PROTOCOLO – PET-SCAN ONCOLÓGICO

Para análise da solicitação do exame PET-SCAN ONCOLÓGICO, é imprescindível o envio à Auditoria da Unimed Regional Maringá a relação completa dos documentos descritos abaixo:

1. Solicitação do exame PET-SCAN ONCOLÓGICO preenchido pelo médico cooperado;

2. **CÓPIA** dos resultados dos seguintes exames: Tomografia, e/ou Cintilografia, e/ou Ultrassonografia e Anátomo Patológico, que justifique a necessidade da solicitação do exame;

Eventualmente, poderão ser necessários exames e/ou esclarecimentos adicionais, solicitados a crédito do Auditor Médico da Unimed Maringá.

Processos que não tiveram o envio da documentação completa serão negados e devolvidos aos usuários para regularização de documentação e cumprimento da RN 428.

SOLICITAÇÃO DO EXAME PET-SCAN ONCOLÓGICO

Nome: _____ Código:_____

Idade:_____ Peso atual: _____Altura:_____ IMC:_____

DIRETRIZ PARA SOLICITAÇÃO, CONFORME RN 428 ANEXO II:

1. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas comprovado por biópsia, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
   a. ( ) Para caracterização das lesões;
   b. ( ) No estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
   c. ( ) Na detecção de recorrências.

2. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
   a. ( ) No estadiamento primário;
   b. ( ) Na avaliação da resposta terapêutica;
   c. ( ) No monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não Hodgkin.

3. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer colo-retal, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
   a. ( ) Câncer recidivado potencialmente ressecável;
   b. ( ) CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;
   c. ( ) Recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.

4. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para avaliação de nódulo pulmonar solitário quando preenchido todos os seguintes critérios:
   a. ( ) Ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas;
   b. ( ) Nódulo maior que um centímetro;
   c. ( ) Não espiculados;
   d. ( ) Sem calcificações.

5. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para o diagnóstico do câncer de mama metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos.

6. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, quando pelo menos um dos critérios for preenchido:
   a. ( ) Presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão;
   b. ( ) Quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado “carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico” cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor.

7. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de melanoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
   a. ( ) No estadiamento do melanoma de alto risco (tumor ≥1,5 mm de espessura, ou com linfonodo sentinela positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo) sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores;
   b. ( ) Para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas < 3 mm de espessura).

8. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer de esôfago “localmente avançado” para a detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não foram suficientemente esclarecedores (TC de tórax e USG ou TC de abdome).

9. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico com análogos de somatostatina para pacientes portadores de Tumores Neuroendócrinos que potencialmente expressem receptores de somatostatina quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
   a. ( ) Localização do tumor primário;
   b. ( ) Detecção de metástases;
   c. ( ) Detecção de doença residual, recorrente ou progressiva;
   d. ( ) Determinação da presença de receptores da somatostatina.

OBS: Em caso de indisponibilidade de rede prestadora de serviço para este procedimento na localidade de ocorrência do evento, a operadora deve disponibilizá-lo na localidade mais próxima, sem a obrigatoriedade de cobertura de remoção ou transporte.