

Prefeitura do Município de Lages – SC  
Secretaria Municipal da Saúde do Município de Lages  
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão da Informação.  
Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Regulação - CT-CAAR

## **PROCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO À ULTRASSONOGRFIA**

HOMOLOGADO PELA RESOLUÇÃO CMS LAGES – nº 009/2019

Lages, SC  
2019

## PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO À ULTRASSONOGRAFIA

**Odila Maria Waldrich**

Secretária Municipal da Saúde de Lages

**Claiton Camargo de Souza**

Diretor de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão de Informática

**Elaboração:**

Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Regulação - CT-CAAR:

**Daniela Rosa de Oliveira** - Coordenação Técnica da Câmara Técnica de Controle, Avaliação e Regulação - CT-CAAR

**Fabiana Medeiros Branco** - Representante da Diretoria de Vigilância em Saúde

**Franciele Spolti Lorenzetti Miguel** – Representante Núcleo de Educação Permanente e Humanização em Saúde – NEPHS

**Georgina Parizzi** – Representante Rede Cegonha Serra Catarinense

**Janaina Amarante da Silva Floriani** – Representante Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão da Informação

**Janaina Schlickmann de Souza** – Representante Diretoria de Especialidades

**Luciane Granetto Cordova** – Representante da Diretoria de Apoio Administrativo

**Luis Reinaldo Fraga** - Representante Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão de Informática.

**Mauricéia Bazi** - Representante Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão de Informática.

**Miryan de Fátima Silva** - Representante da Diretoria de Atenção Básica

**Priscila Nunes** – Representante da Saúde Bucal e Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Gestão da Informação.

**Raquel Schuelter Vieira** - Representante da Diretoria de Especializada

**Sumaya Pucci** - Representante da Diretoria de Vigilância em Saúde

**Apoio e Revisão:**

**Cristiane Farias Heinzen** – Médico de Saúde da Família Unidade de Saúde São Pedro

**Cristiane Vieira** – Médica Cirurgiã Vascular/Reguladora – Gerência de Especialidades

O presente protocolo tem o intuito de nortear os profissionais nas solicitações complementares aos casos clínicos tendo como parâmetro as indicações, pré-requisitos e prioridades. Abaixo segue os quadros instrutivos por procedimento, sendo que o paciente poderá se enquadrar em um ou mais dos itens citados. Quanto ao profissional solicitante será priorizado conforme descritos nos quadros, sendo que outras especialidades médicas poderão solicitar o procedimento, de acordo com a indicação mediante avaliação da regulação.

**Código – 0205020127 - Ultrassonografia de Cervical**

**Código – 0205020127 - Ultrassonografia de Tireoide**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
- Hipotireoidismo, - Hipertireoidismo, - Cistos, - Tumores.	- História Clínica - Exame Físico - Exames de laboratório (TSH, T4, T3).	- Nódulo de tireóide.	- Cirurgião Torácico, -Cirurgião Pediátrico. - Médico Clínico Geral, -Endocrinologista, - Oncologista, - Cirurgião Geral, - Cirurgião de Cabeça e Pescoço; - Ginecologista - Geriatra

**OBS.: Para Ultrassonografia de Cervical a indicação é - Avaliação dos linfonodos cervicais;**

**Código – 0205020127 - Ultrassonografia de Tireoide ou Cervical com doppler**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
- Avaliação de nódulos palpáveis e de processos inflamatórios sob o ponto de vista morfológico e padrão de vascularização, respectivamente do nódulo e do parênquima.	- História Clínica, Exame Físico, Exames de laboratório (TSH, T4, T3).	- Nódulo de tireóide -Histórico familiar de câncer e paciente oncológico	-Cirurgião Torácico -Cirurgião Pediátrico -Médico Clínico Geral - Endocrinologista - Oncologista - Cirurgião Geral -Cirurgião de Cabeça e Pescoço - Ginecologista - Geriatra

**Código – 0205020097 - Ultrassonografia Mamas**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação e caracterização anormalidades palpáveis;</li> <li>- Para guiar procedimentos Invasivos; (OBS: Aspiração de Cistos e Aspiração com agulha fina para procedimentos pré-cirúrgicos e biopsia)</li> <li>- Para avaliar problemas associados com implantes mamários;</li> <li>- Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos;</li> <li>- Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos;</li> <li>- Indicada para pacientes maiores de 40 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História Clínica</li> <li>- Exame Físico</li> <li>- USG prévio (se houver).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação e caracterização de anormalidades palpáveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mastologista</li> <li>- Ginecologista</li> <li>- Médico Clínico geral</li> <li>- Oncologista</li> <li>- Pediatra</li> <li>- Geriatra</li> </ul>

**Código – 0205020038 - Ultrassonografia de Abdômen Superior**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colelitíase</li> <li>- Hepatopatias</li> <li>- Tumores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História Clínica</li> <li>- Exame Físico</li> <li>- Transaminases hepáticas</li> <li>- Raio X simples (conforme o caso)</li> <li>- USG prévio (se houver)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspeita de câncer e sinais de obstrução das vias biliares.</li> <li>- Histórico compatível com cólica biliar</li> <li>- Portadores de hepatite B e C</li> <li>- Acompanhamento de doenças crônicas de recém nascidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gastroenterologista</li> <li>- Cirurgião Pediátrico</li> <li>- Pediatra</li> <li>- Médico Clínico Geral</li> <li>- Cirurgião Geral</li> <li>- Oncologista</li> <li>- Cirurgião Vascular</li> <li>- Nefrologista</li> <li>- Urologista</li> <li>- Ginecologista</li> <li>- Geriatra</li> </ul>

**Código – 0205020046 - Ultrassonografia de Abdômen Total**

**Código – 0205020046 - Ultrassonografia de Parede Abdominal**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesões Tumorais (Císticas e Sólidas)</li> <li>- Aneurismas</li> <li>- Colelitíase</li> <li>- Nefrolitíase</li> <li>- Estudo do Retroperitônio</li> <li>- Orientar Biopsia para punção de lesões tumorais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História Clínica detalhada</li> <li>- Exames Físicos específicos</li> <li>- Raio X simples (conforme o caso)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspeita de câncer e situações que dependam do resultado do exame para intervenção imediata ou suspeita de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirurgião Geral</li> <li>- Cirurgião Pediátrico</li> <li>- Cirurgião Vascular</li> <li>- Urologista</li> <li>- Geriatra</li> <li>- Oncologista</li> </ul>

-Alterações morfofuncionais (má formação de vísceras) - Dor abdominal - Hepatoesplenomegalia - Pancreatopatias - Trauma		agudização de doença pré-existente	- Gastroenterologista - Pediatra - Médico Clínico Geral - Endocrinologista - Geriatra - Infectologista - Ginecologista - Nefrologista
---	--	------------------------------------	--

**OBS.: Para USG de Parede Abdominal a indicação é – avaliação dos músculos internos do abdômen e hérnias de parede.**

**Código – 0205020062 - Ultrassonografia Articular**  
**Código – 0205020062 - Ultrassonografia de Região Inguinal**  
**Código – 0205020062 - Ultrassonografia de Partes Moles**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
- Artrite séptica; - Tendinites; - Cistos Sinoviais; - Lesão por esforço repetido (LER); - Disfunção da Articulação temporomandibular; - Derrames Articulares; - Bursites; - Espessamento de Bainha Tendinosa de qualquer natureza; - Lesão muscular e tendinosa.	- História Clínica - Exame Físico - Raio X simples (conforme o caso)	- Artrite séptica - Disfunção Temporomandibular (DTM)	- Ortopedista - Reumatologista - Cirurgião Bucomaxilofacial - Cirurgião Cabeça e Pescoço - Pediatra - Médico clínico geral - Oncologista - Ginecologista - Angiologista - Geriatra
<b>Para USG de Região Inguinal</b>			
	- História Clínica - Exame Físico		- Ortopedista - Reumatologista - Pediatra - Urologista - Médico clínico geral - Oncologista - Ginecologista - Geriatra

**Código – 0205020160 - Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
- Avaliação de dor pélvica; - Avaliação de sangramento anormal ou de outros problemas menstruais; - Colaborar no diagnóstico de massas pélvicas, tais como os cistos de ovário e os tumores do ovário ou do útero;	- História Clínica; - Exame Físico; - Preventivo recente; - RX simples (conforme o caso) - USG prévio, se houver.	- Casos de suspeita de CA.	- Ginecologista - Médico clínico geral - Oncologista - Urologista - Geriatra

- Avaliação de infecções pélvicas.			
------------------------------------	--	--	--

**Código – 0205020054 - Ultrassonografia das Vias Urinárias**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumores;</li> <li>- Litíase;</li> <li>- Más formações;</li> <li>- Rim policístico;</li> <li>- Insuficiência Renal;</li> <li>-Hipertensão Arterial Sistêmica Renovascular (suspeita);</li> <li>- Disfunção miccional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História Clínica;</li> <li>- Exame Físico;</li> <li>- Função renal;</li> <li>- Raio X simples (conforme o caso);</li> <li>- USG de abdômen prévia (se houver).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História clínica compatível com as indicações acima;</li> <li>- Passado de litíase de vias urinárias;</li> <li>- Crianças e recém-nascidos com infecções urinárias, comprovadas por urocultura ou internação prévia por sepse ou pielonefrite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urologista</li> <li>- Cirurgião Geral</li> <li>- Cirurgião pediátrico</li> <li>-Médico Clínico Geral</li> <li>- Nefrologista</li> <li>- Oncologista</li> <li>- Pediatra</li> <li>- Geriatra</li> </ul>

**Código – 0205020100 - Ultrassonografia de Próstata via abdominal**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câncer Prostático (suspeita);</li> <li>- Hipertrofia prostática benigna;</li> <li>- Prostatite;</li> <li>- Infertilidade;</li> <li>- Abscessos;</li> <li>- Prostatismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História Clínica;</li> <li>- Exames Físicos;</li> <li>- PSA;</li> <li>- Exame de toque retal;</li> <li>- USG prévia (se houver).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PSA alterado e pacientes acima de 40 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urologista</li> <li>-Cirurgião Geral</li> <li>-Oncologista</li> <li>-Geriatra</li> <li>-Nefrologista</li> <li>- Proctologista</li> <li>- Geriatra</li> </ul>

**OBS.: Quando houver a necessidade de exame pélvico masculino, solicitar ultrassom de próstata.**

**Código – 0205020119 - Ultrassonografia de Próstata via transretal**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câncer Prostático (suspeita);</li> <li>- Hipertrofia prostática benigna;</li> <li>- Prostatite;</li> <li>- Infertilidade;</li> <li>- Abscessos;</li> <li>- Prostatismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História Clínica;</li> <li>- Exames Físicos;</li> <li>- PSA - Exame de toque retal;</li> <li>- USG prévia (se houver).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PSA alterado e pacientes acima de 40 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urologista</li> <li>- Cirurgião Geral</li> <li>-Médico Clínico Geral</li> <li>- Oncologista</li> <li>- Geriatra</li> <li>- Nefrologista</li> <li>- Proctologista</li> <li>- Geriatra</li> </ul>

**Código – 0205020070 - Ultrassonografia de Bolsa Escrotal**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Aumento da bolsa escrotal;</li><li>- Tumores;</li><li>- Varicocele;</li><li>- Cistos de cordão;</li><li>- Infecções;</li><li>- Torções.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- História Clínica;</li><li>- Exame Físico;</li><li>- Raio X simples (conforme o caso).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Crianças;</li><li>- Adolescentes;</li><li>- Suspeita de câncer;</li><li>- Trauma.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Urologista</li><li>- Pediatra</li><li>- Cirurgião Geral</li><li>- Cirurgião Pediátrico</li><li>- Médico Clínico Geral</li><li>- Oncologista</li><li>- Geriatra</li></ul>

**Código – 0205020070 - Ultrassonografia de Bolsa Escrotal com Doppler**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Padrão de vascularização do testículo, epidídimo, cordão espermático e bolsa e parede da bolsa escrotal;</li><li>- Suspeita de varizes na bolsa escrotal;</li><li>- Acompanhar resposta a quimioterapia de tumor testicular.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- História Clínica;</li><li>- Exame Físico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Suspeita de inflamação;</li><li>- Dor aguda;</li><li>- Massa testicular.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Urologista</li><li>- Pediatra</li><li>- Cirurgião Geral</li><li>- Cirurgião Pediátrico</li><li>- Médico Clínico Geral</li><li>- Oncologista</li><li>- Geriatra</li></ul>

**Código – 0205020186 - Ultrassonografia Transvaginal**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Dor pélvica aguda;</li><li>- Dor pélvica crônica;</li><li>- Anexites;</li><li>- Investigação de massa abdominal;</li><li>- Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos;</li><li>- Sangramento genital pós-menopausa;</li><li>- Sangramento genital anormal;</li><li>- Seguimento periódico de climatério;</li><li>- Amenorreia primária;</li><li>- Amenorreia secundária não relacionada à gravidez;</li><li>- Tumores e cistos ovarianos pré e pós menopausa.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- História Clínica;</li><li>- Exame Físico;</li><li>- Preventivo recente;</li><li>- RX simples; (conforme o caso)</li><li>- USG prévio, se houver.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gestantes</li><li>- Idosas com suspeitas de CA.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ginecologista</li><li>- Cirurgião Geral</li><li>- Cirurgião Pediátrico</li><li>- Obstetra</li><li>- Médico clínico geral</li><li>- Clínico Geral</li><li>- Dermatologista</li><li>- Oncologista</li><li>- Pediatra</li><li>- Geriatra</li></ul>

**Código – 0205020143 - Ultrassonografia Obstétrica**  
**Código – 0205020143 - Ultrassonografia Obstétrica Gemelar**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Doença hipertensiva da gravidez (DHEG);</li> <li>- Seguimento de desenvolvimento fetal;</li> <li>-Medida de espessura do colo uterino;</li> <li>- Localização da placenta, nos casos de suspeita de Placenta Prévia;</li> <li>-Acretismo placentário (suspeita);</li> <li>- Oligodrâmnio e Polidrâmnio;</li> <li>- Gestante obesa grau 3;</li> <li>- Erro provável de data do parto;</li> <li>-Amniorrexe prematura confirmada;</li> <li>- Gravidez múltipla;</li> <li>- Ausência de BCF;</li> <li>- Sofrimento fetal;</li> <li>- Circular de cordão;</li> <li>- Crescimento Intra-Uterino Retardado (CIUR).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História Clínica;</li> <li>- Exame Físico;</li> <li>-Teste de Gravidez;</li> <li>- Cartão de pré- natal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestante com cartão de pré-natal do SUS;</li> <li>- Conforme critério clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ginecologista</li> <li>- Obstetra</li> <li>-Médico Clínico Geral</li> <li>- Enfermeiro</li> </ul>

**Código – 0205020151 - Ultrassonografia Obstétrica com Doppler**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retardo de crescimento intrauterino;</li> <li>- Gestante diabética e/ou hipertensa;</li> <li>- Rastreamento de pré-eclampsia;</li> <li>- Suspeita de insuficiência placentária;</li> <li>- Pré- natal de alto risco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História Clínica;</li> <li>- Exame Físico;</li> <li>- USG obstétrica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestante com cartão de pré-natal do SUS;</li> <li>- Conforme critério clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ginecologista</li> <li>- Obstetra</li> <li>- Médico clínico geral</li> </ul>

**Código – 0205020186 - Ultrassonografia Obstétrica Transvaginal (até 12 semanas) e/ou Endovaginal**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Esclarecer se a gravidez é mesmo intrauterina;</li> <li>- Confirmar o número de conceitos;</li> <li>- Usar de referência para datação da gestação;</li> <li>- Verificar a vitalidade o embrião.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amenorréia;</li> <li>- História clínica;</li> <li>-Beta HCG positivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestante com cartão de pré-natal do SUS;</li> <li>-Primeiro Trimestre de gestação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ginecologista</li> <li>- Obstetra</li> <li>- Médico clínico geral</li> <li>- Enfermeiro</li> </ul>



**Código – 0205020143 - Ultrassonografia Obstétrica Translucencia Nucal**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
- Idade materna superior a 35 anos; - História familiar ou pregressa de doenças hereditárias relacionadas à Síndrome de Down ou Trissomia do 18.	-Deve ser realizada da 11ª a 14ª semana, de preferência na 12ª semana.	- Gestante com cartão de pré-natal do SUS;	- Ginecologista Obstetra - Médico clínico geral - Enfermeiro

**Código – 0205020151 - Ultrassonografia Morfológica com Doppler**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
- Avaliar a medida do colo uterino; -Avaliar morfologia/ circulação fetal/ crescimento fetal, placenta e líquido amniótico; - Rastreamento para doenças hipertensivas da gestação; - Avaliação da anatomia fetal; - Estudo do fluxo de artérias uterinas maternas; -Identificar fetos com maior risco de crescimento intrauterino restrito.	- Idade materna superior a 35 anos; - História familiar ou pregressa de doenças hereditárias e má formações; - Presença de doenças que possam levar à insuficiência placentária (hipertensão arterial, diabetes mellitus,trombofilia,cardiopatias,lupus eritematoso sistêmico).	- Gestante com cartão de pré-natal do SUS; - Conforme Critério Clínico	- Ginecologista Obstetra - Médico clínico geral

**Código – 0205020178 - Ultrassonografia Transfontanelar**

<b>Indicações</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Pré-requisitos</b> (1 ou + dos itens abaixo)	<b>Prioridade</b>	<b>Profissional solicitante</b>
-Hidrocefalia; - Estenose dos vasos intracranianos de maior calibre; -Avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doença obstrutiva das carótidas extracranianas; -Avaliar roubo da subclávia - Monitorar vasoespasmo; -Rastrear comprometimento da circulação cerebral na Anemia Falciforme;	- História Clínica; - Exame Físico; - Raio X simples (conforme o caso).	- Menores de 01 ano; -Portadores de válvulas de derivação ventrículo; - Peritoneal; -Paciente falcêmicos.	- Neurologista -Neurocirurgião -Pediatras -Neonatologistas - Hematologista - Médico clinico geral

## REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS

- 1. Protocolos de Regulação para Acesso a Consultas e Exames Especializados.** Governo do Estado do Espírito Santo – 2016.
- 2. Protocolos Clínicos Exames de Alta Complexidade.** Secretaria Municipal de saúde de Rio Claro. 1ª Edição – 2016.
- 3. Protocolos de Acesso à exames de Média e Alta Complexidade.** Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Vermelha/RS. 1ª Edição – 2016.