

PET DEDICADO ONCOLÓGICO (PETSCAN ONCOLÓGICO)

TABELA	CÓDIGO IPSEMG	PROCEDIMENTO
AMBULATORIAL	40708128	PET DEDICADO ONCOLOGICO (PET SCAN ou PET CT)

Indicação:

1. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de **câncer pulmonar de células não pequenas** comprovado por biópsia, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. para caracterização das lesões;
 - b. no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
 - c. na detecção de recorrências.
2. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de **linfoma**, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. no estadiamento primário;
 - b. na avaliação da resposta terapêutica;
 - c. no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e Não-Hodgkin.
3. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de **câncer colo-retal**, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. câncer recidivado potencialmente ressecável;
 - b. CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;
 - c. recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.
4. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para avaliação de **nódulo pulmonar solitário** quando preenchido todos os seguintes critérios:
 - a. ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas;
 - b. nódulo maior que um centímetro;
 - c. não espiculados;
 - d. sem calcificações.
5. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para o diagnóstico do **câncer de mama** metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos.
6. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de **câncer de cabeça e pescoço**, quando pelo menos um dos critérios for preenchido:
 - a. presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão;
 - b. quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado "carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico" cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor.
7. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de **melanoma**, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. no estadiamento do melanoma de alto risco (tumor $\geq 1,5$ mm de espessura, ou com linfonodo sentinela positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo) sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores;
 - b. para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas < 3 mm de espessura).

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

9. Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico com análogos de somatostatina para pacientes portadores de **Tumores Neuroendócrinos que potencialmente expressem receptores de somatostatina** quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- a. localização do tumor primário;
- b. detecção de metástases;
- c. detecção de doença residual, recorrente ou progressiva;
- d. determinação da presença de receptores da somatostatina.

Obs.: Não há indicação de realização do PET SCAN para segmento de paciente após tratamento cirúrgico definitivo.

Contraindicação:

Não há.

Pré-Requisitos:

Anexar laudo da biópsia e laudos dos exames de imagem previamente realizados.

Profissionais Solicitantes:

- Médicos.

Prioridades:

Não há.