



Série Manuais do

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP

Manual de Processos de Trabalho da

IMAGINOLOGIA

SERVIÇO DE RADIOLOGIA

3ª edição

**Campinas
2017**

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

FICHA CATALOGRÁFICA

Todos os direitos são reservados ao Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. Os manuais destinam-se à leitura online pela intranet ou por download. É permitida a utilização acadêmica do manual, desde que citada a fonte e não seja para fins comerciais. O conteúdo dos textos publicados nos manuais é de total responsabilidade dos autores. É proibida a impressão ou reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou sistema, sem prévio consentimento, ficando os infratores sujeitos às penas previstas em lei (Código Penal. Decreto Lei 2848/40, Art. 297-298).



ÍNDICE

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	5
IM.01 – MISSÃO / OBJETIVOS DA IMAGINOLOGIA	5
IM.02 - MAPA DE RELACIONAMENTO FORNECEDOR / PROCESSO / CLIENTE	6
IM. 03 – MACROFLUXO DA DIVISÃO DE IMAGINOLOGIA	7
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA	8
PROCESSOS DE TRABALHO DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA	8
IM - RX. P1 – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM RADIOLOGIA (EXAMES CONVENCIONAIS E CONTRASTADOS)	8
PROCEDIMENTO GERAL	8
ROTINA DE EXAME	9
EXAMES CONTRASTADOS	12
Urografia Excretora	12
Uretrocistografia Miccional	13
Dacriocistografia	14
Sialografia	14
Fistulografia	15
EXAMES DE RX NO LEITO DO PACIENTE	15
REALIZAÇÃO DE RX NO INTRA-OPERATÓRIO	16
Limpeza terminal do equipamento de RX transportável	16
FLUXOGRAMA GERAL DA RADIOLOGIA	18
FLUXOGRAMA DA RADIOLOGIA – PACIENTES INTERNADOS	18
IM-RX.T1 – TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – MEMBROS SUPERIORES (MMSS)	19
ANATOMIA RADIOLOGICA - MEMBROS SUPERIORES	19
INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO DE MÃO E PUNHO	26
INCIDÊNCIAS DA MÃO	31
INCIDÊNCIAS DO PUNHO	34
INCIDÊNCIA PARA ESCAFÓIDE	41
INCIDÊNCIAS DO ANTEBRAÇO	45
INCIDÊNCIAS DO COTOVELO	47
INCIDÊNCIAS DO ÚMERO	53
POSICIONAMENTO OMBRO	58
INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO CINTURA ESCAPULAR (CLAVÍCULA E ESCÁPULA)	71
IM - RX.T2 - TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – MEMBROS INFERIORES (MMII)	75
CONCEITOS GERAIS	75
INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO DO PÉ E CALCÂNEO	80
POSICIONAMENTO DO TORNOZELO	89
INCIDÊNCIAS DA PERNA	94
INCIDÊNCIAS DO JOELHO	96
INCIDÊNCIAS DO FÊMUR	104
IM-RX.T3 – INCIDÊNCIAS DA CINTURA PÉLVICA – BACIA	106
INCIDÊNCIAS DA CINTURA PÉLVICA – QUADRIL	109
IM-RX.T4 - TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – COLUNA VERTEBRAL	117
COLUNA CERVICAL	118
COLUNA TORÁCICA	123
COLUNA LOMBAR	125
SACRO E CÓCCIX	130
ROTINA DE COLUNA PARA ESCOLIOSE.	132
IM-RX.T5 - TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – TÓRAX E ABDOME	133
TÓRAX	133
INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO TÓRAX	135

ABDOME _____	144
INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO ABDOME _____	145
IM-RX.T6 - TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – CRÂNIO E FACE _____	149
INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO DO CRANIO _____	154
ROTINA PARA SELA TÚRCICA _____	157
SEIOS DA FACE _____	158
OSSOS DA FACE _____	160
ÓRBITAS _____	161
OSSOS NASAIS _____	161
ARCOS ZIGOMÁTICOS _____	163
MANDÍBULA _____	164
ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES – A.T.M. _____	166
MASTÓIDES _____	167
<u>ANEXOS</u> _____	170
NORMAS, PORTARIAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS QUE EMBASAM O FUNCIONAMENTO DA ÁREA _____	170
DOCUMENTOS UTILIZADOS NA ÁREA E TABELA DE TEMPORALIDADE _____	170

MANUAIS DE PROCESSOS DE TRABALHO E TÉCNICAS DE COMPETÊNCIA DE OUTRAS ÁREAS

- Anatomia Patológica – [anatomia_patologica.pdf](#)
- Arquivo Médico – [sam.pdf](#)
- Centro Cirúrgico – [centro_cirurgico.pdf](#)
- Enfermagem - Processos - [enfermagem_processos.pdf](#)
- Enfermagem - Técnicas - [enfermagem_tecnicas.pdf](#)
- Engenharia e Manutenção – [engenharia.pdf](#)
- Epidemiologia Hospitalar – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – [ccih.pdf](#)
- Epidemiologia Hospitalar – Hospital Sentinela – [hs.pdf](#)
- Farmácia – [farmacia.pdf](#)
- Hotelaria - Higiene e Limpeza – [higiene.pdf](#)
- Hotelaria - Rouparia - [rouparia.pdf](#)
- Imaginologia – Processos Gerais – [imagem.pdf](#)
- Imaginologia – Angiografia – [angiografia.pdf](#)
- Imaginologia – Medicina Nuclear – [med_nuclear.pdf](#)
- Imaginologia – Ressonância Magnética – [ressonancia.pdf](#)
- Imaginologia – Tomografia – [tomografia.pdf](#)
- Imaginologia – Ultrassonografia – [ultrassom.pdf](#)
- Nutrição e Dietética - [nutricao.pdf](#)
- Patologia Clínica – [patologia_clinica.pdf](#)
- Radioterapia – [radioterapia.pdf](#)
- Recursos Humanos – [recursos_humanos.pdf](#)
- Serviço Social – [s_social.pdf](#)
- SSPR - Segurança, Portaria e Recepção – [sspr.pdf](#)
- Suprimentos – [suprimentos.pdf](#)

 UNICAMP	<p align="center">Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	 Hospital de Clínicas UNICAMP
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL			IM.O1

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

IM.O1 – MISSÃO / OBJETIVOS DA IMAGINOLOGIA

Desenvolver e prestar serviços com qualidade e responsabilidade na área de diagnóstico por imagem, procedimentos em radioterapia, intervencionistas por Raios X, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e Medicina Nuclear, promovendo ações que garantam assistência integral à saúde e contribuir no desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa médicas.

A Divisão de Imaginologia está constituída pelos líderes abaixo:

- Prof. Dr. Sérgio Joan Destkigil
- Adm. Carlos Henrique G. de Oliveira
- Dr. Rodrigo Jorge Oliveira
- Prof. Dr. Celso Darío Ramos;
- Dr. Eduardo Baldon Pereira;
- Enfa. Larissa Maria R. S. Fachinni
- Sra. Sônia Mara Camargo dos Santos
- Sra. Margareth Marcondes
- Física: Renata Lixandrão
- Tecnólogo José Thiago de Souza de Castro
- Tecnólogo Josias dos Santos Ferreira

Grupo responsável pela elaboração: Colegiado da Unidade Produtiva					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	



Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA

Implantação
06/07/2009

Revisão
Nº: 003

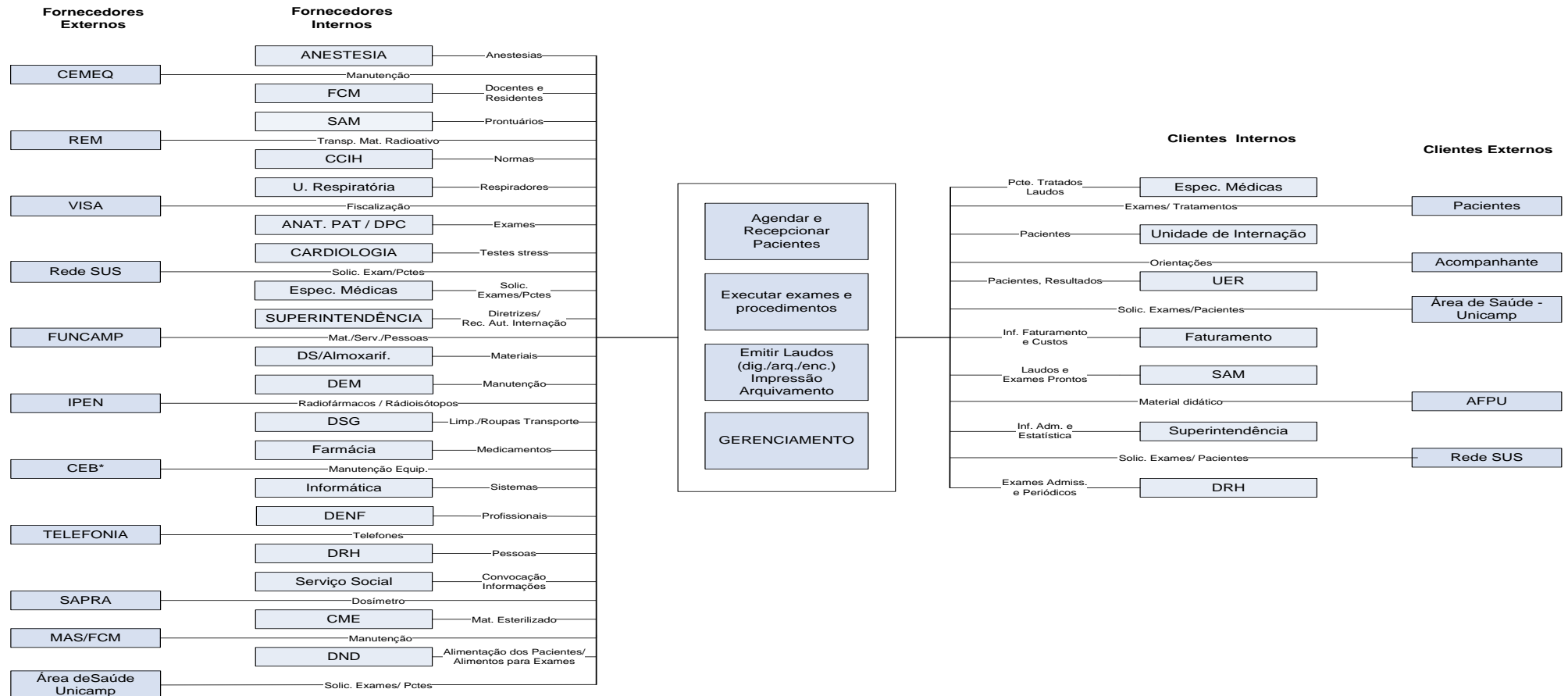
Data:
30/09/2017



ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

IM.02

IM.02 - MAPA DE RELACIONAMENTO FORNECEDOR / PROCESSO / CLIENTE



Grupo responsável pela elaboração: Colegiado da Unidade Produtiva					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	



Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA

Implantação
06/07/2009

Revisão
Nº: 003

Data:
30/09/2017

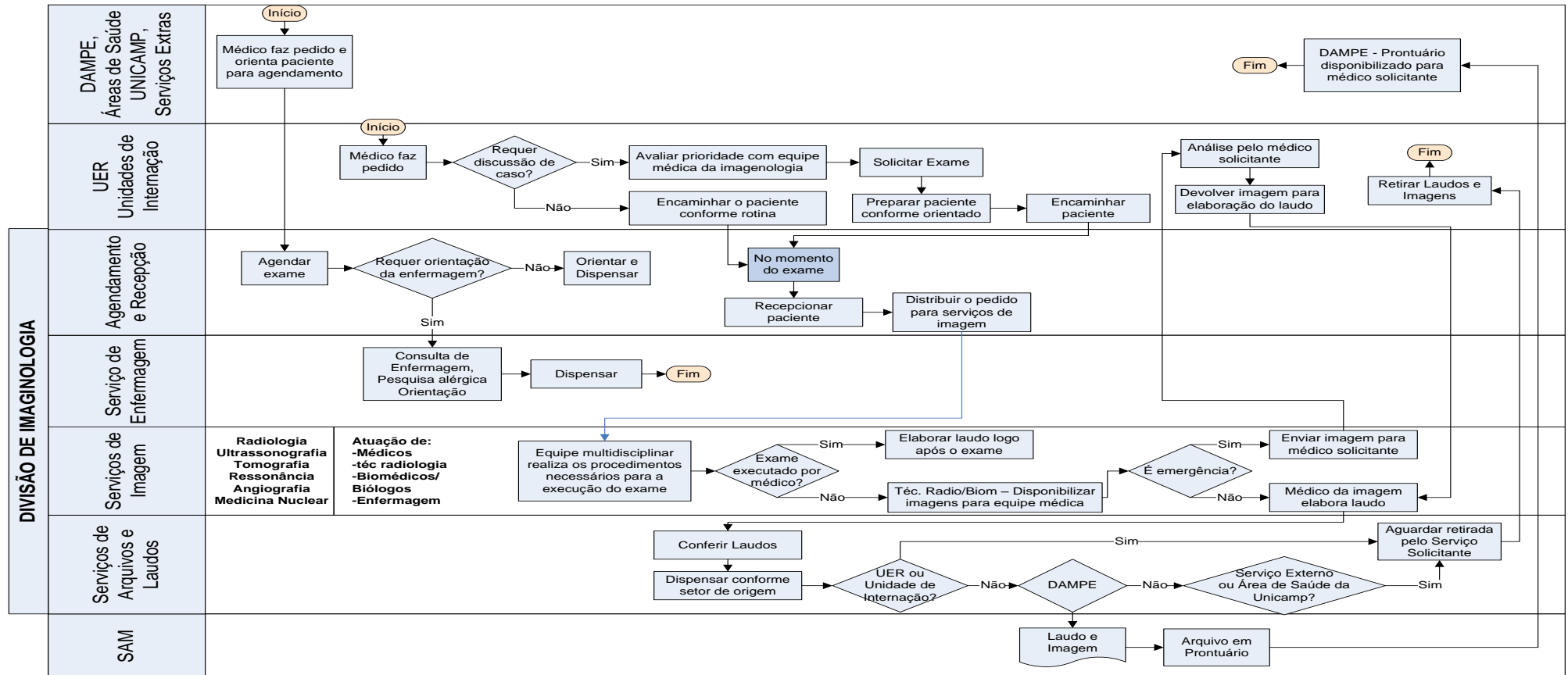


Hospital de Clínicas
UNICAMP

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

IM.03

IM. 03 – MACROFLUXO DA DIVISÃO DE IMAGINOLOGIA



Grupo responsável pela elaboração: Colegiado da Unidade Produtiva					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	

	<p align="center">Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003</p> <p>Data: 30/09/2017</p>	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.P1

PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA

PROCESSOS DE TRABALHO DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA

IM - RX. P1 – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM RADIOLOGIA (EXAMES CONVENCIONAIS E CONTRASTADOS)

PRINCÍPIOS E APLICAÇÃO

Consiste em equipamento que, por meio de energia elétrica, gera um feixe de elétrons em uma ampola de vácuo, que ao se chocar com um ânodo produz os raios X. A emissão dos raios X, por meio de uma janela que ao atravessar o paciente e em direção ao chassi, leva à produção de imagem latente em filme. O filme é processado possibilitando a obtenção da imagem visível que permitirá a análise diagnóstica.

EXECUÇÃO DO EXAME

Os exames realizados pelos técnicos são dispensados mediante a avaliação pelo médico residente da câmara clara. Na necessidade da complementação o residente, poderá solicitar incidências adicionais para complementação diagnóstica.

ELABORAÇÃO DO LAUDO

Depois de obtidas as imagens, o médico residente analisa os achados e elabora um pré-laudo (rascunho) que, posteriormente, será corrigido pelo docente que emite o laudo definitivo onde é impresso e disponibilizado no Sistema de Laudos do hospital.

PROCEDIMENTO GERAL

RECEPÇÃO

Recepcionar o paciente, lançar o pedido no Sistema e disponibilizar o pedido para realização do exame, colocando por ordem de chegada;
Encaminhar paciente conforme exame solicitado (raios X convencional e/ou contrastado).

Grupo responsável pela elaboração: Sérgio San Juan Derktgil, Carlos Henrique Gomes de Oliveira, Rodrigo Jorge de oliveira, Orlando Carlos da Silva, José Thiago de Souza de Castro, Josias dos Santos Ferreira, Michele Alves da Silva.			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: Dr. Luis Gustavo Oliveira Cardoso	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Sr. Jacques Gama	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.P1

ROTINA DE EXAME

TÉCNICOS E TECNÓLOGOS EM RADIOLOGIA

- Manter os cassetes que não foram expostos aos raios X em local protegido da radiação ionizante, para evitar prejuízo a qualidade dos exames.
- Referente ao plate do DR deve ser carregado quando atingir 30% da carga.
- Deve verificar o pedido, respeitando o horário e avaliando a necessidade de urgência / emergência.
- Conferir nome do paciente e exame solicitado no pedido médico e na planilha de trabalho.
- Chamar o paciente pelo nome, confirmando sobrenome e exame a ser efetuado.
- Caso seja paciente de sexo feminino, questionar gravidez. Caso suspeita e/ou confirmação, não realizar o exame e encaminhá-la para o médico solicitante.
- Verificar se há necessidade de troca de roupas (itens metálicos como fechos, botões, sutiã, brincos, colar, *piercings* etc.).
- Higienizar as mãos.
- Havendo indicação de contraste por via oral (verificar indicação e/ou contra-indicação para contraste baritado ou iodado), administrar sob orientação do médico residente da radiologia. Caso seja contraste por outras vias (endovenosa e/ou vesical), solicitar ao médico residente da radiologia quantidade necessário ao exame e instrução para administração pela equipe de enfermagem.
- Posicionar o paciente no equipamento de raios X conforme o exame solicitado e técnica preconizada. Observar rigorosamente a tabela de técnicas, e todos os parâmetros técnicos para a incidência solicitada.
- No caso de radiografias de extremidades, é obrigatório o uso de letras de chumbo. Se a extremidade for do lado esquerdo, deve ser colocada a letra de chumbo “E” ao lado esquerdo do paciente. Se a extremidade for do lado direito, deve ser colocada a letra de chumbo “D” ao lado direito do paciente.
- Caso o paciente precise de acompanhante, oferecer avental plumbífero e protetor de tireoide orientando o posicionamento.
- Realizar o exame, conforme técnica.
- Caso o paciente deambule, orientá-lo para aguardar na sala de espera. Já em pacientes acamados, com dificuldade de movimentação ou exame que requeira posicionamento especial, mantê-lo na sala de exame até avaliação da radiografia.
- Quando utilizar digitalizadora de imagens radiográficas é necessário consultar o *work list*, e buscar o nome do paciente. Após conferir o nome completo do paciente, conferir também a data de nascimento e HC (ou pré-matrícula na ausência de HC). Caso o cadastro do paciente não seja encontrado na *work list* é necessário cadastrar o paciente, com o nome completo, data de nascimento, HC (ou pré-matrícula na ausência de HC). É importante salientar que o “0” inicial no HC ou pré-matrícula não deve ser inserido. Exemplo: HC número 0123456. No

Grupo responsável pela elaboração: Sérgio San Juan Derktgil, Carlos Henrique Gomes de Oliveira, Rodrigo Jorge de oliveira, Orlando Carlos da Silva, José Thiago de Souza de Castro, Josias dos Santos Ferreira, Michele Alves da Silva.			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: Dr. Luis Gustavo Oliveira Cardoso	SST Data: 30/09/2017	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.P1

momento de inserir o HC na digitalizadora, deve ser inserido o seguinte HC: 123456.

- Caso o técnico/tecnólogo envie radiografias com identificação errada, seja do nome do paciente ou do lado da extremidade, o mesmo deve procurar o supervisor técnico imediatamente para solicitar a remoção do exame do PACS. Caso não tenha supervisor técnico de plantão, é necessário comunicar imediatamente o médico radiologista de plantão, e também o médico solicitante, para evitar maiores transtornos. E após isso deve preencher o formulário de solicitação de remoção de exame do PACS.
- No momento de trabalhar a imagem na digitalizadora é necessário conferir se a radiografia realizada condiz com a solicitação médica. No caso de radiografias de extremidades é necessário conferir se o lado radiografado condiz com o lado solicitado pelo médico. Após a conferência, é obrigatório inserir a letra digital ao lado da letra de chumbo.
- Ou seja, a radiografia deverá ficar com duas letras identificando o lado, uma letra de chumbo e outra digital. Dessa maneira reduzimos drasticamente o risco de enviarmos imagens com letra identificadora errada, e aumentamos a segurança e qualidade do serviço.
- As radiografias não devem ser recortadas ao serem editadas. Salvo exceção a ser discutida com o tecnólogo em radiologia ou médico radiologista de plantão.
- Nas radiografias de leito, deve ser colocada a palavra “leito” na lateral da imagem.
- Nas radiografias para controle de Sonda Nasoentérica (SNE), deve ser colocada a sigla “SNE” na lateral da imagem. É proibido que o técnico em radiologia escreva SNE para identificar a ponta ou parte da sonda. Ou seja, a palavra SNE deve ser colocada na lateral da radiografia, com o único objetivo de identificar que a radiografia foi realizada para esse fim.
- Fazer cópias de radiografias para enviar com “negativo” não deve ser realizado, pois além de ocupar espaço a mais no servidor do PACS, pode confundir a equipe médica, pois haverá duas radiografias ao invés de uma, com horário de envios diferentes.
- Após trabalhar a imagem na digitalizadora, ajustando brilho e contraste, e conferir a qualidade do exame o técnico em radiologia deve enviar as radiografias para as duas Workstations (localizadas ao lado das digitalizadoras) e PACS. Caso perceba que a imagem não foi encaminhada para os destinos, é necessário desligar a digitalizadora, aguardar 5 minutos, e ligar novamente. Após 5 minutos ligada é preciso verificar se as imagens foram encaminhadas para os destinos corretos. Caso o problema persista é necessário entrar em contato com o Departamento de Informática e pedir auxílio.
- Somente após a radiografia ser devidamente encaminhada para os destinos já citados, o paciente poderá ser dispensado.

Grupo responsável pela elaboração: Sérgio San Juan Derktgil, Carlos Henrique Gomes de Oliveira, Rodrigo Jorge de oliveira, Orlando Carlos da Silva, José Thiago de Souza de Castro, Josias dos Santos Ferreira, Michele Alves da Silva.					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: Dr. Luis Gustavo Oliveira Cardoso		Nome: Sr. Jacques Gama	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	

	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.P1

- Quando o profissional utiliza equipamentos do tipo DR (Radiografia Digital), é necessário encontrar o nome do paciente no *work list* antes de iniciar o exame. Os cuidados referentes ao cadastramento do paciente, edição da radiografia, e envio da radiografia para os destinos, são os mesmo já citados.
- Seja utilizando CR ou DR é necessário que o técnico/tecnólogo em radiologia, ao analisar a qualidade da imagem, verifique o índice de exposição, a fim de aprimorar-se a cada dia, e também evitar que radiografias de baixa qualidade sejam executadas no futuro, além de evitar a sobre dose de radiação ionizante nos pacientes. No caso do CR o índice de exposição aceitável varia de 1600 a 2000, segundo o fabricante. No caso de DR da Konica/Sawae varia de 300 a 600. É fundamental, para segurança e qualidade dos pacientes, que esse índice de exposição seja mantido.
- Caso o paciente seja ambulatorial (rotina):
 - Orientar o paciente que o exame e laudo estarão no PACS;
 - Dispensar o paciente.
- Caso o paciente seja de urgência ou UER – Unidade de Emergência Referenciada:
 - Orientar o paciente que o exame e laudo estarão no PACS;
 - Orientar retorno à unidade de origem.
- Caso o paciente seja internado:
 - Orientar o paciente que o exame e laudo estarão no PACS;
 - Avisar a recepção que o exame está encerrado e o paciente está liberado. A recepção entrará em contato com o Serviço de Escolta.

CÂMARA CLARA

- Identificar o cadastro do paciente na *work list* ou cadastrá-lo manualmente conforme já descrito.
- Colocar o cassete na digitalizadora.
- Avaliar a qualidade da radiografia e fazer anotações conforme descrito acima.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO

- Após a realização dos exames, a mesa, cassetes, plates, superfícies de contato com o paciente, avental plumbífero, e demais acessórios utilizados devem ser limpos e desinfetados com produto padronizado pela CCIH.

COLABORAÇÃO EM SERVIÇO

- Deverá o técnico em radiologia cooperar para o bom andamento do serviço, respeitando e atendendo as solicitações da chefia imediata ou seu substituto, sob pena de medidas administrativas.
- Caso haja escala de trabalho com postos específicos para cada técnico, o técnico que estiver ocioso deve procurar a chefia imediata ou seu substituto a fim de verificar em qual posto de trabalho o técnico pode cooperar, a fim de agilizar o atendimento aos pacientes e melhorar a qualidade do serviço.

Grupo responsável pela elaboração: Sérgio San Juan Derktgil, Carlos Henrique Gomes de Oliveira, Rodrigo Jorge de oliveira, Orlando Carlos da Silva, José Thiago de Souza de Castro, Josias dos Santos Ferreira, Michele Alves da Silva.					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: Dr. Luis Gustavo Oliveira Cardoso		Nome: Sr. Jacques Gama	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.P1

EXAMES CONTRASTADOS

Urografia Excretora

Contraste utilizado: contraste aquoso iodado (iônico e/ou não iônico).

Procedimento:

- Enfermagem deve chamar paciente e confirmar dados: nome, preparo, jejum e as informações sobre o exame – *Conforme protocolo de enfermagem*;
- Oferecer camisola ao paciente;
- Higienizar as mãos;
- Colocar o paciente na mesa de exame em decúbito dorsal;
- Puncionar acesso venoso fora de articulação;
- O técnico deve realizar a radiografia simples para a avaliação do preparo e da técnica apropriada ao exame, encaminhar ao radiologista que se necessário, solicitará incidências adicionais;
- Administrar contraste mantendo o acesso, anotar início da injeção;
- Realizar radiografias com intervalos de 5 minutos (em chassi 24x30 transversos na altura da área renal, sem compressão), 10 minutos (em chassi 24x30 transversos com a utilização da compressão na área renal) e 15 minutos (em chassi 35x43 sem compressão) visualizando o trajeto do contraste desde a área renal até a bexiga (bexiga);
- Tendo visualizado o trajeto completo do contraste, aguardar o enchimento da bexiga;
- Realizar radiografia com 30 minutos (em chassi 35x43) radiografia do abdome e observando o enchimento da bexiga;
- Em caso de falhas no enchimento poderão ser realizadas radiografias tardias;
- Não havendo patologias na bexiga, instruir o paciente para miccionar e retornar a mesa de exames;
- Realizar radiografia pós-miccional para observação de possíveis resíduos;
- Mediante liberação médica, a enfermagem avalia paciente quanto a sinais e sintomas de reação alérgica, remove o acesso venoso e orienta o paciente para hidratação via oral e esclarecimento de possíveis dúvidas. Orientá-lo para não realização de exame de sangue TSH (tireóide) por um período de 6 meses.
- Ao término do exame deve realizar limpeza e desinfecção da mesa de exame conforme padronizado pela CCIH.

Grupo responsável pela elaboração: Sérgio San Juan Derktgil, Carlos Henrique Gomes de Oliveira, Rodrigo Jorge de oliveira, Orlando Carlos da Silva, José Thiago de Souza de Castro, Josias dos Santos Ferreira, Michele Alves da Silva.			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: Dr. Luis Gustavo Oliveira Cardoso	Nome: Sr. Jacques Gama	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.P1

Uretrocistografia Miccional

Contraste utilizado: contraste aquoso iodado (iônico e/ou não iônico).

Procedimento:

- Enfermagem deve chamar paciente e confirmar dados: nome, preparo, jejum e as informações sobre o exame – *Conforme protocolo de enfermagem*;
- Oferecer camisola ao paciente;
- Higienizar as mãos;
- Solicitar ao paciente que esvazie a bexiga antes do início do exame;
- Colocar o paciente na mesa de exame em decúbito dorsal;
- O técnico deve realizar a radiografia simples para a avaliação do preparo e da técnica apropriada ao exame, encaminhar ao radiologista que se necessário, solicitará incidências adicionais;
- Em paciente adulto sexo masculino:
 - Posicionar o paciente em ligeira oblíqua para a injeção do contraste por via uretrocistógrafo, sendo obtidas radiografias para avaliação da uretra anterior e retrograda D./E.;
 - Em seguida, encher a bexiga até que o paciente tenha total certeza que irá fazer a micção;
 - Realizar radiografias oblíquas D./E. e A.P. com bexiga cheia, observar se não houve refluxo;
 - Logo após, retira-se o uretrocistógrafo, pede ao paciente que urine enquanto são obtidas radiografias miccionais D./E. e A.P., para visualização da uretra prostática e anterior;
 - Visualizar se houve refluxo;
 - Realizar radiografia pós-miccional para observação de possíveis resíduos;
 - Dispensa do paciente após avaliação do residente.
- Em paciente adulto de sexo feminino ou criança:
 - O contraste é injetado via cateter vesical;
 - Aguardar enchimento total e realizar oblíquas D./E. e A.P. com bexiga cheia;
 - Em seguida, realiza-se oblíquas D./E. e A.P. na fase miccional, para visualização da uretra;
 - Visualizar se houve refluxo;
 - Realizar radiografia pós-miccional para observação de possíveis resíduos.
- Mediante liberação médica, a enfermagem avalia paciente quanto a sinais e sintomas de reação alérgica;
- Obrigatoriamente, ao término do exame deve ser realizada limpeza e desinfecção da mesa de exame com pano umedecido em produto padronizado pela CCIH.
- A sala deve sofrer limpeza pela equipe da Limpadora Terceirizada pelo fato do paciente ter que realizar micção na mesa de exame.

Grupo responsável pela elaboração: Sérgio San Juan Derktgil, Carlos Henrique Gomes de Oliveira, Rodrigo Jorge de oliveira, Orlando Carlos da Silva, José Thiago de Souza de Castro, Josias dos Santos Ferreira, Michele Alves da Silva.			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: Dr. Luis Gustavo Oliveira Cardoso	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Sr. Jacques Gama	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.P1

OBS.: Em caso que o paciente não consiga realizar a micção, realizar radiografias oblíquas com esforço miccional.

Dacriocistografia

Contraste utilizado: iodado oleoso (Lipiodol®)

Procedimento:

- Enfermagem deve chamar paciente e confirmar dados: nome e as informações sobre o exame – *Conforme protocolo de enfermagem*;
- Higienizar as mãos;
- Colocar o paciente na mesa de exame;
- O técnico deve realizar a radiografia simples (em chassi 18x24 transverso) para a avaliação da técnica apropriada ao exame;
- Posicionar o paciente em D.D. – decúbito dorsal com P.M.S. – plano médio sagital perpendicular a L.C.M. – linha central da mesa e L.O.M. – linha órbita meatal;
- Administrar colírio anestésico;
- Médico deve realizar a dilatação do canal lacrimal bilateral com instrumento adequado e realizar a cateterização e administrar o contraste;
- Logo após, realizar radiografia tardia se necessário;
- Mediante liberação médica, a enfermagem avalia o paciente quanto a sinais e sintomas de reação alérgica e esclarecer possíveis dúvidas;
- Ao término do exame deve realizar limpeza e desinfecção da mesa de exame conforme padronizado pela CCIH.

Sialografia

Contraste utilizado: iodado oleoso (Lipiodol®)

Procedimento:

- Enfermagem deve chamar paciente e confirmar dados: nome e as informações sobre o exame – *Conforme protocolo de enfermagem*;
- Higienizar as mãos;
- Colocar o paciente na mesa de exame;
- O técnico deve realizar a radiografia simples (oblíquas e perfil) para a avaliação da técnica apropriada ao exame e possível visualização de cálculos salivares;
- Administrar limão (para estímulos) dos ductos salivares;
- Médico deve realizar a dilatação do ducto salivar com instrumento adequado, cateterização do mesmo e administrar o contraste;
- Realizar incidências oblíquas D./E. e perfil;

Grupo responsável pela elaboração: Sérgio San Juan Derktgil, Carlos Henrique Gomes de Oliveira, Rodrigo Jorge de oliveira, Orlando Carlos da Silva, José Thiago de Souza de Castro, Josias dos Santos Ferreira, Michele Alves da Silva.			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: Dr. Luis Gustavo Oliveira Cardoso	SST Data: 30/09/2017	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Sr. Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.P1

- Mediante liberação médica, a enfermagem avalia o paciente quanto a sinais e sintomas de reação alérgica e esclarecer possíveis dúvidas.
- Ao término do exame deve realizar limpeza e desinfecção da mesa de exame conforme padronizado pela CCIH.

Fistulografia

Contraste utilizado: contraste iodado

Procedimento:

- Enfermagem deve chamar paciente e confirmar dados: nome e as informações sobre o exame – *Conforme protocolo de enfermagem*;
- Higienizar as mãos;
- Colocar o paciente na mesa de exame;
- O técnico deve realizar a radiografia simples A.P. e perfil, para a avaliação da técnica apropriada ao exame;
- Médico deve cateterizar orifício fistuloso com sonda apropriada e administrar contraste;
- Realizar radiografias simultaneamente conforme refluxo;
- Enfermagem deve realizar curativo – *Conforme protocolo de enfermagem*;
- Mediante liberação médica, a enfermagem avalia o paciente quanto a sinais e sintomas de reação alérgica e esclarecer possíveis dúvidas.
- Ao término do exame deve realizar limpeza e desinfecção da mesa de exame conforme padronizado pela CCIH.

EXAMES DE RX NO LEITO DO PACIENTE

Havendo necessidade de realizar radiografia no leito do paciente, atentar para os seguintes cuidados:

- Fazer a desinfecção do equipamento (colimador, painel, barra de movimentação) utilizando pano de limpeza umedecido com a solução desinfetante padronizada pela CCIH;
- Colocar os cassetes indicados para os exames embalados individualmente em saco plástico branco;
- Levar caixa de luvas de procedimentos;
- Ao chegar à unidade, confirmar os dados do paciente, pedido de exame e leito;
- Solicitar auxílio da equipe de enfermagem para realização do exame;
- Adentrar no quarto do paciente com o equipamento e ligar a tomada;
- Higienizar as mãos antes de tocar no paciente ou em seu ambiente próximo;

Grupo responsável pela elaboração: Sérgio San Juan Derktgil, Carlos Henrique Gomes de Oliveira, Rodrigo Jorge de oliveira, Orlando Carlos da Silva, José Thiago de Souza de Castro, Josias dos Santos Ferreira, Michele Alves da Silva.					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: Dr. Luis Gustavo Oliveira Cardoso		Nome: Sr. Jacques Gama	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.P1

- Colocar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente e cassete;
- Posicionar equipamento;
- Avisar a equipe para se afastar do local a uma distância mínima de 3 metros, preferencialmente atrás de barreira física (parede);
- Em caso de pacientes conscientes, solicitar inspiração e apneia em caso de radiografia de tórax;
- Realizar o exame;
- Retirar o cassete do paciente, retirar o saco plástico e desprezá-lo no lixo do quarto;
- Pedir à enfermagem para acomodar o paciente;
- Retirar as luvas de procedimento, desprezando-as no quarto.
- Levar o equipamento para o corredor;
- Fazer a desinfecção do equipamento (colimador, painel, barra de movimentação) utilizando pano de limpeza umedecido com a solução desinfetante padronizada pela CCIH;
- Desprezar o pano de limpeza;
- Higienizar as mãos;
- Os cassetes são numerados. O recomendado é que ao realizar o exame anote na requisição do exame o número do cassete, a fim de evitar a troca de cassetes. Na ausência do número do cassete anote o código de barras.

No caso de paciente em Precauções Especiais, atentar para os cuidados específicos de paramentação, conforme descrito no Manual da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ([ccih.pdf](#)).

REALIZAÇÃO DE RX NO INTRA-OPERATÓRIO

Seguir protocolo definido junto à equipe do CC para uso do equipamento de RX transportável e arco cirúrgico.

Limpeza terminal do equipamento de RX transportável

A limpeza terminal do equipamento deve ser realizada semanalmente pelos técnicos de radiologia, em todas as superfícies do aparelho, incluindo os cabos.

Atentar para a secagem adequada antes de religar o equipamento para evitar acidentes elétricos.

Grupo responsável pela elaboração: Sérgio San Juan Derktgil, Carlos Henrique Gomes de Oliveira, Rodrigo Jorge de oliveira, Orlando Carlos da Silva, José Thiago de Souza de Castro, Josias dos Santos Ferreira, Michele Alves da Silva.			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: Dr. Luis Gustavo Oliveira Cardoso	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Sr. Jacques Gama	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.P1

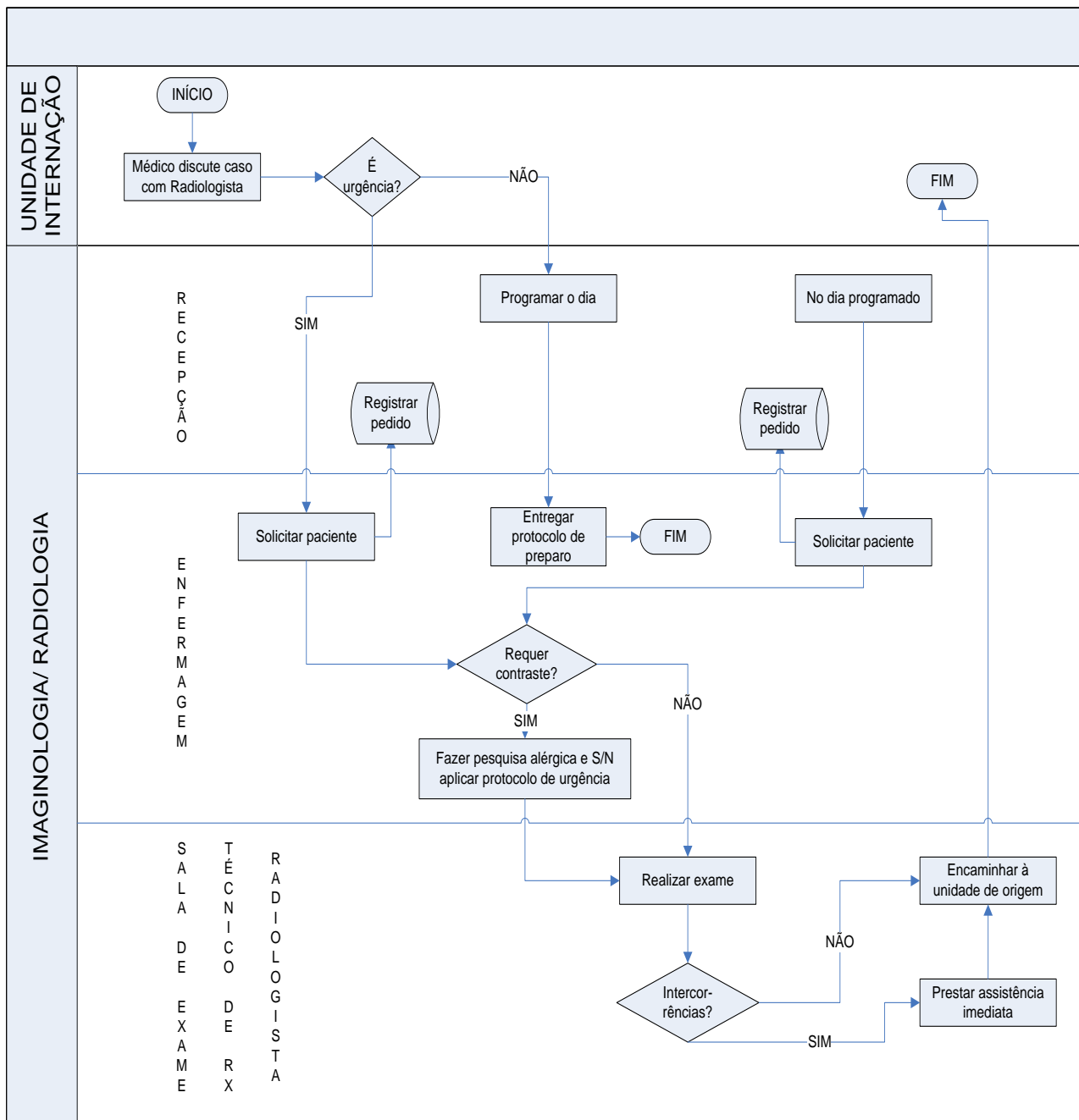
PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE
<p>Precauções Padrão Devem ser adotadas sempre que prestar assistência aos pacientes, manusear equipamentos, materiais e superfícies da assistência. Consistem em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos (água e sabão ou álcool gel); • Utilizar barreiras e equipamentos de proteção individual (luvas, avental, máscara e protetor ocular) de acordo com o grau de exposição à matéria orgânica ou fluidos corporais; • Realizar limpeza/desinfecção de materiais e equipamentos utilizados; • Prevenir acidentes com perfuro-cortantes; • Manusear adequadamente resíduos, materiais biológicos e roupas usadas. • Caso o profissional apresente sintomas respiratórios (resfriado / gripe), conter secreções e higienizar as mãos após assoar o nariz ou espirrar. <p>Precauções Adicionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adotar Precauções Adicionais sempre que indicado pela CCIH. <p>Maiores informações: Manual da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (ccih.pdf).</p>
SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL
Adotar as orientações descritas no Guia para Adequação da NR-32 no Hospital de Clínicas (NR32.pdf).
EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAIS E COLETIVOS ESPECÍFICOS
Paredes baritadas, portas com revestimento de chumbo, visor e biombos plumbíferos, aventais de chumbo, protetor de tireoide, óculos e luvas plumbíferos.
Dosímetros de lapela de uso obrigatório.
Na câmara escura utilizar respirador sem manutenção PFF2+VO.

Grupo responsável pela elaboração: Sérgio San Juan Derktgil, Carlos Henrique Gomes de Oliveira, Rodrigo Jorge de oliveira, Orlando Carlos da Silva, José Thiago de Souza de Castro, Josias dos Santos Ferreira, Michele Alves da Silva.					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: Dr. Luis Gustavo Oliveira Cardoso		Nome: Sr. Jacques Gama		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		



FLUXOGRAMA GERAL DA RADIOLOGIA

FLUXOGRAMA DA RADIOLOGIA – PACIENTES INTERNADOS



Grupo responsável pela elaboração:

Sérgio San Juan Derktgil, Carlos Henrique Gomes de Oliveira, Rodrigo Jorge de oliveira, Orlando Carlos da Silva, José Thiago de Souza de Castro, Josias dos Santos Ferreira, Michele Alves da Silva.

Responsável pela área

Data: 30/09/2017

CCIH

Data: 30/09/2017

SST

Data: 30/09/2017

Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil

Nome: Dr. Luis Gustavo Oliveira Cardoso

Nome: Sr. Jacques Gama

Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

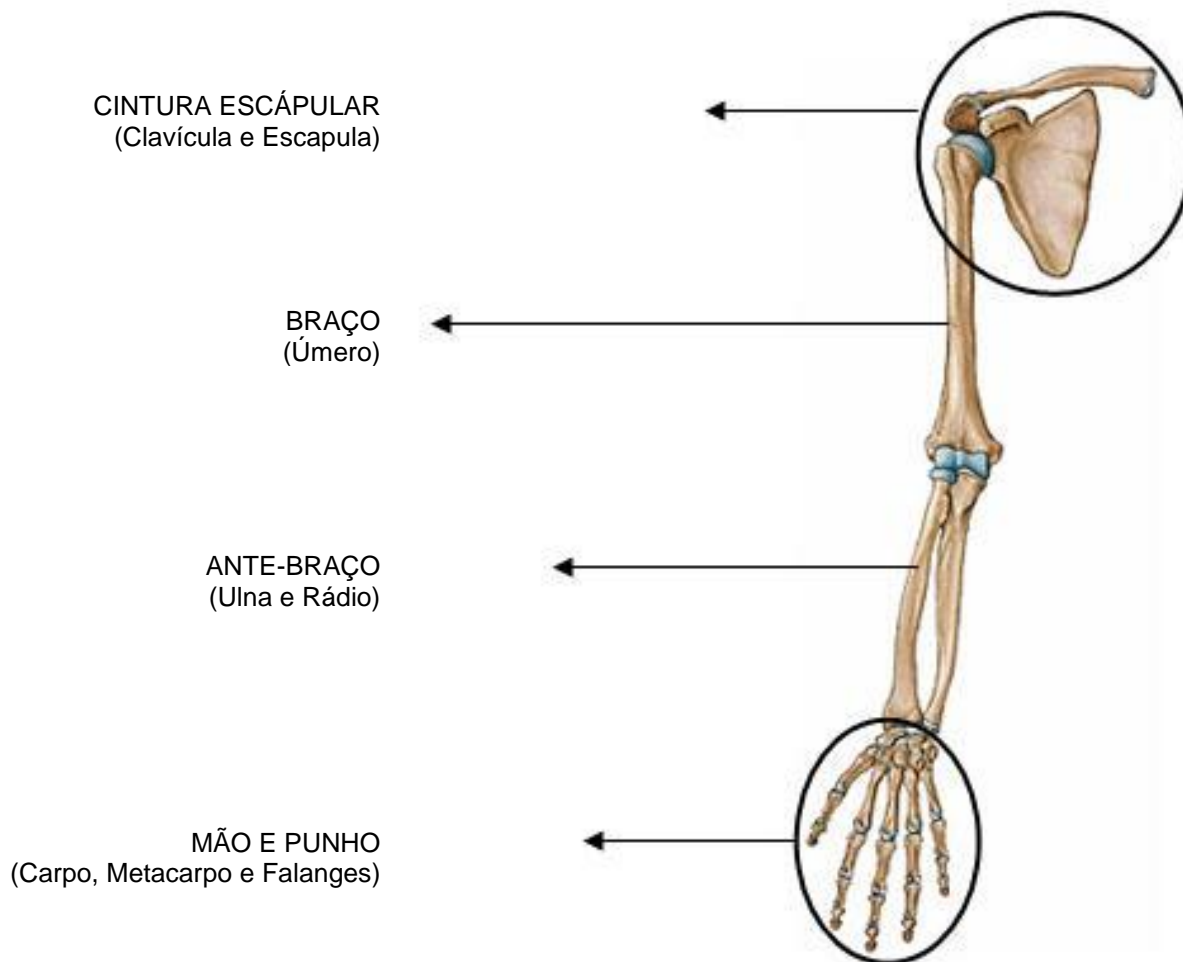


IM-RX.T1 – TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – MEMBROS SUPERIORES (MMSS)

ANATOMIA RADIOLOGICA - MEMBROS SUPERIORES

Os membros superiores são divididos em quatro segmentos:

- 1º Segmento – OSSOS DA MÃO
- 2º Segmento – ANTEBRAÇO
- 3º Segmento – BRAÇO
- 4º Segmento – CINTURA ESCÁPULAR



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura



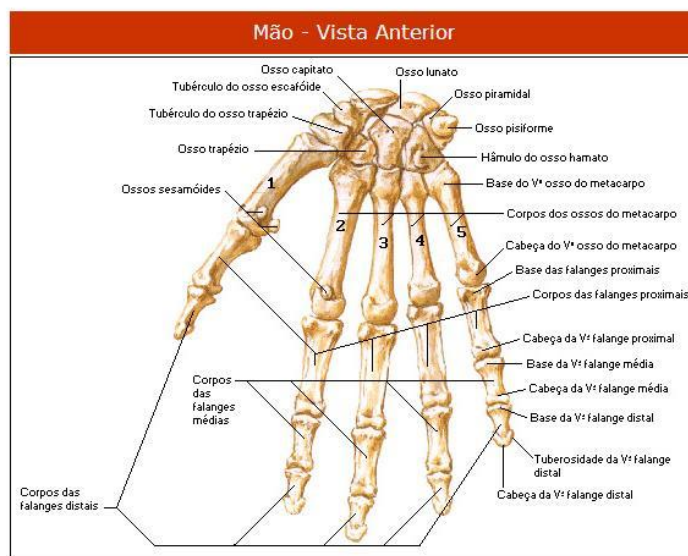
MÃO

A mão se divide em: carpo, metacarpo e falanges.

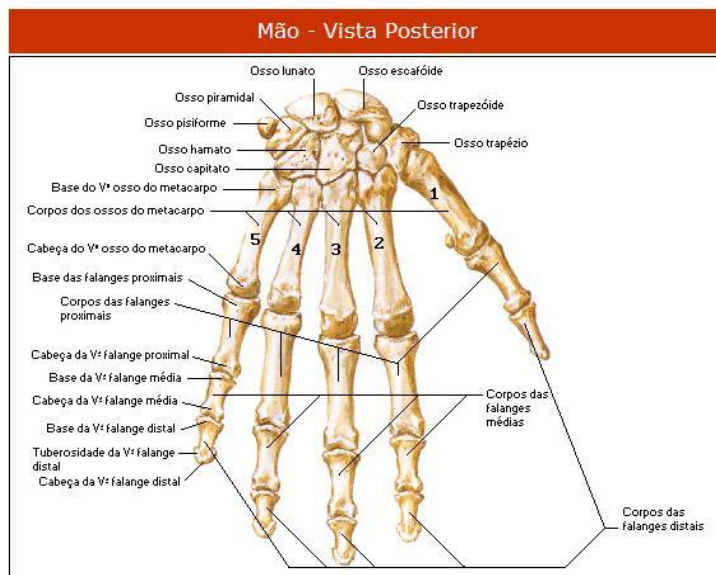
Os ossos do carpo são divididos em duas fileiras totalizando oito ossos.

Os metacarpos são constituídos por cinco ossos longos, o que correspondem aos dedos da mão.

As falanges totalizando quatorze, sendo o polegar proximal e distal; e do segundo ao quinto dedo proximal, média e distal.



Fonte: NETTER, Frank H., Atlas de Anatomia Humana, 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.



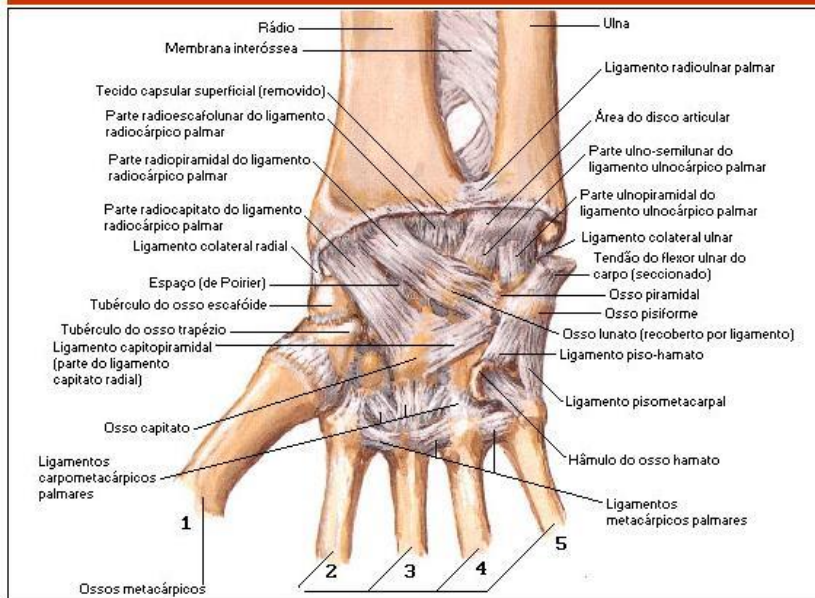
Fonte: NETTER, Frank H., Atlas de Anatomia Humana, 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	

PUNHO

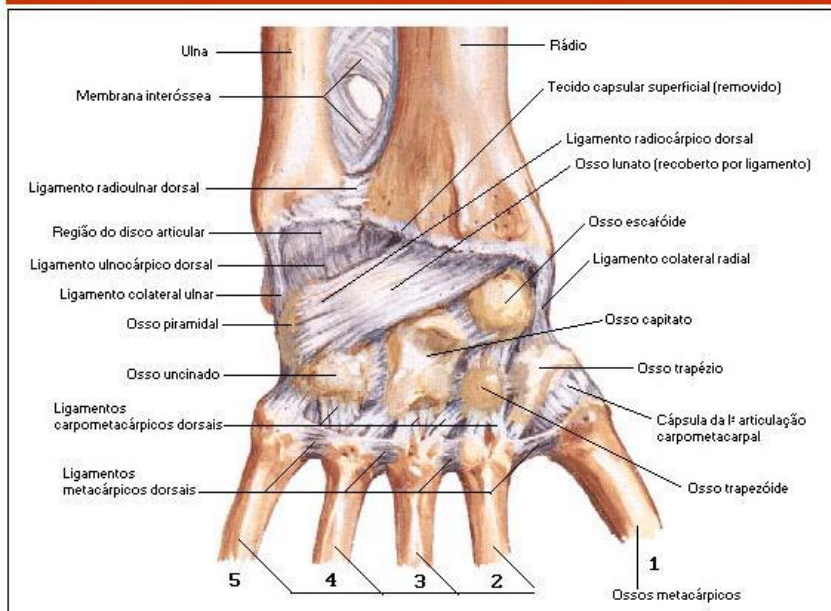
O punho é um conjunto de ossículos proximais da mão e a região distal do antebraço. O mesmo é formado pelas articulações rádio-ulnar e rádio-cárpica.

Vista Palmar das Estruturas Articulares do Punho



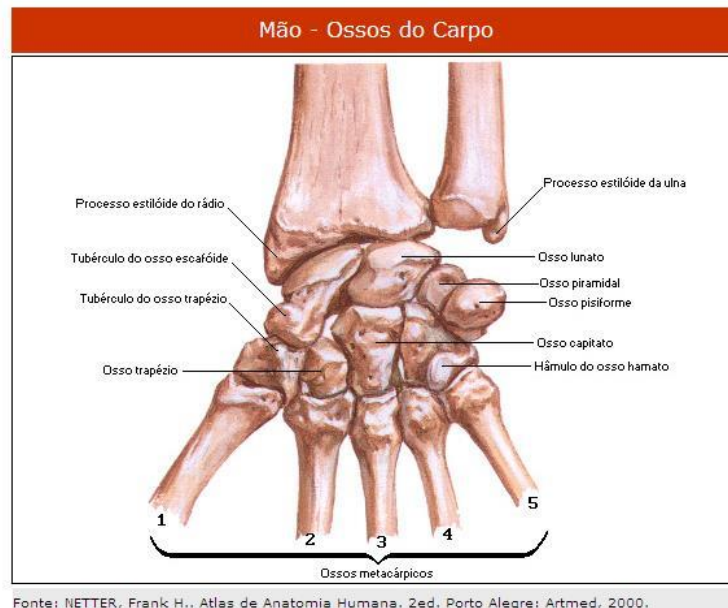
Fonte: NETTER, Frank H., Atlas de Anatomia Humana, 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Vista Dorsal das Estruturas Articulares do Punho



Fonte: NETTER, Frank H., Atlas de Anatomia Humana, 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura



Fonte: NETTER, Frank H., Atlas de Anatomia Humana, 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ANTEBRAÇO

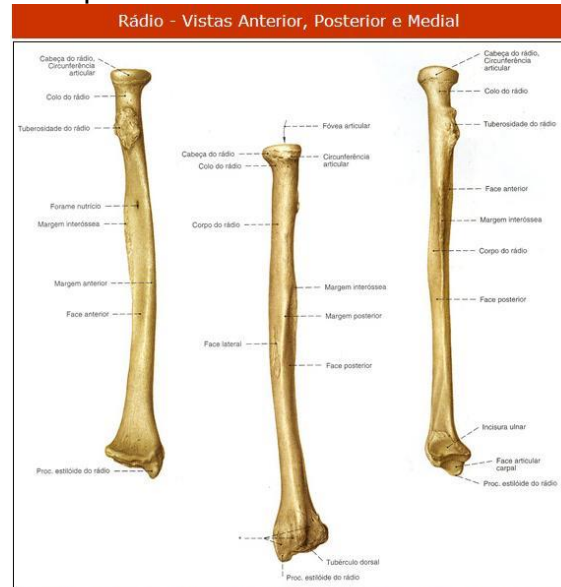
O antebraço é composto pelos ossos: rádio e ulna.

Rádio – localizado lateralmente no antebraço, sendo mais curto que a ulna. Articula-se na região proximal com o úmero e a ulna e na região distal com os ossos do carpo (escafoide e semilunar) e a ulna.

Ulna – localizada na parte medial do antebraço; articula-se na região proximal com o úmero e rádio; na região distal com os ossos do carpo e rádio.



Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana, 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.



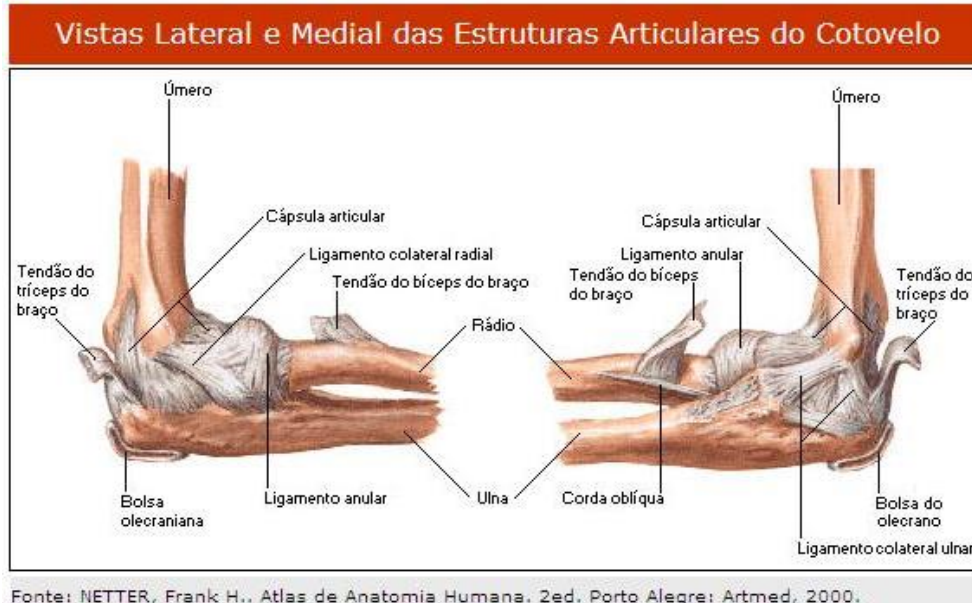
Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana, 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



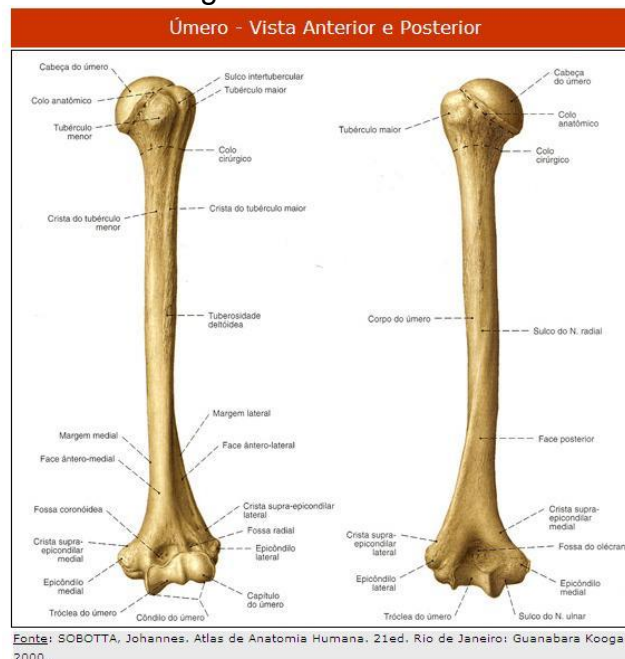
COTOVELO

O cotovelo é a articulação que se localiza entre o braço e o antebraço. Realiza ligação entre o úmero, a ulna e rádio.



ÚMERO

Sendo o maior osso do membro superior, ele se articula com a escápula na região proximal e com o rádio e ulna na região distal.

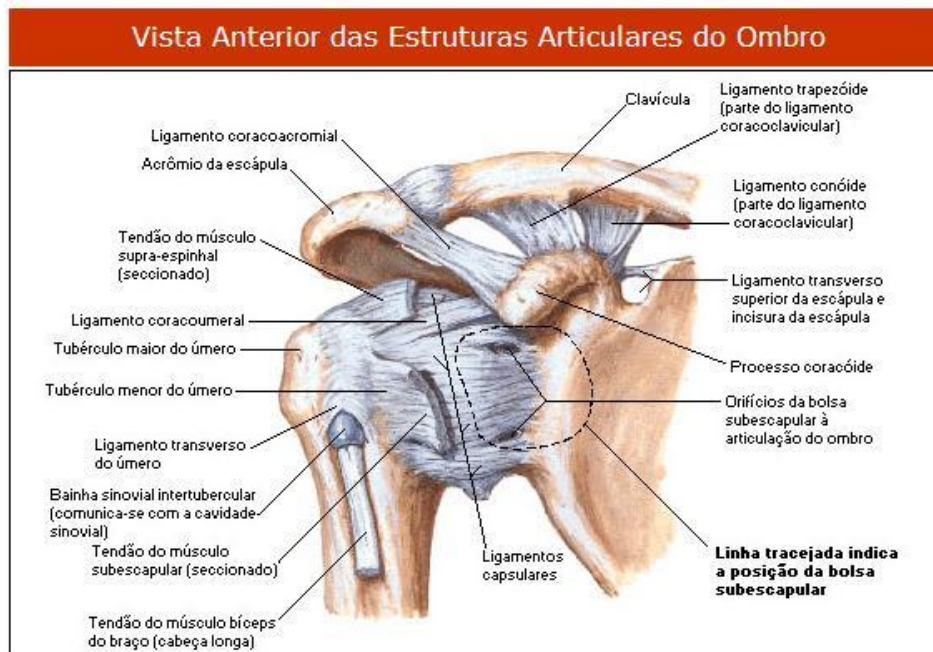


Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



OMBRO

O ombro é constituído por três articulações: esternoclavicular, acromioclavicular e glenoumeral.



Fonte: NETTER, Frank H.. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CLAVÍCULA

A clavícula é um osso longo, em formato de “S” que liga o membro superior ao tronco. Ele articula-se com a escápula e o esterno.



Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana. 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.



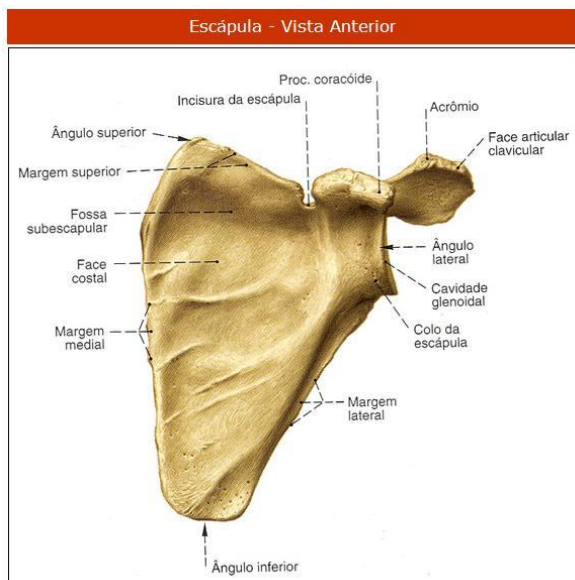
Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana. 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura	

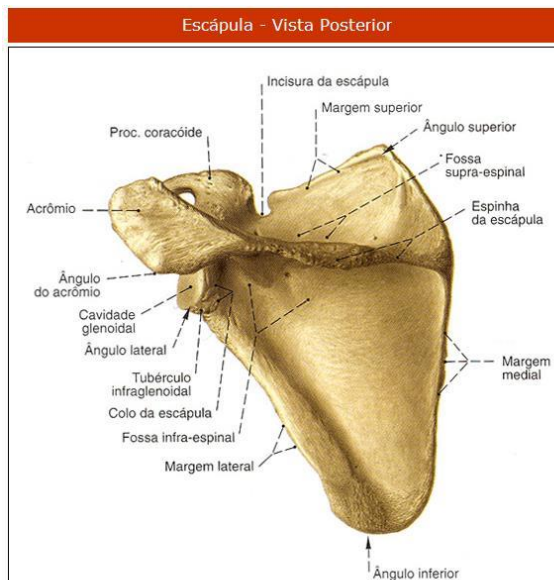


ESCÁPULA

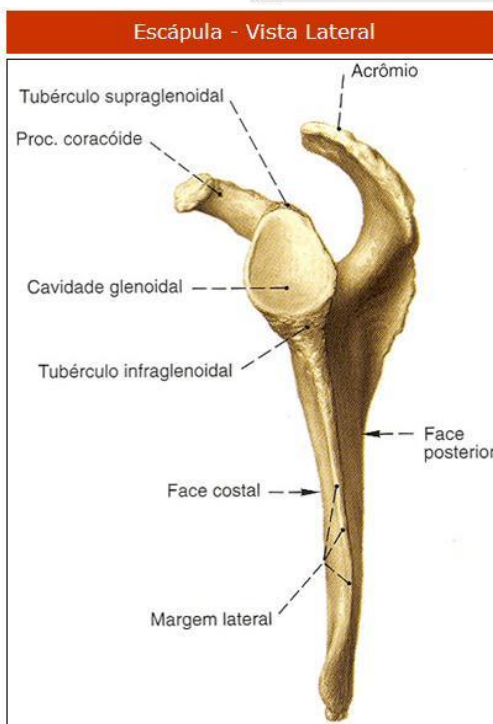
A escápula também conhecida como omoplata é um osso chato localizado na porção posterior do tórax, tendo a forma triangular.



Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana, 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.



Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana, 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.



Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana, 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO DE MÃO E PUNHO

1º DEDO – POLEGAR P.A. (Pósterio-Anterior) ou A.P. (Ântero-Posterior)

Posicionamento: Incidência P.A.

Paciente sentado junto à mesa, com o membro superior a ser radiografado fletido 90°, de modo que o plano médio sagital do polegar esteja perpendicular ao raio central. – Foto 01.

FOTO 01



P.A. do 1ºdedo



P.A. do 1ºdedo

Posicionamento: Incidência A.P.

Paciente sentado junto à mesa, com o membro superior a ser radiografado fletido 90°, (fazer elevação do polegar à altura do ombro para melhor posicionamento), realizar rotação interna da mão apoiando a face posterior do polegar, (com ou sem o auxílio da outra mão) – Foto 02.

FOTO 02



A. P. do 1ºdedo



A. P. do 1ºdedo

R.C.: perpendicular vertical na 1ª articulação M.F. – metacarpofalangiana;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: todo o polegar, incluindo obrigatoriamente o trapézio na radiografia.

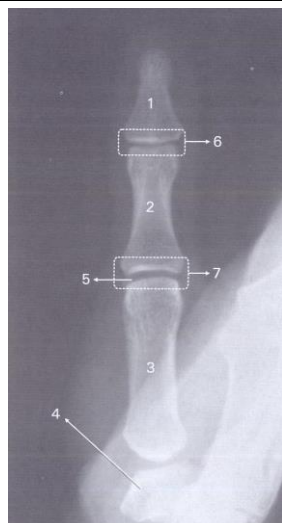
OBS.: Preferencialmente realizar a incidência em A.P., realizar a outra somente quando houver dificuldades com o posicionamento.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Visão Radiográfica

1. Falange distal do 1º dedo da mão
2. Falange proximal do 1º dedo da mão
3. 1º Metacarpo
4. Osso trapézio
5. Osso sesamóide
6. Articulação I.F. do 1º dedo da mão
7. Articulação M.F. do 1º dedo da mão



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

1º DEDO – POLEGAR PERFIL

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa com o cotovelo fletido 90º, com a mão repousando sobre um calço de forma que o plano coronal do polegar fique perpendicular vertical ao raio central;

R.C.: perpendicular na 1ª articulação M.F.;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: todo o polegar em perfil.



Perfil do polegar

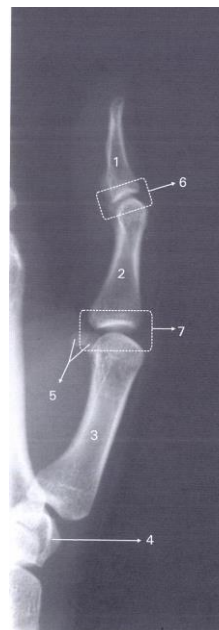


Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Visão Radiográfica

1. Falange distal do 1º dedo da mão
2. Falange proximal do 1º dedo da mão
3. 1º Metacarpo
4. Osso trapézio
5. Ossos sesamóides
6. Articulação IF do 1º dedo da mão
7. Articulação MF do 1º dedo da mão



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

2º AO 5º DEDO P.A. (Pósterio-Anterior)

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, com o cotovelo fletido 90º, antebraço sempre apoiado, mão em pronação e dedos de interesse sobre o chassi;

R.C.: perpendicular vertical na articulação I.F.P – interfalangiana proximal;

Chassi 18x24 dividido transversalmente;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: incluindo todo o dedo de interesse – falange proximal, intermédio e distal e o terço distal do metacarpo;

OBS.: deve sempre incluir outro dedo, para fins comparativos.



P.A. do 2º e 3º dedo



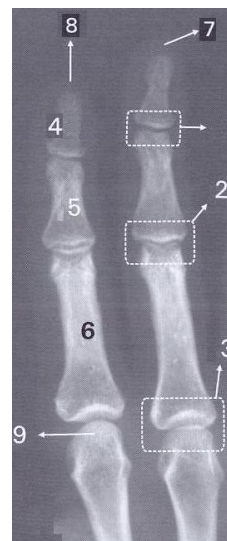
P.A. do 4º e 5º dedo

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	



Visão Radiográfica

1. Articulação IF distal 3º dedo da mão
2. Articulação IF proximal do 3º dedo da mão
3. Articulação MF do 3º dedo da mão
4. Falange distal do 2º dedo da mão
5. Falange média do 2º dedo da mão
6. Falange proximal do 2º dedo da mão
7. 3º dedo da mão
8. 2º dedo da mão
9. Cabeça do 2º Metacarpo



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

DO 2º AO 5º DEDO PERFIL

Posicionamento 2º: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90º, face lateral do indicador em contato com o chassi;

Posicionamento 3º ao 5º: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90º, mão apoiada sobre o chassi, deixando-a em perfil, com o dedo de interesse estendido e fletir os outros;

R.C.: perpendicular vertical à articulação I.F.P.;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: todo o dedo em questão em perfil absoluto.

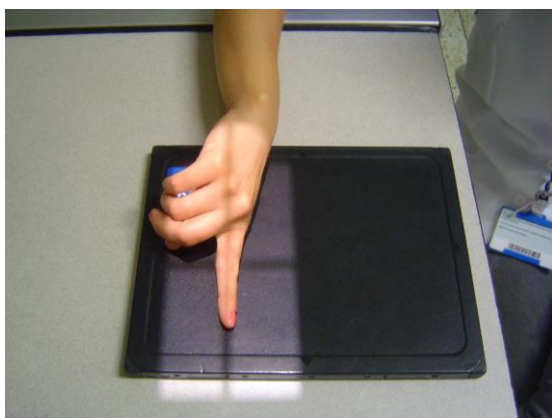
OBS.: caso haja necessidade usar um material radiotransparente, para apoiar o dedo e ajudar o paciente com o posicionamento.



Perfil do 3º dedo da mão



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura	



Perfil do 2º dedo da mão



Perfil do 5º dedo mão

Visão Radiográfica

1. Falange distal do 3º dedo da mão
2. Falange média do 3º dedo da mão
3. Falange proximal do 3º dedo da mão
4. Articulação I.F. distal do 3º dedo da mão
5. Articulação I.F. proximal do 3º dedo da mão



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



INCIDÊNCIAS DA MÃO

MÃO P.A. (Pósterio-Anterior)

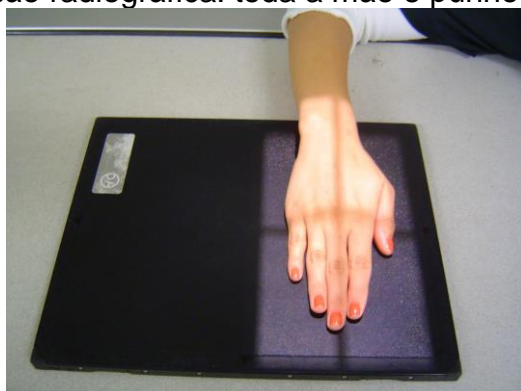
Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90°, apoiando antebraço, mão em pronação sobre o chassi;

R.C.: perpendicular vertical na 3ª articulação M.F. – metacarpofalangiana;

Chassi: 24x30 dividido transversalmente;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: toda a mão e punho mais parte distal do antebraço;



P.A. da mão
Visão Radiográfica

1. 1º dedo da mão
2. 2º dedo da mão
3. 3º dedo da mão
4. 4º dedo da mão
5. 5º dedo da mão
6. Metacarpo 1
7. Metacarpo 2
8. Metacarpo 3
9. Metacarpo 4
10. Metacarpo 5
11. Art. I.F. distal 3º dedo da mão
12. Art. I.F. proximal do 3º dedo da mão
13. Art. M.F. do 3º dedo da mão
14. Falange distal do 2º dedo da mão
15. Falange média do 2º dedo da mão
16. Falange proximal do 2º dedo da mão
17. Falange distal do 1º dedo da mão
18. Falange proximal do 1º dedo da mão
19. Ossos sesamóides
20. Cabeça do 2º Metacarpo
21. Base do 5º metacarpo
22. Osso trapézio
23. Osso escafoíde
24. Osso capitado
25. Osso hamato
26. Osso pisiforme
27. Osso piramidal
28. Osso semilunar
29. Processo estilóide da ulna
30. Ulna
31. Processo estilóide do rádio
32. Rádio



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	SST
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Data: 30/09/2017



MÃO OBLÍQUA

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90°, apoiando antebraço, mão oblíquada 45°;

R.C.: perpendicular vertical na 3ª articulação M.F.;

Chassi: 24x30 dividido transversalmente;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: toda a mão e punho em oblíqua.



Oblíqua da mão



Visão Radiográfica

1. 1º dedo da mão
2. 2º dedo da mão
3. 3º dedo da mão
4. 4º dedo da mão
5. 5º dedo da mão
6. 1º Metacarpo
7. 2º Metacarpo
8. 3º Metacarpo
9. 4º Metacarpo
10. 5º Metacarpo
11. Art. I.F. distal 3º dedo da mão
12. Art. I.F. proximal do 3º dedo da mão
13. Art. M.F. do 3º dedo da mão
14. Falange distal do 2º dedo da mão
15. Falange média do 2º dedo da mão
16. Falange proximal do 2º dedo da mão
17. Falange distal do 1º dedo da mão
18. Falange proximal do 1º dedo da mão
19. Osso sesamóides
20. Cabeça do 2º Metacarpo
21. Osso trapézio
22. Osso escafoide
23. Base do 5º metacarpo
24. Osso hamato
25. Osso piramidal
26. Osso semilunar
27. Processo estilóide da ulna
28. Ulna
29. Rádio



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



MÃO PERFIL

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, mão em perfil absoluto, cotovelo fletido 90°, apoiando antebraço e a face medial da mão sobre o chassi;

R.C.: perpendicular vertical ao plano coronal da mão, incidindo na cabeça do 2º dedo na articulação M.F.;

Chassi: 18x24 na longitudinal, ou chassi 24x30 dividido;

D. F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: toda a mão e punho mais parte distal do antebraço em perfil.

OBS.: incidência muito utilizada para visualização de corpo estranho e desvio de fratura.



Perfil da Mão



Visão Radiográfica

1. Metacarpos (2º ao 5º superpostos)
2. Falange proximal do 1º dedo da mão
3. Art. M.F. do 1º dedo da mão
4. 1º metacarpo
5. Osso trapézio
6. Osso escafoide
7. Osso semilunar
8. Rádio
9. Osso capitado
10. Ulna



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	SST
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Data: 30/09/2017



MÃO PARA IDADE OSSEA

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90°, mão esquerda em pronação apoiada sobre o chassi;

R.C.: perpendicular vertical na 3ª articulação M.F.;

Chassi: 18x24 na longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: toda a mão e punho mais parte distal do antebraço em P.A.

OBS.: Este exame é para a avaliação de idade cronológica.



P.A. de mão para idade óssea

INCIDÊNCIAS DO PUNHO

PUNHO P.A. (Pósterio-Anterior)

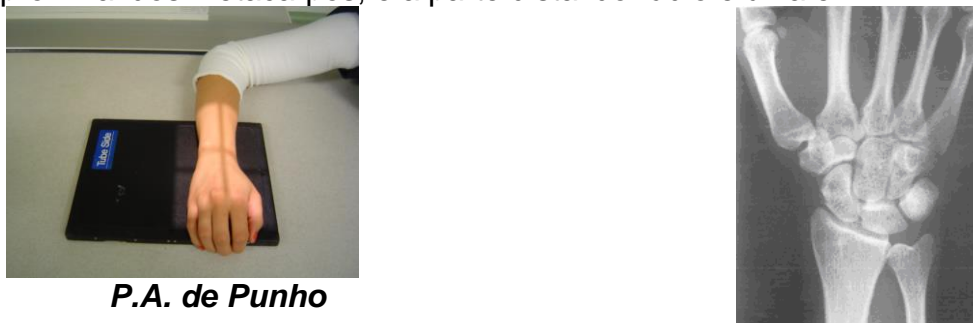
Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90°, mão e punho apoiado sobre o chassi, mão em pronação, flexionar os dedos, abaixar o ombro de modo que o cotovelo e o punho estejam no mesmo plano;

R.C.: perpendicular vertical nos ossos do carpo, incidindo no meio da articulação radiocarpiana;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

Visão radiográfica: devem ser visualizados todos os ossos do carpo incluindo as partes média e proximal dos metacarpos, e a parte distal do rádio e ulna em P.A..



P.A. de Punho

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	SST
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Data: 30/09/2017



Visão Radiográfica

1. 1º Metacarpo
2. 2º Metacarpo
3. 3º Metacarpo
4. 4º Metacarpo
5. 5º Metacarpo
6. Osso Trapézio
7. Osso Trapezóide
8. Osso Capitato
9. Hâmulo do Hamato
10. Osso Hamato
11. Osso Piramidal
12. Osso Psiforme
13. Osso Semilinar
14. Osso Escafóide
15. Rádio
16. Processo estilóide da Ulna
17. Articulação Radioulnar distal



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

PUNHO PERFIL

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90°, apoiar braço e antebraço sobre a mesa, punho em perfil absoluto sobre o chassi (atentar para não fazer extensão e flexão do punho);

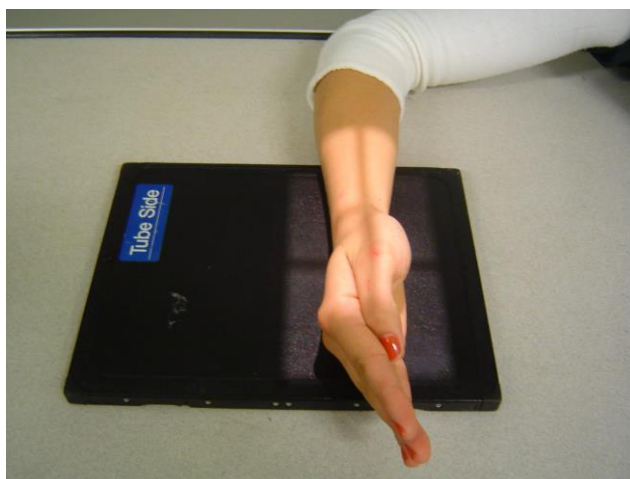
R.C.: perpendicular vertical na articulação do punho;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

Visão radiográfica: o punho em perfil incluindo partes distais do antebraço, todos os ossos do carpo mais as partes proximais dos metacarpos.

OBS.: realizar rotação externa de 5° para perfil absoluto.



Perfil de Punho

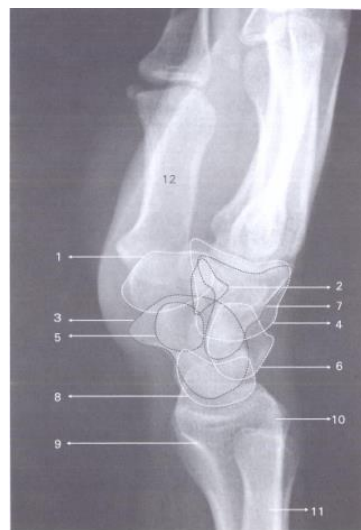


Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	SST
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Data: 30/09/2017



Visão Radiográfica

1. Osso Trapézio
2. Osso Trapezóide
3. Osso Escafóide
4. Osso Capitado
5. Osso Pisiforme
6. Osso Piramidal
7. Osso Hamato
8. Osso Semilunar
9. Rádio
10. Processo estilóide da Ulna
11. Ulna
12. 1º Metacarpo



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

PUNHO OBLÍQUAS

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90°, apoiar braço e antebraço sobre a mesa, punho sobre o chassi, a partir da posição de pronação rodar o punho em 45°. Rotação Interna Foto 01 e Externa Foto 02;
 R.C.: perpendicular vertical no meio da articulação do punho;
 D.F.F.: 1 m;
 Chassi: 18x24 dividido transversalmente;
 Visão radiográfica: o punho em oblíqua incluindo partes distais do antebraço, todos os ossos do carpo, mais as partes proximais dos metacarpos.

FOTO 01



Oblíqua Punho – Rotação Interna



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura



Visão Radiográfica

1. 1º Metacarpo
2. 2º Metacarpo
3. 3º Metacarpo
4. 4º Metacarpo
5. 5º Metacarpo
6. Osso Pisiforme
7. Osso Piramidal
8. Osso Hamato
9. Hámulo do Hamato
10. Osso Escafóide
11. Processo Estilóide do Rádio
12. Osso Semilunar
13. Processo Estilóide da Ulna
14. Ulna
15. Rádio



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

FOTO 02



Obliqua Punho – Rotação Externa

Visão Radiográfica

1. 1º Metacarpo
2. 2º Metacarpo
3. 3º Metacarpo
4. Trapézio
5. Trapezóide
6. Osso Hamato
7. Osso Capitato
8. Osso Escafóide
9. Osso Semilunar
10. Osso Piramidal
11. Hámulo do Hamato
12. Processo Estilóide do Rádio
13. Processo Estilóide da Ulna
14. Ulna
15. Rádio



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



PUNHO DESVIO RADIAL

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90°, mão e punho apoiados sobre o chassi, mão em pronação, sem movimentar o antebraço, mover a mão em direção ao rádio;

R.C.: perpendicular vertical na articulação do punho;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

Visão radiográfica: os ossos do carpo com espaços interarticulares mais abertos na face ulnar.



Punho – Flexão Radial



Visão Radiográfica

1. 1° Metacarpo
2. 2° Metacarpo
3. 3° Metacarpo
4. 4° Metacarpo
5. 5° Metacarpo
6. Osso Trapézio
7. Osso Trapezóide
8. Osso Capitado
9. Hámulo do Hamato
10. Osso Hamato
11. Osso Pisiforme
12. Osso Piramidal
13. Osso Semilunar
14. Osso Escafóide
15. Processo estilóide do Rádio
16. Processo estilóide da Ulna
17. Articulação radioulnar distal
18. Rádio
19. Ulna



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil		
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura



PUNHO DESVIO ULNAR

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90°, mão e punho apoiado sobre o chassi, mão em pronação, com desvio ulnar (não movimentando polegar);

R.C.: perpendicular vertical incidindo no carpo;

D.F.F. 1 m;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente; em caso de localizado de escafoíde dividir em 4 partes o filme radiográfico;

Visão Radiográfica: escafoíde sem encurtamento com espaços inter-articulares do rádio abertos.



P.A. Escafoíde (desvio ulnar)



Visão Radiográfica

1. 1° Metacarpo
2. 2° Metacarpo
3. 3° Metacarpo
4. 4° Metacarpo
5. 5° Metacarpo
6. Osso Trapézio
7. Osso Trapezóide
8. Osso Capitado
9. Osso Hamato
10. Hámulo do Hamato
11. Osso Piramidal
12. Osso Psiforme
13. Osso Semilunar
14. Osso Escafoíde
15. Processo estilóide do Rádio
16. Processo estilóide da Ulna
17. Articulação radioulnar distal



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura	



TÚNEL DO CARPO ÍNFERO-SUPERIOR (TANGENCIAL)

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, com a face anterior distal do antebraço apoiado no chassi, tracionando os dedos com a outra mão, ou com o auxílio de uma faixa, até que os mesmos estejam na vertical o máximo possível;

R.C.: inclinação cefálica em média 10° , incidindo no túnel do carpo;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

Visão radiográfica: vista em perfil do pisiforme, hamato, trapezóide e escafóide.



Túnel do carpo (ífero-superior)



TÚNEL CARPO SÚPERO-INFERIOR (ALTERNATIVA)

Posicionamento: paciente em ortostático (costas para o chassi) junto à mesa, posicionar a palma da mão sobre o chassi, inclinando o antebraço para frente até formar um ângulo de 20° em relação ao plano vertical;

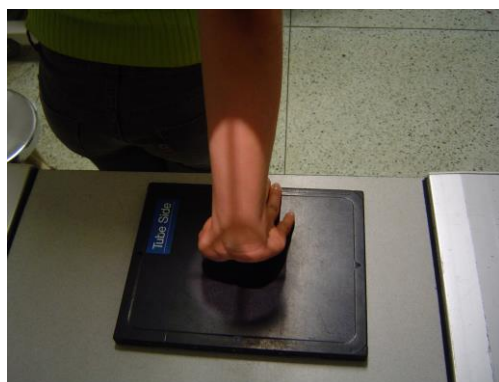
R.C.: com inclinação de 15° na altura da articulação rádio-carpal;

Chassi: 18x24 transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: vista em perfil do pisiforme, hamato, trapezóide e escafóide.

OBS.: Nesta incidência o osso capitato fica mais evidenciado.



Túnel do carpo (superior-ífero)



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura



INCIDÊNCIA PARA ESCAFÓIDE

ESCAFÓIDE FLEXÃO ULNAR

Posicionamento: paciente com o punho posicionado para uma incidência P.A., realizar um desvio ulnar, sem elevar ou inclinar o punho, (não movimentando polegar);

R.C.: perpendicular com inclinação de 10° cefálico, incidindo no carpo;

D.F.F. 1 m;

Chassi: 18x24 dividido em quatro partes;

Visão Radiográfica: escafóide sem encurtamento com espaços inter-articulares abertos.

OBS.: todas as incidências do escafóide podem ser realizadas com o cone para melhorar a qualidade radiográfica.



P.A. Escafóide (desvio ulnar)

Visão Radiográfica

1. 1° Metacarpo
2. 2° Metacarpo
3. 3° Metacarpo
4. 4° Metacarpo
5. 5° Metacarpo
6. Osso Trapézio
7. Osso Trapezóide
8. Osso Capitado
9. Osso Hamato
10. Hámulo do Hamato
11. Osso Piramidal
12. Osso Psiforme
13. Osso Semilunar
14. Osso Escafóide
15. Processo estilóide do Rádio
16. Processo estilóide da Ulna
17. Articulação radioulnar distal



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



ESCAFÓIDE OBLÍQUAS

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90°, apoiar braço e antebraço sobre a mesa, rodar a mão e punho para posição oblíqua 45°, (Foto 01 supino e 02 prono) e oblíqua 30° 'prono' (Foto 03);

R.C.: perpendicular no escafóide;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 dividido transversal;

Visão Radiográfica: principalmente escafóide em oblíqua;

OBS.: não esquecer de usar o cone.

FOTO 01



Escafóide Oblíqua 45° - Supino

FOTO 02



Escafóide Oblíqua 45° - Prono

FOTO 03



Escafóide Oblíqua 30° - Prono

ESCAFÓIDE PERFIL

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido 90°, apoiar braço e antebraço sobre a mesa, punho em perfil absoluto sobre o chassi com o polegar para cima;

R.C.: perpendicular coronal no escafóide;

Chassi: 18x24 dividido transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: punho em perfil.



Perfil Escafóide

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura	

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T1

ESCAFÓIDE P.A. MACRO (Incidência Adicional)

Posicionamento: paciente posicionado como na incidência de flexão ulnar, com um apoio de mais ou menos 10 cm de altura sob o punho;

R.C.: perpendicular no escafóide;

D. F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24;

Visão Radiográfica: escafóide como na incidência de flexão ulnar, com uma imagem ampliada por causa da distância objeto-filme.

NOTA: Esta incidência também poderá ser realizada, com um calço menor (diminuindo a distancia objeto filme), diminuindo também à distância foco objeto.



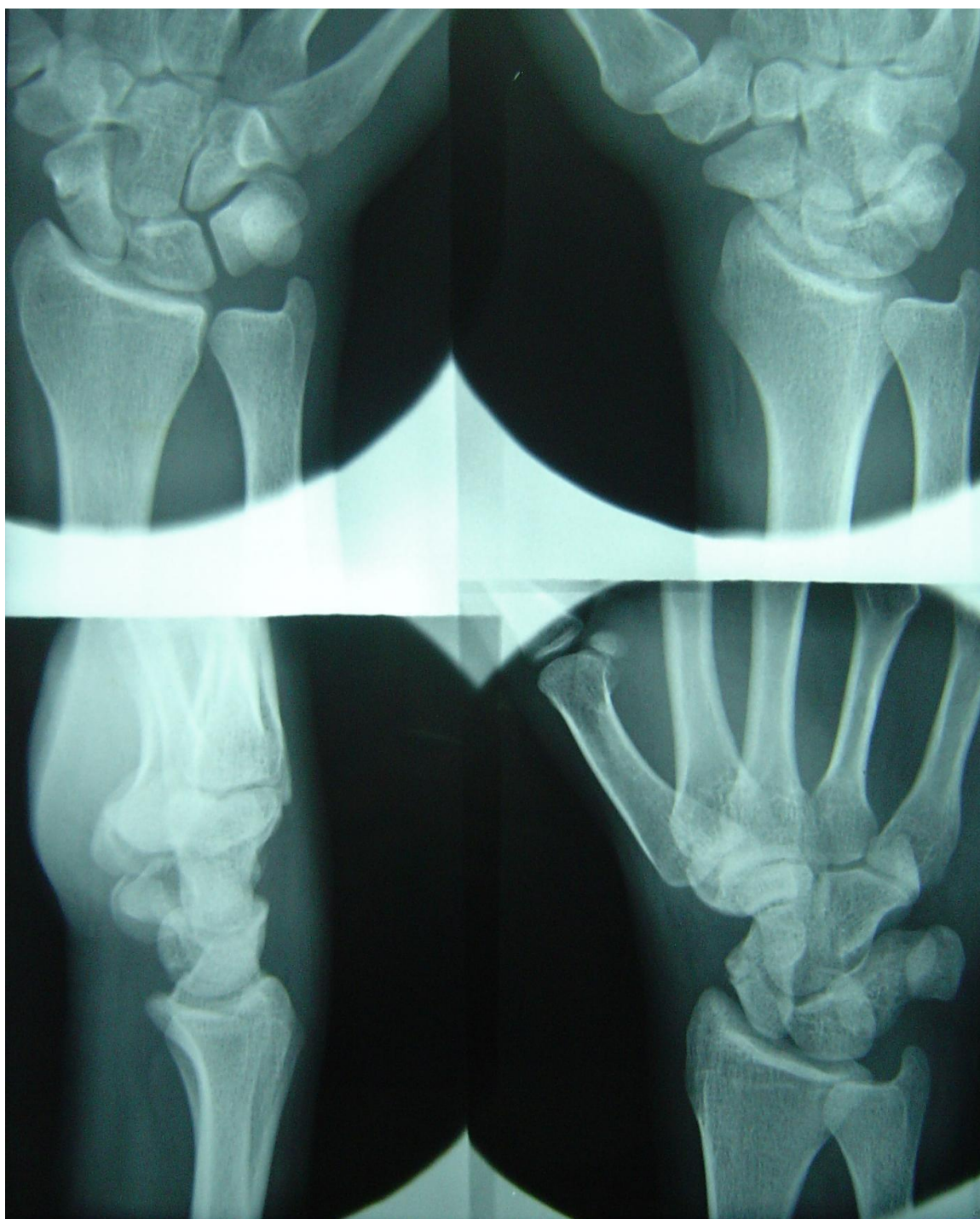
P.A. Macro Escafóide



Mão elevada (flexão ulnar)

Mão elevada (sem flexão ulnar)

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	



Rotina para Escafóide

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	



INCIDÊNCIAS DO ANTEBRAÇO

ANTEBRAÇO A.P. (Ântero-Posterior)

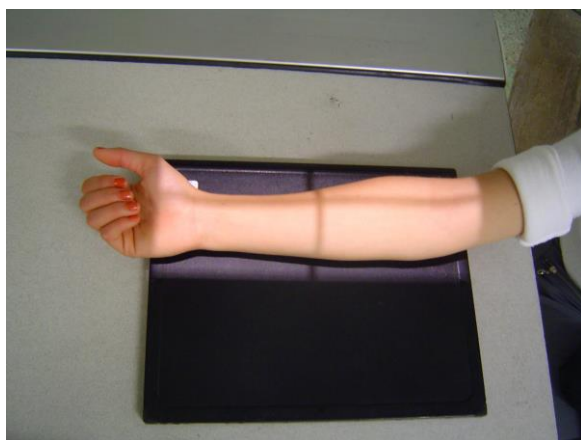
Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, antebraço estendido com a parte posterior apoiada no chassi, mão em supinação;

R.C.: perpendicular vertical ao plano médio sagital e no terço médio do antebraço;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 24x30 / 30x40 dividido longitudinalmente;

Visão Radiográfica: todo o antebraço incluindo as articulações do cotovelo e punho.



A.P. do Antebraço



Visão Radiográfica

1. Ulna
2. Rádio
3. Processo estilóide do Rádio
4. Processo estilóide da Ulna
5. Cabeça da Ulna
6. Tuberosidade do Rádio
7. Processo Coronóide
8. Colo do Rádio
9. Cabeça do Rádio
10. Olécrano



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



ANTEBRAÇO PERFIL

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, cotovelo fletido a 90°, braço e antebraço no mesmo plano;

R.C.: perpendicular vertical ao plano coronal e no terço médio do antebraço;

Chassi: 24x30 / 30x40 dividido longitudinalmente;

Visão Radiográfica: vista em perfil de todo o antebraço incluindo as articulações do cotovelo e punho.



Perfil do Antebraço



Visão Radiográfica

1. Ulna
2. Rádio
3. Cabeça da Ulna
4. Olécrano
5. Incisura Troclear
6. Processo Coronóide
7. Cabeça do Rádio
8. Colo do Rádio



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



INCIDÊNCIAS DO COTOVELO

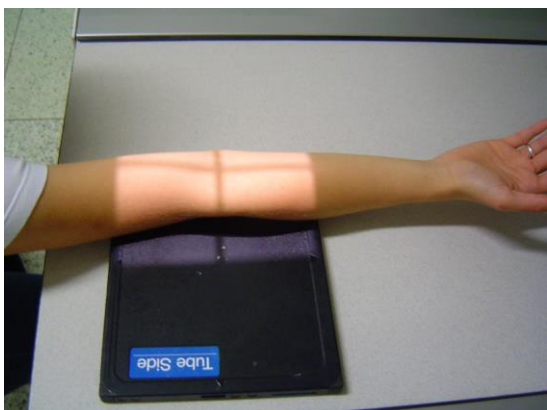
COTOVELO A.P. (Ântero-Posterior)

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, membro em extensão total, mão em supinação sem rotação;

R.C.: perpendicular vertical ao plano sagital e na articulação do cotovelo;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

Visão Radiográfica: cotovelo em A.P., incluir as partes distais do úmero e proximal do antebraço.



A.P. do Cotovelo



Visão Radiográfica

1. Úmero
2. Ulna
3. Rádio
4. Fossa do olecrano
5. Epicôndilo Lateral
6. Cabeça do Rádio
7. Colo do Rádio
8. Epicôndilo Medial
9. Olecrano
10. Processo Coronóide
11. Tuberosidade do Rádio



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



COTOVELO PERFIL

Posicionamento: paciente junto à mesa, cotovelo fletido a 90°, braço e antebraço no mesmo plano, mão e o punho em perfil verdadeiro;

R.C.: perpendicular vertical ao plano coronal e na articulação do cotovelo;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

Visão Radiográfica: cotovelo em perfil verdadeiro, cabeça do rádio, olecrânio e os epicôndilos superpostos.



Perfil Cotovelo



Visão Radiográfica

1. Úmero
2. Ulna
3. Rádio
4. Incisura Troclear
5. Processo Coronóide
6. Colo do Rádio
7. Epicôndilo Medial
8. Olécrano
9. Cabeça do Rádio



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura



COTOVELO OBLÍQUA INTERNA

Posicionamento: paciente com o cotovelo posicionado como na incidência A.P., realizar uma pequena flexão e rotação interna do braço e antebraço em média 45°, mão em pronação;

R.C.: perpendicular vertical na articulação do cotovelo;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

Visão Radiográfica: visualização do processo coronóide da ulna e epicôndilo medial.

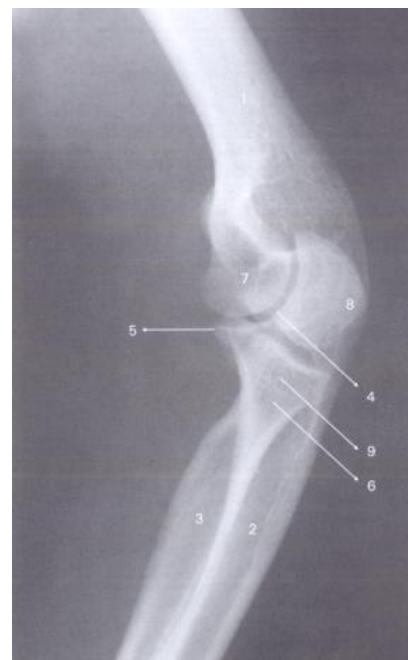


Cotovelo Oblíqua interna



Visão Radiográfica

1. Úmero
2. Ulna
3. Rádio
4. Incisura Troclear
5. Processo Coronóide
6. Colo do Rádio
7. Epicôndilo Medial
8. Olécrano
9. Cabeça do Rádio



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



COTOVELO OBLÍQUA EXTERNA

Posicionamento: paciente com o cotovelo posicionado como na incidência A.P., realizar uma pequena flexão e rotação externa do braço e antebraço em média 45°, mão em supinação;

R.C.: perpendicular vertical na articulação do cotovelo;

Chassi: 18X24 dividido transversalmente;

Visão radiográfica: visualização da cabeça e colo do rádio.



Cotovelo Oblíqua externa



Visão Radiográfica

1. Úmero
2. Ulna
3. Rádio
4. Cabeça do Rádio
5. Colo do Rádio
6. Capítulo do Úmero
7. Epicôndilo Medial
8. Olécrano
9. Tuberosidade do Rádio



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura



COTOVELO MÉTODO DE JONES – AXIAL

Nesse método são realizadas duas incidências, a primeira para estudar a parte distal do úmero e a outra para estudar proximal do antebraço.

1ª incidência – parte distal do úmero:

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, com o cotovelo em flexão máxima e apoiando a parte posterior do braço sobre o chassi;

R.C.: perpendicular vertical incidindo a meio caminho entre os epicôndilos;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

Visão Radiográfica: o úmero aparece sobreposto pelo antebraço.



Método Jones – Distal do úmero

2ª incidência – axial do olecrânio:

Posicionamento: paciente sentado junto à mesa, com o cotovelo em flexão máxima e apoiando a parte posterior do braço sobre o chassi;

R.C.: com angulação de 15° cranial;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

Visão Radiográfica: olécrano evidenciado, epicôndilo medial.



Método Jones – Axial de Olecrano

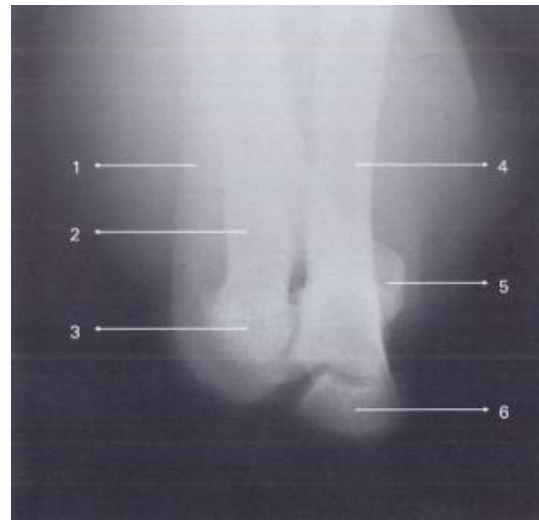


Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Visão Radiográfica

1. Úmero
2. Rádio
3. Cabeça do Rádio
4. Ulna
5. Epicôndilo Medial
6. Olécrano



BIASOLI Jr.,
 Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

COTOVELO MÉTODO DE COYLE

São incidências especiais para visualizar a cabeça do rádio e o processo coronóide.

Incidência para visualização da cabeça do rádio:

Posicionamento: paciente junto à mesa, ombro e cotovelo no mesmo plano, cotovelo a 90°, mão em pronação;

R.C.: angulado 45° cranial, incidindo na articulação do cotovelo;

Chassi: 18x24 transversal;

Visão Radiográfica: a cabeça do rádio e o espaço articular entre a cabeça do rádio e o capítulo.



Método Coyle

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	



Incidência para o processo coronóide:

Posicionamento: paciente junto à mesa, ombro e cotovelo no mesmo plano, cotovelo a 80°, mão em pronação;

R.C.: angulado 45° caudal, incidindo na articulação do cotovelo;

Chassi: 18x24 transversal;

Visão Radiográfica: processo coronóide evidenciado na radiografia, sem sobreposição.



Método Coyle

INCIDÊNCIAS DO ÚMERO

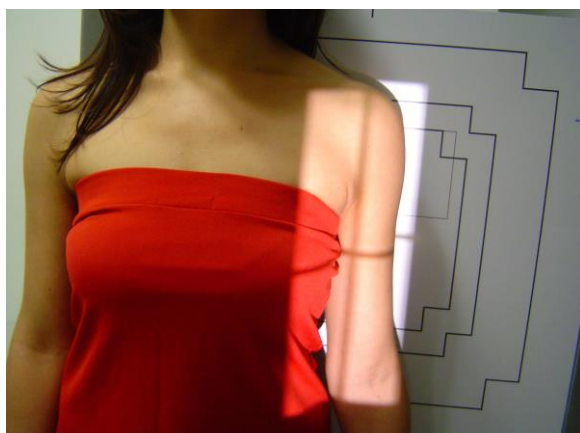
ÚMERO A.P. (Anterior-posterior)

Posicionamento: paciente em ortostática ou decúbito dorsal, braço em posição anatômica em A.P., o úmero tem que estar em contato com o chassi;

R.C.: perpendicular para o terço médio do úmero;

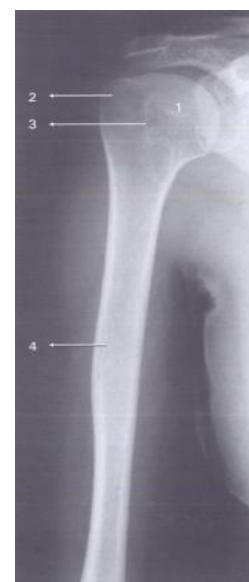
Chassi: 24x30 / 30x40 longitudinal;

Visão Radiográfica: úmero em A.P., incluindo as articulações do cotovelo e ombro.



A.P. Úmero

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Visão Radiográfica

1. Cabeça do Úmero
2. Tubérculo Maior do Úmero
3. Tubérculo Menor do Úmero
4. Diáfise do Úmero

BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

ÚMERO PERFIL

Perfil de úmero com paciente em A.P., com adução e rotação interna

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito dorsal, realizar rotação interna do úmero, de modo que o cotovelo fique em perfil (distal do úmero);

R.C.: perpendicular horizontal ao plano coronal e no terço médio do úmero;

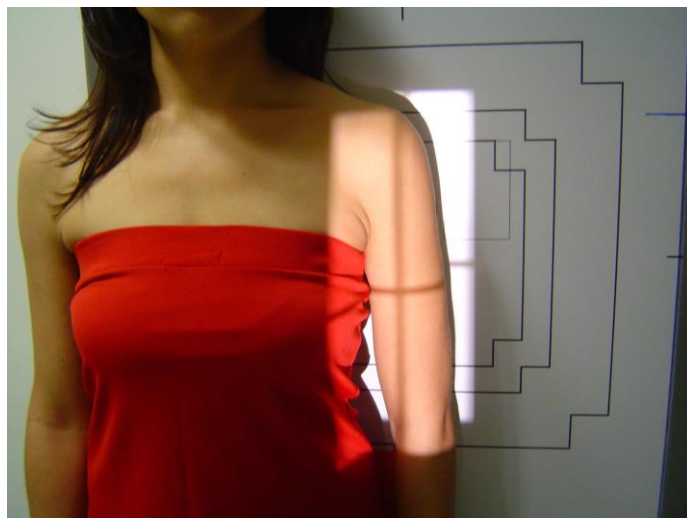
D.F.F.: 1 m;

Chassi: 24x30 / 30x40 longitudinal;

Visão Radiográfica: úmero em perfil, incluindo as articulações do cotovelo e do ombro.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X



Perfil Úmero



Visão Radiográfica

1. Cabeça do Úmero
2. Tubérculo Menor do Úmero
3. Tubérculo Maior do Úmero
4. Diáfise do Úmero



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Perfil de úmero com rotação interna

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito dorsal. Realizar rotação interna do úmero de modo que o cotovelo fique em perfil (distal do úmero);

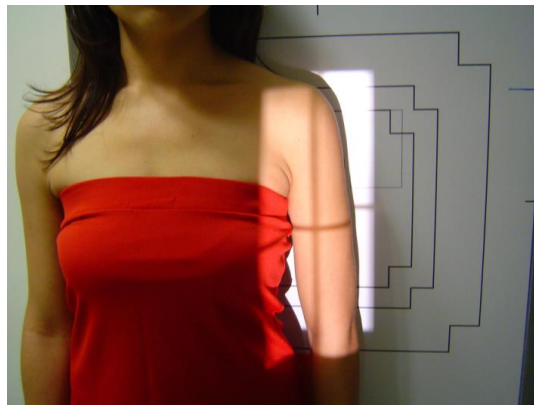
R.C.: perpendicular horizontal ao plano coronal e no terço médio do úmero;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 24x30 / 30x40 longitudinal;

Visão Radiográfica: úmero em perfil, incluindo as articulações do cotovelo e do ombro.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Perfil Úmero

Perfil de úmero em P.A.

Posicionamento: paciente em ortostático, realizar rotação do paciente encostando o úmero e cotovelo na estativa, cotovelo fletido em perfil;

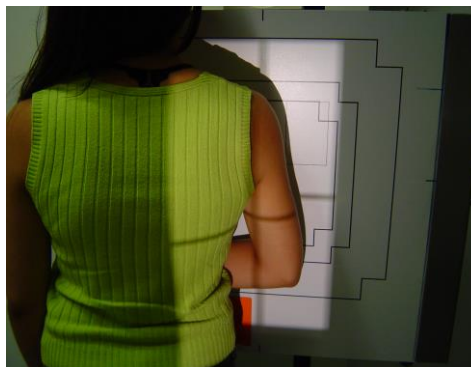
R.C.: perpendicular horizontal ao plano coronal no terço médio do úmero;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 24x30 / 30x40 longitudinal;

Visão Radiográfica: úmero em perfil, incluindo as articulações do cotovelo e do ombro.

NOTA: em caso de suspeita de fratura, não realizar rotação do membro. Paciente com fratura instável, deixar o úmero o mais perpendicular possível, fazendo um desvio com o corpo do paciente.

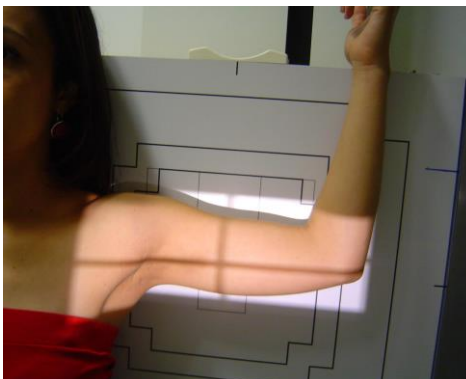


Perfil Úmero

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura

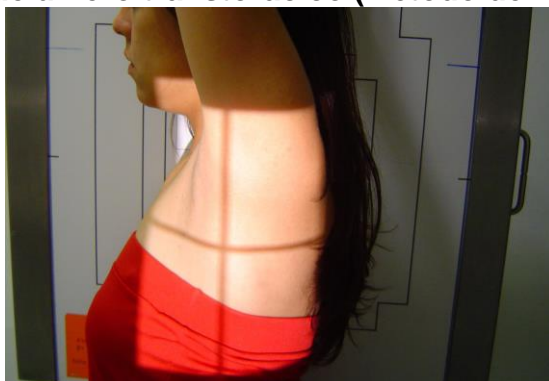


ROTINA ALTERNATIVA PARA PERFIL DE UMERO



Perfil de úmero braço em abdução

Perfil de úmero transtorácico (Método de Lawrence)

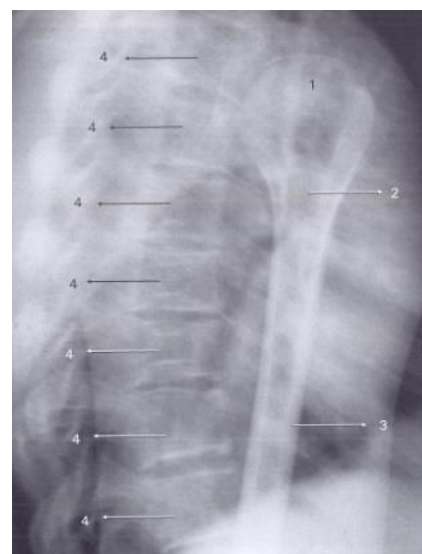


Perfil transtorácica



Visão Radiográfica

1. Cabeça do Úmero
2. Colo Cirúrgico do Úmero
3. Diáfise do Úmero
4. Corpos Vertebrais Torácicos



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

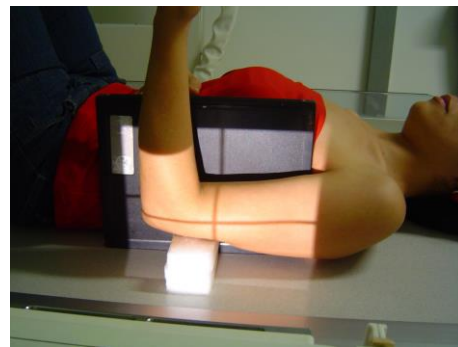


ROTINA PARA POLI-TRAUMA / ÚMERO
Perfil de Úmero



Perfil Úmero

Perfil de Úmero Médio-distal com raio horizontal.



Perfil Úmero

POSICIONAMENTO OMBRO

OMBRO A.P. NEUTRO – TRAUMATISMO

Posicionamento: paciente em ortostática ou decúbito dorsal, membro em rotação neutra ao longo do corpo;

R.C.: perpendicular horizontal a articulação glenoumeral;

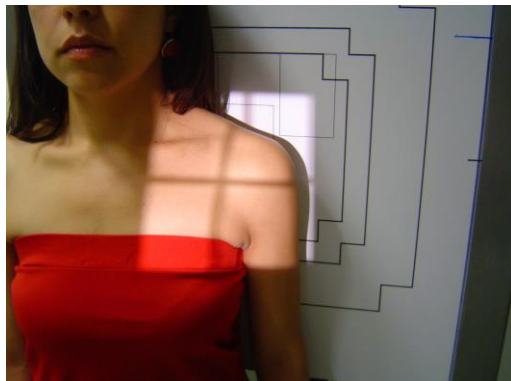
D.F.F.: 1 m;

Chassi: 24x30 transversal;

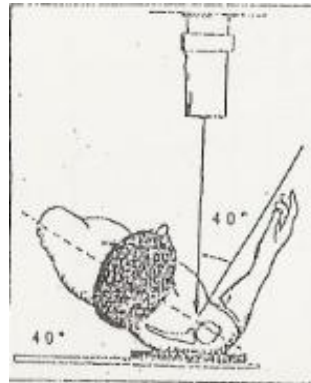
Visão Radiográfica: visualização do terço proximal do úmero e 2/3 da clavícula e a porção superior da escápula. Cabeça com rotação neutra e superposição do tubérculo maior sobre a cabeça do úmero. Visualização da face medial do úmero através da cavidade glenóide definindo tecidos moles e facilitando demonstração de possíveis calcificações.

OBS.: Não realizar rotação do braço quando houver suspeita de fratura e/ou luxação;
 Essa incidência tem como objetivo avaliar a cintura escapular em A.P.;

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

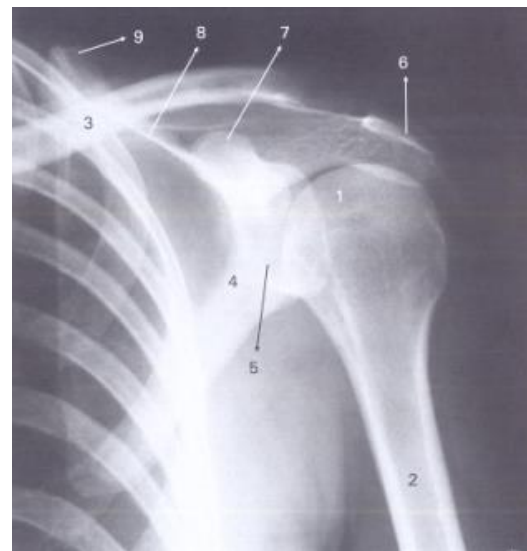


A.P. Ombro



Visão Radiográfica

1. Cabeça do úmero
2. Úmero
3. Clavícula
4. Colo da escápula
5. Cavidade glenoidal (escápula)
6. Acrômio
7. Processo coracóide
8. Espinha da escápula
9. Ângulo superior da escápula



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

OMBRO A.P. ROTAÇÃO INTERNA

Posicionamento: paciente em ortostático em decúbito dorsal, fazer uma rotação para o lado afetado aduzindo e fletindo o membro com uma rotação interna, mão em supinação;

R.C.: perpendicular horizontal na altura da glenóide;

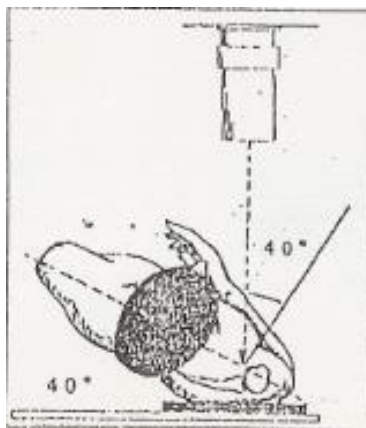
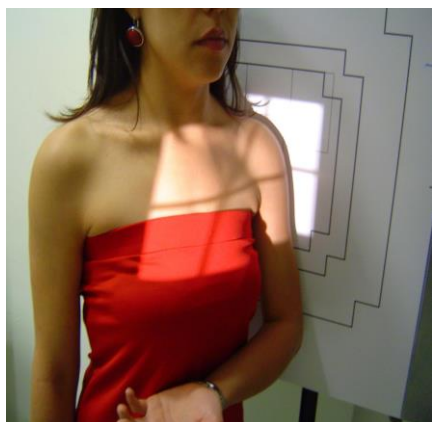
D.F.F.: 1 m;

Chassi 24x30 transversal;

Visão Radiográfica: visualização do terço proximal do úmero e 2/3 da clavícula e a porção superior da escápula. Projeção lateral do úmero evidenciando tubérculo menor em perfil medialmente;

NOTA: Somente realizar em decúbito dorsal os pacientes politraumatizados.

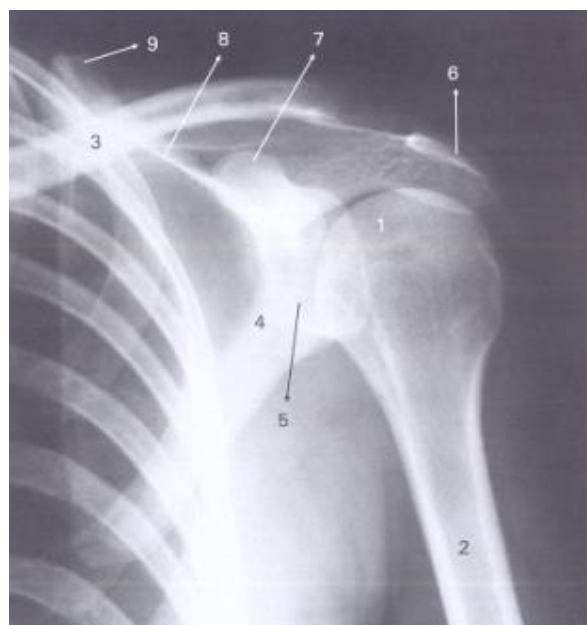
Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura



Ombro – Rotação Interna

Visão Radiográfica

1. Cabeça do Úmero
2. Úmero
3. Clavícula
4. Colo da Escápula
5. Cavidade Glenoidal (escápula)
6. Acrômio
7. Processo Coracóide
8. Espinha da Escapula
9. Ângulo superior da escápula



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

OMBRO - A.P. ROTAÇÃO EXTERNA

Posicionamento: paciente em ortostático, rodar o corpo para o lado afetado, com o membro em abdução de forma que a glenóide fique em perfil absoluto;

R.C.: horizontal perpendicular na articulação glenóide;

D.F.F.: 1 m;

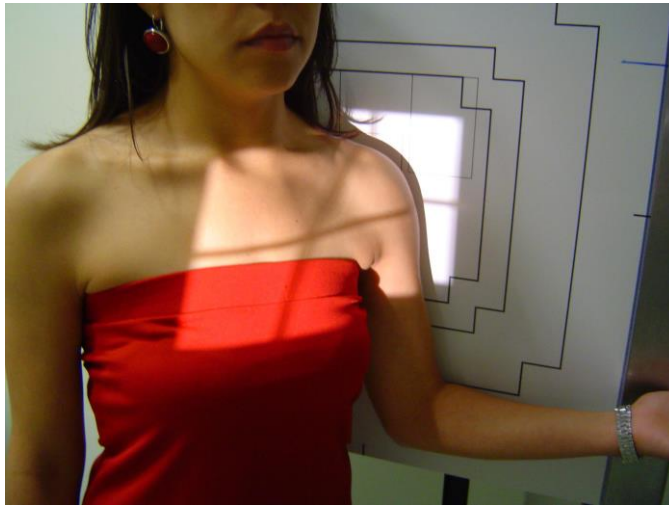
Chassi: 18x24 transversal;

Visão Radiográfica: cavidade glenóide em perfil absoluto, sem superposição da cabeça do úmero, visualização do espaço articular. Devem ser visualizados detalhes de tecido mole no espaço articular da axila.

OBS.: Essa incidência tem como objetivo avaliar o tubérculo maior do úmero.

NOTA: Somente realizar em decúbito dorsal os pacientes politraumas.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura



Rotação Externa – Ombro



Visão Radiográfica

1. Cabeça (Úmero)
2. Úmero
3. Clavícula
4. Colo da escápula
5. Tubérculo maior do Úmero
6. Tubérculo menor do Úmero
7. Cavidade Glenoidal (escápula)
8. Acrômio
9. Processo coracóide
10. Espinha da escapula
11. Ângulo superior (escápula)
12. Colo anatômico do Úmero
13. Colo cirúrgico do Úmero



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

OMBRO A.P. VERDADEIRO

Posicionamento: paciente em ortostático, realizar um ângulo de 35° a 45° em relação ao plano da estativa, abduzir o braço ligeiramente deixando o mesmo em rotação neutra e ao longo do corpo;

R.C.: com inclinação 15° caudal incidindo na cavidade glenóide;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 24x30 transversal;

Visão Radiográfica: cavidade glenóide em perfil absoluto, espaço articular totalmente aberto, visualizações das bordas ósseas, impressões tuberculares e ângulo lateral da cabeça da escapula.

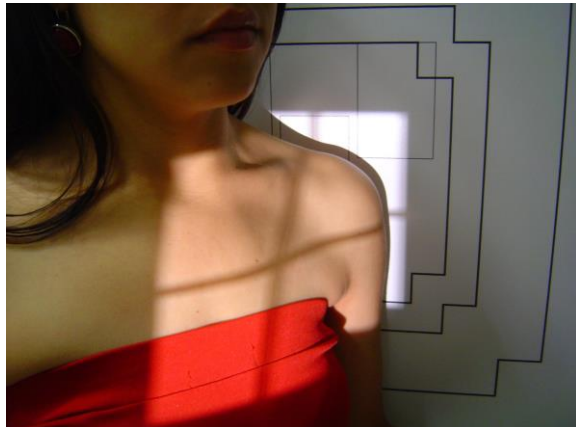
OBS.: Essa incidência visualiza-se a cavidade glenóide.

Nessa incidência pode-se fazer rotação interna e externa do úmero.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



NOTA: Somente realizar em decúbito dorsal os pacientes politraumas.



A.P. Verdadeiro – Ombro



Visão Radiográfica

1. Cabeça (Úmero)
2. Úmero
3. Clavícula
4. Colo da escápula
5. Tubérculo maior da Úmero
6. Tubérculo menor da Úmero
7. Cavidade Glenoidal (escápula)
8. Acrômio
9. Processo coracóide
10. Espinha da escapula
11. Ângulo superior (escápula)
12. Colo anatômico do Úmero
13. Colo cirúrgico do Úmero



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

OMBRO Y DE ESCÁPULA

Posicionamento: paciente preferencialmente em ortostático posicioná-lo de modo que fique de 30° a 45° o plano coronal ao plano da estativa, de forma que a escápula fique em perfil absoluto;

R.C.: horizontal perpendicular em terço médio da escápula;

D.F.F.: 1 m;

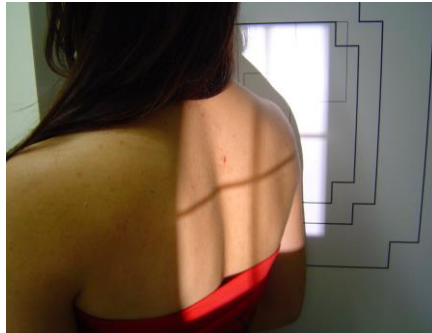
Chassi 18x24 ou 24x30 na longitudinal;

Visão Radiográfica: corpo da escápula deve ser observado sem sobreposição dos arcos costais posteriores. Visualização do processo coracóide e acrômio com ramos superiores quase simétrico ao Y.

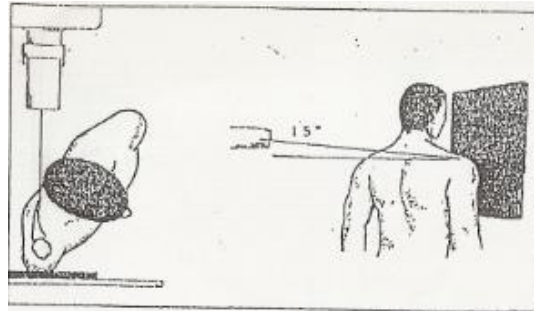
OBS.: Não tentar rodar o braço da paciente, se houver suspeita de fratura ou luxação.

A escápula deve ser vista em lateral (perfil), livre de superposição das costelas.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil		
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura



Y de escápula



OMBRO Y PARA TÚNEL DE ESCÁPULA

Posicionamento: paciente preferencialmente em ortostático posicioná-lo de modo que fique de 30° a 45° o plano coronal em relação a estativa, abduzir ligeiramente o braço, para que não ocorra sobreposição;

R.C.: horizontal com angulação de 10° a 20° caudalmente;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 na longitudinal;

Visão Radiográfica: visualização do túnel da escápula, para possíveis calcificações.

OMBRO AXILAR ÍNFERO – SUPERIOR

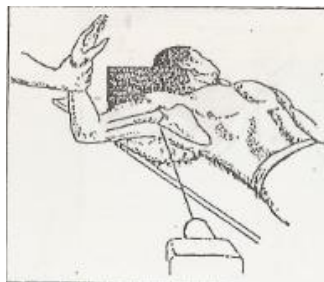
Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, com o ombro elevado em média 5 cm do tampo da mesa com suporte radiotransparente, membro superior em extensão e abdução máxima 90° em relação ao eixo do corpo, manter em rotação externa, mão em supinação. Rodar a cabeça do paciente para o lado oposto a ser realizado o exame;

R.C.: horizontal perpendicular a axila (cabeça do úmero);

Chassi: 18x24 transversal, fora do bucky (apoiar chassi para que fique verticalmente ou paralelo ao tubo);

Visão Radiográfica: essa incidência permite visualizar possíveis fraturas por compressão da superfície articular da cabeça do úmero.

NOTA: para a incidência denominada Hill-sachs fazer rotação externa de $\pm 45^\circ$, deixando o polegar apontado para baixo.



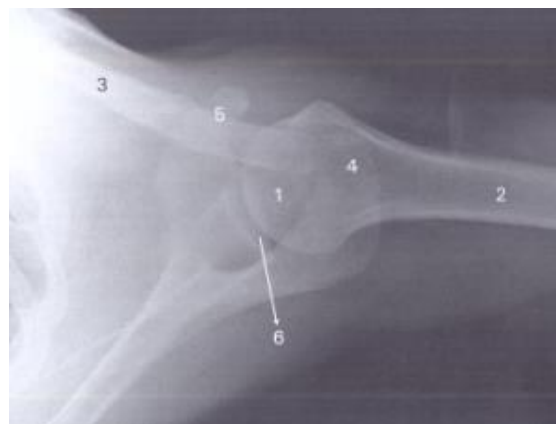
Axilar

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura



Visão Radiográfica

1. Cabeça do úmero
2. Úmero
3. Clavícula
4. Acrômio
5. Processo Coracóide
6. Cavidade Glenoidal (escápula)



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

OMBRO AXILAR SÚPERO – INFERIOR

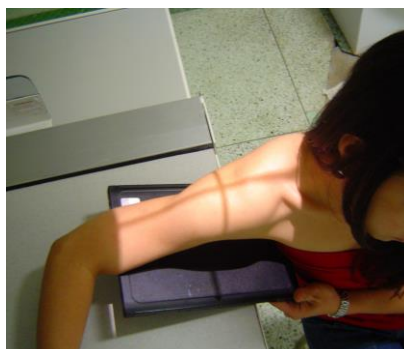
Posicionamento: paciente sentado ao lado da mesa com o membro superior a ser radiografado abduzido ao máximo e apoiado, somente a região a ser radiografado sobre o chassi, direcionar a cabeça do lado oposto que esta sendo realizado o exame;

R.C.: perpendicular vertical incidindo na cabeça do úmero, perpendicular ao chassi;

Chassi: 18x24 transversal, fora do bucky;

D.F.F: 1m;

Visão Radiográfica: vista de perfil terço proximal da cabeça do úmero e com a cavidade glenóide.



Axilar – Supero-inferior

OMBRO ZANCA

Posicionamento: paciente em ortostático, com o membro superior estendido e relaxado na posição neutra;

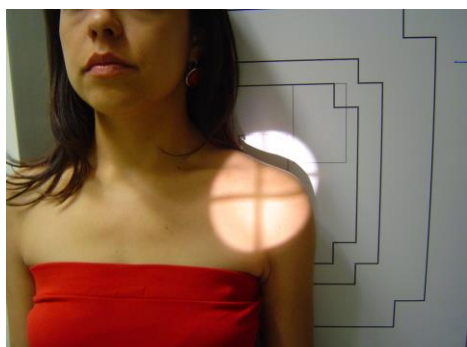
R.C.: horizontal angulado 10° a 15° cefálico direcionado na articulação acrômioclavicular;

Chassi: 18x24 transversal ou longitudinal (utilizar cilindro de extensão – cone);

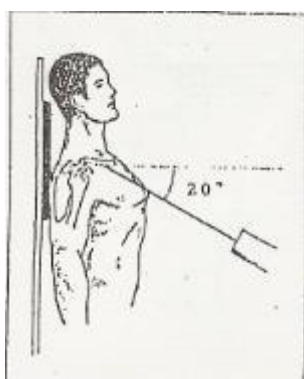
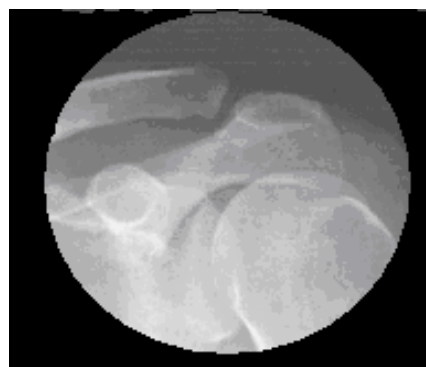
D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: essa incidência avalia a articulação acrômio clavicular.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

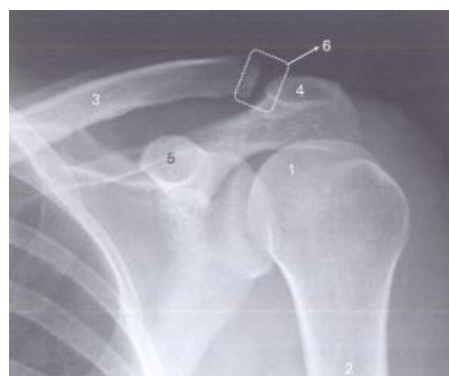


Zanca



Visão Radiográfica

1. Cabeça do úmero
2. Úmero
3. Clavícula
4. Acrômio
5. Processo Coracóide
6. Articulação Acromioclavicular



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

OMBRO PARA ART. ACROMIOCLAVICULAR SOB STRESS (COM CARGA)

Posicionamento: paciente em ortostático, com os membros superiores ao longo do corpo, fazendo stress (com carga) com pesos amarrados nos punhos, sendo para 5 Kg (para mulheres) e 7 Kg (para homens);

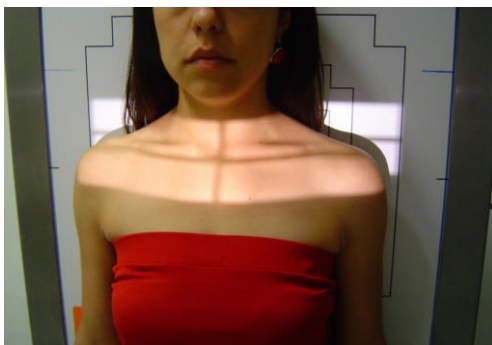
R.C.: perpendicular vertical na incisura jugular ou incidindo na articulação acrômioclavicular (com abertura de colimação, para estudo bilateral);

Chassi: 15x40 ou 18x24 transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: incidência utilizada para luxação da articulação acromioclavicular;

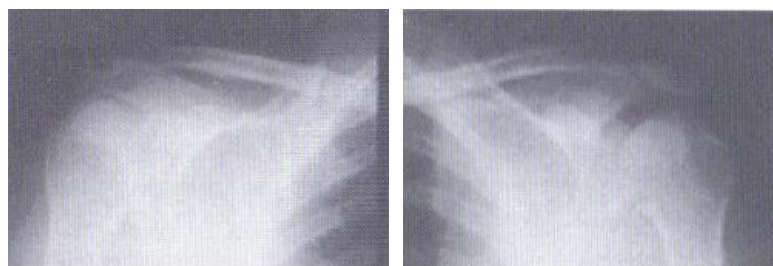
NOTA: fazer sempre comparativos.



Ombro com carga



com carga



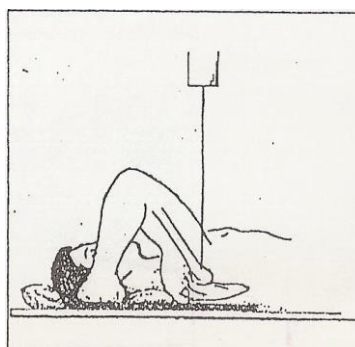
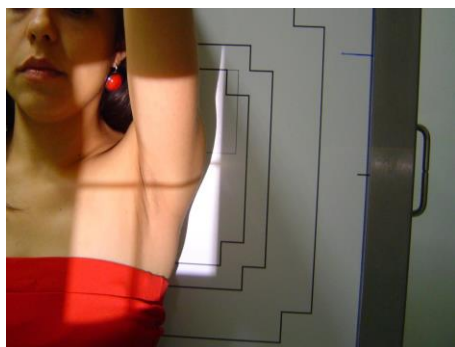
sem carga

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



OMBRO STRYKER NOTCH

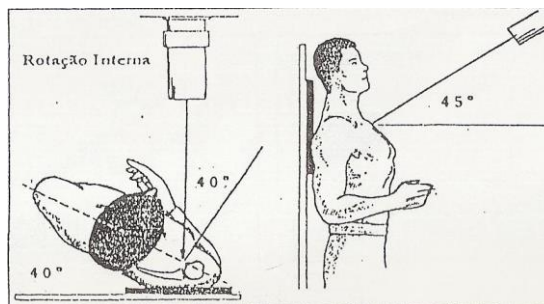
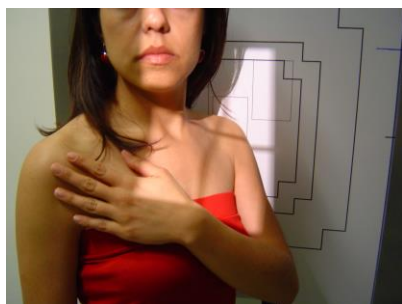
Posicionamento: paciente em ortostática ou decúbito dorsal, membro superior elevado, apoiar mão sob a cabeça;
 R.C.: horizontal com inclinação de 10° cranial incidindo na articulação glenoumeral;
 Chassi: 18x24 longitudinal;
 Indicação: para luxação recidivante do ombro;
 OBS.: essa incidência avalia o processo coracóide na sua totalidade.



Stryker

OMBRO OBLÍQUA APICAL - (Método de Garth)

Posicionamento: Paciente em ortostática, rotação de $\pm 45^\circ$ em relação ao plano coronal da estativa, membro superior em adução e flexão encostando a mão no ombro oposto;
 R.C.: horizontal com inclinação caudal de 45° direcionado no acrômio;
 Chassi: 18x24 longitudinal;
 Visão Radiográfica: visualização do rebordo ântero-inferior da cavidade glenóide.



Obliqua Apical

OMBRO ROCKWOOD

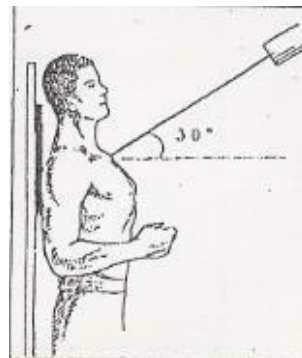
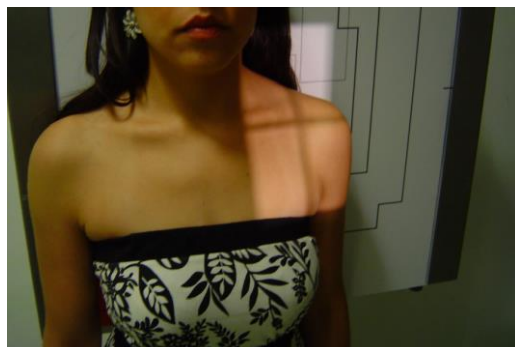
Posicionamento: paciente em ortostática e em ântero-posterior, com o membro a ser radiografado em extensão;
 R.C.: horizontal angulado 30° caudal, incidindo no espaço acrômio umeral;
 Chassi: 18x24 transversal;

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura	



D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: visualização do acrômio (formato), variação anatômica e pesquisa de possíveis osteófitos e esporão anterior.



Rockwood

OMBRO POSIÇÃO DE FISK – SULCO BICIPITAL (Intertubercular)

Posicionamento: paciente sentado inclinando o tronco para frente, apoiar chassi sobre o antebraço e mão em supinação;

R.C.: perpendicular vertical, incidindo no sulco bicipital (utilizar cilindro de extensão);

Chassi: 18x24;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: visualizar arrancamento de tubérculo, entre os tubérculos maiores e menores e osteófito.

OBS.: para uma radiografia tangencial em uma projeção súpero-inferior visualizando o sulco bicipital.



Sulco Bicipital

OMBRO BERNAGEAU

Posicionamento: paciente em ortostático, com o membro superior a ser radiografado com elevação máxima, acima da cabeça;

R.C.: orientado na axila, a nível cabeça do úmero;

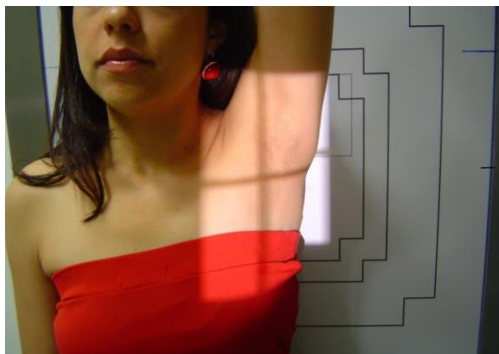
Chassi 18x24 longitudinal.

D.F.F.: 1 m.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T1

OBS.: esta incidência é para avaliar o rebordo da cavidade glenóide. Avaliar as lesões do Labrum com pequenas fraturas.



Bernageau

OMBRO EM ABDUÇÃO

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito dorsal, realizar uma abdução do úmero de 90° em relação ao corpo;
R.C.: incidindo na cabeça do úmero;
Chassi 18x24 incidindo 3 cm acima do acrômio;
D.F.F.: 1m.



Ombro em abdução

OMBRO VELPEAU / BLOOM / OBATA

Posicionamento: paciente em ortostático, colocando a região dorsal na extremidade da mesa, com a máxima de lordose possível;
R.C.: incidindo na cabeça do úmero;
Chassi: 18x24 transversalmente, sobre a mesa de exame (sem bucky);
D.F.F. : 1 m.
OBS.: forma modificada perfil axilar (membro imobilizado).

Grupo responsável pela elaboração:				
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	



Velpeau

OMBRO WEST POINT

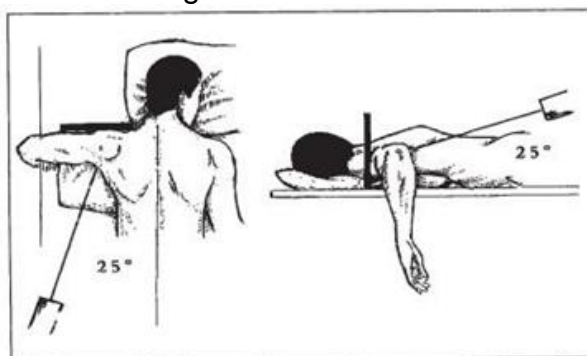
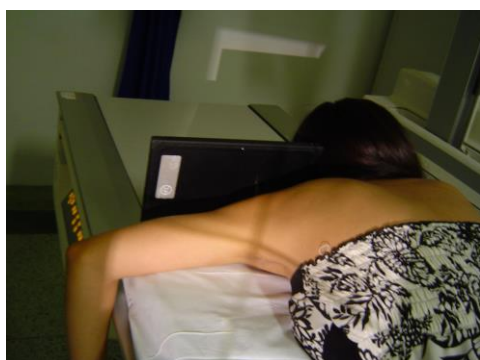
Posicionamento: paciente em decúbito ventral com a região torácica apoiada sobre uma placa de isopor, o braço deverá estar solto na lateral da mesa de exame, com a palma voltada para fora, cabeça virada para lado oposto;

R.C.: ângulo de 25° de lateral para medial e 25° cefálico – incidindo na articulação escápulo-umeral;

Chassi: 18x24 (sem bucky);

D.F.F.: 1 m.

OBS.: para evidenciar o rebordo ântero-inferior da glenóide.



West-Point

OMBRO PERFIL TRANSTORÁCICO (Método de Lawrence)

Posicionamento: paciente em ortostático, com o lado de interesse próximo ao chassi, braço afetado em rotação neutra. Levantar o braço oposto colocando a mão sobre a cabeça, elevando o ombro o máximo possível evitando a sobreposição, realizar uma leve rotação para desassociar a cabeça do úmero e a coluna dorsal;

R.C.: perpendicular horizontal incidindo na base da axila e saindo na cabeça do úmero;

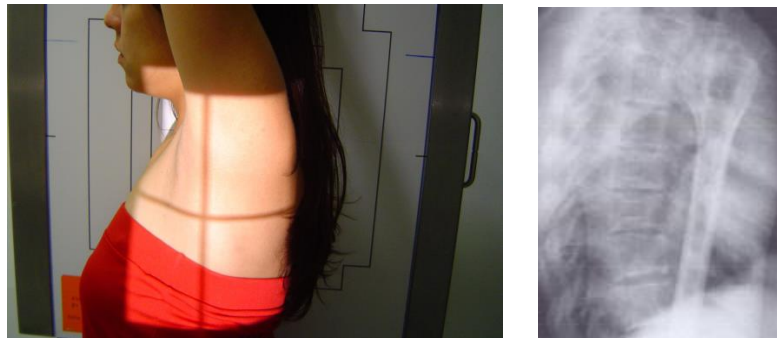
D.F.F.: 1 m;

Chassi: 24x30 longitudinal;

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura
				Data: 30/09/2017

	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T1

Visão Radiográfica: vista da porção proximal do úmero (perfil) e a relação com a articulação escápulo-umeral para excluir luxação ou fratura da porção proximal.



Perfil Transtorácico

INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO CINTURA ESCAPULAR (CLAVÍCULA E ESCÁPULA)

CLAVÍCULA A.P.

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito dorsal, braço estendido ao longo do corpo;

R.C.: perpendicular com angulação de 5° a 15° cranial no terço médio da clavícula;

D.F.F.: 1 metro;

Chassi: 24x30 na transversal com bucky.

OBS.: essa incidência tem como objetivo visualizar a clavícula, incluindo as articulações esterno-clavicular e acrômio-clavicular.



A.P. Clavícula

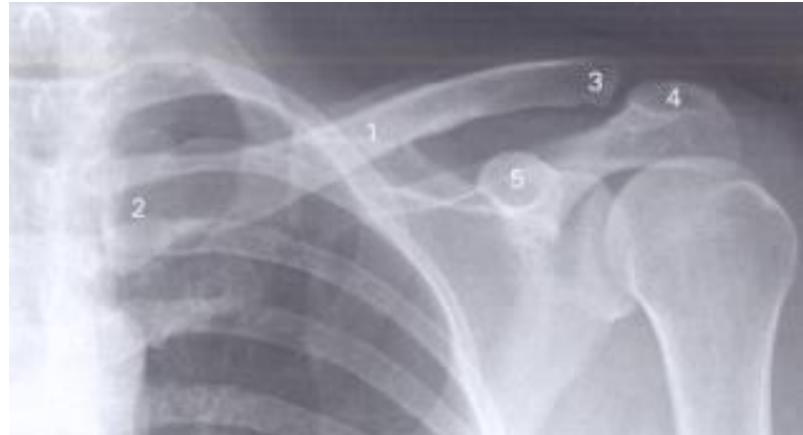


Grupo responsável pela elaboração:				
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	



Visão Radiográfica

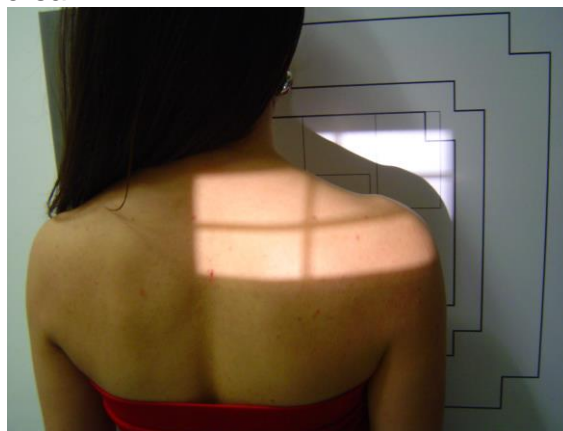
1. Corpo da Clavícula
2. Extremidade esternal
3. Extremidade acromial
4. Acrômio
5. Processo Coracóide



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

CLAVÍCULA P.A.

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito ventral, com a face anterior do ombro contra o chassi sem rotação do corpo;
 R.C.: com angulação de 5° a 15° caudalmente;
 D.F.F.: 1 metro;
 Chassi: 24x30 na transversal.

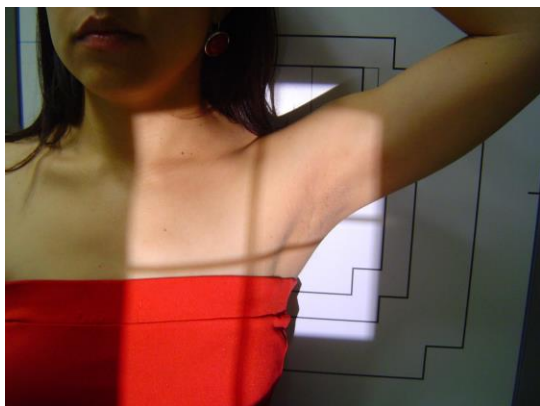


P.A. de Clavícula

ESCÁPULA A.P. (Ântero-Posterior)

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito dorsal, abduzir o braço, mão sobre a cabeça;
 R.C.: perpendicular horizontal direcionado para o meio da escápula;
 D.F.F.: 1 m;
 Chassi: 24x30 longitudinal;
 Visão Radiológica: toda a escápula deve ser visualizada, a porção lateral da escápula deve ser visível sem superposição das costelas.
 NOTA: em caso de fraturas, não elevar o membro (mão na cintura).

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura

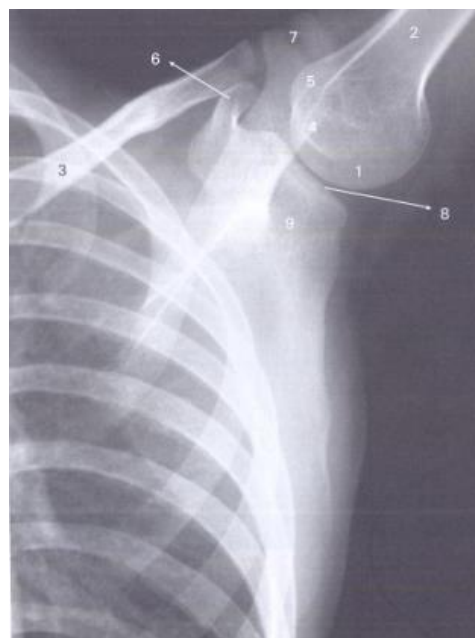


A.P. Escápula



Visão Radiográfica

1. Cabeça (úmero)
2. Úmero
3. Clavícula
4. Tubérculo menor do úmero
5. Tubérculo maior do úmero
6. Processo coracóide
7. Acrômio
8. Cavidade glenoidal (escapula)
9. Colo da escápula



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

ESCÁPULA PERFIL

Posicionamento: paciente em ortostático, realizar uma rotação de 30° a 45° para uma posição lateral verdadeira da escapula;

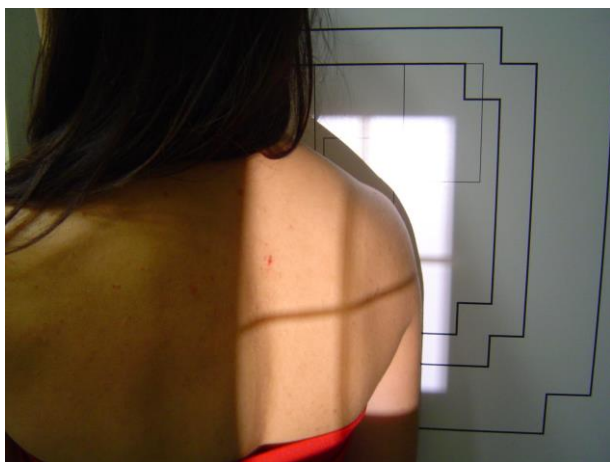
R.C.: perpendicular horizontal orientado para o meio do corpo da escapula;

Chassi: 24x30 longitudinal;

Visão Radiográfica: corpo da escápula deve ser observado sem sobreposição dos arcos costais posteriores. Visualização do processo coracóide e acrômio com ramos superiores quase simétrico ao Y.

OBS.: a escápula deve ser vista em lateral, livre de superposição das costelas.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura



Perfil Escápula



Visão Radiográfica

1. Cabeça (úmero)
2. Úmero
3. Clavícula
4. Acrômio
5. Processo Coracóide



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

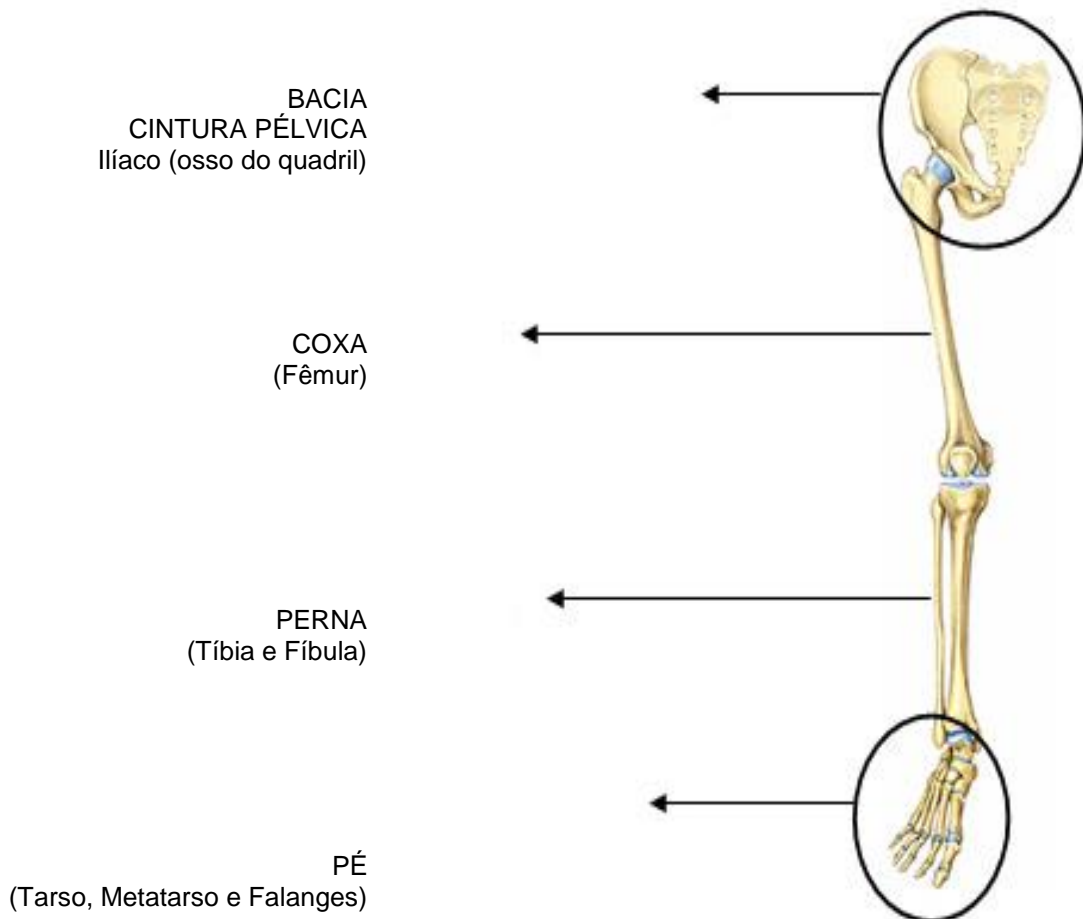


IM - RX.T2 - TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – MEMBROS INFERIORES (MMII)

CONCEITOS GERAIS

Os membros inferiores são divididos em quatro segmentos:

- 1º Segmento – PÉ;
- 2º Segmento – PERNA;
- 3º Segmento – FÊMUR;
- 4º Segmento – BACIA.



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

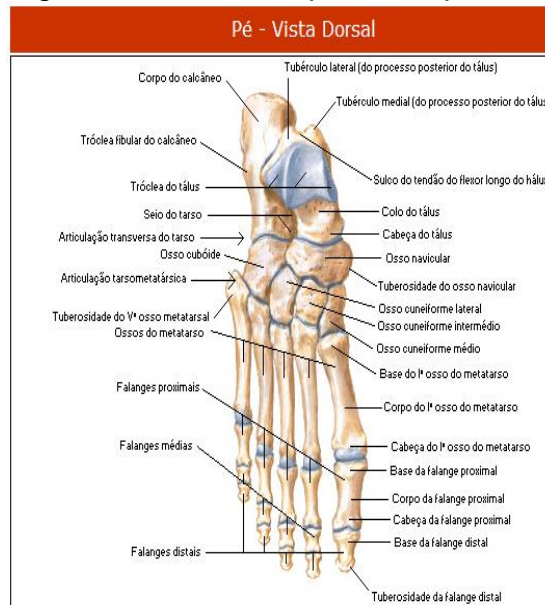
ISBN 978.85.XXXXXX.XX.X



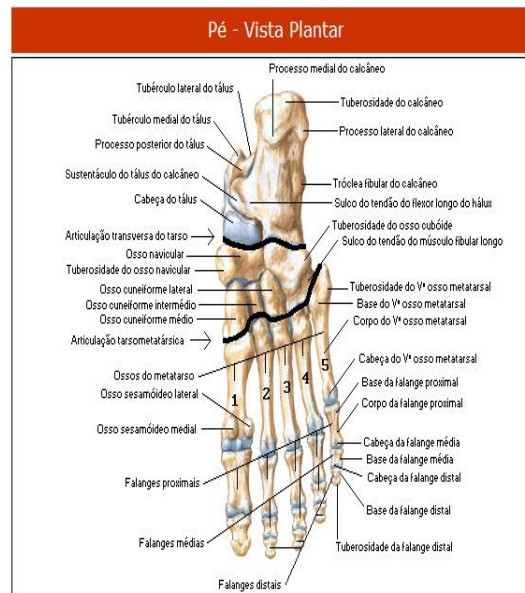
PÉ

O pé se divide em: tarso (sendo 7 ossos), metatarso (5 ossos) e 14 falanges, totalizando 26 ossos.

Existem também pequenos ossos acessórios no pé denominados de sesamóides (pequenos ossos sobre a cabeça dos metatarsianos e falanges proximais do primeiro e segundo dedo) os quais exigem incidências específicas para o seu estudo.



Fonte: NETTER, Frank H., Atlas de Anatomia Humana, 2ed, Porto Alegre: Artmed, 2000.



Fonte: NETTER, Frank H., Atlas de Anatomia Humana, 2ed, Porto Alegre: Artmed, 2000.

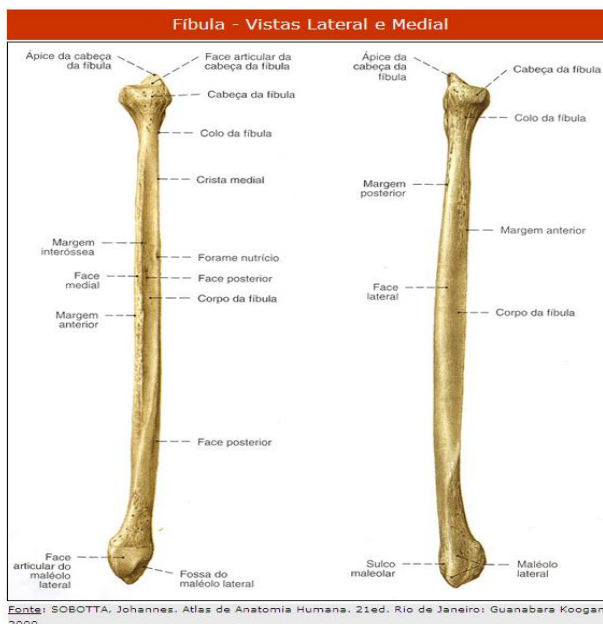
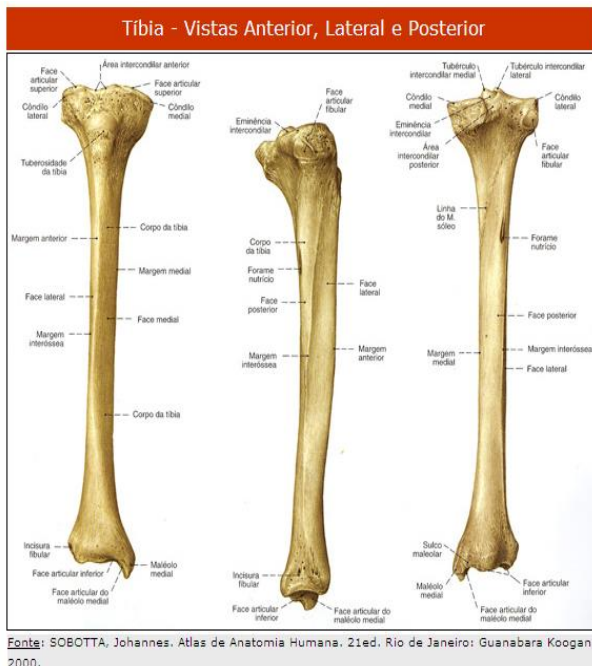
Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil		
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgijl	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura



PERNA

A perna é constituída pela tíbia e fíbula:

- Tíbia realiza a sustentação do peso da perna, e está localizada anteriormente. Articula-se proximalmente com o fêmur e distalmente com a fíbula e o tálus;
- Fíbula situada lateralmente na perna, sua função é a fixação da musculatura. Articula-se com a tíbia e tálus.



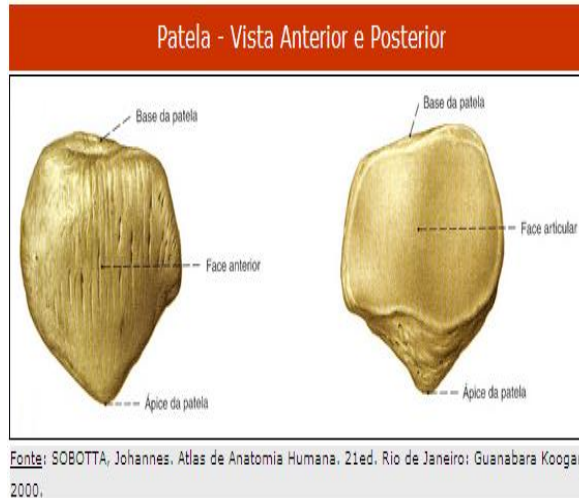
Grupo responsável pela elaboração:

Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil

Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	

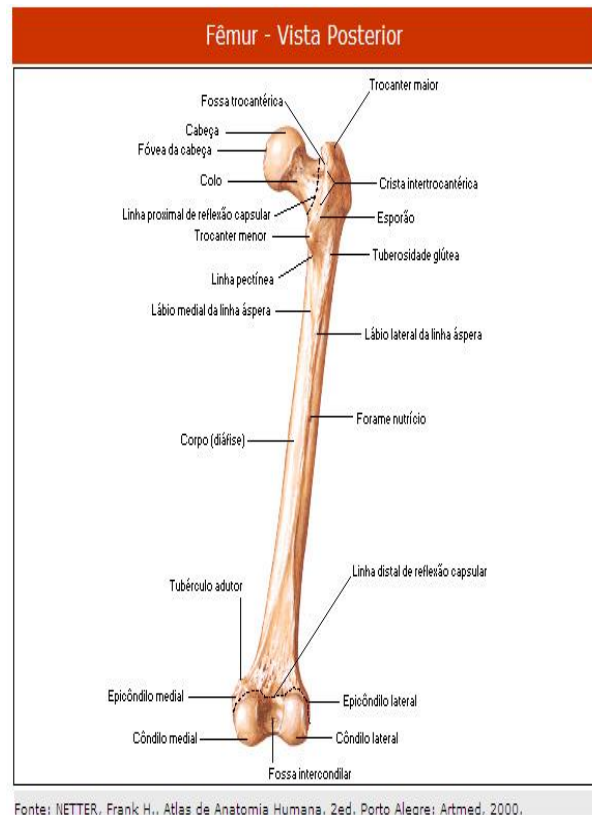
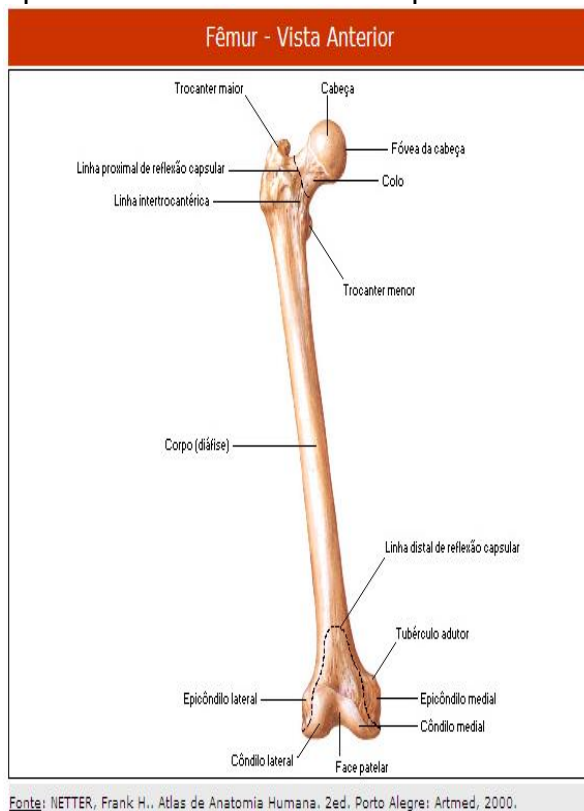
PATELA

A patela é um osso sesamóide, localizado anteriormente à articulação do joelho. Articula-se somente com o fêmur.



FÊMUR

O Fêmur é o osso mais longo e pesado do corpo humano. Articula-se proximalmente com o quadril e distalmente com a patela e a tíbia.

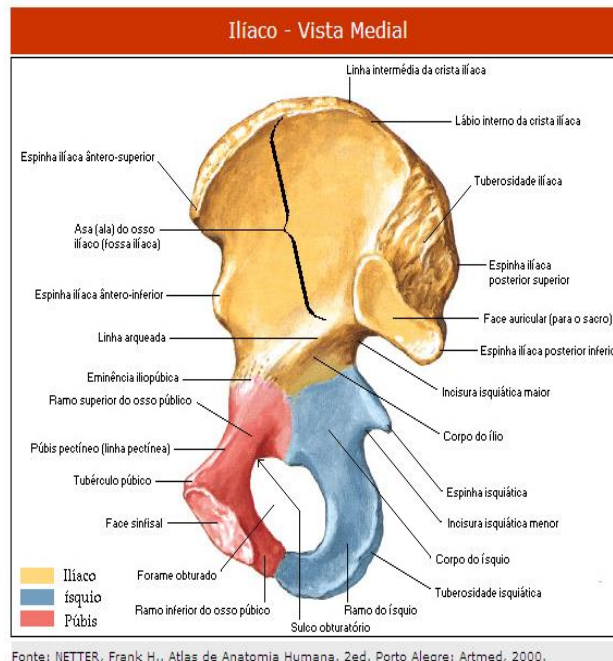
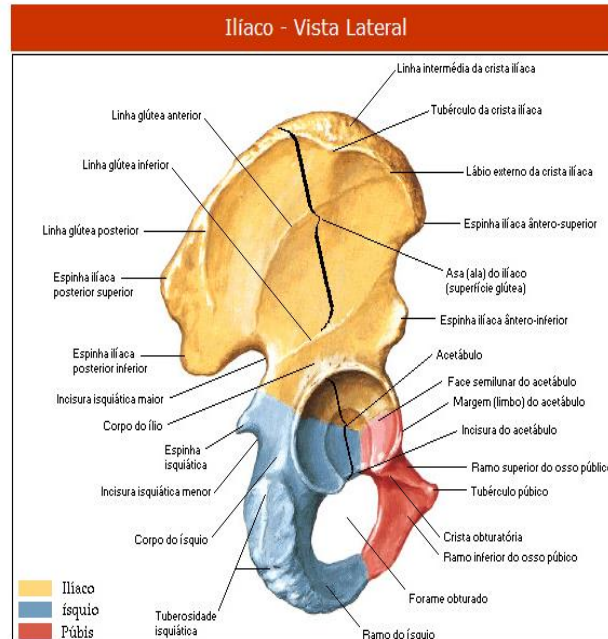


Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



PELVE

Pelve, popularmente chamada de Bacia, é formada pelo ílio, ísquio, púbis, sacro e cóccix. Apresenta duas faces (externa e interna), quatro bordas (superior, inferior, anterior e posterior) e quatro ângulos (ântero-superior, pósterio-superior, pósterio-inferior e ântero-inferior).



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA			Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura			Assinatura	



INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO DO PÉ E CALCÂNEO

ANTE – PÉ A.P.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos, superfície plantar do pé apoiado sobre o chassi;

R.C.: perpendicular vertical na articulação dos pododáctilos;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: terço médio dos metatarsos até falanges distais.



A.P. dos dedos

Visão Radiográfica

1. Falange distal do hálux
2. Falange Proximal do hálux
3. 1° Metatarso
4. Osso sesamóide
5. Falange distal 5° dedo do pé
6. Falange média do 5° dedo
7. Falange Proximal do 5° dedo
8. 5° Metatarso
9. Cabeça do 5° Metatarso
10. Colo do 5° Metatarso
11. Art. MTF do 3° dedo
12. Art. IF proximal do 2° dedo
13. Art. IF distal do 2° dedo



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	



ANTE – PÉ OBLÍQUA

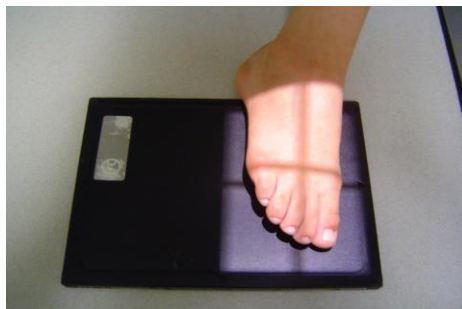
Posicionamento: paciente deitado em decúbito dorsal, fletindo membro inferior de interesse, rotacionar a perna internamente deixando o pé em rotação interna de 45°, apoiar a região plantar no chassi;

R.C.: perpendicular vertical direcionado para as articulações dos pododáctilos;

D.F.F.: 1 m;

Filme: 18x24 dividido transversalmente;

Visão Radiográfica: terço médio dos metatarsos até falanges distais, em oblíquas.



Oblíqua dos dedos



Visão Radiográfica

1. Falange distal do halux
2. Falange distal 2º dedo
3. Falange distal 3º dedo
4. Falange distal 4º dedo
5. Falange distal 5º dedo
6. Falange media do 2º dedo
7. Falange media do 3º dedo
8. Falange media do 4º dedo
9. Falange proximal do 1º dedo
10. Falange proximal do 2º dedo
11. Falange proximal do 3º dedo
12. Falange proximal do 4º dedo
13. Falange proximal do 5º dedo
14. 1º Metatarso
15. 2º Metatarso
16. 3º Metatarso
17. 4º Metatarso
18. 5º Metatarso
19. Osso sesamóide
20. Cabeça do 5º metatarso
21. Colo do 5º metatarso



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

NOTA: A.P. - HALUX

Segue o mesmo posicionamento que A.P. ante-pé;

R.C.: perpendicular vertical a articulação metatarso falangêana do hálux.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T2

HALUX – PERFIL

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, joelhos fletidos, rodar o pé a ser radiografado, deixando o hálux em perfil absoluto, com a parte medial apoiada sobre o chassis;

R.C.: perpendicular na articulação metatarso falangêana do hálux;

D.F.F.: 1 m;

Filme: 18x24 dividido transversalmente.

OBS.: é possível também fazer perfil dos outros dedos usando uma luva de procedimento para separação das falanges, deixando somente a falange a ser radiografada exposta.



Perfil do Halux

PÉ – A.P.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, apoiar a face plantar do pé sobre o chassi;
R.C.: angular de modo que fique paralelo o dorso do pé com a caixa de colimação, orientado a base do 3º metatarso;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 24x30 dividido longitudinalmente;

Visão Radiográfica: de falanges distais até os ossos do tarso.



A.P. do Pé



Grupo responsável pela elaboração:			
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	



Visão Radiográfica

- 01- Falange distal 1° dedo
- 02- Falange distal 2° dedo
- 03- Falange distal 3° dedo
- 04- Falange distal 4° dedo
- 05- Falange distal 5° dedo
- 06- Falange media do 2° dedo
- 07- Falange media do 3° dedo
- 08- Falange media do 4° dedo
- 09- Falange média do 5° dedo
- 10- Falange proximal do 1° dedo
- 11- Falange proximal do 2° dedo
- 12- Falange proximal do 3° dedo
- 13- Falange proximal do 4° dedo
- 14- Falange proximal do 5° dedo
- 15- 1° Metatarso
- 16- 2° Metatarso
- 17- 3° Metatarso
- 18- 4° Metatarso
- 19- 5° Metatarso
- 20- Cuneiforme medial
- 21- Cuneiforme intermédio
- 22- Cuneiforme lateral
- 23- Cubóide
- 24- Navicular
- 25- Osso sesamóide
- 26- Base do 1° Metatarso
- 27- Cabeça do 5° metatarso
- 28- Colo do 5° metatarso
- 29- Base do 5° metatarso



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

PÉ – OBLÍQUA

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, fletindo o membro inferior de interesse, rotacionar a perna internamente deixando o pé com angulação de 45°, apoiar a região plantar no chassi;

R.C.: perpendicular vertical ao filme, direcionado na base do terceiro metatarso;

D.F.F.: 1 m;

Filme: 24x30 dividido longitudinalmente;

Visão Radiográfica: de falanges distais até calcâneo, em oblíquas.

OBS: oblíqua alternativa de medial para lateral, fazer rotação do pé de 30°.



Oblíqua Interna do pé



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Visão Radiográfica

- 01- Falange distal 1º dedo
- 02- Falange distal 2º dedo
- 03- Falange distal 3º dedo
- 04- Falange distal 4º dedo
- 05- Falange distal 5º dedo
- 06- Falange media do 2º dedo
- 07- Falange media do 3º dedo
- 08- Falange media do 4º dedo
- 09- Falange proximal do 1º dedo
- 10- Falange proximal do 2º dedo
- 11- Falange proximal do 3º dedo
- 12- Falange proximal do 4º dedo
- 13- Falange proximal do 5º dedo
- 14- 1º Metatarso
- 15- 2º Metatarso
- 16- 3º Metatarso
- 17- 4º Metatarso
- 18- 5º Metatarso
- 19- Cuneiforme medial
- 20- Cuneiforme intermédio
- 21- Cuneiforme lateral
- 22- Cubóide
- 23- Navicular
- 24- Tálus
- 25- Calcâneo
- 26- Osso sesamóide
- 27- Cabeça do 5º metatarso
- 28- Colo do 5º metatarso
- 29- Base do 5º metatarso



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

PÉ – PERFIL

Posicionamento: paciente decúbito lateral, voltado para o lado de interesse, membro inferior fletido, com o pé em perfil absoluto;

R.C.: perpendicular vertical, orientado na base do 1º metatarso;

D.F.F.: 1 m;

Chassis: 24x30 longitudinalmente;

Visão radiográfica: de falange distal até calcâneo em perfil.



Perfil do pé

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	



PÉ – A.P. COM CARGA

Posicionamento: paciente em ortostático sobre o chassi, com o peso distribuído sobre os pés, estando orientados para frente paralelos entre si;

R.C.: angulação cefálica de modo que fique paralelo o dorso do pé com a caixa de colimação e ao nível da base dos metatarsos;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 24x30 longitudinalmente.

OBS.: exame realizado para hálux valgo e arco transversal do pé.



A.P. do pé – com carga

PÉ – PERFIL COM CARGA

Posicionamento: paciente em ortostático, peso distribuído sobre o pé a ser radiografado;
 R.C.: perpendicular horizontal incidindo de medial para lateral ao nível da base do 1º dedo;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 24x30 longitudinalmente;

Visão Radiográfica: projeção lateral dos ossos do pé.

OBS.: fazer sempre comparativo. Objetivo dessa incidência é visualizar arco longitudinal plantar do pé.



Perfil do pé - com carga

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



AXIAL DOS METATARSOS E SESAMOIDES

Incidência tangencial:

Paciente em posição de gatinho, dorsifletir o pé ao máximo e apoiado sobre o chassi.

Incidência tangencial alternativa:

Paciente em decúbito dorsal, dorsifletir os dedos, se necessário utilizar faixa para o posicionamento;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

R.C.: perpendicular vertical, orientado da cabeça dos metatarsos;

D.F.F.: 1 m.

OBS.: exame para avaliação dos sesamóide e cabeça dos metatarsos (calo plantar).



Incidência Tangencial



Incidência Tangencial alternativa



Tangencial

CALCÂNEO – AXIAL

AXIAL (ÍNFERO-SUPERIOR):

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, perna totalmente estendida, fazer uma dorso-flexão do pé (90°), se necessário usar uma faixa ao redor do pé para a tração (dorso-flexão);

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



R.C.: angular 40° cefálico, orientado para a articulação tálus-calcaneana;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente.

Visão Radiográfica: todo calcâneo deve ser visualizado, desde a tuberosidade posterior até a articulação talo-calcânea anterior.



Calcâneo - Axial



Visão Radiográfica

1. Processo lateral da tuberosidade do calcâneo
2. Processo medial da tuberosidade do calcâneo
3. Sustentáculo do tálus
4. Base do 5° metatarso



AXIAL (SÚPERO-INFERIOR):

Posicionamento: paciente em ortostático, com o pé apoiado sobre o chassi, elevando a perna de interesse para trás;

R.C.: angular 40° caudal, orientado no tendão de aquilis e saindo na base inferior do calcâneo;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017</p>	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T2

Visão Radiográfica: todo calcâneo deve ser visualizado, desde a tuberosidade posterior até a articulação talo-calcânea anterior.



Calcâneo – Axial



PERFIL DE CALCÂNEO

Posicionamento: paciente em decúbito lateral, para o lado de interesse, membro inferior estendido, pé em perfil absoluto (calcâneo);

R.C.: perpendicular ao filme, orientado a 5 cm abaixo do maléolo medial;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 dividido transversal.

OBS.: o calcâneo e o tálus devem ser visualizados sem rotação (perfil).



Perfil do Calcâneo



Grupo responsável pela elaboração:					
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA			Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura			Assinatura	



Visão Radiográfica

1. Calcâneo
2. Tálus
3. Navicular
4. Cubóide
5. Tuberosidade do calcâneo
6. Seio do tarso
7. Processo do tálus
8. Osso trígono
9. Fíbula
10. Tíbia
11. Cabeça do Tálus
12. Colo do Tálus



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

CALCÂNEO OBLÍQUA MEDIAL 45°

Posicionamento: paciente em semi-decúbito dorsal sobre a mesa, perna totalmente estendida. Realizar uma rotação interna do pé de 45°;

R.C.: perpendicular, centralizar 3 cm abaixo do maléolo lateral;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente;

Visão radiográfica: articulação talo-calcânea posterior, sustentáculum do tálus.

CALCÂNEO OBLÍQUA LATERAL 30° a 35°

Posicionamento: paciente em semi-decúbito dorsal sobre a mesa, perna totalmente estendida. Realizar uma rotação externa do pé de 45°;

R.C.: perpendicular;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 dividido transversalmente.

OBS.: incidência usada para confirmação de fratura, revelar compressão dorso-plantar e sulco calcâneo.

POSICIONAMENTO DO TORNOZELO

TORNOZELO A.P.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, perna totalmente estendida, para que o pé fique 90° em relação à tíbia, centralizando a articulação do tornozelo;

R.C.: perpendicular, incidindo entre os maléolos;

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	SST
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Data: 30/09/2017



D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 ou 24x30 dividido transversalmente;

Visão radiográfica: porção distal da tíbia e fíbula, porção proximal do tálus.



A.P. Tornozelo



Visão Radiográfica

- 01. Tálus
- 02. Maléolo medial
- 03. Maléolo lateral
- 04. Tíbia
- 05. Fíbula



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

TORNOZELO A.P. VERDADEIRO

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, perna totalmente estendida, para que o pé fique 90° em relação à tíbia, centralizando a articulação do tornozelo. Fazer uma rotação interna de 15° a 20°;

R.C.: perpendicular, incidindo entre os maléolos;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 ou 24x30 dividido transversalmente;

Visão radiográfica: porção distal da tíbia e fíbula, porção proximal do tálus.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	



OBS.: este exame irá tirar a sobreposição da fíbula em relação à tíbia (articulação fibiotalar).

TORNOZELO OBLÍQUA INTERNA

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, perna totalmente estendida, pé 90° em relação à tíbia, realizar uma rotação interna do membro inferior de 45°;

R.C.: perpendicular, incidindo entre os maléolos;

D.F.F.: 1 m.

Chassi: 18x24 ou 24x30 dividido transversal.



Oblíqua interna tornozelo



Visão Radiográfica

1. Tálus
2. Calcâneo
3. Maléolo lateral
4. Fíbula
5. Tíbia
6. Maléolo medial
7. Articulação talocrural
8. Sindesmose tibiofibular



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

TORNOZELO OBLÍQUA EXTERNA

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, perna totalmente estendida, pé 90° em relação à tíbia, realizar uma rotação externa do membro inferior de 35° a 40°;

R.C.: perpendicular, incidindo entre os maléolos;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 ou 24x30 dividido transversal.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Oblíqua externa tornozelo



Visão Radiográfica

1. Calcâneo
2. Tálus
3. Maléolo lateral
4. Maléolo medial
5. Tíbia
6. Fíbula
7. Articulação talocrural



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

PERFIL DE TORNOZELO

Posicionamento: paciente em decúbito lateral, membro inferior estendido, dorsofletir o pé em 90°;

R.C.: perpendicular, orientado no maléolo medial;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 ou 24x30 dividido transversal.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	



Tornozelo Perfil



Visão Radiográfica

1. Calcâneo
2. Talus
3. Navicular
4. Cuboide
5. Tíbia
6. Fíbula
7. Articulação talocrural
8. Articulação talonavicular



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

A.P. DO TORNOZELO SOB STRESS (INVERSÃO E EVERSÃO)

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, membro estendido. Apoiar a parte posterior do calcâneo sobre o chassi. Devemos realizar uma força (stress) no sentido de INVERSÃO ou EVERSÃO, conforme a solicitação do médico;

R.C.: perpendicular, incidindo entre os maléolos;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 ou 24x30 dividido transversalmente;

Visão radiográfica: articulação do tornozelo para avaliação de separação articular e de laceração ou ruptura dos ligamentos.

OBS.: nesta incidência, sempre realizar uma comparativa bilateral.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	



**Tornozelo Inversão
 (stress)**



Inversão



**Tornozelo Eversão
 (stress)**



Eversão

INCIDÊNCIAS DA PERNA

A.P. PERNA

Posicionamento: paciente deitado em decúbito dorsal, com o membro totalmente estendido. Deixando a pelve, joelho e perna em posição de A.P. verdadeiro, sem rotação;

R.C.: perpendicular, incidindo no terço médio da perna;

D.F.F.: 1m;

Chassi: 30x40 ou 35x43 na longitudinal, para demonstrar as duas articulações distais e proximais;

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Visão radiográfica: toda a tíbia e fíbula e as articulações do tornozelo e joelho.
 OBS.: se necessário realizar o exame com o filme em diagonal.



Perna A.P.



Visão Radiográfica

1. Tíbia
2. Fíbula
3. Maléolo medial
4. Maléolo lateral
5. Cabeça da fíbula
6. Colo da fíbula
7. Côndilo tibial medial



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

PERNA PERFIL

Posicionamento: paciente em decúbito lateral, membro de interesse estendido, de forma que a perna fique em perfil absoluto;

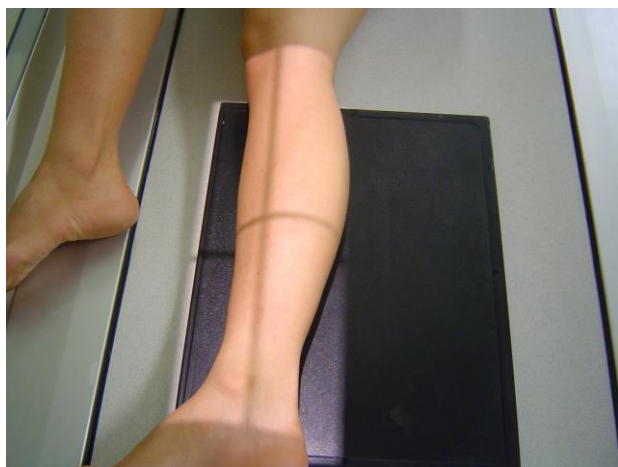
R.C.: perpendicular no terço médio da perna;

Chassi: 30x40 ou 35x43;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: tíbia, fíbula e articulações do joelho e tornozelo.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Perna Perfil



Visão Radiográfica

1. Tíbia
2. Fíbula
3. Cabeça da fíbula
4. Colo da fíbula
5. Tuberosidade da tíbia



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

INCIDÊNCIAS DO JOELHO

JOELHO A.P.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, membro de interesse estendido, se necessário realizar uma rotação interna em média de 5° para um A.P. verdadeiro;

R.C.: perpendicular no ápice da patela;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 ou 24x30 longitudinal com bucky;

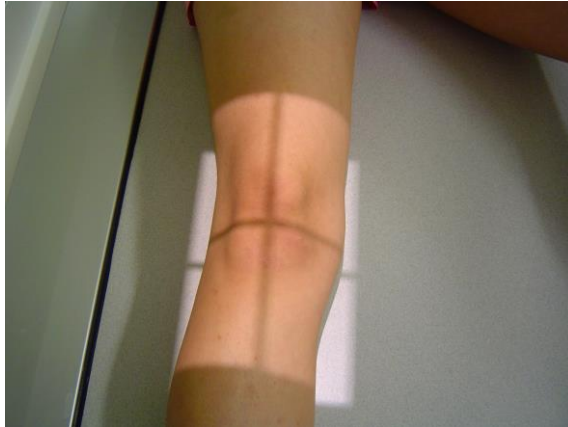
Visão radiográfica: porção distal do fêmur, porção proximal da tíbia e fíbula, patela e articulação do joelho.

OBS.: para realizar P.A. de joelho, evitar sobrecarga sobre a patela e R.C na prega

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	



poplítea.

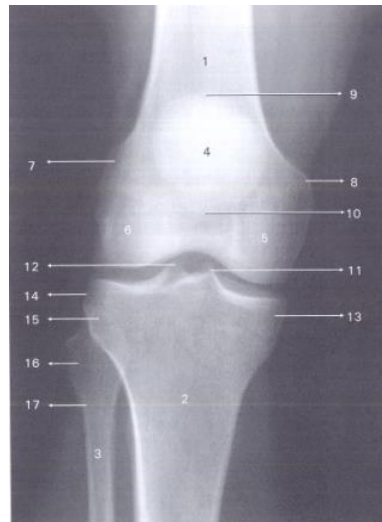


A.P. do Joelho



Visão Radiográfica

1. Fêmur
2. Tíbia
3. Fíbula
4. Patela
5. Côndilo femoral medial
6. Côndilo femoral lateral
7. Epicôndilo femoral lateral
8. Epicôndilo femoral medial
9. Base da patela
10. Ápice da patela
11. Tubérculo intercondilar medial
12. Tubérculo intercondilar lateral
13. Côndilo tibial medial
14. Côndilo tibial lateral
15. Ápice da cabeça da fíbula
16. Cabeça da fíbula
17. Colo da fíbula



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

PERFIL DE JOELHO

Posicionamento: paciente em decúbito lateral, alinhar o fêmur e fazer uma angulação de 30° da perna em relação ao fêmur;

R.C.: 10° cefálico incidindo na articulação do joelho;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 ou 24x30 longitudinal com bucky;

Visão radiográfica: porção distal do fêmur, porção proximal da tíbia e fíbula, patela e articulação do joelho, em perfil.

OBS.: nos casos de suspeita de fratura de tíbia ou fêmur, a incidência lateral deverá ser realizada usando raios horizontais.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Joelho Perfil



Visão Radiográfica

1. Fêmur
2. Tíbia
3. Fíbula
4. Patela
5. Fossa poplíteia
6. Fabela
7. Tuberosidade da tíbia
8. Eminência intercondilar
9. Base da patela
10. Ápice da patela
11. Ápice da cabeça da fíbula
12. Cabeça da fíbula
13. Colo da fíbula



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

OBLÍQUAS DE JOELHO

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal (ou ventral), membro estendido, fazemos com que o membro se desloque tanto interno como externo 45°;

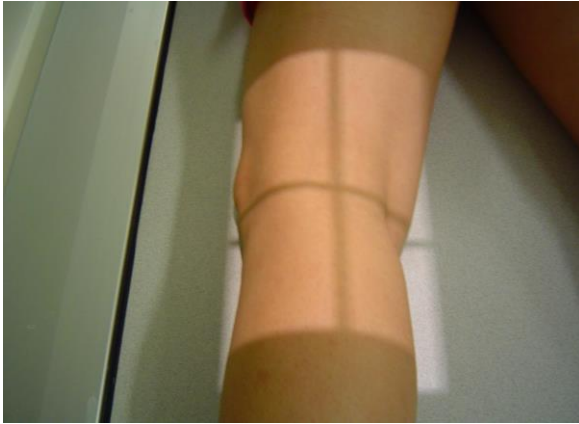
R.C.: dorsal – orientado para o ápice da patela e
 ventral – orientado na prega poplíteia;

D.F.F.: 1 m;

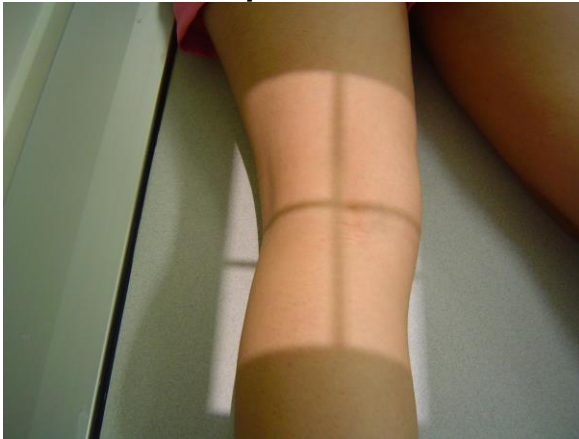
Chassi: 18x24 ou 24x30 longitudinal com bucky.

OBS.: incidências para melhor definir o platô tibial.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Oblíqua externa



Oblíqua interna



Visão Radiográfica

1. Fêmur
2. Tíbia
3. Fíbula
4. Patela
5. Ápice da cabeça da fíbula
6. Cabeça da fíbula
7. Colo da fíbula
8. Côndilo femoral lateral
9. Côndilo femoral medial
10. Epicôndilo femoral medial
11. Fossa poplíteia



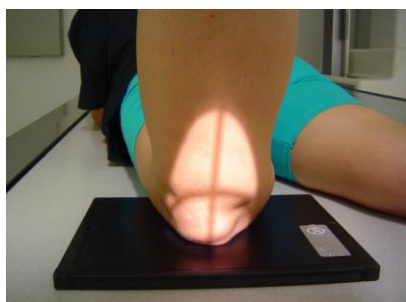
BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

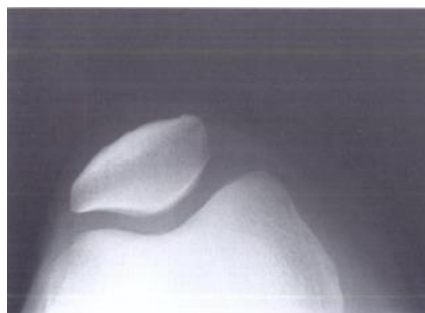


PATELA AXIAL

Posicionamento: paciente em decúbito ventral, fletindo a perna em média de 45°. Apoiando o dorso do pé sobre o tubo de raios-x;
 R.C.: tangencial na articulação patela-femural;
 D.F.F.: 1 m;
 Chassi: 18x24 transversal.



Patela Axial



Visão Radiográfica

1. Patela
2. Fêmur
3. Côndilo medial do fêmur
4. Côndilo lateral do fêmur
5. Espaço articular fêmoro-patelar

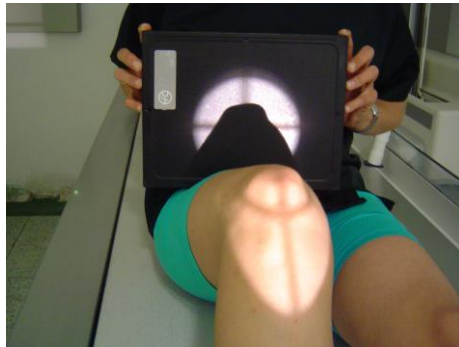


BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

AXIAL PATELA – POSICIONAMENTO ALTERNATIVO

Posicionamento: paciente sentado ou deitado sobre a mesa, fazendo um ângulo de 15° a 45° entre o fêmur e a perna. Instruir o paciente a segurar o chassi sobre a coxa;
 R.C.: horizontal incidindo na base inferior da patela;
 Chassi: 18x24 transversal;
 D.F.F.: 1 m;
 OBS.: existem outras angulações para o exame de patela, quando solicitado pelo medico, (exemplo: 30°, 60° e 90°).

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	



Patela Axial



TÚNEL DO JOELHO (ÍNFERO-SUPERIOR)

Posicionamento: paciente ajoelhado na mesa (em posição gatão), inclinar o fêmur para frente de 20° a 30°, em uma flexão de 60° a 70°;

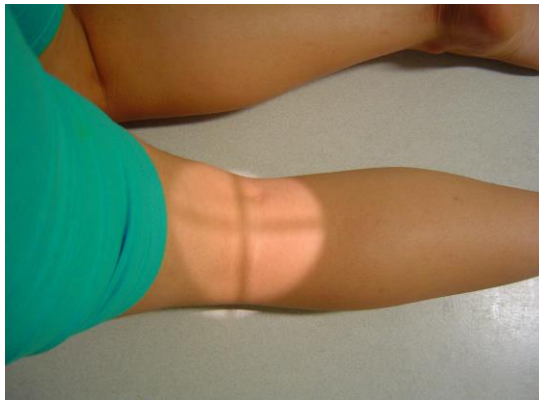
R.C.: perpendicular orientado para a prega poplíteia;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 na longitudinal;

Visão radiográfica: fossa intercondilóide, eminência intercondilóide, platô-tibial e côndilos.

OBS.: não esquecer de utilizar o cone.



Túnel do joelho ínfero-superior

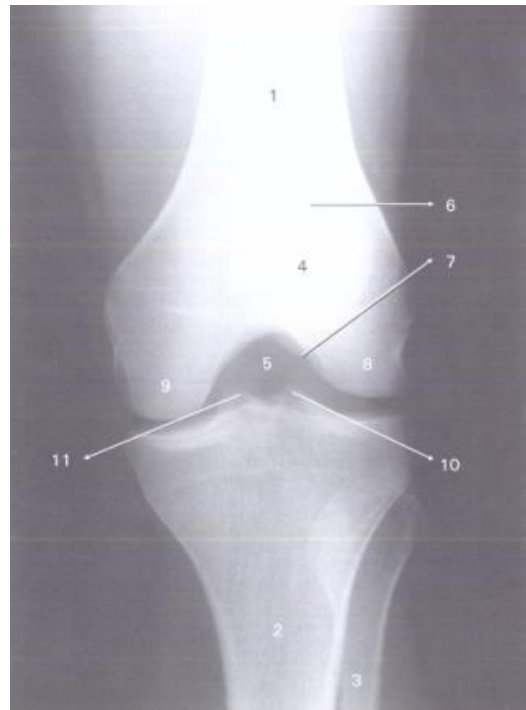


Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Visão Radiográfica

1. Fêmur
2. Tíbia
3. Fíbula
4. Patela
5. Fossa intercondilar
6. Base da patela
7. Ápice da patela
8. Côndilo femoral lateral
9. Côndilo femoral medial
10. Tubérculo intercondilar lateral
11. Tubérculo intercondilar medial



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

TÚNEL DO JOELHO SÚPERO-INFERIOR

Posicionamento: paciente sentada (ou deitada), com membro inferior fletido formando um ângulo de 45° entre si;

R.C.: angulado 40° cefálico, incidindo no ápice da patela;

Chassi: 18x24 transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: fossa intercondilóide, eminência intercondilóide, platô-tibial e côndilos.

OBS.: pode usar um suporte abaixo do joelho para facilitar o exame. Não esquecer de usar cone.



Túnel do joelho súpero-inferior



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura



A.P. DO JOELHOS EM ORTOSTÁTICA (com carga)

Posicionamento: paciente em ortostático com a parte posterior do membro encostada no bucky vertical;

R.C.: horizontal no ápice da patela e entre os membros;

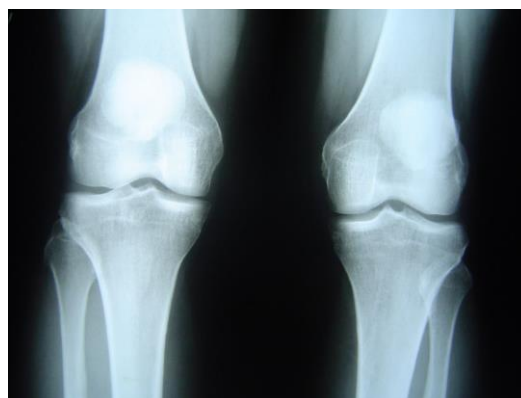
Chassi: 30x40 na transversal;

D.F.F.: 1 m.

OBS.: nesta incidência devemos utilizar um filme de modo que apareça o terço distal do fêmur e terço proximal da tíbia, fazendo sempre comparativo.



A.P. dos joelhos – ortostático



JOELHO A.P. COM CARGA MONOPODÁLICO

Posicionamento: paciente em ortostático com a parte posterior encostada no bucky vertical, apoiando toda a carga no lado de interesse;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 24x30 ou 30x40 longitudinal.



Joelho A.P. (com carga)

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T2

INCIDÊNCIAS DO FÊMUR

FÊMUR A.P.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, fêmur centralizado na linha central da mesa, rodar o membro inferior internamente em média 5° para que o mesmo fique em projeção A.P. verdadeiro;

R.C.: incidindo perpendicular ao terço médio da coxa;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 30x40 ou 35x43 em longitudinal;

Visão radiográfica: todo o fêmur incluindo a articulação do joelho e coxo-femoral (quadril).



A.P. de Fêmur



Grupo responsável pela elaboração:			
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura



FÊMUR PERFIL

Posicionamento: paciente em decúbito lateral, fletindo o joelho em 45°, alinhar o fêmur no centro da mesa, flexionar e abduzir o outro membro;

R.C.: perpendicular ao 1/3 médio do fêmur;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 30x40 ou 35x43 em longitudinal.

OBS.: em casos de fratura ou controle (de fratura) não flexionar o joelho, rodar o paciente com o auxílio de um suporte (triângulo).



Perfil do Fêmur



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	

	<p align="center">Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003</p> <p>Data: 30/09/2017</p>	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T3

IM-RX.T3 – INCIDÊNCIAS DA CINTURA PÉLVICA – BACIA

BACIA – PELVE A.P. – Bilateral Quadril

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, pernas estendidas e cotovelo fletido apoiado sobre o tórax. Fazendo uma rotação interna dos membros inferiores em média 15° a 20°;

R.C.: perpendicular encaminhado entre o púbis e a crista ilíaca;

Chassi: 35x43 ou 30x40 deixando-o na transversal;

D.F.F.: 1 m;

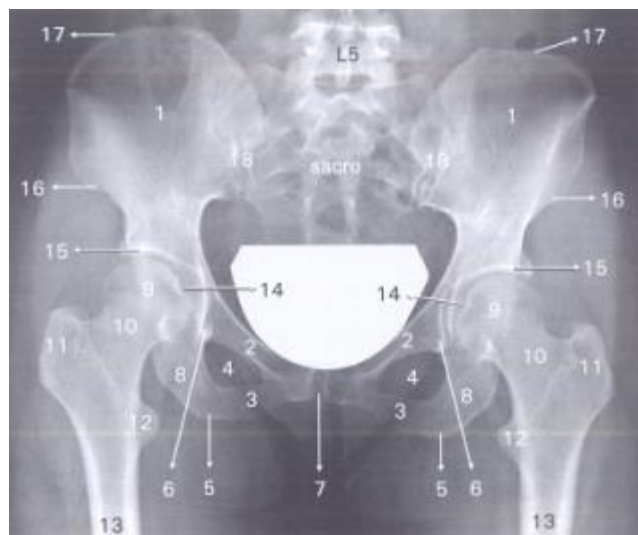
Visão radiográfica: acetábulo, cabeça, colo e trocânter maior do fêmur D e E, sacro, crista ilíaca, partes associadas do ílio, ísquio e púbis.

OBS.: este exame poderá ser realizado em ortostático, tomando cuidado de não rodar a pelve.



A.P. Bacia
Visão Radiográfica

1. Ílio
2. Ramo superior do púbis
3. Ramo do ísquio
4. Forame obturado
5. Tuber isquiático
6. Lagrima de Koler
7. Sínfise púbica
8. Ramo do ísquio
9. Cabeça do fêmur
10. Colo do fêmur
11. Trocânter maior
12. Trocânter menor
13. Fêmur
14. Fóvea da cabeça do fêmur
15. Teto do acetábulo
16. Espinha ântero-superior
17. Crista ilíaca
18. Articulação sacroilíaca



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T3

BACIA A.P. "IN LET "

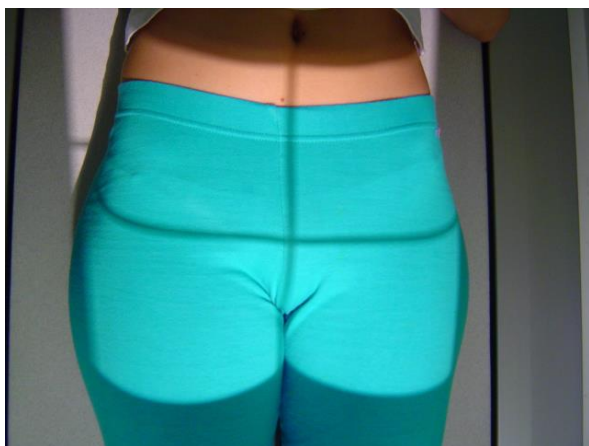
Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, pernas estendidas e cotovelo fletido apoiado sobre o tórax;

R.C.: orientado 2 cm acima sínfise púbica com angulação de 30 a 45° cefálico;

Chassi: 35x43 ou 30x40 deixando-o na transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiológica: mostrar deslocamento posterior, como também fraturas na região do ísquio, púbis, acetábulo, anel pélvico e forame obturador.

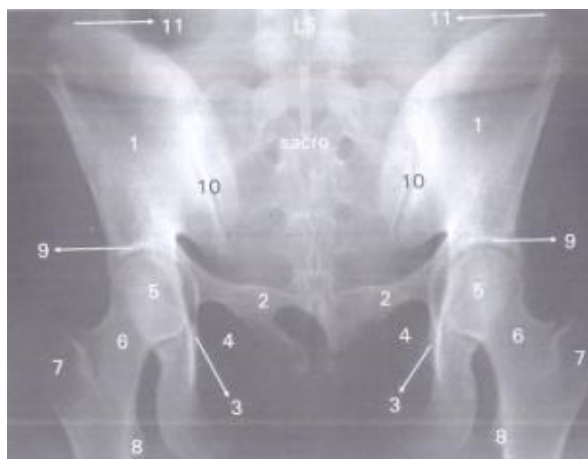


In Let



Visão Radiográfica

1. Ílio
2. Ramo superior do púbis
3. Espinha isquiática
4. Forame obturado
5. Cabeça do fêmur
6. Colo do fêmur
7. Trocanter maior
8. Trocanter menor
9. Teto do acetábulo
10. Articulação sacroiliaco
11. Crista ilíaca



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração:					
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

	<p align="center">Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003</p> <p>Data: 30/09/2017</p>	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T3

BACIA A.P. "OUT LET "

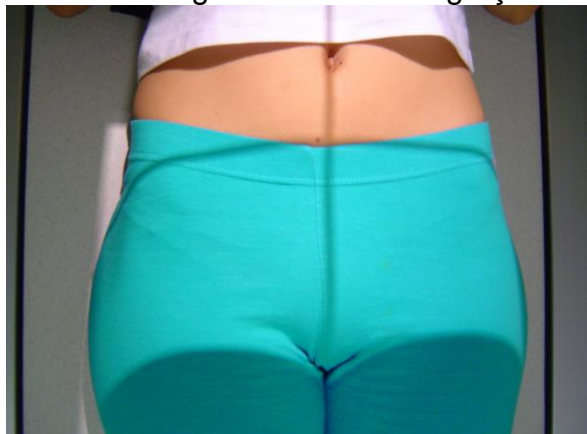
Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, pernas estendidas e cotovelo fletido apoiado sobre o tórax;

R.C.: orientado a 5 cm abaixo da crista ílica com angulação caudal 30° a 45°;

Chassi: 35x43 ou 30x40 deixando-o na transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiológica: mostrar a migração de superior para inferior da pelve.



Out Let



Visão Radiográfica

1. Ílio
2. Ramo do púbis
3. Espinha
4. Sínfise púbica
5. Cabeça do Fêmur
6. Colo do fêmur
7. Trocanter maior
8. Trocanter menor
9. Teto do acetábulo
10. Articulação sacroiliaco
11. Crista ílica
12. Espinha ílica ântero-superior



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

BACIA FROG / RÃ

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, abduzir as pernas ao máximo possível, colocar as superfícies plantares dos pés juntas;

R.C.: perpendicular encaminhado entre o púbis e a crista ílica;

Chassi: 35x43 ou 30x40 deixando-o na transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: a mesma do A.P. com o colo do fêmur (ambos) em perfil.

Grupo responsável pela elaboração:				
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

 UNICAMP	<p align="center">Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T3

OBS.: observar se as pernas estão abduzidas no mesmo grau.



Bacia Frog



NOTA

BACIA A.P. VAN-ROSEN

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, pernas estendidas e cotovelo fletido apoiado sobre o tórax. As pernas deverão ficar em abdução, fazendo uma abertura de 45° (sendo 22,5° para cada lado).

BACIA – PELVE ABDUÇÃO

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, pernas estendidas e cotovelo fletido apoiado sobre o tórax. As pernas deverão abduzir ao máximo tolerado pelo paciente.

BACIA – PELVE ADUÇÃO

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, pernas estendidas e cotovelo fletido apoiado sobre o tórax. As pernas deverão ser aduzidas ao máximo possível, uma sobre a outra, deixando o membro de interesse para baixo.

INCIDÊNCIAS DA CINTURA PÉLVICA – QUADRIL

QUADRIL – ALAR

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, se possível flexionar o joelho, fazer uma rotação do paciente para o lado afetado de 45° (oblíqua posterior);

R.C.: perpendicular direcionado para o acetábulo;

Chassi: 24x30 longitudinal;

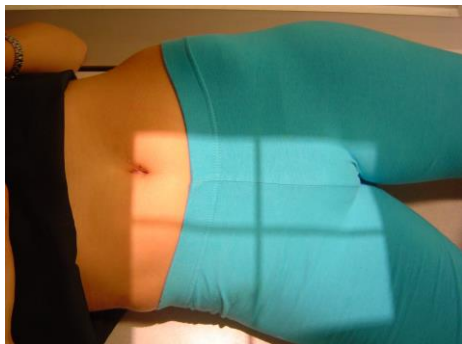
D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: asa do ílio, acetábulo, cabeça e colo do fêmur em perfil.

OBS.: se necessário usar um suporte do lado oposto do paciente, para que o mesmo consiga ficar no posicionamento correto.

Grupo responsável pela elaboração:				
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X



Quadril - Alar



Visão Radiográfica

1. Ílio
2. Cabeça do fêmur
3. Trocanter maior
4. Trocanter menor
5. Teto do acetábulo
6. Espinha isquiática



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

QUADRIL – OBTURATRIZ

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, fazer uma rotação do paciente de 45° de modo que o lado de interesse fique distante do filme;

R.C.: perpendicular, direcionado para o acetábulo;

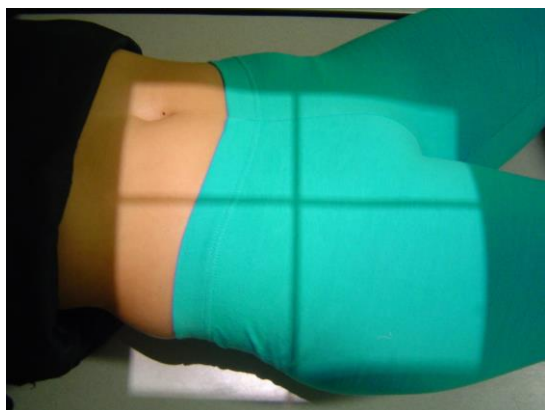
Chassi: 24x30 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: perfil do íliaco, sacro ilíacas em perfil, acetábulo, terço proximal do fêmur, forame obturado e púbis.

OBS.: usado para visualizar fraturas do ísquio e púbis que formam o buraco obturador e acetábulo.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura



Quadril - Obturatriz



Visão Radiográfica

1. Ílio
2. Ramo superior do púbis
3. Ramo do ísquio
4. Forame obturado
5. Cabeça do fêmur
6. Colo do fêmur
7. Trocanter maior
8. Teto do acetábulo



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

NOTA

QUADRIL – PERFIL DE LEQUESNE

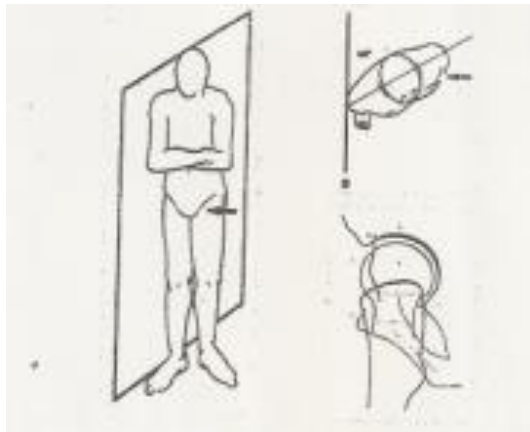
Posicionamento: paciente em ortostático, com rotação de 65° em relação a estativa, o pé deverá estar em um ângulo de 90°, em relação ao filme;

R.C.: perpendicular incidindo o acetábulo do membro de interesse;

Chassi: 30x40 transversalmente;

D.F.F.: 1 m.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



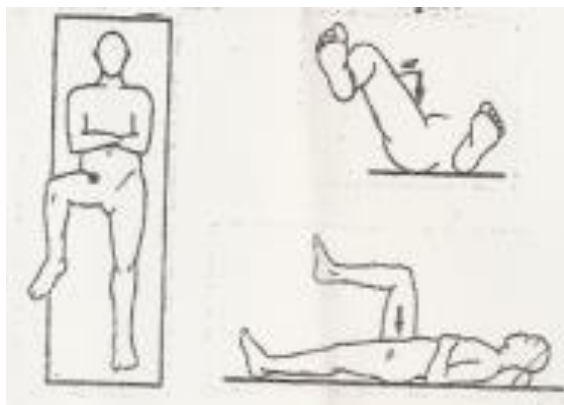
QUADRIL – DUCROQUET

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, flexionar joelho e fêmur de interesse a 90° em relação ao tronco, abduzir o membro a 45°. Membro contra lateral estendido e cotovelo apoiado sobre o tórax;

R.C.: perpendicular incidindo na articulação do quadril de interesse;

Chassi: 24x30 transversalmente;

D.F.F.: 1 m.



ARTICULAÇÃO SACRO ILÍACAS – FERGUSON

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, pernas estendidas e cotovelo fletido apoiado sobre o tórax;

R.C.: angulação de 25° a 30° cefálico, encaminhado a 5 cm acima da sínfise púbica;

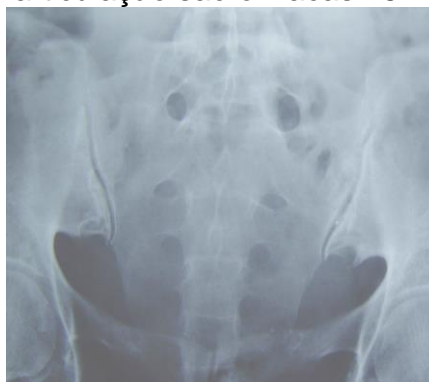
Chassi: 24x30 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T3

Visão radiográfica: articulação sacro ilíacas L5 – S1, sacro e cóccix.



ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS EM OBLÍQUA POSTERIOR (O.P.D. e O.P.E.)

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, rodar para oblíqua posterior em 25° a 30°, o lado de interesse deveser elevado;

R.C.: perpendicular, dirigido a um ponto lateral a 4 cm da linha mediana (lado elevado);

Chassi: 24x30 longitudinal, o filme deveser estar em media 4 cm acima da crista ilíaca;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: o espaço articular do lado de interesse deve apresentar-se aberto (articulação sacra ilíaca).

OBS.: a OPD permitirá a visualização da articulação esquerda e a OPE permitirá a visualização da articulação direita.



ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS EM OBLÍQUA ANTERIOR (O.A.E. e O.A.D.)

Posicionamento: paciente em semi-decúbito ventral, posição de nadador, oblíquado de 25° a 30°, o lado de interesse mais próximo ao filme;

R.C.: perpendicular, dirigido a um ponto lateral a 4 cm da linha mediana (lado de interesse);

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

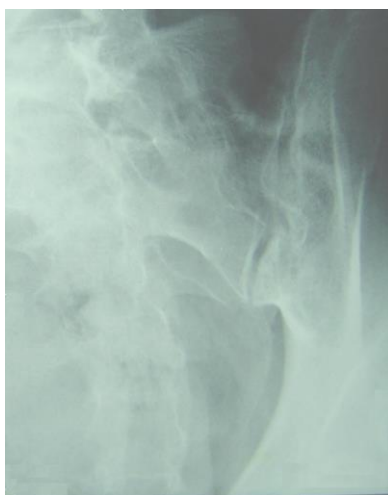
ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T3

Chassi: 24x30 longitudinal;

D.F.F.: 1 m.

OBS.: a O.A.D. permitirá a visualização da articulação direita e a O.A.E. permitirá a visualização da articulação esquerda.



NOTA

PELVE AXIAL A.P. (OSSOS PELVICOS ANTERIORES) – SÍNFISE PÚBICA

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, deixar as pernas alinhadas para que não haja rotação dos mesmos e pernas estendidas;

R.C.: angulação cefálica de 20° a 30° para homens e 30° a 40° para mulheres, orientado para a sínfise púbica;

Chassi: 24x30 transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: síntese púbica, o ísquio, ramo superior do púbis e as margens da cabeça do fêmur.

ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL A.P.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, mãos apoiadas sobre o tórax, membros inferiores estendidos e com rotação interna de aproximadamente 5°;

R.C.: perpendicular, incidindo perpendicular a articulação coxo-femural (acetábulo);

Chassi: 24x30 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: Íliaco, acetábulo, terço proximal do fêmur, forame obturado, púbis e ísquio.

Grupo responsável pela elaboração:			
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X



Visão Radiográfica

1. Ílio
2. Cabeça do fêmur
3. Colo do fêmur
4. Trocanter maior
5. Trocanter menor
6. Fóvea da cabeça do fêmur
7. Lágrima de Koler (projeção do soalho do acetábulo)
8. Borda lateral do teto do acetábulo
9. Borda acetabular anterior
10. Borda acetabular posterior

BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL PERFIL

Posicionamento: paciente deitado em decúbito dorsal, mão sobre o tórax, membro de interesse flexionado fazendo um "quatro";
 R.C.: perpendicular, a articulação coxo-femoral (acetábulo);
 Chassi: 24x30 longitudinal;
 D.F.F.: 1 m;
 Visão radiográfica: asa do íliaco, acetábulo em semi-perfil, terço proximal do fêmur em perfil.



Visão Radiográfica

1. Ílio
2. Cabeça do fêmur
3. Trocanter maior
4. Trocanter menor
5. Teto do acetábulo
6. Espinha isquiática

BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura

	<p align="center">Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003</p> <p>Data: 30/09/2017</p>	
<p>PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA</p>			<p>IM-RX.T3</p>

I NCIDÊNCIA AXIAL LATERAL (ÍNFERO SUPERIOR) – QUADRIL UNILATERAL (PERFIL CIRURGICO)

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, flexionar e elevar a perna não afetada de forma que a coxa esteja em posição quase vertical;

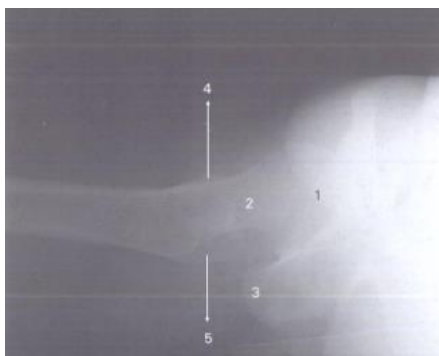
R.C.: horizontal incidindo no colo de fêmur;

Chassi: 24x30 transversal, (chassi acima da borda superior da crista íliaca, de modo que ele fique paralelo ao colo do fêmur);

D.F.F.: 1 m – sem bucky.

Visão radiográfica: cabeça, colo e trocânter do fêmur e acetábulo, em perfil.

OBS.: incidência comumente usada em procedimento cirúrgico, pós-cirúrgico e em traumatismo.



Visão Radiográfica

1. Cabeça do fêmur
2. Colo do fêmur
3. Tuberosidade isquiática
4. Trocânter menor do fêmur
5. Trocânter maior do fêmur

BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

ESCANOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, sem rotação da pelve e pés em rotação interna. Fixar uma régua ESCANOMÉTRICA, a qual deverá ser fixada sobre a L.C.M., contendo as articulações: coxo-femorais, joelhos e tíbio-társicas;

R.C.:

1º orientado nas articulações coxo-femorais,

2º orientado nas articulações dos joelhos,

3º orientado nas articulações dos tornozelos.

Chassi: 30x40 ou 35x43, dividido em três partes transversais, com bucky.

D.F.F.: 1 m.



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

<p>Grupo responsável pela elaboração:</p>			
<p>Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil</p>			
<p>Responsável pela área</p>	<p>Data: 30/09/2017</p>	<p>CCIH</p>	<p>Data: 30/09/2017</p>
<p>Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil</p>	<p>Nome: NÃO SE APLICA</p>	<p>SST</p>	
<p>Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL</p>	<p>Assinatura</p>	<p>Assinatura</p>	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

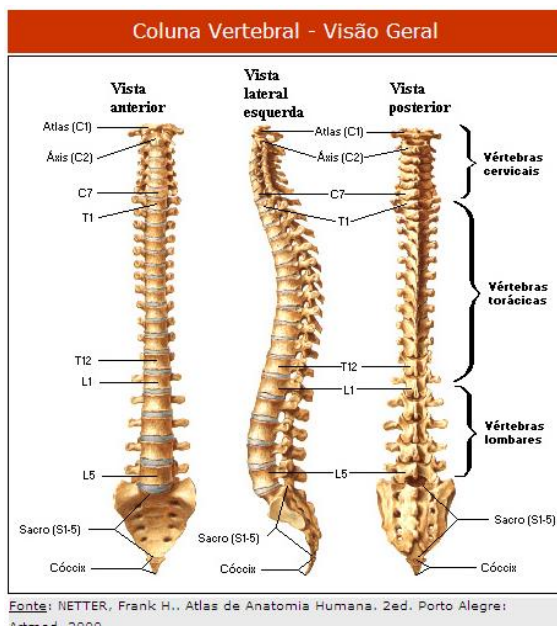
	<p align="center">Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003</p> <p>Data: 30/09/2017</p>	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5

IM-RX.T4 - TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – COLUNA VERTEBRAL

ASPECTOS ANATÔMICOS

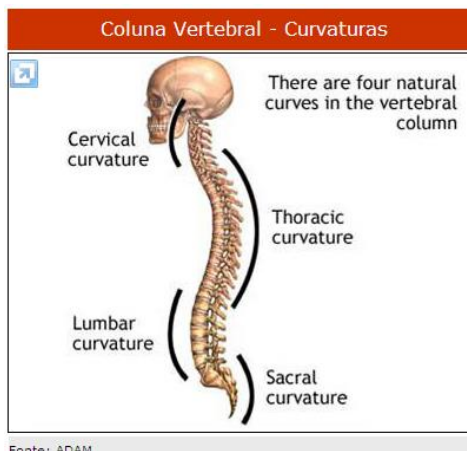
A coluna vertebral é dividida em quatro regiões: cervical, torácica, lombar e sacro-coccígea, estende-se do crânio até a pelve, composta de uma série de ossos chamados vértebras.

São 7 vértebras cervicais, 12 torácicas e 5 lombares, 5 sacrais e um cóccix com 4 segmentos fundidos.



CURVATURAS DA COLUNA VERTEBRAL

A coluna vertebral é composta de uma série de curvas ântero-posteriores. A região lombar e cervical têm curvaturas côncavas e são descritas como lordóticas. A região torácica e sacral possuem curvaturas convexas e são descritas como cifoses.



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5

TÉCNICAS DE POSICIONAMENTO

COLUNA CERVICAL

TRANSORAL – (PROCESSO ODONTOIDE)

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal ou ortostático, boca bem aberta, sem rotação da cabeça;

R.C.: perpendicular, dirigido ao centro da boca;

D.F.F.: 1 m;

Chassi: 18x24 longitudinal;

Visão radiográfica: processo odontóide, corpo vertebral C1 e C2.

OBS.: traçar uma linha imaginária, perpendicular da maxila superior à base do crânio.

NOTA: atlanto occipital visualização da articulação de C1 com a base do crânio e odontóide.



Transoral

CERVICAL A.P.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal ou em ortostático, assegurar que não haja rotação da cabeça, sendo que a mesma deve estar estendida levemente;

R.C.: angulado de 15° a 20° cefálico, na cartilagem tireóidea (C4-C5);

Chassi: 18x24 ou 24x30 longitudinal;

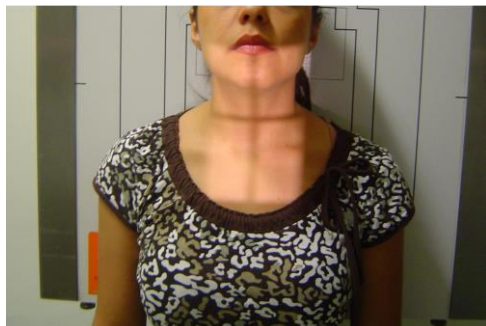
D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: vértebras cervicais de 3 a 7 para incluir os corpos vertebrais, espaços entre os pedículos, espaços dos discos intervertebrais e processos espinhosos.

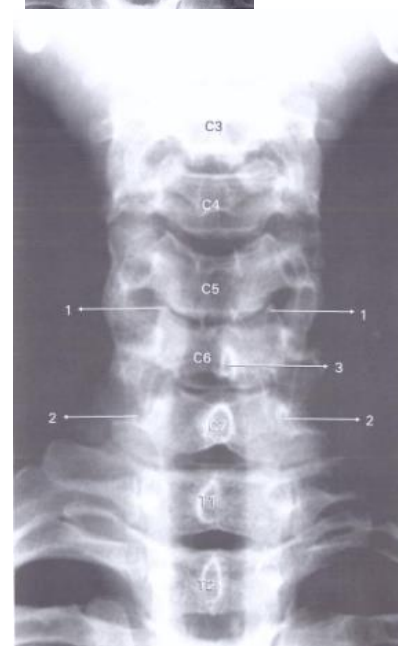
OBS.: traçar uma linha imaginária que inicia do mento à base do crânio.

Grupo responsável pela elaboração:				
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X



A.P. Cervical



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Visão Radiográfica

1. Uncos do corpo de C6
2. Pedículos de C7
3. Processo espinhoso de C6

CERVICAL PERFIL

Posicionamento: paciente em ortostático na posição lateral, os ombros devem estar relaxados o máximo possível (se necessário usar o auxílio de pesos para tracionar);

R.C.: perpendicular, dirigido a C4 - C5;

Chassi: 18x24 ou 24x30 longitudinal;

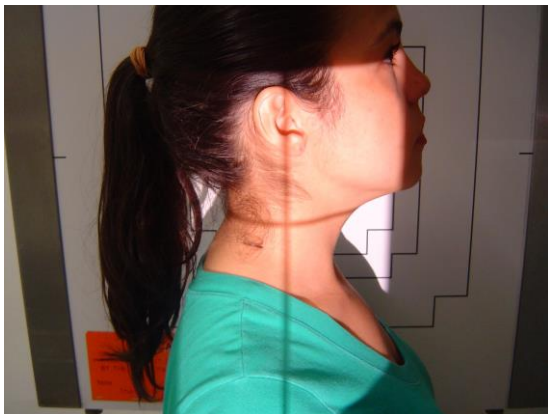
D.F.F.: 1,5 m;

Visão radiográfica: coluna cervical em perfil.

OBS: elevar o queixo do paciente para manter a lordose cervical.

NOTA: paciente em decúbito dorsal, realizar com raios horizontais (politrauma).

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura

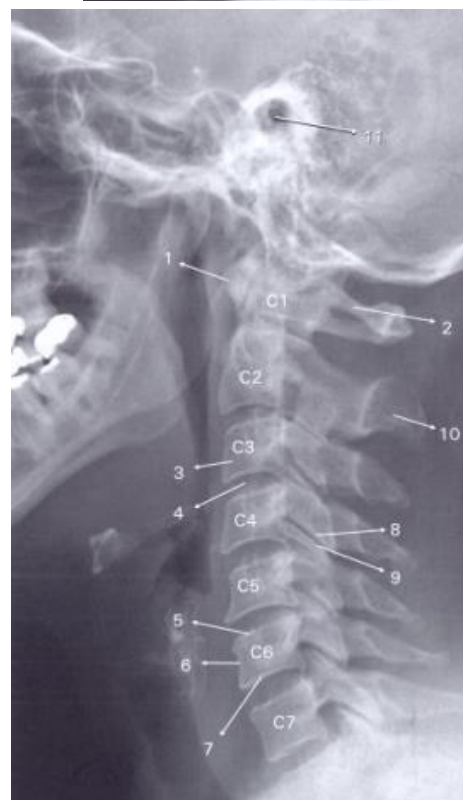


Perfil Cervical



Visão Radiográfica

1. Arco anterior do Atlas (C1)
2. Arco posterior do Atlas (C1)
3. Corpo de C3
4. Espaço intervertebral de C3-C4
5. Borda superior do corpo C6
6. Borda anterior do corpo de C6
7. Borda inferior do corpo de C6
8. Processo articular inferior de C4
9. Processo articular superior de C5
10. Processo espinhoso C2
11. Meatos acústicos



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

CERVICAL PERFIL – HIPERFLEXÃO e HIPEREXTENSÃO

Posicionamento: paciente em ortostático na posição lateral, os ombros devem estar relaxados o máximo possível (se necessário usar o auxílio de pesos para tracionar);

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5

Hiperflexão: fazer uma flexão máxima (tolerado pelo paciente);
Hiperextensão: fazer uma extensão máxima (tolerado pelo paciente);
R.C.: perpendicular a nível de C4 - C5;
Chassi: 18x24 ou 24x30 longitudinal;
D.F.F.: 1,5 m.



Hiperflexão – Cervical



Hiperflexão



Hiperextensão – Cervical



Hiperextensão

COLUNA CERVICAL - OBLÍQUAS D. e E.

Posicionamento: paciente sentado ou em ortostático, com a parte posterior ou anterior do ombro encostado na estativa (D/E) fazendo um ângulo de 45°. Membros superiores ao lado do corpo;

R.C.: Oblíqua anterior – 15° a 20° caudal, direcionado a C4 - C5;
Oblíqua posterior – 15° a 20° cefálico, direcionado a C4 - C5;

Chassi: 18x24 ou 24x30 na longitudinal;

Grupo responsável pela elaboração:					
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA			Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura			Assinatura	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017</p>	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica:

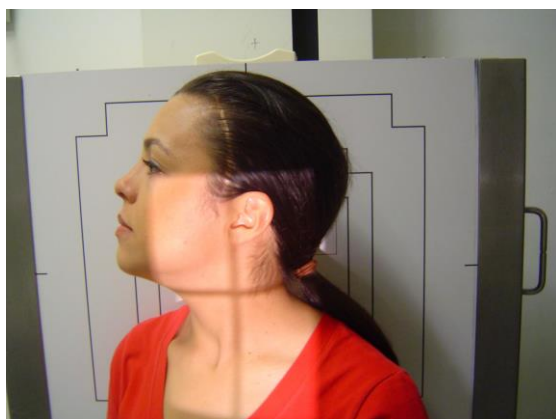
Oblíqua anterior: forames intervertebrais e pedículos mais próximos do filme;

Oblíqua posterior: forames intervertebrais e pedículos mais distantes do filme.

OBS.: em caso de pacientes politraumatizados (decúbito dorsal), angular o R.C. 45° “de lateral para medial”.



Oblíqua Anterior E



Oblíqua Posterior D



CERVICAL PERFIL – NADADOR

Posicionamento: paciente em ortostático, pode ser realizado em decúbito dorsal, elevar o membro próximo do filme para cima e ligeiramente para frente. Apoiar mão e braço sobre a cabeça. Braço oposto relaxar o máximo possível, mantendo o tórax e a cabeça em posição lateral verdadeira;

R.C.: perpendicular, incidindo em C7 - T1 (em média 4 cm acima da incisura jugular);

Chassi: 24x30 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: transição C7 - T1.

OBS.: pode ser necessário inclinação de 5° caudal, para ajudar a separar os ombros.

Grupo responsável pela elaboração:				
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X



Nadador – Cervical



COLUNA TORÁCICA

TORÁCICA A.P.

Posicionamento: paciente em ortostático ou decúbito dorsal, membros ao lado do corpo;
 R.C.: perpendicular, incidindo em T7 – a meio caminho entre a parte superior do manúbrio (incisura jugular) e processo xifóide;
 Chassi: 30x40 longitudinal;
 D.F.F.: 1 m;
 Visão radiográfica: vértebras torácicas, espaços articulares.



A.P. Torácica



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura



Visão Radiográfica

1. Pedículos
2. Processo espinhoso de T9
3. Processo transverso de T10
4. Borda inferior do corpo de T8
5. Espaço intervertebral de T8-T9
6. Borda superior do corpo de T9



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006

TORÁCICA PERFIL

Posicionamento: paciente em perfil ortostático ou decúbito lateral, braços formando ângulo de 90° em relação ao tronco, fletindo os joelhos;

R.C.: perpendicular, orientado de 10 a 12 cm da proeminência de T7, ou 10 cm abaixo da cabeça do úmero;

Chassi: 30x40 longitudinal;

D.F.F.: 1 m.

OBS.: usar tempo de exposição longo.



Perfil Torácica

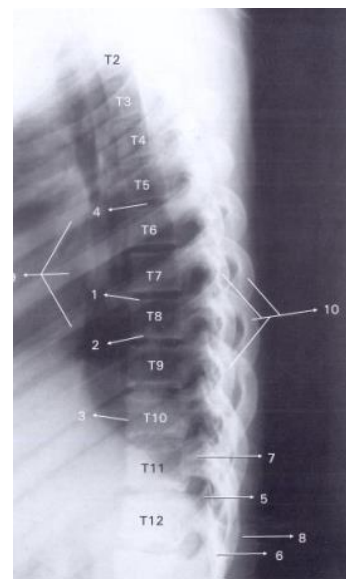


Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura



Visão Radiográfica

1. Borda do corpo de T8
2. Borda inferior do corpo de T8
3. Borda anterior do corpo de T10
4. Espaço intervertebral de T5-T6
5. Processo articular superior de T12
6. Processo articular inferior de T12
7. Pedículos de T11
8. Processo transverso de T12
9. Costelas
10. Ângulo das costelas



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

NOTA

TORÁCICA OBLÍQUA – ROTINA ALTERNATIVA

Posicionamento: paciente em semi decúbito, rodar o corpo 20 a 30° em relação lateral verdadeiro, criando uma oblíqua de 70° ao plano da mesa, fletindo joelhos.

COLUNA LOMBAR

LOMBAR A.P.

Posicionamento: paciente em ortostático ou decúbito dorsal, com joelhos fletidos, não deve haver rotação do tronco ou pelve;

R.C.: perpendicular, direcionado cerca de 4 cm acima da crista íliaca em L3;

Chassi: 24x30 ou 30x40 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: vértebras lombares de L1 a L5-S1, incluindo apófises transversas, espinhosas, pedículos e forames e articulação sacro íliaca.



A.P. Lombar



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura



Visão Radiográfica

1. Pedículos de L4
2. Processo transverso de L3
3. Borda superior do corpo de L4
4. Borda inferior do corpo de L4
5. Espaço intervertebral de L3-L4
6. Processo espinhoso de L4
7. Articulação sacroilíaca
8. Forame sacral
9. Asa do sacro
10. Sacro
11. Costelas



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

LOMBAR PERFIL

Posicionamento: paciente em ortostático ou decúbito lateral (fletindo joelhos), deve-se manter uma posição lateral verdadeiro;

R.C.: transversal 4 cm acima da crista ilíaca e longitudinal, 4 cm anterior ao processo espinhoso (centro da ilíaco em perfil);

Chassi: 24x30 ou 30x40 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: coluna lombar em perfil de L1 a S1.

OBS.: em decúbito lateral angular 5°caudal; pedir expiração ao paciente.



Perfil Lombar

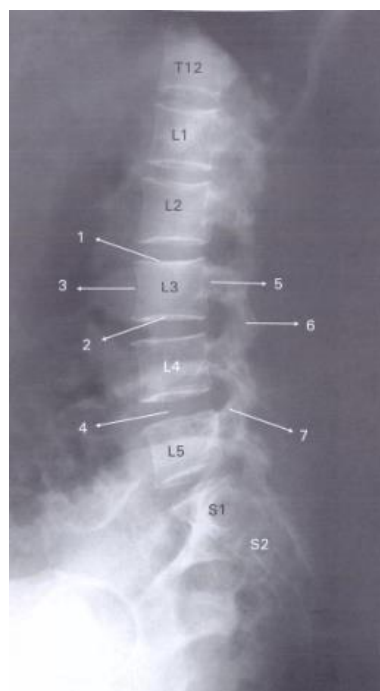


Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura



Visão Radiográfica

1. Borda superior do corpo de L3
2. Borda inferior do corpo de L3
3. Borda anterior do corpo de L3
4. Espaço intervertebral de L4-L5
5. Pedículos de L3
6. Processo articular inferior de L3
7. Processo articular superior de L5



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

TRANSIÇÃO L5-S1 – LOCALIZADA

Posicionamento: paciente em perfil ortostático ou em decúbito lateral (joelhos fletidos);
 R.C.: perpendicular, incidindo 4 dedos abaixo da crista íliaca;
 Chassi: 18x24 longitudinal, com cone;
 D.F.F.: 1 m;
 Visão radiográfica: espaço articular L5-S1 em perfil.



Localizada – Lombar

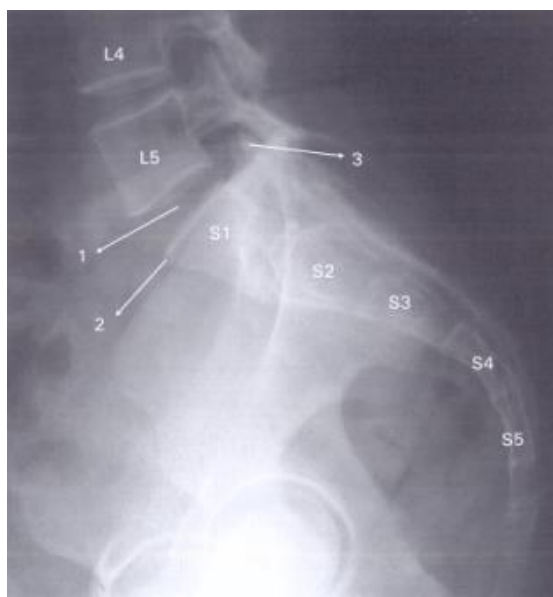


Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	



Visão Radiográfica

1. Espaço intervertebral de L5-S1
2. Promontório
3. Processo articular superior de S1



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

LOMBAR OBLÍQUAS

Posicionamento: paciente em semidecúbito dorsal para O.P.D. / O.P.E. e semidecúbito ventral para O.A.D. / O.A.E. Rodar o corpo em 45°, fletindo joelhos para obter estabilidade (posição de nadador);

R.C.: transversal 4 cm acima da crista ilíaca e longitudinal 4 cm lateral da linha medial do paciente, sempre do lado elevado;

Chassi: 24x30 ou 30x40 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: articulações zigoapofisárias (cão escocês).

OBS.: O.P.D. / O.P.E. mostram a face inferior e
 O.A.D. / O.A.E. mostram a face superior.



Oblíqua Posterior



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5



Oblíqua Anterior



LOMBAR FLEXÃO – (ESTUDO DINÂMICO)

Posicionamento: paciente levando os braços para frente e flexionando o dorso ao máximo;

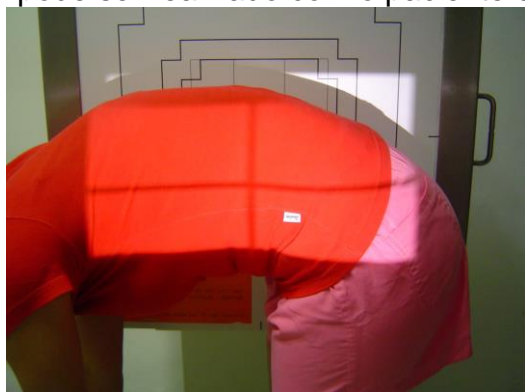
R.C.: transversal 4 cm acima da crista ilíaca, longitudinal 4 cm no meio da crista ilíaca em perfil;

Chassi: 30x40 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: estabilidade dos corpos vertebrais.

NOTA: pode ser realizado com o paciente em decúbito lateral, ortostático ou sentado.



Flexão – Lombar

LOMBAR EXTENSÃO – (ESTUDO DINÂMICO)

Posicionamento: paciente com as mãos sobre a cabeça, realizar uma inclinação máxima para trás;

R.C.: perpendicular 4 dedos acima da crista ilíaca;

Chassi: 30x40 longitudinal;

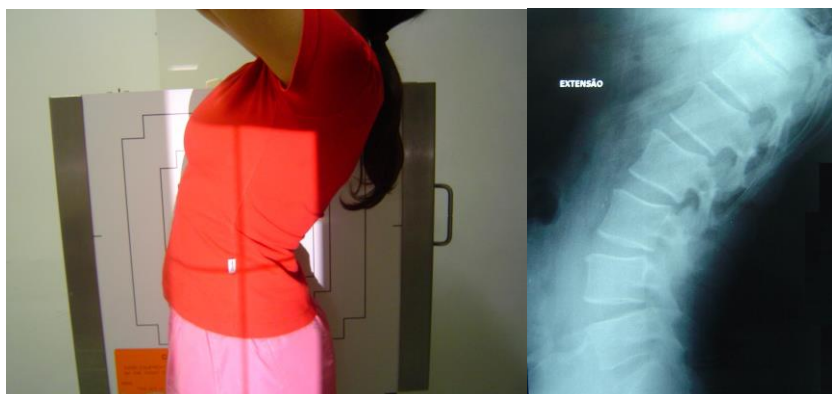
D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: estabilidade dos corpos vertebrais;

Grupo responsável pela elaboração:				
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017</p>	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5

NOTA: pode ser realizado com o paciente em decúbito lateral, ortostático ou sentado.



Extensão – Lombar

SACRO E CÓCCIX

SACRO A.P.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, membros inferiores estendidos;
R.C.: angulado 15° cefálico, incidindo a meio caminho entre a sínfise púbica e a crista ilíaca;

Chassi: 18x24 ou 24x30 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: vista frontal do sacro, articulação S1 e junção L5-S1.

OBS.: esta radiografia pode ser realizada em decúbito ventral, com R.C. angulado 15° caudalmente (P.A.).



A.P. Sacro



SACRO PERFIL

Posicionamento: paciente em decúbito lateral, em posição lateral verdadeiro. Flexionar joelhos, alinhar eixo longitudinal do sacro com a linha média da mesa;

R.C.: perpendicular, incidindo de 8 a 10 cm abaixo da crista ilíaca transversal, e longitudinal 4 cm anterior a superfície posterior ao sacro;

Chassi: 18x24 ou 24x30 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5

Visão radiográfica: L5, S1 e sacro, em perfil.



Perfil – Sacro



CÓCCIX A.P.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, sem rotação da pelve;

R.C.: angulado 10º caudal, incidindo 5 cm acima da sínfise púbica;

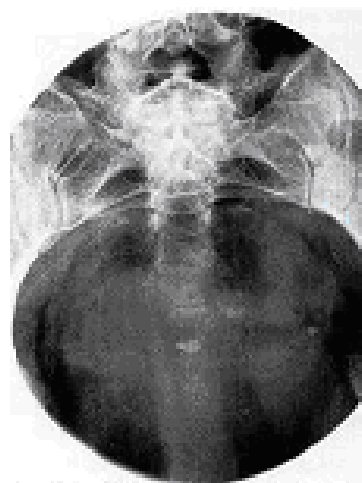
Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: cóccix livre, sem superposição da sínfise púbica.



A.P. Cóccix



CÓCCIX PERFIL

Posicionamento: paciente em decúbito lateral, em posição lateral verdadeiro. Flexionar joelhos, alinhar eixo longitudinal do sacro com a linha média da mesa;

R.C.: perpendicular, centralizado em média de 3 a 4 cm acima do trocânter maior;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

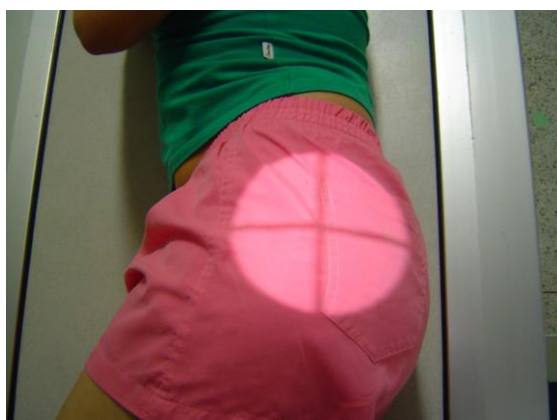
Visão radiográfica: cóccix em perfil.

OBS.: o cóccix distal está a nível do trocânter maior.

Grupo responsável pela elaboração:				
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

 <p>UNICAMP</p>	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017</p>	 <p>Hospital de Clínicas UNICAMP</p>
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5



Perfil – Cóccix



ROTINA DE COLUNA PARA ESCOLIOSE.

COLUNA PARA ESCOLIOSE

Posicionamento: paciente na projeção A.P. ou P.A.;

R.C.: perpendicular, dirigido ao meio do filme (margem inferior do filme é colocada 3 cm abaixo da crista ilíaca);

Chassi: 35x43 ou 35x91 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: coluna torácica e lombar na projeção A.P. / P.A. para avaliar a curvatura lateral, anormal (escoliose) da coluna vertebral.

COLUNA PARA ESCOLIOSE EM PERFIL

Posicionamento: paciente em perfil, colocar os membros superiores paralelos para frente;

R.C.: perpendicular, dirigido ao meio do filme (margem inferior do filme é colocada 3 cm abaixo da crista ilíaca);

Chassi: 35x43 ou 35x91 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: coluna panorâmica em perfil.

OBS.: não esquecer de incluir na radiografia L5 e S1.

INCLINAÇÃO LATERAL D. e E.

Posicionamento: paciente em A.P. com inclinação lateral D. e E., o máximo tolerado pelo paciente;

R.C.: perpendicular, dirigido ao meio do filme;

Chassi: 35x43 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: ver a mobilidade lateral da coluna vertebral.

Grupo responsável pela elaboração:				
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5

IM-RX.T5 - TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – TÓRAX E ABDOME

TÓRAX

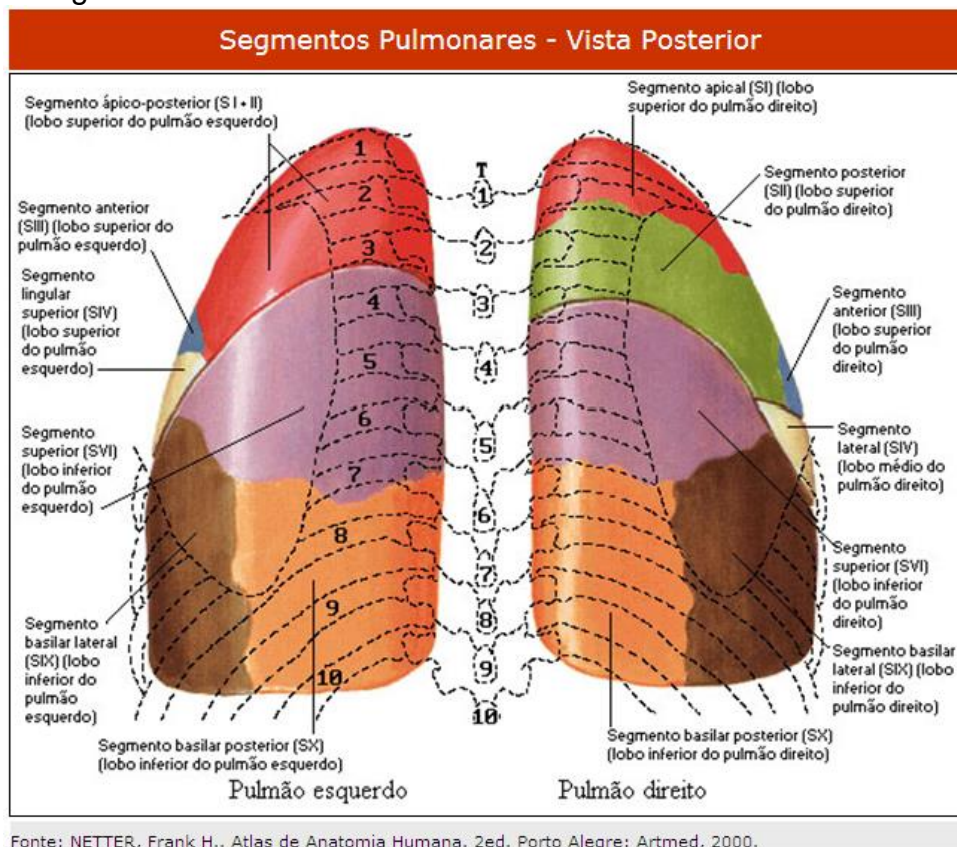
O tórax é parte superior do tronco, e sua anatomia radiológica é dividida em três seguimentos:

- Tórax ósseo,
- Sistema respiratório e
- Mediastino.

Tórax Ósseo – Sua função é a proteção dos órgãos, que está relacionada com a respiração e circulação sanguínea. É constituído pelo esterno, duas clavículas, duas escapulas, doze pares de costelas e doze vértebras torácicas.

Sistema respiratório – Sua função é realizar a troca de substâncias gasosas entre o ar e a corrente sangüínea. Sendo constituído por boca, laringe, faringe, traqueia, brônquios e pulmões.

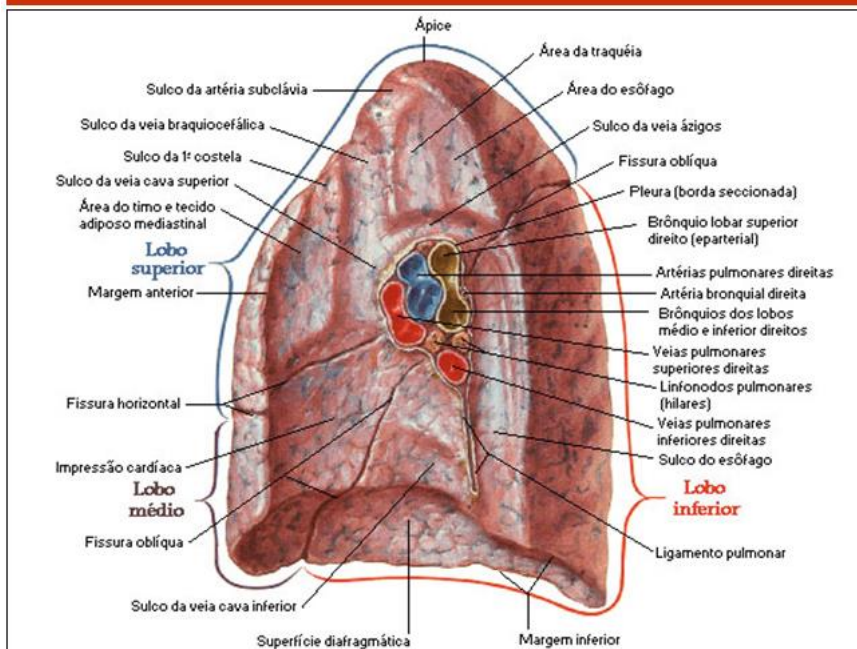
Mediastino – Considerado mediastino a porção medial da cavidade torácica, localizada entre os pulmões. As principais estruturas relacionadas são: coração e grandes vasos, traqueia, esôfago e timo.



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura

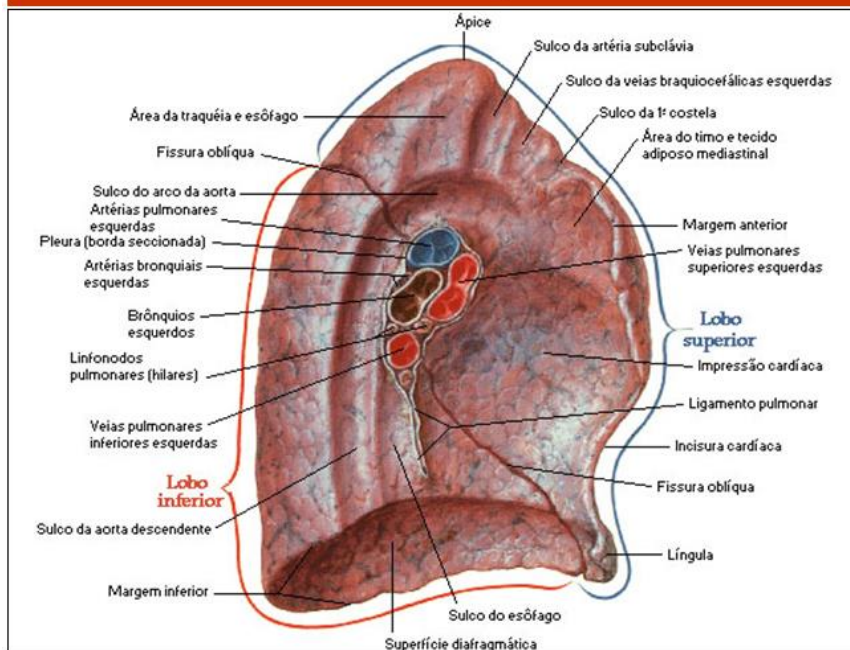
ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

Hilo Pulmonar Direito



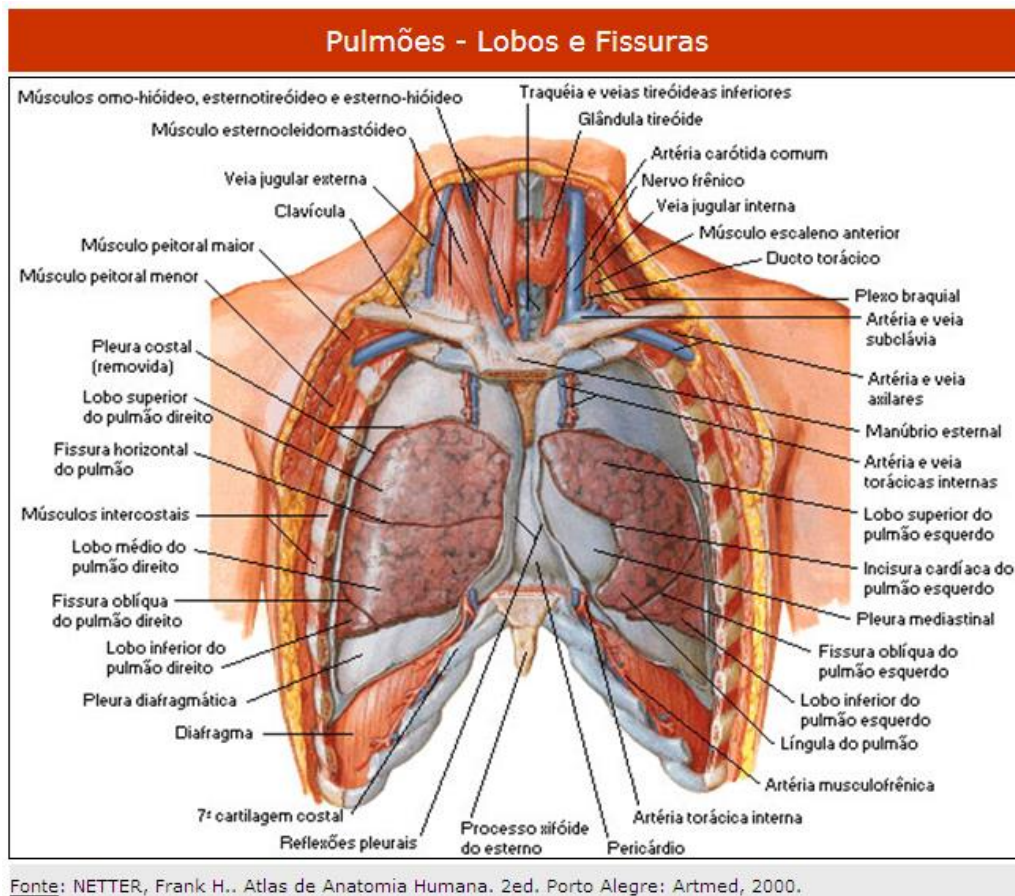
Fonte: NETTER, Frank H.. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Hilo Pulmonar Esquerdo



Fonte: NETTER, Frank H.. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Dertkgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	



INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO TÓRAX

TÓRAX P.A.

Posicionamento: paciente em ortostático, encostar região anterior do tórax no bucky vertical. Queixo elevado, mãos na cintura (palma para fora), ombros levados para frente, afastando a escápula dos campos pulmonares. É necessário pedir apneia em inspiração máxima;

R.C.: perpendicular, centralizado no nível de T7 (de 12 a 15 cm abaixo da proeminência C7);

Chassi: 35x43 ou 35x35;

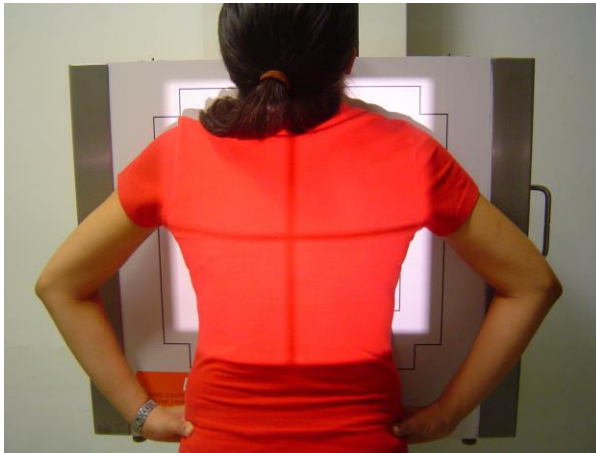
D.F.F.: 1,8 m;

Visão radiográfica: os pulmões, incluídos os ápices, traqueia preenchida por ar, brônquios, coração e grandes vasos, diafragma para incluir os ângulos costo-frênicos e tórax ósseo.

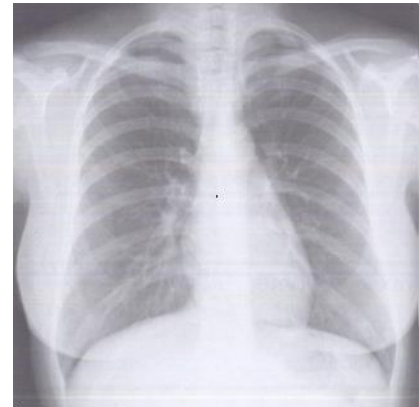
OBS: neste exame deve se utilizar baixo mAs e alto KV;

Tórax A.P. – incidência recomendada para pacientes acamados.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura

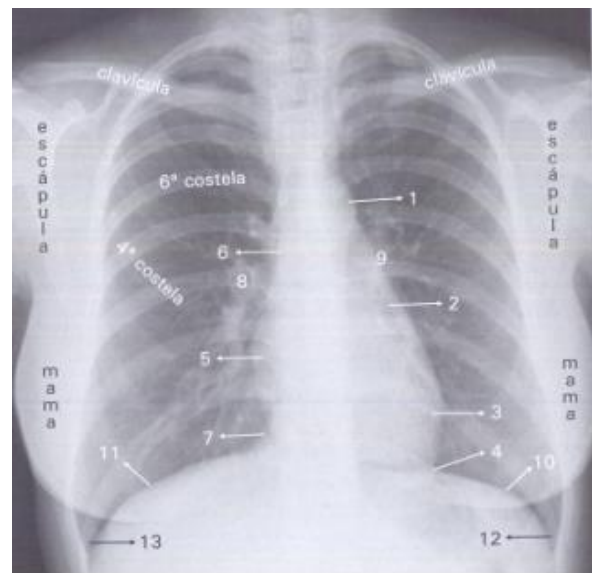


A.P. – Tórax



Visão Radiográfica

1. Aorta (arco)
2. Átrio esquerdo
3. Ventrículo esquerdo
4. Ápice do coração
5. Átrio direito
6. Veia cava superior
7. Veia cava inferior
8. Hilo pulmonar direito
9. Hilo pulmonar esquerdo
10. Cúpula frênica esquerda
11. Cúpula frênica direita
12. Recesso costodiafragmático
13. Recesso costodiafragmático esquerdo



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

TÓRAX PERFIL

Posicionamento: paciente em ortostático, lado esquerdo encostado na estativa, membros superiores estando acima da cabeça, manter queixo elevado. É necessário pedir apneia em inspiração máxima;

R.C.: perpendicular;

Chassi: 30x40 / 35x35 na longitudinal;

D.F.F.: 1,80 m;

Visão radiográfica: pulmões, coração e grandes vasos, diafragma e tórax ósseo.

OBS.: o chassi deverá estar em media 2,5 cm acima do nível dos ombros.

Em alguns casos, o exame é realizado com administração do contraste oral (sulfato de bário), para visualização do esôfago, na região da área cardíaca e os vasos da base.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura

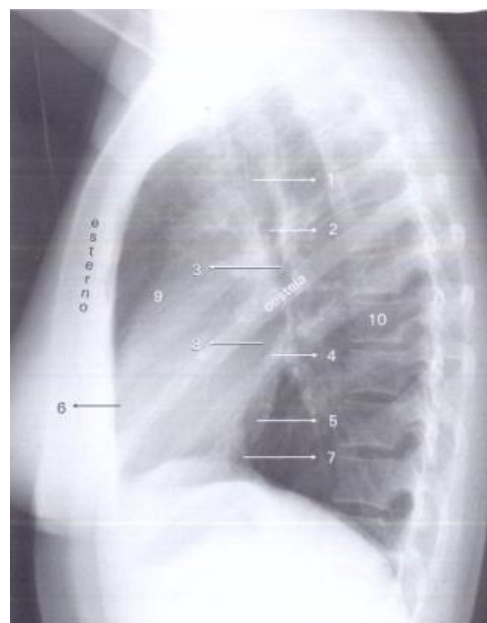


Perfil – Tórax



Visão Radiográfica

1. Traquéia
2. Brônquio do lobo superior direito
3. Brônquio do lobo superior esquerdo
4. Átrio esquerdo
5. Ventrículo esquerdo
6. Ventrículo direito
7. Veia cava inferior
8. Fissura oblíqua
9. Artéria pulmonar
10. Corpo vertebral torácico



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

TÓRAX ÁPICO LORDÓTICA

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito dorsal, deverá ficar em média 30 cm distante da estativa, inclinar para trás com os ombros, pescoço e dorso da cabeça. Apoiar ambas as mãos na cintura, palmas para fora, levar os ombros para frente;

R.C.: perpendicular, orientado para meio do externo (manúbrio);

Chassi: 24x30 transversal;

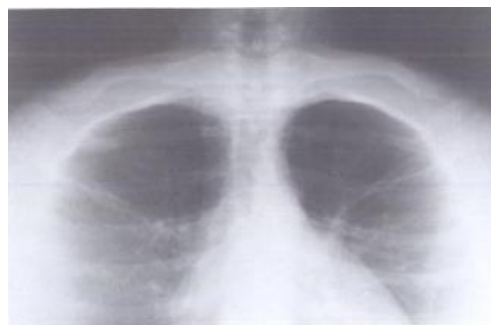
D.F.F.: 1,80 m;

Visão radiográfica: ápices pulmonares sem superposição clavicular.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura



Ápico Lordótico



Visão Radiográfica

1. Clavícula
2. Ápice pulmonar esquerda
3. Ápice pulmonar direita
4. Coração



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

TÓRAX OBLÍQUA ANTERIOR D e E (ÁREA CARDÍACA)

Posicionamento: paciente em ortostático, na projeção de oblíqua anterior D ou E de 45° a 60° em relação à estativa;

R.C.: perpendicular;

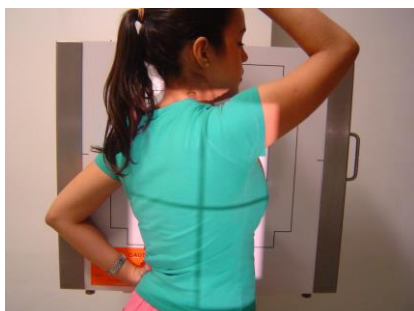
Chassi: 35x43 ou 30x40;

D.F.F.: 1,80 m;

Visão radiográfica: pulmões e costelas em oblíquas e área cardíaca.

OBS.: Em alguns casos, o exame é realizado com administração do contraste oral (sulfato de bário), na OAD para visualização do esôfago, na região da área cardíaca e os vasos da base.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

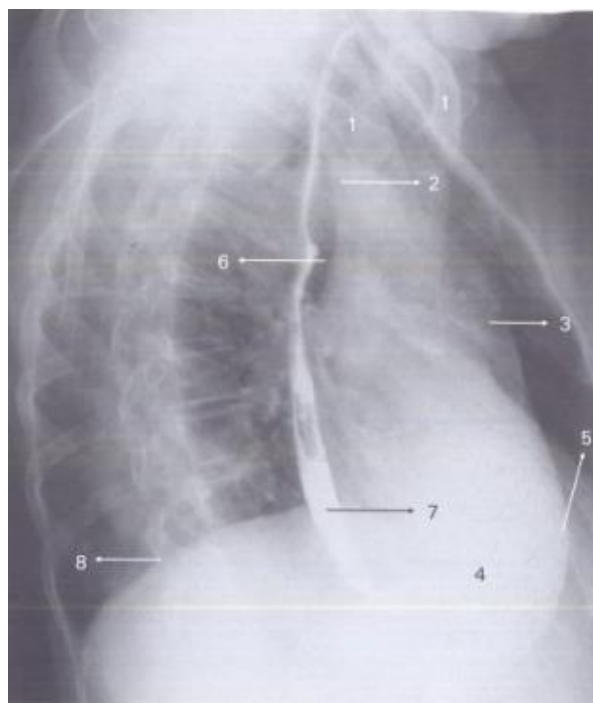


Oblíqua Anterior Esquerda



Visão Radiográfica

1. Clavícula
2. Aorta (arco)
3. Artéria pulmonar
4. Ventriculo direito
5. Ventriculo esquerdo
6. Traqueia
7. Esôfago (opacificado)
8. Cúpula frênica direita



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.



Oblíqua Anterior Direita

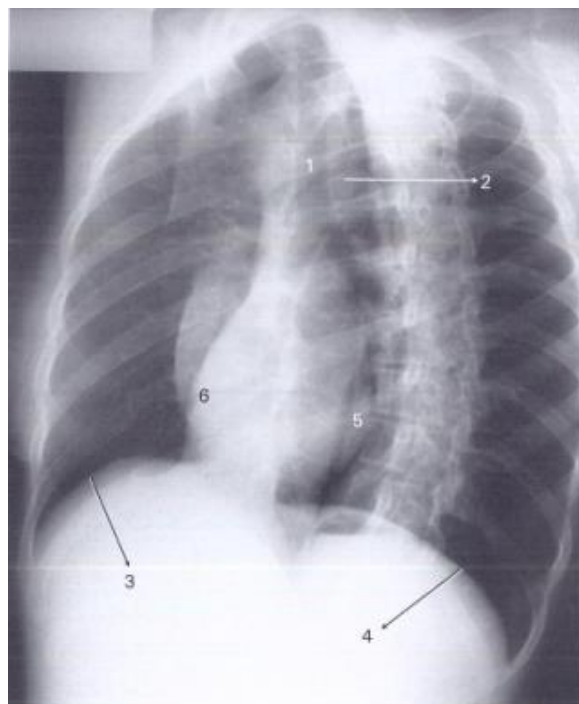


Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Visão Radiográfica

1. Traqueia
2. Aorta (arco)
3. Cúpula Frênica esquerda
4. Cúpula frênica direita
5. Ventriculo esquerdo
6. Ventriculo direito



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

TÓRAX EM DECÚBITO LATERAL COM RAIOS HORIZONTAIS (LAURELL)

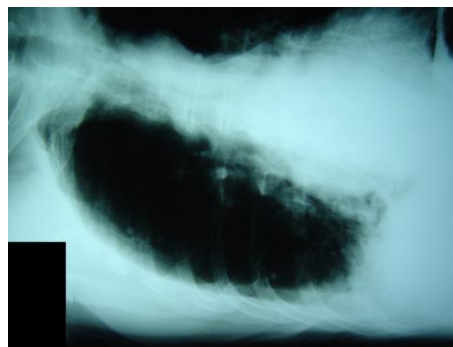
Posicionamento: paciente em decúbito lateral (deitado sobre o lado direito pra D.L.D. e vice versa), elevar membros superiores acima da cabeça, utilizando um coxim radiotransparente sob o paciente. Fletir joelhos, a pelve e ombros devem estar paralelos ao filme, sem rotação do corpo;

R.C.: perpendicular;

Chassi: 35x43 longitudinal;

D.F.F.: 1,8 m;

Visão radiográfica: pulmão em dec. lateral, para visualizar níveis líquidos, ou pequenas quantidades de ar na cavidade pleural;



Decúbito Lateral – Tórax

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

	<p align="center">Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003</p> <p>Data: 30/09/2017</p>	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5

ARCOS COSTAIS (COSTELAS) EM A.P. ou P.A.

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito dorsal, com o lado de interesse encostado na estativa e com a mão na cabeça ou na cintura;

Para costelas acima do diafragma: R.C.: perpendicular centralizado de 8 a 10 cm abaixo da incisura jugular;

Para costelas abaixo do diafragma: R.C.: perpendicular centralizado 4 cm abaixo do processo xifóide;

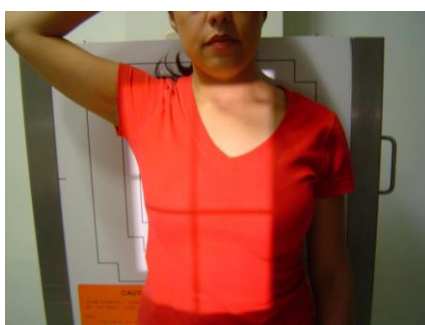
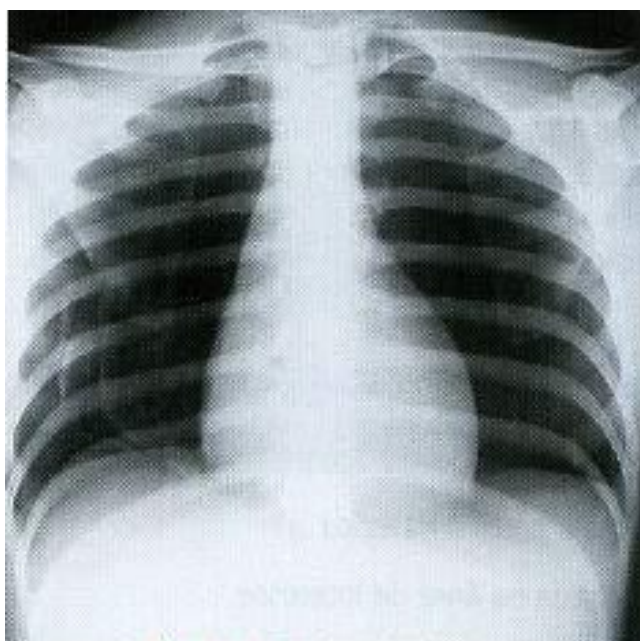
Chassi: 24x30 ou 30x40 na longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: arcos costais;

OBS.: Em ortostático para costelas acima do diafragma, realizar em inspiração;

Em decúbito dorsal, para costelas abaixo do diafragma; realizar em expiração.



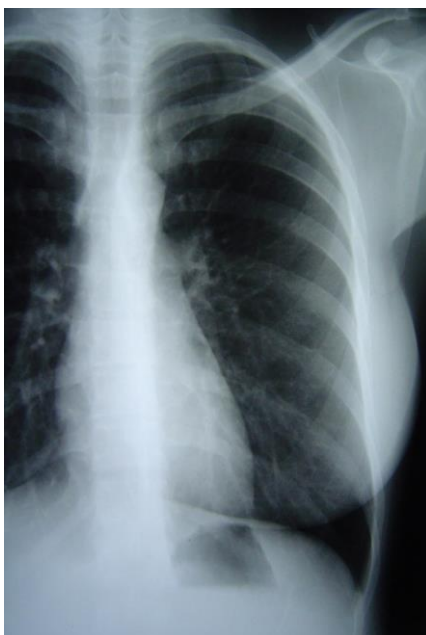
A.P. – Arcos Costais



P.A. – Arcos Costais

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X



Arcos Costais

ARCOS COSTAIS – OBLÍQUA POSTERIOR OU ANTERIOR

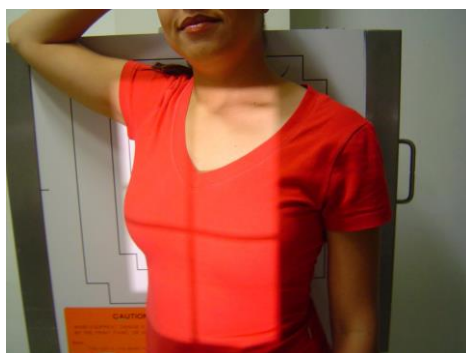
Posicionamento: paciente em ortostático, oblíquo em 45° em relação à estativa, lado afetado mais próximo do filme na oblíqua posterior, e lado afetado distante do filme na oblíqua anterior;

R.C.: perpendicular, centralizado entre a margem lateral da costela e a coluna vertebral;

Chassi: 30x40 na longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: arcos costais em oblíqua.



Oblíqua Posterior – Arcos Costais



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		



Oblíqua Anterior – Arcos Costais

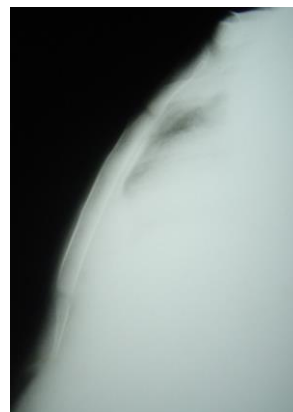


ESTERNO PERFIL

Posicionamento: paciente em ortostático, com membros superiores voltados para trás;
 R.C.: perpendicular, incidindo no terço médio do esterno;
 Chassi: 24x30 na longitudinal;
 D.F.F.: 1 m;
 Visão radiográfica: todo o esterno em perfil.



Perfil – Esterno



ESTERNO OBLÍQUAS

Posicionamento: paciente em ortostático, na projeção de oblíqua anterior D ou E, de 15° a 20°;
 R.C.: perpendicular;
 Chassi: 24x30 na longitudinal;
 D.F.F.: 1 m;
 Visão radiográfica: todo o corpo do esterno (do manúbrio até o xifóide)

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura



Oblíqua – Esterno

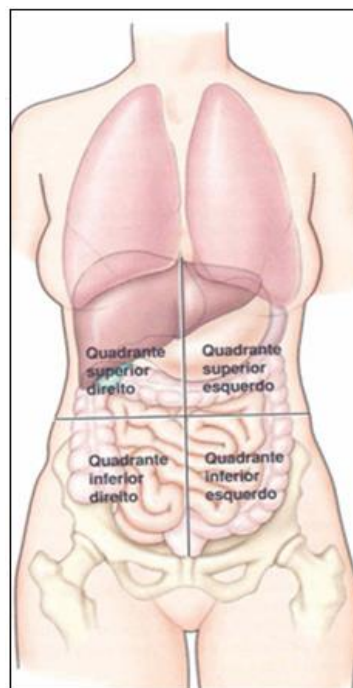


ABDOME

QUADRANTES ABDOMINAIS

Regiões e Quadrantes Abdominais:

- Quadrante Superior Direito;
- Quadrante Superior Esquerdo;
- Quadrante Inferior Direito e
- Quadrante Inferior Esquerdo.



Grupo responsável pela elaboração:

Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil

Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	

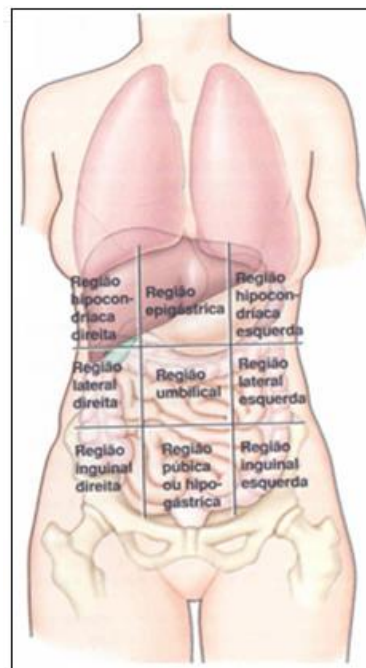
ISBN 978.85.XXXXX.XX.X



Região Superior: localizada no nível da nona costela. Sendo a região hipocondríaca direita, região epigástrica, região hipocondríaca esquerda.

Região Média: localizada entre as nonas costelas e os ossos do quadril. Sendo região lateral direita, região umbilical e região lateral esquerda.

Região Inferior: localizada no nível superior aos ossos do quadril. Sendo região inguinal direita, região púbica (hipogástrica) e região inguinal esquerda.



INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO ABDOME

ABDOME SIMPLES

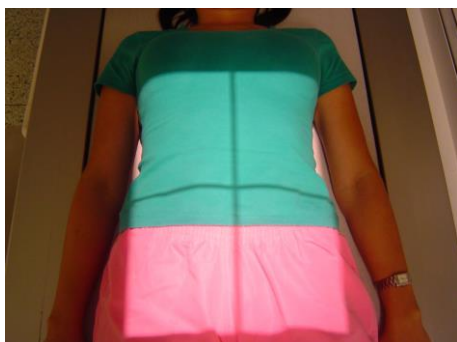
Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, com o plano médiosagital centralizado no meio do chassi, pernas estendidas;

R.C.: perpendicular, centro do chassi ao nível das cristas ilíacas sem rotação da pelve;

Chassi: 30x40 ou 35x43 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

OBS.: incluir a pequena bacia (pelve).



A.P. – Abdome



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5

ABDOME ORTOSTÁTICO

Posicionamento: paciente em ortostático, encostar a parte dorsal na estativa, braços ao lado do tronco;

R.C.: perpendicular; o centro do filme deverá estar 5 cm acima da crista ilíaca para incluir o diafragma;

Chassi: 35x43 na longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: principalmente níveis hidroaéreos e acúmulos de gás ou ar livre intra-abdominal.

OBS.: No caso de pacientes acamados instáveis, realizar o exame em mesa basculante em 45°.

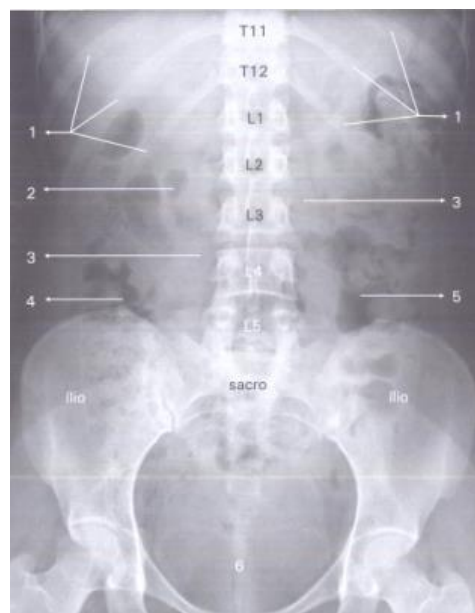


A.P. – Abdome Ortostático



Visão Radiográfica

1. Costelas
2. Colo transverso
3. Músculo psoas
4. Colo ascendente
5. Colo descendente
6. Bexiga



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

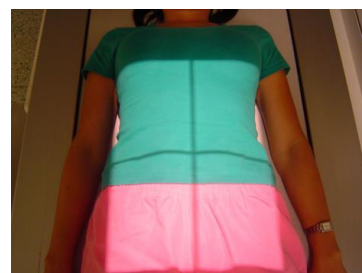
Grupo responsável pela elaboração:				
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5

RAA – ROTINA PARA ABDOME AGUDO

- Rotina do exame:
 - Raios-x de Tórax (A.P. ou P.A.);
 - Raios-x de Abdome em ortostático;
 - Raios-x de Abdome em decúbito dorsal;



ABDOME EM DECÚBITO LATERAL

Posicionamento: paciente em decúbito lateral esquerdo, joelhos parcialmente fletidos e sobrepostos, braços acima da cabeça, não havendo rotação da pelve;

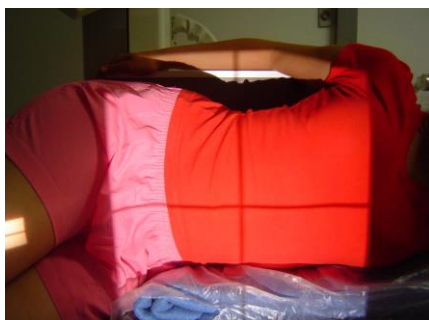
R.C.: 5 cm acima da crista ilíaca;

Chassi: 35x43 transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: demonstra ar livre na cavidade abdominal, ou possíveis níveis líquidos na cavidade intra-abdominal.

OBS.: esse exame poderá substituir a incidência em ortostático.



Lateral – Abdome

Grupo responsável pela elaboração:					
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T5

ABDOME EM DECÚBITO DORSAL E EM PERFIL COM RAIOS HORIZONTAIS

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal e em perfil;

R.C.: horizontal, incidindo 5 cm acima da crista ilíaca;;

Chassi: 30x40 ou 35x43 transversal.

D.F.F.: 1 m

Visão radiográfica: demonstra ar livre na cavidade abdominal, ou possíveis níveis líquidos na cavidade intra-abdominal.

OBS.: esse exame poderá substituir a incidência em ortostático.



Perfil – Abdome

Grupo responsável pela elaboração:				
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil				
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X



IM-RX.T6 - TÉCNICAS RADIOLÓGICAS – CRÂNIO E FACE

CRÂNIO

O crânio é dividido em dois grupos principais de ossos:

- O crânio propriamente dito, que consiste em 8 ossos e;
- Ossos da face, totalizando quatorze.

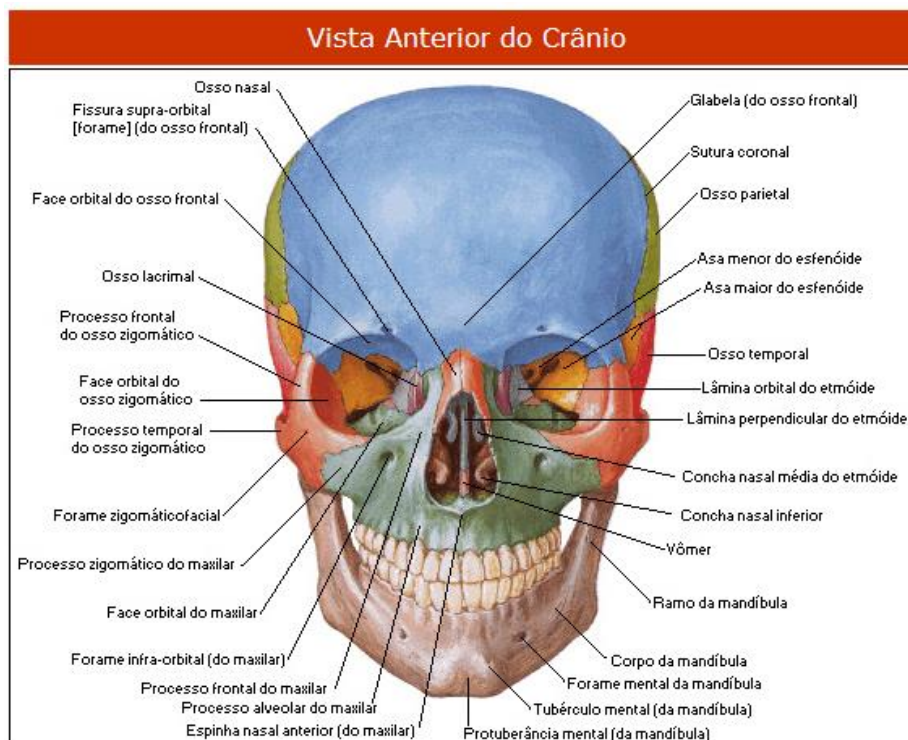
Os ossos do crânio são divididos em calota craniana e assoalho, sendo quatro ossos de cada divisão:

Calota craniana:

1. Frontal
2. Parietal esquerdo
3. Parietal direito
4. Occipital

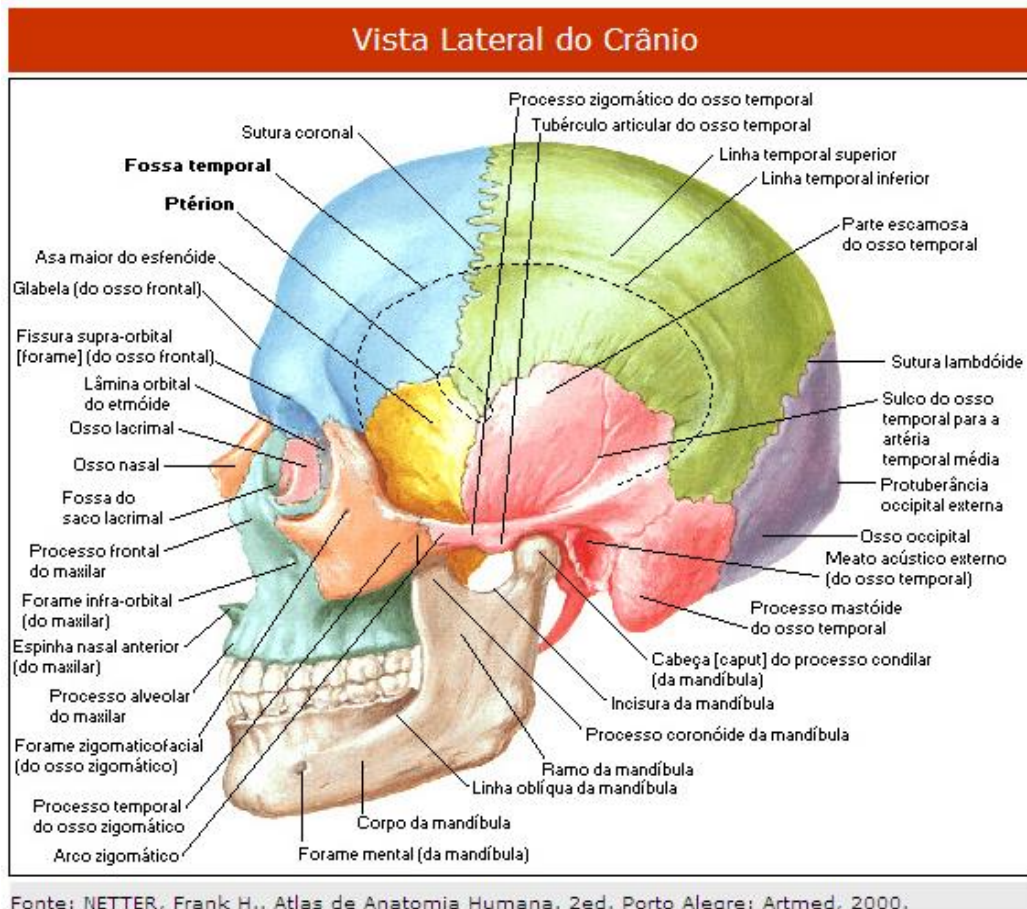
Assoalho:

5. Temporal esquerdo
6. Temporal direito
7. Esfenóide
8. Etmóide



Fonte: NETTER, Frank H., Atlas de Anatomia Humana, 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	



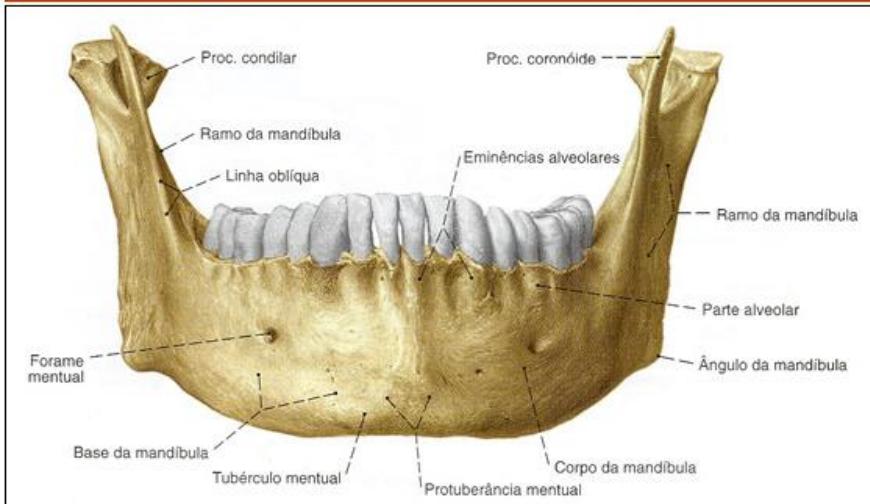
Os ossos da face são divididos em:

1. Mandíbula;
2. Vômer;
3. Zigomático esquerdo;
4. Zigomático direito;
5. Maxila esquerda;
6. Maxila direita;
7. Palatino esquerdo;
8. Palatino direito;
9. Nasal esquerdo;
10. Nasal direito;
11. Lacrimal esquerdo;
12. Lacrimal direito;
13. Concha Nasal Inferior esquerdo;
14. Concha Nasal Inferior direito.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	

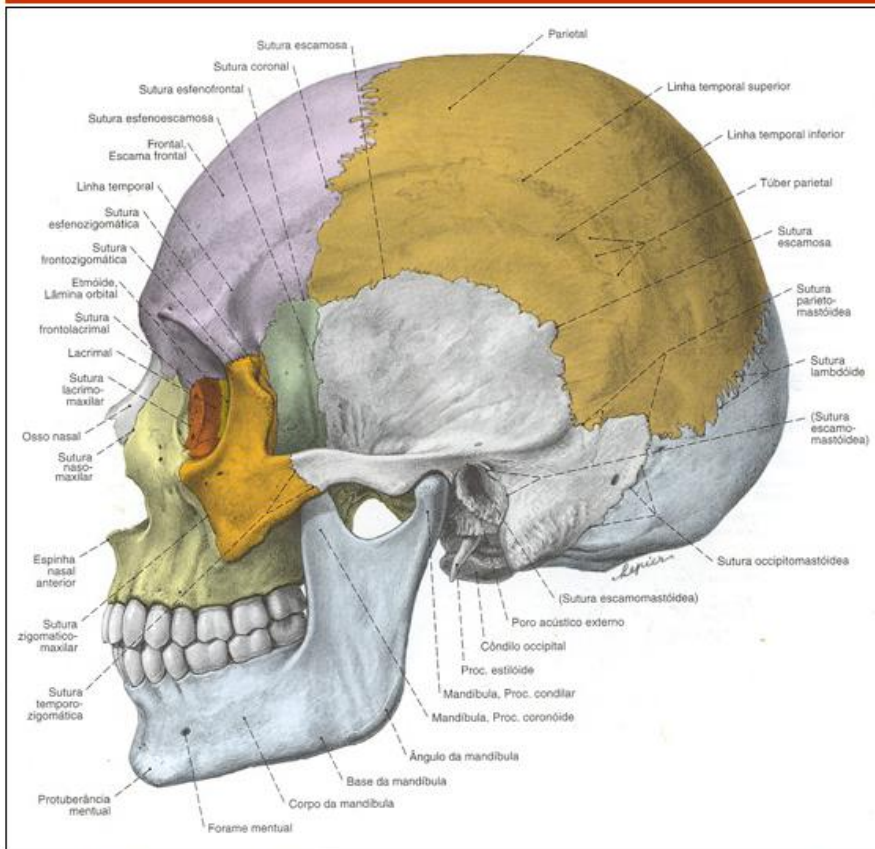


Mandíbula - Vista Anterior



Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana. 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

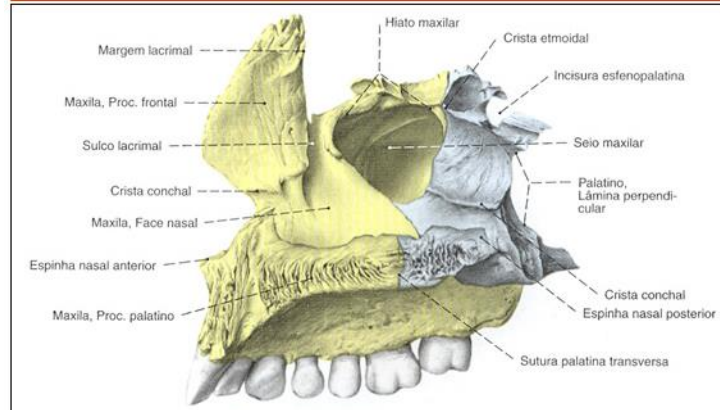
Zigomático (laranja) associado aos Ossos da Face



Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana. 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

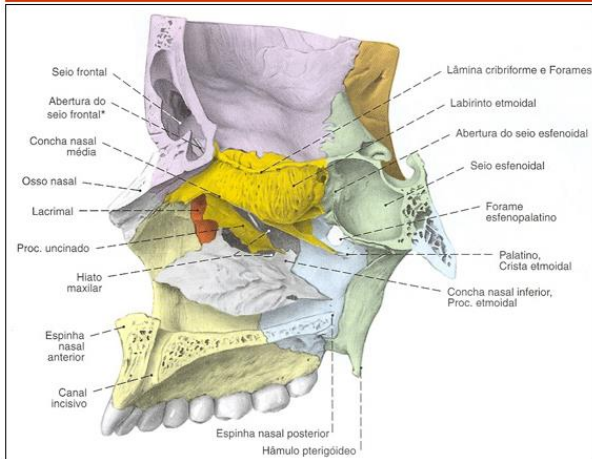
Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		SST
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA	
		Assinatura	

Palatino (cinza) associado aos Ossos da Face



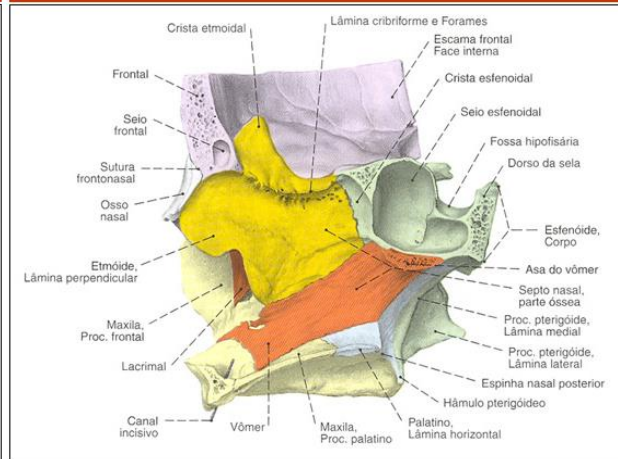
Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana. 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Maxila (amarelo claro) associada aos Ossos da Face



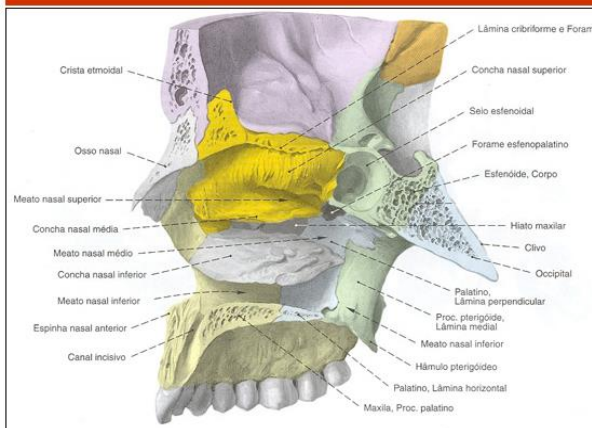
Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana. 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Vômer (vermelho) associado aos Ossos da Face



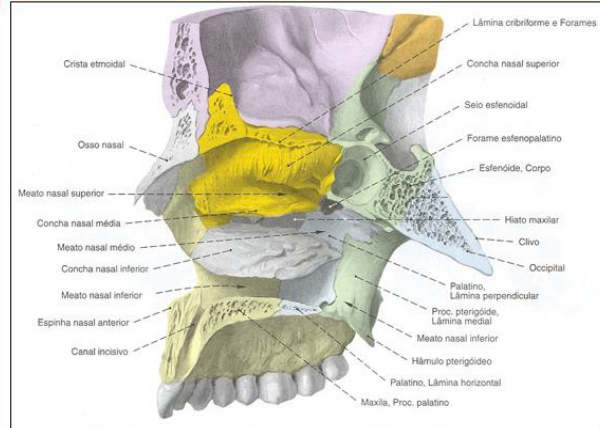
Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana. 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Nasal (cinza claro) associado aos Ossos da Face



Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana. 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Concha Nasal Inferior (amarelo) associada aos Ossos da Face



Fonte: SOBOTTA, Johannes. Atlas de Anatomia Humana. 21ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Grupo responsável pela elaboração:

Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkgil

Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017</p>	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T6

INCIDÊNCIAS E POSICIONAMENTO DO CRÂNIO

CRÂNIO A.P.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, usar a linha órbitomeatal para o A.P. absoluto;

R.C.: perpendicular, incidindo na glabella;

Chassi: 24x30 longitudinal;

D.F.F.: 1m;

Visão radiográfica: osso frontal, ossos parietais e temporais, dorso da sela, crista petrosa e órbitas.



A.P. Crânio



CRÂNIO PERFIL

Posicionamento: decúbito ventral, posição de nadador;

R.C.: perpendicular, incidindo no teto da órbita / meato;

Chassi: 24x30 transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: ramos mandibulares, asas menores e maiores do esfenóide, canais auditivos externos e sela túrcica em perfil.

OBS.: causas mais comum de erros rotação e inclinação do crânio.



Perfil Crânio



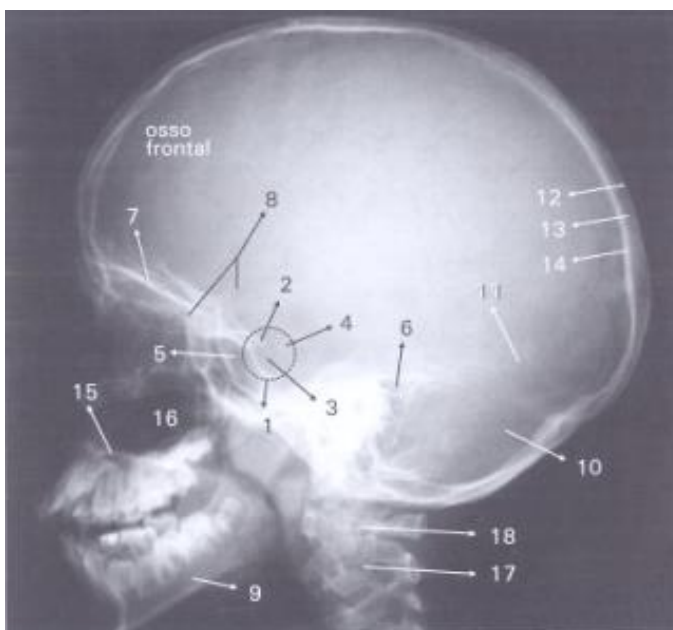
Grupo responsável pela elaboração:			
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X



Visão Radiográfica

1. Sela turca
2. Processo clinóide anterior
3. Fossa hipofisária
4. Processo clinóide posterior
5. Seio esfenoidal
6. Células Mastóideas
7. Teto das órbitas
8. Asa maior do esfenóide
9. Mandíbula – corpo
10. Osso occipital
11. Sutura lambdóide
12. Lâmina externa (osso plano)
13. Díploe (osso plano)
14. Lâmina interna (osso plano)
15. Plano duro
16. Seios maxilares
17. Áxis (C2)
18. Atlas (C1)



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

CRÂNIO – TOWNE

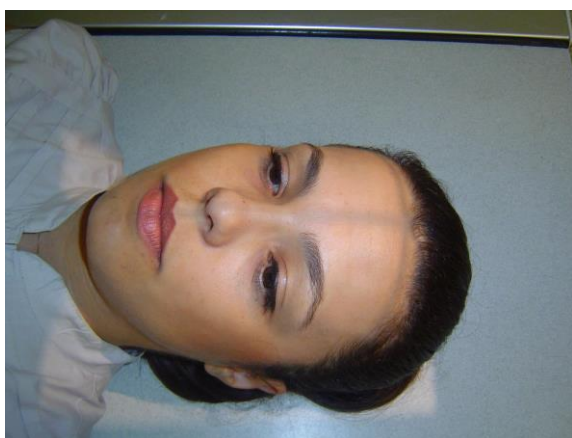
Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, usar a linha órbita meatal;

R.C.: 30º angulado (caudal), 5 cm acima da glabella;

Chassi: 24x30 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: osso occipital, forame magno, cristas petroso, dorso da sela, clinóide anterior e posterior.



Crânio Towne



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura	
		SST	Data: 30/09/2017
		Nome: NÃO SE APLICA	
		Assinatura	



CRÂNIO SUBMENTOVÉRTICE – S.M.V. (HIRTZ)

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito dorsal, levantar o queixo, hiperestendendo o pescoço, se possível até a linha infra orbitomeatal esteja paralela ao filme, cabeça apoiada na estativa ou mesa;

R.C.: perpendicular, passando pelo meato até o centro do filme;

Chassi: 24x30 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: mandíbula, seio esfenoidal e etmoidal, palato duro, os côndilos mandibulares são projetados anteriores as pirâmides petrosas, processos mastóides, forame magno e occipital.

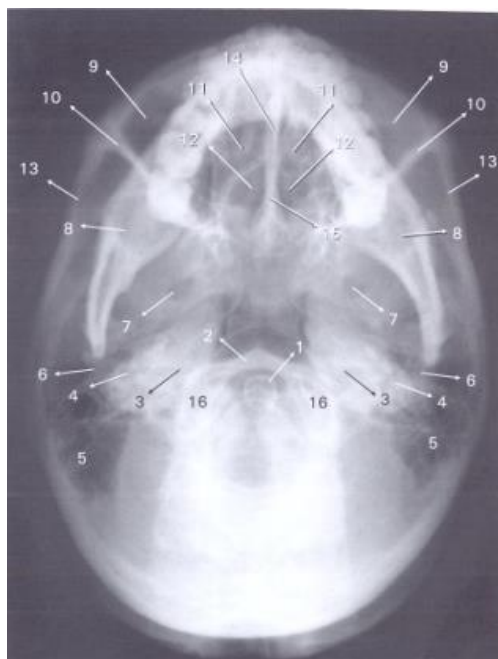


Hirtz



Visão Radiográfica

1. Dente do eixo (C2)
2. Arco anterior do atlas (C1)
3. Meato acústico interno
4. Vestíbulo
5. Células mastóideas
6. Meato acústico externo
7. Forame oval
8. Mandíbula
9. Seio maxilar
10. Parede posterior do seio maxilar
11. Células etmoidais
12. Seio esfenoidal
13. Arco zigomático
14. Lâmina perpendicular do etmóide
15. Vômer
16. Côndilo occipital



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil		
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Assinatura	Assinatura
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura



ROTINA PARA SELA TÚRCICA

SELA TÚRCICA – A.P

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, usar a linha órbito meatal para o A.P. absoluto;

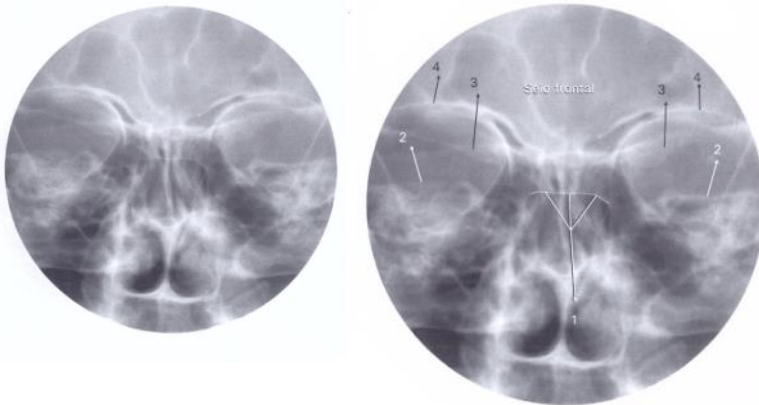
R.C.: perpendicular, incidindo na glabella;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1m;

Visão radiográfica: sela túrcica, processos clinóides anterior e posterior, dorso da sela e clivus.

OBS: Usar cone.



ASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006. BI

Visão Radiográfica

1. Assoalho da sela túrcica
2. Borda superior da parte petrosa do osso temporal
3. Asa esfenóide
4. Teto da órbita

SELA TÚRCICA – TOWNE

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, usar a linha órbito meatal;

R.C.: angulado 30° caudal;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: dorso da sela, clinóides anterior e posterior, forame magno cristas petrosas;

OBS: Usar cone.



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Visão Radiográfica

1. Dorso da sela turca
2. Forame magno
3. Processo clinóide posterior

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	



SELA TÚRCICA – PERFIL

Posicionamento: paciente ortostático ou decúbito ventral, posição de nadador;

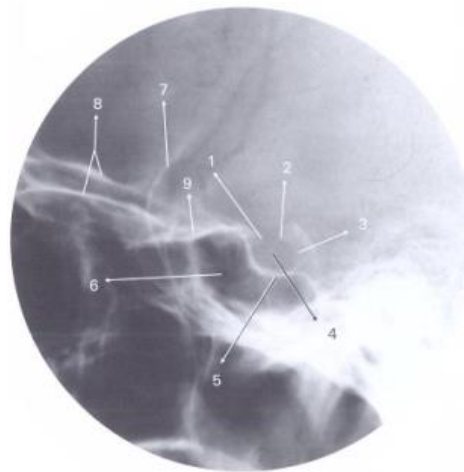
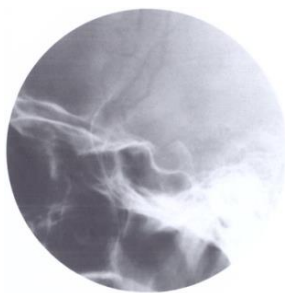
R.C.: perpendicular, centralizado a 2 cm anterior e superior ao meato;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: sela túrcica em perfil, processos clinóides anterior e posterior, dorso da sela e clívus.

OBS: Usar cone.



Visão Radiográfica

1. Processo clinóide anterior
2. Processo clinóide posterior
3. Dorso da sela túrcica
4. Fossa hipofisária
5. Soalho da sela túrcica
6. Seio esfenoidal
7. Asa maior do esfenóide
8. Teto das órbitas
9. Plano esfenoidal

BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

SEIOS DA FACE

WATERS – MENTO NASO

Posicionamento: paciente em ortostático, apoiar queixo, deixando a ponta do nariz 2 a 3 cm distante da estativa, fazendo um ângulo de 37° - usar cone;

R.C.: perpendicular aos seios maxilares;

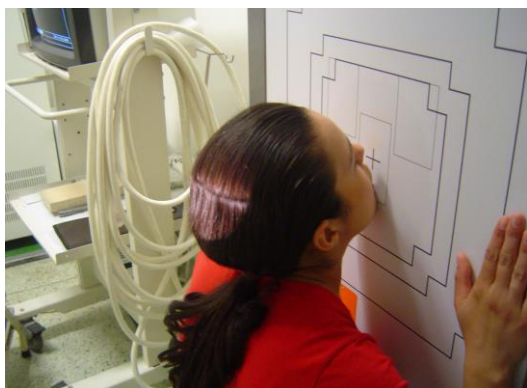
Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: seios maxilares, frontais, esfenoidais, fossas nasais e estruturas ósseas.

OBS.: Pacientes acamados, realizar em A.P.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	



Seios da Face - Waters



CALDWELL – FRONTO NASO

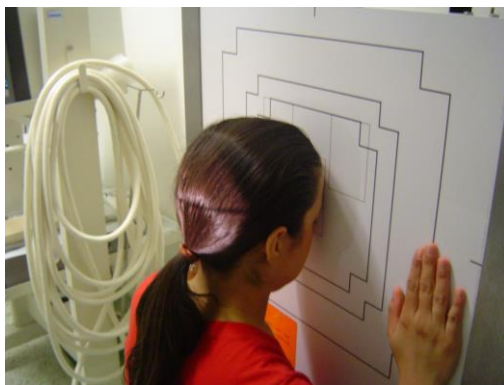
Posicionamento: paciente em ortostático, apoiar a frontal e o nariz na estativa – usar cone;

R.C.: 15° a 20° caudal nos seios frontais;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: seios frontais, seios maxilares, células etmoidais, fossas nasais e estruturas ósseas.



Seios da Face - Caldwell



PERFIL – SEIOS DA FACE

Posicionamento: paciente ortostático ou decúbito ventral, em perfil absoluto;

R.C.: perpendicular ao canto e base da órbita;

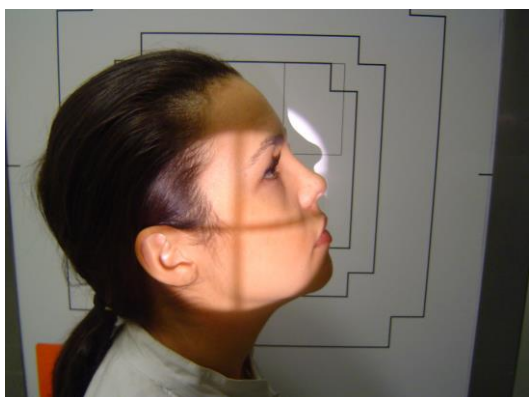
Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: seios esfenoidais, células etmoidais, seios frontais e maxilares, rinofaringe e estruturas ósseas.

OBS.: Usar cone.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	



Seios da Face - Perfil



S.M.V. (HIRTZ) – SEIOS DA FACE

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito dorsal, levantar o queixo, hiperestendendo o pescoço, se possível até a linha infra orbitomeatal esteja paralela ao filme, cabeça apoiada na estativa;

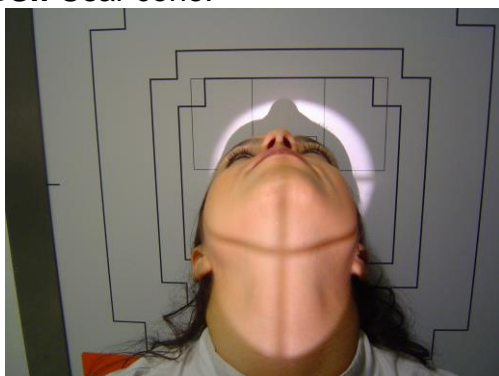
R.C.: perpendicular, orientado 4 cm anterior ao meato;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: células etmoidais, seios esfenoidais, seios maxilares e estruturas ósseas.

OBS.: Usar cone.



Seios da Face – S.M.V.



OSSOS DA FACE

WATERS – MENTO NASO / OSSOS DA FACE

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito ventral, apoiar queixo, deixando a ponta do nariz próximo a estativa, fazendo um ângulo menor que 37°;

R.C.: perpendicular aos seios maxilares;

Chassi: 18x24 transversal,

D.F.F.: 1 m.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA	Assinatura

 <p>UNICAMP</p>	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017</p>	 <p>Hospital de Clínicas UNICAMP</p>
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T6

CALDWELL – FRONTO NASO / OSSOS DA FACE

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito ventral, apoiar a frontal e o nariz na estativa;

R.C.: 15° a 20° caudal nos seios frontais;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

PERFIL – OSSOS DA FACE

Posicionamento: paciente ortostático ou decúbito ventral, em perfil absoluto;

R.C.: perpendicular ao canto e base da órbita;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;



Ossos da Face - Perfil

ÓRBITAS

Nota: para órbitas, usar as mesmas incidências de ossos da face. Se necessário realizar as oblíquas de órbitas.

OSSOS NASAIS

OSSOS NASAIS – WATERS

Posicionamento: paciente em ortostático ou em decúbito ventral, apoiar queixo, deixando a ponta do nariz próximo a estativa, fazendo um ângulo maior que 37°;

R.C.: perpendicular aos seios maxilares;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m.

Grupo responsável pela elaboração:					
Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA			Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura			Assinatura	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X



OSSOS NASAIS – PERFIL D. e E.

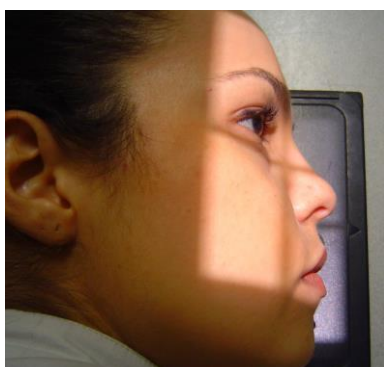
Posicionamento: paciente decúbito ventral, em perfil absoluto, estando em posição de nadador;

R.C.: perpendicular ao osso nasal;

Chassi: 18x24 transversal dividido;

D.F.F.: 1 m;

OBS.: exame realizado com técnica baixa para melhor visualização do osso nasal.



Ossos Nasais – Perfil D / E

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	



Visão Radiográfica

1. Sutura frontonasal
2. Osso nasal
3. Sutura nasomaxilar
4. Espinha nasal anterior



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

ARCOS ZIGOMÁTICOS

ARCOS ZIGOMÁTICOS SUBMENTOVÉRTICE – HIRTZ

Posicionamento: paciente em ortostático levantar o queixo, hiperestender o pescoço e apoiar a cabeça sobre o vértice do crânio, evitar rotação do crânio;

R.C.: perpendicular, centralizado a meio caminho entre os ângulos da mandíbula,

Chassi: 18x24 transversal;

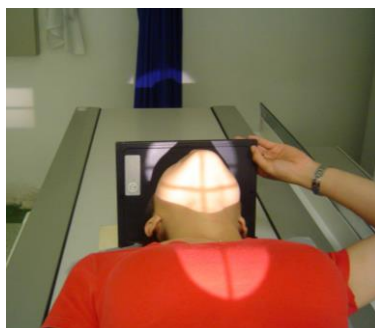
D.F.F.: 1 m;

Visão radiográfica: arcos zigomáticos bilaterais.

OBS.: caso paciente não consiga estender o pescoço, angular R.C.



**Arcos Zigomáticos – Hirtz
(com bucky)**



**Arcos Zigomáticos –
Hirtz (sem bucky)**



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil		
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura



BIASOLI Jr., Antonio Mendes. Atlas de Anatomia Radiográfica. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

Visão Radiográfica

1. Arco zigomático
2. Processo temporal do osso zigomático
3. Processo zigomático do osso temporal
4. Osso zigomático

ARCO ZIGOMÁTICO OBLÍQUA – PROJEÇÃO TANGENCIAL

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, levantar queixo, apoiar a cabeça no vértice do crânio, rodar a cabeça 15° em direção ao lado a ser examinado;

R.C.: perpendicular, direcionado ao arco zigomático de interesse;

Chassi: 18x24 transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: arco zigomático isolado sem superposição.

OBS.: realizar ambos os lados (comparativos).

NOTA

Incidências Alternativas para arco zigomático:

- Towne
- Waters
- Perfil

MANDÍBULA


MANDÍBULA A.P.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, apoiar frontal e o nariz contra a estativa, abaixar o queixo. Alinhar plano mediosagital perpendicular à linha media da mesa;

R.C.: perpendicular;

Chassi: 18x24 longitudinal;

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	

 <p>UNICAMP</p>	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017</p>	 <p>Hospital de Clínicas UNICAMP</p>
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T6

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: ramos mandibulares;

OBS.: esta incidência também poderá ser realizada em A.P.



Mandíbula – A.P.



MANDÍBULA - OBLÍQUA DE MANDÍBULA

Posicionamento: paciente em semidecúbito dorsal, rodar a paciente para lado de interesse, estender o queixo para evitar superposição da coluna cervical;

R.C.: 25° cefálico, incidindo no centro do mento e saindo na AT.M.;

Chassi: 18x24 transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: ramos mandibulares, corpo e mento da mandíbula.



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA	Assinatura

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

	<p align="center">Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003</p> <p>Data: 30/09/2017</p>	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T6

MANDÍBULA TOWNE

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, apoiar a face posterior do crânio na mesa, abaixar queixo. Alinhar o plano mediosagital perpendicular à linha media da mesa, para evitar rotação ou inclinação da cabeça;

R.C.: incidindo na glabella, angulação de 35° caudal, e saindo na região dos côndilos mandibulares;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: processos condilóides da mandíbula e das fossas tempomandibulares.

MANDÍBULA S.M.V.

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal ou ortostática, levantar o queixo;

R.C.: perpendicular, orientado a meio caminho da mandíbula;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: toda a mandíbula e os processos coronoídes devem ser visualizados.



Mandíbula – S.M.V.



ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES – A.T.M.

A.T.M. – MÉTODO DE SCHULLER

Posicionamento: paciente em decúbito ventral, apoiar a face lateral da cabeça na mesa, (lado de interesse mais próximo do filme), a cabeça deve estar na projeção lateral verdadeira;

R.C.: 25° a 30° caudal, centralizado 2,5 cm anterior e 5,0 cm acima do M.A.E.;

Chassi: 18x24 transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: articulação tempomandibular, cavidade glenóide e côndilo mandibular;

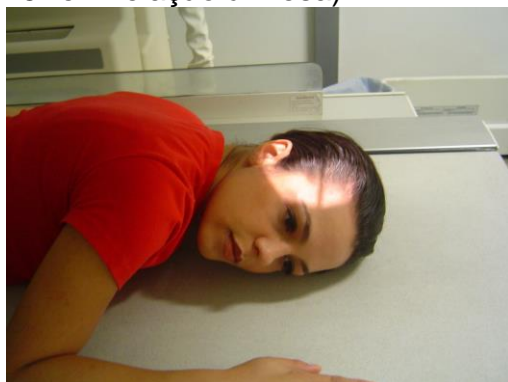
OBS.: utilizada como incidência adicional – Método de LAW (realizando rotação da face

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

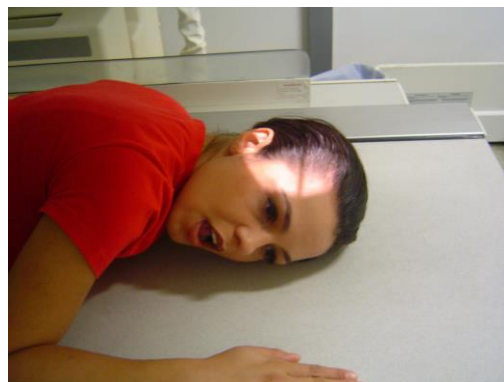
ISBN 978.85.XXXXX.XX.X

 <p>UNICAMP</p>	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE RADIOLOGIA Implantação 06/07/2009</p>	<p>Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017</p>	 <p>Hospital de Clínicas UNICAMP</p>
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			IM-RX.T6

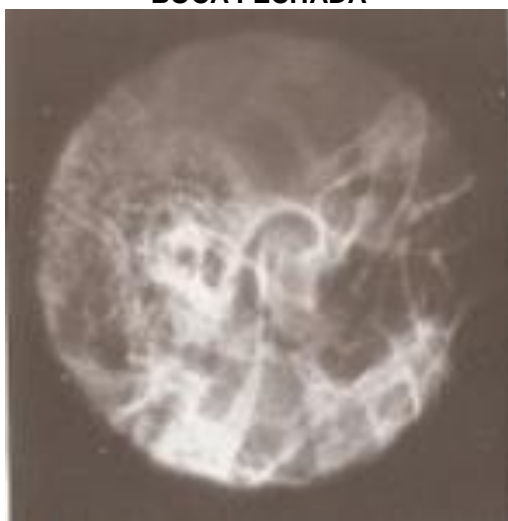
de 15° em relação à mesa).



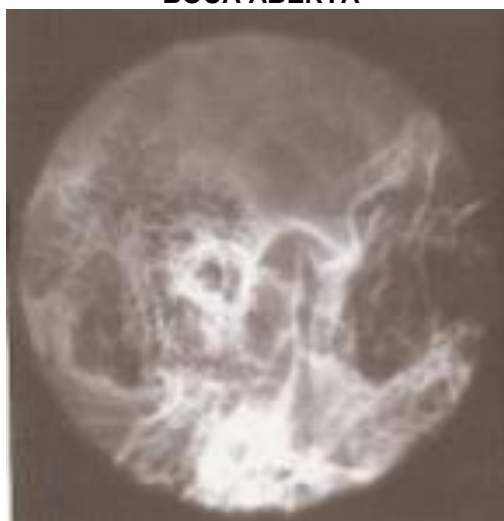
BOCA FECHADA



BOCA ABERTA



BOCA FECHADA



BOCA ABERTA

MASTÓIDES

MASTOIDE –SCHULLER

Posicionamento: paciente em decúbito ventral, cabeça em projeção lateral verdadeira, plano médio-sagital paralelo ao filme;

R.C.: 25° a 30° caudal, incidindo em media 4 cm superior e posterior ao M.A.E.

Chassi: 18x24 longitudinal (usar cone)

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: células aéreas mastóideas;

OBS.: realizar sempre comparativos.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA			Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura			Assinatura	

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X



MASTÓIDE – ARCELIN (OBLÍQUA)

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, rodar a cabeça 45° para o lado oposto ao de interesse, ajustar o queixo;

R.C.: 10° caudal, centralizado 2,5 cm anterior e 2 cm superior ao M.A.E.;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: vista completa da porção petrosa.



MASTÓIDE – STENVERS (OBLÍQUA ANTERIOR)

Posicionamento: paciente em decúbito ventral, rodar a cabeça 45° para o lado de interesse, apoiar o frontal, o nariz e zigomático contra a mesa;

R.C.: 12° cefálico, incidindo no meio entre o canto externo da órbita e o M.A.E.;

Chassi: 18x24 longitudinal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: crista petrosa em perfil, labirinto ósseo, cavidade timpânica, canal auditivo interno, células aéreas mastóideas.

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2017
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	



MASTÓIDE – INCIDÊNCIA DE TOWNE

Posicionamento: paciente em decúbito dorsal, abaixar queixo, plano médiosagital perpendicular ao filme;

R.C.: 30° caudal, incidindo 6 cm acima da glabella;

Chassi: 18x24 transversal;

D.F.F.: 1 m;

Visão Radiográfica: pirâmides petrosas, células aéreas da mastóide, labirinto ósseo.



Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil			
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil		Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura	
		SST	Data: 30/09/2017
		Nome: NÃO SE APLICA	
		Assinatura	

	<p>Manual de Processos de Trabalho IMAGINOLOGIA SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA Implantação 06/07/2009</p>	Revisão Nº: 003 Data: 30/09/2017	
ANEXOS			IM-US.A1

ANEXOS

NORMAS, PORTARIAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS QUE EMBASAM O FUNCIONAMENTO DA ÁREA

BIASOLI Jr., Antonio Mendes. **Atlas de Anatomia Radiográfica**. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2006.

SOBOTTA, J. **Atlas de Anatomia Humana**. 21 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

DOCUMENTOS UTILIZADOS NA ÁREA E TABELA DE TEMPORALIDADE

Encontram-se no Manual da Imaginologia – Processos gerais ([imagem.pdf](#))

Grupo responsável pela elaboração: Orlando Carlos da Silva, Michele Alves da Silva, Rogério Aparecido de Lima, Sérgio Joan Dectkigil					
Responsável pela área	Data: 30/09/2017	CCIH	Data: 30/09/2017	SST	Data: 30/09/2017
Nome: Dr. Sérgio San Juan Derktgil	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA		
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura		

ISBN 978.85.XXXXX.XX.X