO 2	MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA (POLARAMINE) XAROPE 0,4MG/ML VIA ORAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ DE 2 A 6 ANOS: 1,25 ML, 1 HORA ANTES DO EXAME; ✓ DE 6 A 12 ANOS: 2,5 ML, 1 HORA ANTES DO EXAME.

ANEXO III – PREPARO GERAL PARA REALIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

- JEJUM ABSOLUTO DE 4 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME;
- MEDICAÇÃO DE USO REGULAR PODE SER INGERIDA COM POUCA ÁGUA;
- TRAZER EXAMES ANTERIORES DA REGIÃO A SER EXAMINADA.

SEDAÇÃO

SE O PACIENTE TIVER INDICAÇÃO DE SEDAÇÃO:

- JEJUM DE 8 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME;
- CRIANÇAS EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, O JEJUM DEVERÁ SER DE 4 HORAS.

ANEXO IV – PREPARO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE

- NO DIA ANTERIOR AO EXAME:
 - ✓ INGERIR ALIMENTOS PASTOSOS E/OU LÍQUIDOS, COMO: sopas, caldos, cremes, sucos, vitaminas;
 - ✓ EVITAR ALIMENTOS QUE FACILITEM A FORMAÇÃO DE GASES NO ORGANISMO, COMO: frutos do mar, feijão, lentilha, ervilha, grão de bico, ovo, pimentão, pepino, queijos amarelos, açúcar branco e mascavo, doces feitos com açúcar, bebidas gasosas e alcoólicas, cebola crua, repolho, brócolis, couve-flor e couve;
 - ✓ TOMAR 2 COMPRIMIDOS OU 60 GOTAS DE SIMETICONA DE 4 EM 4 HORAS, DAS 8:00 ÀS 20:00 HS (8H, 12H, 16H E 20H);
 - ✓ TOMAR 1 COMPRIMIDO DE LAXANTE (DULCOLAX OU OUTRO) ÀS 17:00 HS;
- NO DIA DO EXAME:
 - ✓ FAZER 1 FLEET ENEMA, 4 HORAS ANTES DO EXAME;
 - ✓ JEJUM ABSOLUTO DE 4 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME;
 - ✓ MEDICAÇÃO DE USO REGULAR PODE SER INGERIDA COM POUCA ÁGUA;
 - ✓ COMPARECER 15 MINUTOS ANTES DO HORÁRIO MARCADO PARA O EXAME PARA PREPARAÇÃO;
 - ✓ TRAZER EXAMES REALIZADOS ANTERIORMENTE DE ABDOME E PELVE;
 - ✓ NO CASO DE EXAME PARA O SEXO MASCULINO, TRAZER TAMBÉM EXAME DE SANGUE DE PSA (SE TIVER);
 - ✓ NO CASO DE EXAME PARA O SEXO FEMININO, TRAZER UM ABSORVENTE ÍNTIMO.

SEDAÇÃO

SE O PACIENTE TIVER INDICAÇÃO DE SEDAÇÃO:

- JEJUM DE 8 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME;
- CRIANÇAS EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, O JEJUM DEVERÁ SER DE 4 HORAS.

ANEXO V – PREPARO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOME SUPERIOR, VIAS BILIARES, COLANGIORRESSONÂNCIA E UORRESSONÂNCIA

- JEJUM ABSOLUTO DE 8 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME;
- TRAZER EXAMES ANTERIORES DA REGIÃO A SER EXAMINADA.

ANEXO VI – PREPARO PARA ENTERORRESSONÂNCIA

- JEJUM ABSOLUTO DE 4 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME;
- COMPARECER 1 HORA E MEIA ANTES DO HORÁRIO MARCADO PARA O EXAME PARA PREPARAÇÃO;
- TRAZER EXAMES ANTERIORES DA REGIÃO A SER EXAMINADA.

SEDAÇÃO

SE O PACIENTE TIVER INDICAÇÃO DE SEDAÇÃO:

- JEJUM DE 8 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME;
- CRIANÇAS EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, O JEJUM DEVERÁ SER DE 4 HORAS.

ANEXO VII – PREPARO PARA ANGIORRESSONÂNCIA

- PARA ANGIORRESSONÂNCIA DA REGIÃO ABDOMINAL:
 - ✓ JEJUM ABSOLUTO DE 8 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME.
- PARA ANGIORRESSONÂNCIA DAS DEMAIS REGIÕES DO CORPO:
 - ✓ JEJUM ABSOLUTO DE 4 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME.
- TRAZER EXAMES ANTERIORES DA REGIÃO A SER EXAMINADA.

SEDAÇÃO

SE O PACIENTE TIVER INDICAÇÃO DE SEDAÇÃO:

- JEJUM DE 8 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME;
- CRIANÇAS EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, O JEJUM DEVERÁ SER DE 4 HORAS.

ANEXO VIII – PREPARO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA

- NO DIA ANTERIOR AO EXAME:
 - ✓ TOMAR 2 COMPRIMIDOS OU 60 GOTAS DE SIMETICONA A CADA 8 HORAS - ÀS 07:00 - 15:00 - 23:00 HS;
 - ✓ TOMAR 01 COMPRIMIDO DE LAXANTE (DUCOLAX OU OUTRO) ÀS 17:00;
 - ✓ NA VÉSPERA E NO DIA DO EXAME, O PACIENTE DEVERÁ EVITAR ALIMENTOS QUE FACILITEM A FORMAÇÃO DE GASES NO ORGANISMO COMO: FRUTOS DO MAR, FEIJÃO, LENTILHA, ERVILHA, GRÃO DE BICO, OVO, PIMENTÃO, PEPINO, QUEIJOS AMARELOS, AÇÚCAR BRANCO E MASCAVO, DOCES FEITOS COM AÇÚCAR, BEBIDAS GASOSAS E ALCOÓLICAS, CEBOLA CRUA, REPOLHO, BRÓCOLIS, COUVE-FLORES E COUVE.
- NO DIA DO EXAME:
 - ✓ FAZER FLEET ENEMA 04 HORAS ANTES DO EXAME (SEGUIR AS ORIENTAÇÕES NA BULA DA MEDICAÇÃO);
 - ✓ JEJUM ABSOLUTO DE 4 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME.
 - ✓ COMPARECER 15 MINUTOS ANTES DO HORÁRIO MARCADO PARA O EXAME PARA PREPARAÇÃO;
 - ✓ TRAZER EXAMES ANTERIORES DA REGIÃO A SER EXAMINADA;
 - ✓ TRAZER EXAME DE SANGUE DE PSA (SE TIVER);
 - ✓ MEDICAÇÃO DE USO REGULAR PODE SER INGERIDA COM POUCA ÁGUA.

SEDAÇÃO

SE O PACIENTE TIVER INDICAÇÃO DE SEDAÇÃO:

- JEJUM DE 8 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME;
- CRIANÇAS EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, O JEJUM DEVERÁ SER DE 4 HORAS.

ANEXO IX – PREPARO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PAREDE ABDOMINAL

- NO DIA ANTERIOR AO EXAME:
 - ✓ TOMAR 2 COMPRIMIDOS OU 60 GOTAS DE SIMETICONA DE 4 EM 4 HORAS;
 - ✓ TOMAR 2 COMPRIMIDOS DE LAXANTE (DULCOLAX OU OUTRO) ÀS 17:00 HS;
 - ✓ FAZER UMA REFEIÇÃO COM ALIMENTOS LEVES NO JANTAR;
- NO DIA DO EXAME:
 - ✓ TER ALIMENTAÇÃO LEVE (água, suco, chá, frutas);
 - ✓ JEJUM ABSOLUTO DE 4 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME;
 - ✓ MEDICAÇÃO DE USO REGULAR PODE SER INGERIDA COM POUCA ÁGUA;
 - ✓ TRAZER EXAMES ANTERIORES DA REGIÃO A SER EXAMINADA.

SEDAÇÃO

SE O PACIENTE TIVER INDICAÇÃO DE SEDAÇÃO:

- JEJUM DE 8 HORAS ANTES DA REALIZAÇÃO DO EXAME;
- CRIANÇAS EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, O JEJUM DEVERÁ SER DE 4 HORAS.



R. Doutor Reinaldo Machado, 255
Fragata I Marília-SP | CEP:17519-080
CNPJ nº 24.082.016/0001-59



Whatsaap: (14) 99649-5783
Telefone: (14) 3434-2500



www.hc.famema.br
gerenciaimagem@hc.famema.br



[/hcfamema](https://www.facebook.com/hcfamema)



[@hcfamema](https://www.instagram.com/hcfamema)