

2026



MANUAL PARA SUBMISSÃO DE EXAMES

COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

1. INTRODUÇÃO

Os Programas de Qualidade do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), representam rigorosos padrões que beneficiam pacientes, médicos e clínicas. Os programas de qualidade do CBR são divididos em Selos de Certificação de Qualidade, em quatro modalidades, e o Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem, todos específicos para serviços de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. O primeiro Selo de Qualidade do CBR foi criado em 1992, na subespecialidade de Mamografia, e o programa se expandiu, no início dos anos 2000, para as áreas de Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética.

Cada um deles traz o objetivo de promover mais qualidade e segurança para os pacientes em todos os exames realizados. O selo representa uma garantia de rigorosos padrões. Indica que a clínica ou hospital foi submetido à avaliação do CBR, o que assegura a qualidade técnica das imagens e laudos dos exames.

Com a experiência acumulada e os resultados positivos obtidos no Programa de Qualidade, o CBR criou, em 2015, o Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (Padi). Reconhecido internacionalmente pela Sociedade Internacional para a Qualidade da Assistência à Saúde (ISQua, na tradução da sigla em português), o Padi contempla todas as etapas que envolvem um exame de diagnóstico por imagem, do agendamento ao recebimento do laudo, passando pelo exame propriamente dito, além de todo o processo de gestão do serviço, sempre com foco na segurança do paciente.

1.1 COMISSÕES MÉDICAS DE ESPECIALIDADES

Em cada uma das áreas que compõem os Programas de Qualidade do CBR, existem comissões compostas por diversos médicos radiologistas especializados. Os grupos funcionam com caráter de autonomia e inclusão, sem características punitivas e são compostos por membros representativos com grande experiência no respectivo método.

2. OBJETIVO

O objetivo desse manual é apresentar as diretrizes técnicas para a correta submissão de exames aos programas de qualidade do CBR.

As orientações deste manual estão divididas por modalidade diagnóstica. Em cada uma, estão descritos os exames que deverão ser encaminhados ao Padi e aos Selos, para continuidade no processo de certificação. A equipe médica especializada, avaliará se as imagens e os laudos submetidos e preencheram os requisitos mínimos de qualidade estabelecidos pelo CBR.

Tudo isso será feito de maneira sigilosa e isenta. O avaliador médico radiologista não saberá a qual serviço ou paciente as imagens pertencem, nem quais médicos solicitaram e realizaram a avaliação.

As comissões médicas são formadas de acordo com as seguintes especialidades:

- o Cabeça e Pescoço
- o Cardiologia
- o Densitometria Óssea
- o Mamografia

- o Medicina Interna
- o Medicina Nuclear
- o Musculoesquelético
- o Neurorradiologia
- o Radiologia Intervencionista
- o Raio-X
- o Tórax
- o Ultrassonografia

3. ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE EXAMES

- a) Todos os exames devem ser enviados via plataforma eletrônica em formato DICOM.
- b) Todos os exames devem ser anonimizados considerando obrigatoriamente a anonimização dos seguintes identificadores:
 - i. Nome do serviço;
 - ii. Nome do paciente;
 - iii. Nome e CRM do médico solicitante;
 - iv. Nome e CRM do médico radiologista que emitiu o laudo do exame;
 - v. Marca d'água, código de barra, QRCode ou qualquer item que identifique o serviço e/ou paciente.

- c) O CBR não se responsabilizará pelo compartilhamento indevido de dados pessoais e sensíveis por parte das clínicas, visto a exigência de anonimização de todos os exames enviados, a clínica se responsabilizará pelo correto envio de tais documentos, sob pena da necessidade de comprovar a ciência e o consentimento do paciente em caso de incidente envolvendo exames não anonimizados.
- d) Os exames devem ser enviados com máximo 90 (noventa dias) dias de realização, e os laudos devem ser sempre anexados em formato não editável (PDF, por exemplo).
- e) Todo exame enviado, de qualquer modalidade, DEVE SER PATOLÓGICO (a única exceção é o Ultrassom obstétrico).
- f) Exames e laudos normais (sem patologia) serão reprovados pelas comissões médicas.
- g) Para exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, recomenda-se ainda enviar um bloco de “imagens chave”, com reformatações / reconstruções (quando pertinentes), mostrando os principais achados patológicos do exame.
- h) O prazo para envio dos exames é de 45 (quarenta e cinco) dias após a liberação do link de acesso da plataforma eletrônica.
- i) Eventuais não conformidades encontradas nos exames e/ou laudos serão informadas ao serviço com os comentários pertinentes ao caso.
- j) Ao enviar as imagens e laudos, os arquivos deverão ser renomeados conforme especificado a seguir (descrição do estudo aceitável). Quando a clínica ou serviço for autorizada a submeter os arquivos, receberá orientações técnicas sobre como utilizar o sistema.

- k) Antes da submissão de exames, verificar as diretrizes dos protocolos do CBR, disponibilizadas no site dos Programas de Selos e no site do Padi.
- l) Os Serviços que estão buscando a acreditação do Padi, e possuem o selo de qualidade do CBR em Mamografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada e/ou Ultrassonografia, vigente, não precisam submeter os exames dessas modalidades.

4. NÚMERO DE EXAMES A SEREM SUBMETIDOS

MODALIDADE DO EXAME	NÚMERO DE EXAMES	PROGRAMA DE QUALIDADE
Ultrassonografia	12 exames <i>Cliente escolhe os exames a serem enviados</i>	Padi Selo de Ultrassonografia
Ressonância Magnética	5 exames <i>Cliente escolhe os exames a serem enviados</i>	Padi Selo de Ressonância Magnética
Tomografia Computadorizada	5 exames <i>Cliente escolhe os exames a serem enviados</i>	Padi Selo de Tomografia Computadorizada
Mamografia	3 exames	Padi Selo de Mamografia
Densitometria	3 exames	Padi
Medicina Nuclear	3 exames	Padi
Radiologia Intervencionista	5 exames	Padi
Raio-X	7 exames	Padi Selo de Raio-X

5. CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA SUBMISSÃO DOS EXAMES

- a) Todos os exames a serem submetidos devem respeitar as diretrizes técnicas contidas abaixo.
- b) Exames que não respeitarem essas diretrizes, serão reprovados.
- c) Importante que o médico radiologista selecione os exames a serem submetidos.

ULTRASSONOGRAFIA

- a) Para os programas de Selos de Qualidade quanto para o Padi, o serviço deve selecionar 12 (doze) exames da lista de exames disponibilizadas na tabela abaixo. Os exames não podem ser repetidos.
- b) Exames realizados em conjunto, devem ser desmembrados tanto as imagens como o laudo. Exemplo: ultrassom de pelve feminina transabdominal, não é aceito US abdômen Superior + Pelve.
- c) As especificações sobre o envio das imagens devem ser consultadas na Diretriz de Ultrassonografia.
- d) Devem ser enviadas imagens em modo B, imagens coloridas e imagens com análise espectral.

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Ultrassonografia	Abdome superior	Exame deve conter uma hepatopatia ou uma lesão nodular sólida ou cística em um dos órgãos. Pelo menos duas imagens de cada patologia devem ser documentadas, com mensurações, se aplicável.	Abdome Superior Abdômen Superior
Ultrassonografia	Abdome total	Exame deve conter uma hepatopatia ou uma lesão nodular sólida ou cística em um dos órgãos. Pelo menos duas imagens de cada patologia devem ser documentadas, com mensurações, se aplicável.	Abdome total Abdômen total
Ultrassonografia	Colo Uterino	Exame deve conter documentação transvaginal com medida correta do comprimento cervical seguindo a linha endocervical, avaliação da competência do orifício interno (incluindo manobra de pressão se necessário), identificação do eco glandular endocervical, avaliação de textura e pesquisa de istmocele em pacientes com cesárea anterior.	Colo uterino Avaliação do colo uterino Medida do colo uterino
Ultrassonografia	Aparelho urinário	Exame deve conter um cálculo (renal ou ureteral) ou lesão nodular sólida/cística renal. Registrar pelo menos duas imagens da patologia em planos ortogonais, com mensurações quando aplicável.	Aparelho urinário Vias urinárias Rins e vias urinárias Rins

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Ultrassonografia	Parede abdominal	Exame deve conter uma hérnia da parede abdominal OU outra alteração focal (nódulo, coleção, espessamento). Registrar imagens em repouso e em esforço (Valsalva). Pelo menos duas imagens por alteração, com medidas quando aplicável.	Parede abdominal Parede abdominal anterior Hérnia da parede abdominal Região inguinal/umbilical (quando aplicável)
Ultrassonografia	Doppler das carótidas e artérias vertebrais	Enviar estudo colorido e pulsado das artérias carótidas comuns, internas e externas, e artérias vertebrais com medidas de velocidades. Na região da estenose destacar a velocidade e percentual estimado no relatório.	Doppler colorido de carótidas; Doppler de carótidas ou vertebrais; Mapeamento Doppler de carótidas USG Doppler; Ultrassonografia Doppler

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Ultrassonografia	Doppler das veias dos membros inferiores – Sistema venoso Profundo	<p>Caso o serviço não realize exame das artérias carótidas ou das veias dos membros inferiores, pode enviar uma das seguintes opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Um exame das artérias renais o Um exame transvaginal com massa pélvica o Um exame do sistema esplâncnico o Um exame das artérias do membro inferior ou artérias do membro superior 	<p>Doppler venoso de membros inferiores Doppler de membros inferiores USG Doppler Ultrassonografia Doppler Doppler Colorido</p>
Ultrassonografia	Doppler das veias dos membros inferiores – Sistema venoso Superficial	<p>Caso o serviço não realize exame das artérias carótidas ou das veias dos membros inferiores, pode enviar uma das seguintes opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Um exame das artérias renais o Um exame transvaginal com massa pélvica o Um exame do sistema esplâncnico 	<p>Doppler venoso de membros inferiores Doppler de membros inferiores USG Doppler Ultrassonografia Doppler Doppler Colorido</p>

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
		Um exame das artérias do membro inferior ou artérias do membro superior	
Ultrassonografia	Doppler das artérias renais	Sem critérios específicos.	Artérias renais
Ultrassonografia	Doppler hepático / sistema porta	Sem critérios específicos.	Doppler
Ultrassonografia	Bolsa Testicular	Sem critérios específicos.	Bolsa Testicular Escroto
Ultrassonografia	Bolsa Testicular com Doppler	Sem critérios específicos.	Bolsa Testicular com Doppler Escroto com Doppler
Ultrassonografia	Mama	Exame deve conter alguma patologia (cisto complexo, nódulo sólido, lesão não nodular, microcalcificação ou distorção arquitetural). Pelo menos duas imagens de cada patologia devem ser documentadas, com mensurações, se aplicável.	Mamária Mamárias Mamas

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Ultrassonografia	Musculoesquelético	O exame enviado deve ter necessariamente, uma patologia tendínea.	Ombro Punho Mão
Ultrassonografia	Obstetrícia	Primeiro trimestre (entre seis e 12 semanas de idade gestacional) Segundo trimestre (entre 13 e 26 semanas de idade gestacional) Terceiro trimestre (mais de 27 semanas de idade gestacional).	Obstétrico Obstetrícia Ultrassonografia obstétrica Obstétrico 2º/3º trimestre
Ultrassonografia	Obstétrica com técnica de reconstrução 3D/4D	Exame deve conter avaliação 2D padrão (modo B) e, adicionalmente, reconstruções 3D/4D da face, membros ou tronco. Para envio, o estudo deve apresentar alguma alteração passível de documentação (ex.: defeitos de parede, anomalias faciais, alterações esqueléticas).	Obstétrica 3D Obstétrica 4D Obstétrico com reconstrução 3D/4D

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
		Registrar pelo menos duas imagens da alteração em planos diferentes.	
Ultrassonografia	Obstétrica com Doppler Fluxometria	<p>Exame deve conter estudo doppler de artéria cerebral média, umbilical e artérias uterinas, podendo incluir ducto venoso quando indicado.</p> <p>Para envio, o exame deve apresentar alteração hemodinâmica ou estrutural que justifique o estudo (ex.: centralização, notch uterino, aumento de resistência).</p> <p>Registrar pelo menos duas imagens da alteração com Doppler colorido/espectral.</p>	<p>Obstétrico com Doppler</p> <p>Doppler obstétrico</p> <p>Obstetrícia com Dopplerfluxometria</p>

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Ultrassonografia	Morfológico Obstétrico	Exame deve conter a avaliação morfológica completa do primeiro ou segundo trimestre, conforme idade gestacional, incluindo estruturas mínimas exigidas (crânio, face, tórax, abdome, membros, placenta e líquido amniótico). Para envio ao programa, o exame deve apresentar alguma alteração morfológica ou marcador, com pelo menos duas imagens documentando a alteração em planos ortogonais.	Morfológico Morfológico fetal Ultrassonografia morfológica
Ultrassonografia	Pelve feminina (transabdominal)	Exame deve conter uma patologia uterina ou uma patologia ovariana. Pelo menos duas imagens de cada patologia devem ser documentadas, com mensurações, se aplicável.	Pélvica; Pélvica feminina; Transabdominal ou suprapúbica
Ultrassonografia	Pelve feminina (transvaginal)	Exame deve conter uma patologia uterina ou uma patologia ovariana. Pelo menos duas imagens de cada patologia devem ser documentadas, com mensurações, se aplicável.	Pélvica Pélvica feminina
Ultrassonografia	Pelve Masculina	Sem critérios específicos.	Pelve Masculina

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Ultrassonografia	Próstata via suprapúbica	Exame deve conter alguma patologia da próstata, vesículas seminais ou bexiga (como aumento prostático, nódulo, espessamento, massa, retenção, alteração vesical). Registrar pelo menos duas imagens da alteração em planos ortogonais, com mensurações quando cabível.	Próstata via suprapúbica Próstata suprapúbica Avaliação da próstata / vesículas seminais
Ultrassonografia	Próstata via transretal	Exame deve conter patologia prostática ou de vesículas seminais (nódulo, assimetria, área hipoecoica, alteração zonal). Registrar ao menos duas imagens da alteração em planos ortogonais, com medidas quando aplicável.	Próstata via transretal Ultrassonografia transretal da próstata Avaliação transretal da próstata
Ultrassonografia	Tireoide	Exame deve conter uma tireoidopatia difusa (com ou sem Doppler) ou uma lesão nodular tireoidiana sólida ou cística.	Tireoide
Ultrassonografia	Tireoide com Doppler	Exame deve conter uma tireoidopatia difusa (com ou sem Doppler) ou uma lesão nodular tireoidiana sólida ou cística. Deve conter a medida da velocidade das artérias	Tireoide com Doppler

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
		tireoideias (superiores ou inferiores). No caso de lesões nodulares, constar a avaliação do nódulo com doppler colorido, sendo facultativa a colocação do índice de resistências.	
Ultrassonografia	Vias urinárias	Exame deve conter um cálculo (renal ou no ureter) ou uma lesão nodular sólida ou cística renal. Pelo menos duas imagens de cada patologia devem ser documentadas, com as respectivas mensurações, se aplicável	Aparelho urinário Vias urinárias Rins e vias urinárias Rins

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- a) Encaminhar o relatório da dose de radiação utilizada em todos os exames apresentados.
- b) Na impossibilidade de envio do relatório junto com as imagens, enviar junto com o laudo.

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Tomografia Computadorizada	Abdome superior	Com contraste e aquisição de imagens nas fases arterial, portal e equilíbrio	Abdome Abdômen Abdômen Superior
Tomografia Computadorizada	Angiotomografia arterial	Sem critérios específicos.	Angiotomografia
Tomografia Computadorizada	Angiotomografia de coronárias	Sem critérios específicos.	Coronárias
Tomografia Computadorizada	Coluna Lombar	Envio dos exames com ao menos as seguintes sequenciais: Axial Volume (janela óssea e de partes moles), reconstruções axiais, sagitais e coronais (janela óssea) e reconstrução 3D	Lombar Coluna Lombar

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Tomografia Computadorizada	Crânio	Sem critérios específicos.	Crânio Encéfalo Cabeça
Tomografia Computadorizada	Ossos Temporais	Sem critérios específicos.	Ossos temporais Mastóide
Tomografia Computadorizada	Pescoço;	Sem critérios específicos.	Face Face e Pescoço Cabeça e Pescoço
Tomografia Computadorizada	Tórax	Sem critérios específicos.	Tórax Torácica
Tomografia Computadorizada	Uma articulação	Envio dos exames com ao menos as seguintes sequencias: Axial Volume (janela óssea e de partes moles), reconstruções axiais, sagitais e coronais (janela óssea) e reconstrução 3D.	Ombro Punho Mão Quadril Cotovelo Joelho Tornozelo Pé Sacro-ilíacas

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Ressonância Magnética	Abdome superior	Envio de exame com imagens de difusão e com séries pós-contraste (fases arterial, portal e equilíbrio)	Abdome Abdômen
Ressonância Magnética	Angio-RM Arterial de Crânio	Sem critérios específicos.	Angio
Ressonância Magnética	Coluna cervical	Envio dos exames com ao menos as seguintes sequencias: Sag T1, Sag T2 e axial T2 ou T2*.	Coluna cervical
Ressonância Magnética	Crânio	Envio de exame com imagens de difusão.	Crânio Encéfalo Cabeça Neuro
Ressonância Magnética	Fígado	Sem critérios específicos.	Fígado
Ressonância Magnética	Angio com gadolínio	Sem critérios específicos.	Angio com gadolínio

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Ressonância Magnética	Hipófise ou órbitas	Sem critérios específicos.	Hipófise Sela Sela Túcica
Ressonância Magnética	Ombro	Envio dos exames com ao menos as seguintes sequencias: Coronal, Sagital e Axial sensível a líquido (T2 ou DP com supressão de gordura ou STIR), e Coronal ou Sagital T1.	Ombro
Ressonância Magnética	Pelve Feminina	Sem critérios específicos.	Pélvica Pelve Feminina Útero e ovários
Ressonância Magnética	Quadril	Envio dos exames com ao menos as seguintes sequencias: Coronal, Axial e Oblíquo (axial/sagital) sensível a líquido (T2 ou DP com supressão de gordura ou STIR), e Coronal T1.	Quadril Bacia
Ressonância Magnética	Ressonância de Mama	1. Em relação ao laudo – Deve seguir as normas do BI-RADS®: história clínica resumida; técnica utilizada no exame; descrição dos achados, comparação com	Mamária Mama

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
		<p>exames anteriores, classificação e conduta; nome e assinatura do médico interpretador;</p> <p>2. O caso submetido deverá conter pelo menos uma lesão, podendo ser um nódulo ou realce não nodular, com classificação final BI-RADS® 4, 5 ou 6.</p> <p>3. Cada uma das lesões deverá ser individualmente documentada em pelo menos 2 planos ortogonais. A curva cinética deve estar incluída na documentação</p>	
Ressonância Magnética	Tornozelo	<p>Envio dos exames com ao menos as seguintes sequencias: Coronal, Sagital e Axial sensível a líquido (T2 ou DP com supressão de gordura ou STIR), e Sagital T1.</p>	<p>Pé Tornozelo Retropé</p>

MAMOGRAFIA

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Mamografia	Mamografia	<p>Devem ser submetidos 03 estudos para avaliação, sendo que:</p> <p>a) Pelo menos DOIS (2), OBRIGATORIAMENTE, deverão apresentar padrão mamográfico heterogeneamente denso ou extremamente denso (padrões de densidade mamária C ou D descritos no BI-RADS®);</p> <p>b) Pelo menos UM (1) OBRIGATORIAMENTE deverá ter calcificações (BI-RADS 3, 4, 5 ou 6) e outro (1) nódulo (BI-RADS 0, 2, 3, 4, 5 ou 6). Não serão aceitos exames categoria 1.</p> <p>c) Não serão aceitos exames com prótese/implante mamário.</p>	Mamografia

RAIO-X

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Raio-X	Radiografia de Tórax PA e Perfil	Sem critérios específicos.	Tórax Pulmão
Raio-X	Abdome	Sem critérios específicos.	Abdome
Raio-X	Coluna Cervical	Sem critérios específicos.	Coluna Cervical – AP Perfil Oblíquas.
Raio-X	Ombro AP em rotação neutra	Sem critérios específicos.	Ombro
Raio-X	Joelho AP e Perfil	Sem critérios específicos.	Joelho
Raio-X	Coluna Lombar	Sem critérios específicos.	Coluna Lombar
Raio-X	Punho PA e Perfil	Sem critérios específicos.	Punho

MEDICINA NUCLEAR

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Medicina Nuclear	Cintilografia óssea	Sem critérios específicos.	Cintilografia óssea Cintilografia óssea de corpo inteiro; Cintilografia óssea de corpo total Cintilografia óssea trifásica Cintilografia óssea com fluxo sanguíneo ósseo
Medicina Nuclear	Cintilografia miocárdica	Sem critérios específicos.	Cintilografia miocárdica Cintilografia do miocárdio Cintilografia de perfusão miocárdica
Medicina Nuclear	PET CT com FDG-F18	Sem critérios específicos.	PET CT com FDG-F18 PET CT Oncológico PET CT de Corpo Inteiro Tomografia por Emissão de Pósitrons

DENSITOMETRIA ÓSSEA

Serviços que possuam certificação de qualidade pelo ProQuaD (Programa de Qualidade em Densitometria) da Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (Abrasso), automaticamente, preenchem todos esses critérios e dispensam avaliação e auditoria técnica de imagens e laudos.

Devem ser submetidos 05 (cinco) exames de densitometria óssea de pacientes (todos sem a identificação) com os respectivos laudos. Dois exames devem ser seriados, ou seja, estudos de um mesmo paciente comparativos ao exame inicial com respectivos valores e gráficos comparativos nas imagens (controle evolutivo). Pelo menos um exame deve ser de paciente criança ou adolescente (entre cinco e 19 anos).

Deve constar nos exames os dados demográficos de cada paciente (anonimizar apenas o nome do paciente e nome da instituição).

Os exames devem ser preferencialmente, patológicos.

Não serão aceitas imagens de PACS ou prints de tela do exame. Devem ser enviados relatórios de resultados DXA impressos pelo equipamento DXA, que podem ser salvos em PDF diretamente do equipamento.

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Densitometria	Densitometria Óssea	<ol style="list-style-type: none"> Envio de 1 exame com nome do paciente e serviço anonimizado (imagens e laudo correspondentes) inicial de paciente masculino ou feminino > 50 anos de coluna e fêmur com DMO ABAIXO da normalidade Envio de 1 exame com nome do paciente e serviço anonimizado (imagens e laudo correspondentes) inicial de inicial de paciente masculino ou feminino entre 20 e 50 anos de coluna e fêmur com DMO ABAIXO da normalidade Envio de 1 exame com nome do paciente e serviço anonimizado (imagens e laudo correspondentes) EVOLUTIVO de paciente masculino ou feminino > 50 anos de coluna e fêmur Cópia da impressão de relatório de resultados DXA de cada sítio analisado – fêmur e coluna lombar - (com registros de imagem; dados numéricos DMO; valores T-score e Z-score; gráfico de referência DMO x idade). <ul style="list-style-type: none"> 2 imagens. (Não serão aceitas imagens de PACS ou prints de telas). Cópia da impressão de relatório de resultados DXA auxiliar de cada sítio – fêmur e coluna lombar. <ul style="list-style-type: none"> 2 imagens. (Não serão aceitas imagens de PACS ou prints de telas). Cópia de impressão de laudo diagnóstico único (enviar juntamente com as imagens acima). Total: 1 imagem. 	<p>Densitometria inicial abaixo de 50 anos</p> <p>Densitometria inicial entre 20 e 50 anos</p> <p>Densitometria evolutiva acima de 50 anos</p>

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

As especificações sobre o envio das imagens devem ser consultadas na Diretriz de Radiologia Intervencionista.

1. Punção Aspirativa por Agulha Fina Guiada por Ultrassonografia: um exame deve ser submetido, contendo uma punção de nódulo tireoidiano ou de linfonodo superficial. Pelo menos seis imagens devem ser documentadas e assim caracterizadas:

- a. duas imagens da lesão alvo deve ser documentadas, com as mensurações;
- b. duas imagens com as características da vascularização da lesão alvo e do tecido circunjacente na via de acesso escolhida.
- c. duas imagens documentando a agulha no interior da lesão alvo.

MODALIDADE	NOMENCLATURA DO EXAME	CRITÉRIOS PARA ENVIO DO EXAME	DESCRIÇÃO ACEITÁVEL DO EXAME
Radiologia Intervencionista	Punção Aspirativa por Agulha Fina Guiada por Ultrassonografia	Um exame deve ser submetido, contendo imagens e relatório de punção aspirativa por agulha fina, guiada por ultrassonografia, em qualquer topografia (exceto mamária).	Punção Aspirativa por Agulha Fina Guiada por Ultrassonografia
Radiologia Intervencionista	Biópsia Percutânea por Agulha Grossa Guiada por Ultrassonografia	Um exame deve ser submetido, contendo imagens e relatório de biópsia por agulha grossa guiada por ultrassonografia, em qualquer topografia (exceto mamária). Pelo menos seis imagens devem ser documentadas e assim caracterizadas:	Biópsia Percutânea por Agulha Grossa Guiada por Ultrassonografia
Radiologia Intervencionista	Biopsia Transretal / Transperineal da Próstata Guiada por Ultrassonografia	Um exame relacionado a biopsia da próstata guiada por ultrassonografia transretal ou transperineal deve ser submetido, contendo imagens e relatório.	Biopsia Transretal / Transperineal da Próstata Guiada por Ultrassonografia
Radiologista Intervencionista	Biópsia Percutânea por Agulha Grossa Guiada por Tomografia Computadorizada	Um exame deve ser submetido, contendo imagens e relatório de biópsia por agulha grossa guiada por tomografia computadorizada, em qualquer topografia. Devem ser documentadas imagens assim caracterizadas:	Biópsia Percutânea por Agulha Grossa Guiada por Tomografia Computadorizada

5. REVISÕES

Data Revisão	Item Revisado	Revisão
20/02/2025	4. NÚMERO DE EXAMES A SEREM SUBMETIDOS	Diminuição da amostragem de exames enviados de Densitometria Óssea de 5 para 3
20/02/2025	4. NÚMERO DE EXAMES A SEREM SUBMETIDOS	Inclusão do Programa de Selo de Raio-X
20/02/2025	DENSITOMETRIA ÓSSEA	Exclusão do exame Infantil Inclusão das especificações dos 3 exames: - Inicial de paciente masculino ou feminino > 50 anos de coluna e fêmur com DMO ABAIXO da normalidade - Inicial de paciente masculino ou feminino entre 20 e 50 anos de coluna e fêmur com DMO ABAIXO da normalidade - EVOLUTIVO de paciente masculino ou feminino > 50 anos de coluna e fêmur
23/10/2025	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	Exclusão da Drenagem, pois trata-se de tratamento e não procedimento para fim diagnóstico. Inclusão de Punções Aspirativas por agulha Fina. Exclusão de exames de mamas.
17/07/2025	RAIO-X	Excluído exame de Coluna Lombar Alterado número de envio de exames obrigatórios de 7 para 6

Alterado nome do exame



Dúvidas, entrar em contato:



qualidade@cbr.org.br