

**GHID DE UTILIZARE
A INVESTIGAȚIILOR
RADIOLOGICE ȘI IMAGISTICE MEDICALE**

Recomandări pentru medici

Autor:

Societatea de Radiologie și Imagistică Medicală din România (S.R.I.M.)

Ediția 2 – 2019

Avizat de către **Colegiul Medicilor din România**

februarie 2021

Actualizat de către:

Societatea Română de Medicină Nucleară și Imagistică Moleculară (S.R.M.N.I.M.)

București - octombrie 2021

Actualizat, completat și avizat de către:

**Comisia de radiologie, imagistică medicală și medicină nucleară
a Ministerului Sănătății**

București - noiembrie 2021

PREFAȚĂ LA A DOUA EDIȚIE

Noua ediție a Ghidului pentru buna utilizare a investigațiilor de radiologie și imagistică medicală a fost realizată cu sprijinul experților radiologi din centrele de referință de radiologie și imagistică medicală românești și a presupus remodelarea și actualizarea întregului material cuprins în prima ediție a ghidului de bune practici, editat în anul 2005. Obiectivele principale ale ghidului sunt: îmbunătățirea calității și performanțelor diagnostice, cu implicații directe în managementul și în îngrijirea pacienților, limitarea expunerii pacienților la radiații ionizante, promovarea interdisciplinarității, utilizarea optimă a resurselor. Scopul principal al acestui ghid este acela de a călăuzi medicul clinician solicitant, pentru alegerea examinării imagistice optime, în corelație cu patologia explorată, în așa fel încât fiecare pacient să beneficieze de cea investigație de care are nevoie, atunci când are nevoie.

Sunt tratate în mod unitar toate capitolele de patologie în care imagistica are un rol central și în mod particular situațiile clinice frecvente. Conținutul ghidului a fost actualizat în corelație cu ghidurile de bună practică realizate de societăți profesionale internaționale, în particular de către ESR (Societatea Europeană de Radiologie), SFR (Societatea Franceză de Radiologie) și RCR (Royal College of Radiologists din Marea Britanie), cu unele particularizări naționale, atunci când a fost cazul. Fiecare entitate clinică cuprinsă în ghid beneficiază de anumite recomandări de examinare, eșalonate în funcție de performanțele diagnostice, bazate pe dovezi științifice, cu comentarii și explicații unde a fost cazul, iar pentru metodele ce folosesc radiații ionizante, cu precizarea nivelului relativ al dozei.

În ultima decadă, imagistica medicală a progresat semnificativ și a devenit un pilon central în algoritmul diagnostic, în orientarea strategiei terapeutice, în monitorizarea eficacității tratamentului, evaluarea prognosticului și în conceptul de medicină personalizată.

În ceea ce privește metodele radio-imagistice iradiante, justificarea unui act este primul principiu al protecției împotriva radiațiilor, stabilind beneficiul așteptat al unei examinări în raport cu potențialul prejudiciu aferent expunerii la radiații ionizante. Optimizarea practicilor este al doilea principiu al protecției împotriva radiațiilor. Atunci când este necesară o examinare folosind radiații ionizante, aceasta trebuie optimizată, proces care face posibilă obținerea informațiilor de diagnostic dorite folosind cea mai mică doză de expunere posibilă, în situația clinică dată.

Implementarea recomandărilor ghidului ar trebui să conducă la o armonizare a practicilor curente iar în timp la o îmbunătățire a sănătății publice și la o utilizare judicioasă a resurselor din sănătate. Ghidul poate servi și ca instrument de audit clinic.

O noutate a acestui ghid este ediția electronică, ce permite utilizarea facilă pe calculatoare și dispozitive mobile, permițând afișare tabelară și arborescentă, precum și căutări, prin integrarea în aplicații și în mod particular în sisteme CDS (*Clinical Decision Support*) atașate interfețelor de prescriere și sistemelor HIS-RIS (*Hospital Information System – Radiology Information System*).

Suntem convinși că această nouă ediție a ghidului va contribui la creșterea calității actului medical prin alinierea la standardele de bună practică actuale.

București, 20 septembrie 2019

Consiliul Director al SRIM

PREFAȚĂ LA PRIMA EDIȚIE

Plecând de la premisa că toți suntem expuși la radiații ionizante și că 11,5% din această iradiere se datorează medicinei, Comisia Europeană a adoptat Directiva *Euratom*, transpusă în România prin Ordine ale M.S. și CNCAN, care reglementează obligația și căile de reducere ale iradierii medicale.

Reducerea iradierii în cadrul procedurilor medicale de diagnostic, înseamnă optimizarea explorărilor.

Acesta este un proces complex, care ține de mai mulți factori tehnologici și de o mai bună prescriere și efectuare a oricărei explorări imagistice. Utilizarea radiațiilor Roentgen pentru diagnostic este o parte a unui complex de metode complete, nu substitutive, dintre care unele neiradiante. Aceste metode trebuie tratate conex, în comun, după aceleași principii cu cele iradiante.

O corectă prescriere a explorărilor imagistice de către medicul clinician solicitant și o corectă alegere a metodei și tehnicilor de către medicul radiolog, reprezintă efectul unei colaborări, al unui parteneriat al celor implicați. Baza de discuție trebuie să fie reprezentată de un număr de protocoale, care să precizeze cauzele și semnele principale de boală și scopul explorării diagnostice.

În sensul celor de mai sus, toate țările UE prezente sau viitoare, care au adoptat și aplică Directiva 97/43 *Euratom*, au obligația de a redacta „Ghiduri de bună practică” a metodelor de diagnostic radio-imagistic.

Societatea de Radiologie și Imagistică Medicală din România a făcut câteva tentative fără succes, de a redacta și adopta un asemenea ghid.

În cadrul eforturilor de documentare asupra unor documente similare din alte țări, am descoperit „Ghidul de bune practici” adoptat în Franța. Este o lucrare monumentală care atinge în mare măsură perfecțiunea. Documentul este opera unui grup de lucru de 225 specialiști și a unui grup de lectură de 447 specialiști din toate domeniile medicinei clinice. La redactarea materialului au participat 10 societăți profesionale de profil radiologic și 35 de organisme sau societăți savante din afara radiologiei. Atingerea formei finale a ghidului a necesitat 3 ani.

În fața unui asemenea document, palidele noastre tentative ne-au părut aproape ridicole și am hotărât să facem demersurile necesare pentru obținerea dreptului de traducere în limba română și adoptarea ca document oficial a acestui ghid. Bazați pe bunele relații ale Societății de Radiologie și Imagistică Medicală din România cu SFR (Societe Francaise de Radiologie) și pe o serie de relații personale ale membrilor *staff*-urilor celor două societăți, am obținut acordul SFR pentru traducerea și adaptarea Ghidului francez de bune practici.

Traducerea aparține d-lui dr. Mihai Lazăr - medic rezident radiodiagnostic anul IV, căruia îi mulțumim pentru marele volum de muncă neremunerată pe care l-a depus și pentru calitatea traducerii.

Versiunea în limba română a fost supusă analizei minuțioase a unor experți autohtoni, care au operat mici ajustări sau modificări, destinate personalizării documentului pentru România.

Mulțumim d-lui Prof. Șerban Alexandru Georgescu și d-lui Prof. Constantin Zaharia pentru partea de Radiologie clasică și Computertomografie, d-nei Conf. dr. Ioana Lupescu pentru partea de IRM, d-lui dr. Adrian Pop pentru partea de ecografie și d-lui Prof.dr. Ioan Codorean pentru partea de Medicină Nucleară.

Documentul, cu modificările aduse de specialiști, a fost supus analizei experților Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare, care au făcut observații și au avizat ulterior documentul. Mulțumim pe această cale d-lui Dr. fiz. Anton Coroianu și întregului colectiv din CNCAN pe care îl conduce, precum și d-lui Președinte Vilmos Zsombori pentru ajutorul acordat.

Documentul poate fi consultat integral pe site-ul Societății de Radiologie și Imagistică Medicală și urmează să fie publicat. Va fi prezentat Ministerului Sănătății, pentru adoptare prin Ordin al Ministrului.

Păstrăm convingerea că o corectă utilizare a prezentului ghid va duce la ameliorarea calității actului medical radiologic și la reducerea iradierii pacienților.

București, 13 ianuarie 2005

Comitetul Director al S.R.I.M.

Autor

Societatea de Radiologie și Imagistică Medicală din România -SRIM

Comitet editorial – Consiliul Director al SRIM

Ioana G.Lupescu, Sorin M. Ducea, Florin Bîrsăștenu, Bogdan-Ștefan Olteanu

Coordonatori capitole**Neuroimagistică**

Gheorghe Iana, Andreea Marinescu

Imagistica capului și gâtului

Constantin Zaharia, Danisia Haba

Imagistica toracelui

Radu Baz

Senologie imagistică

Mihai Lesaru, Cristiana Ciortea

Imagistică Cardio-vasculară

Adrian Șanta

Imagistică abdominală și Gastrointestinală

Ioana G.Lupescu

Imagistică Urogenitală

Dragos Negru

Imagistică în Ginecologie și obstetrică

Mihai Popescu, Daniela Dumitrescu

Imagistică în traumatologie

Mircea Buruiian

Imagistica în oncologie

Sorin Ducea

Imagistica aparatului musculo-scheletal

Florin Bîrsășteanu, Simona Dunarițu

Imagistica în Pediatrie

Mariana Coman, Oana Rizea, Bogdan-Ștefan Olteanu

Medicina Nucleară și Imagistica Moleculară

Mirela Gherghe, Mihaela Raluca Mititelu (S.R.M.N.I.M.)

Ediție electronică

Bogdan-Ștefan Olteanu

CONTRIBUTORI

Neuroimagistică

Gheorghe Iana

Prof.univ., medic primar radiolog, doctor în medicină, șef disciplină
UMF Carol Davila, Medicină, Departamentul 8,
Radiologie, Imagistica Medicală și Radiologie intervențională II, București

Andreea Marinescu

Șef de lucrări, medic primar radiolog, doctor în medicină, doctor în medicină
UMF Carol Davila, Medicină, Departamentul 8,
Radiologie, Imagistica Medicală și Radiologie intervențională II, București

Imagistica capului și gâtului

O.R.L.

Constantin Zaharia

Prof.univ., medic primar radiolog, doctor în medicină
UMF Carol Davila, Medicină, Departamentul 8,
Radiologie, Imagistica Medicală și Radiologie intervențională II, București

Ana Magdalena Bratu

Șef de lucrări, medic primar radiolog, doctor în medicină
UMF "Carol Davila" Departamentul 8,
Radiologie, Imagistica Medicală și Radiologie intervențională II, București

B.M.F., Gât

Danisia Haba

Prof. univ.doctor, medic primar radiologie-imagistică medicală
UMF "Grigore T.Popa", Spitalul Clinic de urgenta Prof N.Oblu Iași

Radio-Imagistica toracelui

Radu Baz

Conferențiar universitar, medic primar radiolog
Universitatea Ovidius Constanța
Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf Apostol Andrei" Constanța

Cosmin Niscoveanu

medic primar radiolog
Spitalul Clinic Judetean de urgenta "Sf Apostol Andrei" Constanța

Imagistică Urogenitală

Dragoș Negru

Profesor universitar, medic primar radiodiagnostic
Disciplina Radiologie și Imagistica Medicală, șef isciplină,
UMF Gr.T.Popa Iași

Ginecologie și obstetrică

Mihai Popescu

Conferențiar universitar, medic primar radiolog, doctor în medicină
UMF Craiova, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova

Daniela Dumitrescu

Conferențiar universitar, medic primar radiolog, doctor în medicină
UMF Craiova, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova

Imagistică Cardio-vasculară

Adrian Șanta

Conferențiar univ. medic primar radiolog, doctor în medicină
Facultatea de Medicina, Universitatea L. Blaga, Sibiu

Imagistică abdominală și Gastrointestinală

Ioana G.Lupescu. *Imagistica ficatului*

Prof.univ., medic primar radiolog, doctor în medicină, șef disciplină
UMF Carol Davila, Medicină, Departamentul 8,
Radiologie, Imagistica Medicală și Radiologie intervențională I ICF, București

Răzvan Al.Capșa. *Imagistica căilor biliare*

Șef de lucrări, medic primar radiolog, doctor în medicină
UMF Carol Davila, Medicină, Departamentul 8,
Radiologie, Imagistica Medicală și Radiologie intervențională I ICF, București

Dragoș Cuzino. *Radio-imagistica tubului digestiv*

Șef de lucrări, medic primar radiolog, doctor în medicină
UMF Carol Davila, Medicină, Departamentul 8,
Radiologie, Imagistica Medicală și Radiologie intervențională I SUUMC , București

Gelu A.Popa. *Imagistica pancreasului*

medic primar radiolog, doctor în medicină
Laboratorul de Radiologie și Imagistică Medicală
Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" București

Senologie imagistică

Mihai Lesaru

Șef de lucrări, medic primar radiolog, doctor în medicină
UMF Carol Davila, Medicină, Departamentul 8,
Radiologie, Imagistica Medicală și Radiologie intervențională I ICF, București

Cristiana Augusta Ciortea

Medic primar radiologie imagistica medicală, doctor în medicină
Spitalul Clinic Judetean de Urgență Cluj-Napoca

Anca Ileana Ciurea

Șef de lucrări, medic primar radiolog, doctor in medicină
UMF "I. Hatieganu" Cluj-Napoca

Carmen Eugenia Lisencu

Medic primar medic primar radioterapie
Institutul Oncologic "I. Chiricuta" Cluj-Napoca

Angelica Rita Chiorean

Șef de lucrări, medic primar radiolog
UMF "I. Hatieganu" Cluj-Napoca

Claudia Teodorescu - medic primar radiolog

Imagistica aparatului musculo-scheletal

Florin Bîrsășteanu

Profesor universitar, medic primar radiolog, doctor în medicină
Șef disciplină Radiologie Imagistică Medicală, UMF Timișoara

Simona Dunarițu

Medic primar radiologie și imagistică medicală, doctor în medicină
Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brînzeu", Timișoara

Imagistica în traumatologie

Mircea Buruian

Profesor universitar, medic primar radiolog, doctor în medicină,
Membru asociat al Academiei Oamenilor de Știință din România
Șef disciplină Radiologie Imagistică Medicală,
UMFST „George Emil Palade” Târgu-Mureș

Maria Daniela Podeanu

Conf.univ.medec primar radiolog, doctor în medicină
Laborator Radiologie-Imagistică, Spital Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș

Anca Maria Dumitrascu

Medic specialist radiologie imagistica
Laborator Radiologie Spital Clinic „Dr.Gh.Marinescu” Tarnaveni

Andrei Costas

Medic specialist radiologie imagistica
Departamentul de Radiologie si Imagistica, Spitalul „R.P. Sarregueminnes”, Moselle (Franta)

Raluca Adnana Zaharia

Medic rezident radiologie imagistica
Laborator Radiologie Imagistica, Spital Clinic Judetean de Urgenta Tg.Mures

Patricia Maria Simu

Medic rezident radiologie imagistica
Laborator Radiologie Imagistica Spital Clinic Judetean de Urgenta Tg.Mures

Imagistica în oncologie

Sorin Marian Ducea

Profesor universitar doctor, medic primar radiologie-imagistică medicală,
șef disciplină, UMF Iuliu Hatieganu Cluj-Napoca

Carolina Solomon

Conferentiar universitar doctor, medic specialist radiologie-imagistică medicală
UMF Iuliu Hatieganu Cluj-Napoca,

Lavinia Manuela Lenghel

șef de lucrari, doctor, medic specialist radiologie-imagistică medicală
UMF Iuliu Hatieganu Cluj-Napoca,

Imagistica în Pediatrie

Mariana Coman

Medic primar radiologie-imagistică medicală
Spitalul clinic de urgență pentru copii „Marie Curie”, București

Oana M. Rizea

Medic primar radiologie și imagistică medicală, asist.univ., doctorand
UMF Carol Davila, Medicină, Departamentul 8,
Radiologie, Imagistica Medicală și Radiologie intervențională I ICF, București

Bogdan-Ștefan Olteanu

Medic primar radiologie-imagistică medicală, doctor în medicină
Spitalul clinic de urgență pentru copii „Grigore Alexandrescu”, București

Medicina Nucleara si Imagistica Moleculara

Mirela Gherghe

Şef de lucrări doctor, medic primar medicină nucleară
UMF Carol Davila, Facultatea de Medicină, Departamentul 8
Institutul Oncologic “Prof. Dr. Al. Trestioreanu”, Bucureşti

Mihaela Raluca Mititelu

Şef de lucrări asociat, medic primar medicină nucleară, doctor in medicina
UMF Carol Davila, Facultatea de Medicină, Departamentul 8
Spitalul Universitar de Urgenţă Militar Central “Dr. Carol Davila”

Editie electronică

Bogdan-Ştefan Olteanu

Medic primar radiologie-imagistică medicală, doctor în medicină
Spitalul clinic de urgenţă pentru copii „Grigore Alexandrescu”, Bucureşti

Costin Stroie

Medic primar radiologie-imagistică medicală
Spitalul clinic de urgenţă pentru copii „Grigore Alexandrescu”, Bucureşti

Radu-George Nicolaescu

Medic specialist radiologie-imagistică medicală, asist.univ.d.d, doctorand
Spitalul clinic de urgenţă pentru copii „Grigore Alexandrescu”, Bucureşti
UMF Carol Davila, Medicină, Departamentul 8,
Radiologie, Imagistica Medicală și Radiologie intervențională I ICF, Bucureşti

Ioan Andrei Cristache

Medic rezident radiologie-imagistică medicală
Institutul Clinic „Fundeni”, Bucureşti

Eduard Dumea

Medic rezident radiologie-imagistică medicală
Institutul Clinic „Fundeni”, Bucureşti

INTRODUCERE

Două principii au stat la baza redactării ghidului:

- particularizarea diferitelor metode și tehnici imagistice în funcție de indicațiile clinice, pentru ca fiecare pacient să poată beneficia de investigația potrivită la timpul potrivit și
- favorizarea, pe cât posibil, a tehnicilor imagistice non-iradiante.

Recomandările „Ghidului” sunt adresate tuturor medicilor clinicieni (de familie/generaliști și specialiști) oricare ar fi activitatea lor. Totuși, pentru a nu cădea într-o complexitate extremă, recomandările nu acoperă domeniul supraspecializărilor și nu trebuie considerate reguli intangibile.

Recomandările propuse în ghid (indicațiile diferitelor tehnici conform situației clinice și diagnosticului prezumtiv) nu pot avea un caracter universal valabil, acestea trebuind a fi integrate și corelate cu baza tehnică existentă, gradul de expertiză profesională locală și statusul pacientului.

În cazul neîncadrării în situațiile clinice enumerate, precum și dacă, în anumite cazuri particulare, există argumente pentru alegerea unor alte investigații, medicul clinician solicitant va trebui să furnizeze justificarea detaliată, o dată cu solicitarea pentru investigație.

Toate datele relevante privitoare la pacient (anamneză, date clinice, biologice, explorări anterioare, istoric, tratament și evoluție) trebuie să fie furnizate în cadrul solicitării oricărei investigații și trebuie să fie deja consemnate în detaliu în documentele medicale ale pacientului (scrise sau electronice), pentru a putea fi consultate. Pe baza acestora, radiologul are dreptul și obligația de a valida solicitarea sau de a refuza în mod justificat efectuarea unei examinări și de a decide ce examinare este potrivită și când, într-un context clinico-biologic bine precizat.

Medicul radiolog este singurul abilitat să decidă dacă o examinare este efectuată sau nu, să stabilească cum se efectuează o examinare radio-imagistică (planuri, incidente, ponderații, timpi etc), dacă se administrează sau nu substanță de contrast, ce tip de substanță de contrast se utilizează, în ce doză, cu ce debit de injectare și câte faze postinjectare de contrast se realizează. În cazul investigațiilor de medicină nucleară, aceste roluri sunt îndeplinite de către medicul practician de această specialitate. Nimeni nu are dreptul de a impune unui radiolog / de medicină nucleară cum să își practice profesia.

Principalele întrebări pe care medicul clinician trebuie să și le pună înainte de solicitarea unei investigații sunt:

1. **Am nevoie de acest examen?** Răspunsul e negativ dacă rezultatele nu sunt susceptibile să modifice abordarea terapeutică a pacientului, deja stabilită. Un examen util este un examen al cărui rezultat (pozitiv sau negativ) duce la modificarea algoritmului de tratament al pacientului sau poate schimba prognosticul.

2. **Am nevoie de investigație acum?** Rezultatele imediate sunt de natură să influențeze tratamentul în acest moment? Cu alte cuvinte, înainte ca boala să poată progresa sau să se vindece? S-ar putea ca investigația să fie de fapt utilă doar după un interval mai lung sau chiar să se dovedească că nu va mai fi necesară.

3. **Nu cumva a fost efectuat deja acest examen?** De exemplu într-un alt spital, într-un serviciu de asistență medicală ambulatorie, serviciul de urgență? Trebuie făcut totul pentru a obține rezultatele examenelor precedente. Evaluarea unor imagini de calitate slabă trebuie realizată de către radiolog înainte de a decide repetarea examinării.

4. **Acest examen este cel mai indicat?** În condițiile unui impact clinic identic, trebuie preferate tehnicile neiradiante. Uneori însă trebuie alese metodele mai rapide sau cele mai adaptate stării pacientului. Existența sarcinii, alăptarea, antecedentele de intoleranță la produsele utilizate, vârsta - pot de asemenea influența alegerea tehnicilor imagistice. Copiii sunt mult mai sensibili la radiațiile ionizante (de două până la de zece ori mai sensibili decât adulții, cu atât mai mult cu cât vârsta este mai mică).

5. **Am pus bine problema?** Informațiile clinice nepotrivite sau o formulare greșită a întrebărilor ce trebuie rezolvate de imagistică pot conduce la realizarea unui examen incorect sau nepotrivit, cu omiterea unor aspecte esențiale.

Studierea ghidului trebuie adesea completată cu consultarea specialistului în radio-imagistică respectiv în medicină nucleară. Fiecare tehnică imagistică este bazată pe un principiu fizic diferit și aduce o informație specifică. Alegerea celei mai bune tehnici îi revine medicului care realizează investigația. Această responsabilitate de alegere finală a modalității de explorare este atribuită medicului realizator al investigației, chiar în cazul dezacordului cu medicul clinician solicitant.

UTILIZAREA GHIDULUI

„Ghidul” se prezintă sub forma unui tabel cu mai multe coloane:

- Prima și a doua coloană au înscrise capitolul și subcapitolul (o anumită zonă anatomică/funcțională sau o anumită categorie specială de patologii, de exemplu: torace - pulmon, traumatisme - corp străin, pediatrie - sistem nervos central); sunt 14 capitole, fiecare cu unul sau mai multe subcapitole. Acestea permit găsirea rapidă a situației clinice de interes.

- A treia coloană găzduiește enumerarea situațiilor clinice. În principiu, situațiile clinice sunt menționate în tabel, într-un singur loc. Pentru o rafinare a selecției, se recomandă însă căutarea situației cea mai potrivită cazului clinic, atât în capitolul dedicat segmentului/aparatului afectat, cât și în capitolele speciale (Cancer, Traumatisme, Pediatrie), dacă este cazul.

- A patra coloană are înscrisă (abreviat) modalitatea de explorare: radiografie, ecografie, CT, etc. La fiecare situație clinică sunt evaluate una sau mai multe modalități. Abrevierea cu o singură literă (vezi mai jos lista de abrevieri) vine în sprijinul sistemelor electronice de suport. În a cincea coloană este înscrisă denumirea investigației; pentru fiecare modalitate evaluată la o situație clinică pot fi înscrise una sau mai multe investigații (pe rânduri succesive).

- Pentru fiecare investigație din cadrul unei situații clinice este notată, în coloana a șasea, recomandarea ghidului: *Neindicat*, *Neindicat în prima intenție*, *Indicat*, *Indicat doar în cazuri particulare*, *Indicat doar cu aviz specializat*. Mențiunea „Indicat doar cu aviz specializat” se referă la examene complexe sau costisitoare, care nu sunt practicate decât la solicitarea medicilor cu experiența și cunoștințele necesare pentru a integra rezultatele imagistice în vederea stabilirii unui tratament potrivit pentru pacient. Este necesar dialogul cu un specialist radiolog și/sau de medicină nucleară, preferabil în cadrul unui consult multidisciplinar. Mențiunea „Indicat doar în cazuri particulare” este însoțită în general de precizarea acelor situații particulare în coloana a opta (Comentarii) și poate necesita de asemenea consult interdisciplinar. Mențiunea „Neindicat în primă intenție” înseamnă că investigația respectivă nu este indicată la prezentare (primul consult), în contextul clinic respectiv, dar la care se poate apela pe parcurs, în funcție de evoluția (nefavorabilă) a pacientului sau de complicarea situației. „Neindicat” înseamnă că investigația respectivă este considerată inutilă sau chiar contraindicată (riscuri nejustificate ale procedurii sau posibilitatea unor rezultate neelocvente, care să ducă la decizii improprii).

- În coloana a șaptea este înscris gradul de evidență al recomandării respective: Grad A - dovadă științifică stabilită (studii cu valoare de probă puternică, de exemplu studii comparative randomizate de mare amploare, semnificative statistic, meta-analize de studii controlate randomizate, analiza deciziei bazată pe studii bine conduse); Grad B - prezumție științifică (studii cu valoare de probă intermediară, de exemplu studii comparative randomizate de amploare redusă, studii comparative non randomizate bine conduse, studii de cohortă); Grad C - slab argumentat (studii cu valoare de probă scăzută, de exemplu studii caz-martor, serii de cazuri, concluzii ale grupurilor de lucru / de experți); cu „?” au fost notate recomandările formulate de experți, fără citare de studii suportive.

- A opta coloană conține comentarii, iar cea de-a noua eventuale informații suplimentare.

- Ultimele două coloane (zece și unsprezece) indică nivelul relativ aproximativ al dozei de iradiere. Atunci când doza poate varia în funcție de particularizările investigației, în cele două coloane apar doza minimă și doza maximă. Dacă nu există variabilitate semnificativă, este înscrisă aceeași valoare în ambele coloane. Nivelul mediu de expunere este estimat pentru pacient cu greutate normală, adult (dacă nu se specifică situație pediatrică) și este exprimat în termeni de doză efectivă, ținând cont de modul specific de expunere al fiecărui organ și de radiosensibilitatea sa. Valoarea „2” corespunde iradierii naturale a întregului corp pe timp câteva luni - un an (din surse atmosferice și telurice). Valoarea „1” corespunde unei iradierii naturale de zile săptămâni iar „0” indică modalități

ce nu utilizează radiații ionizante. Valoarea „3” indică o doză echivalentă cu 1,5-2 ani de iradiere naturală iar „4” doze mai mari.

Ghidul poate fi utilizat „prospectiv” prin identificarea situației clinice potrivite pacientului (utilizând succesiv primele trei coloane sau căutând cuvinte-cheie direct în coloana a treia), urmată de alegerea modalității și a investigației, dintre cele enumerate, ținând cont de recomandari, gradul de evidență și comentariile aferente fiecăreia.

De asemenea, ghidul poate fi folosit „retrospectiv”, prin semnalarea recomandării ghidului corespunzătoare unei situații clinice și a unei investigații deja selectate într-un sistem de prescriere (HIS-RIS).

ABREVIERI ALE MODALITĂȚILOR

G	Radiografii
X	Radioscopii
E	Ecografii
T	ComputerTomografii
M	Imagistică prin Rezonanță Magnetică
N	Medicină nucleară: Scintigrafii, PET
A	Angiografii, Cateterisme
I	Metode invazive și intervenționale
D	Diverse/Altele

Capitol	Subcapitol	Problema Clinică	Tip	Examen	Indicație	Grad Indicație	Comentarii	Alte informații	Doza Min	Doza Max
Aparat cardiovascular	Cord	Agenezie de pericard	M	IRM cardiac	Indicat	A	CT cardiac și IRM au aceeași valoare diagnostică; va fi efectuat fie unul fie celălalt în cazul suspiciunii de agenezie de pericard		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Agenezie de pericard	T	CT cardiac	Indicat	A	CT cardiac și IRM au aceeași valoare diagnostică; va fi efectuat fie unul fie celălalt în cazul suspiciunii de agenezie de pericard		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Boala coronariană cronică și evaluare post IMA	A	Coronarografie directă / invazivă	Indicat	B	Evaluarea precisă a statusului coronarian, a stenozelor (localizare, extensie, grad). Evaluare pre și postintervenție (stent, by pass auto sau alograft)		3	3
Aparat cardiovascular	Cord	Boala coronariană cronică și evaluare post IMA	A	Coronarografie directă / invazivă	Indicat	B	Evaluarea precisă a statusului coronarian, a stenozelor (localizare, extensie, grad). Evaluare pre și postintervenție (stent, by pass auto sau alograft)	RI - PB-D	3	3
Aparat cardiovascular	Cord	Boala coronariană cronică și evaluare post IMA	E	Echo Doppler cardiac	Indicat	A	Evaluarea contractilității reziduale miocardice a ventriculului stâng, starea valvulară, complicații (miocardice, valvulare, cordaje și pilieri) în repaus și cu stress test medicamentos.		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Boala coronariană cronică și evaluare post IMA	M	IRM cardiac	Indicat	B	Localizarea ariei infarctate atât pe cele 17 segmente AHA (American Heart Association) cât și în grosimea miocardică, subendocardic cu evoluție transmurală versus subepicardic în miocardite, evaluarea complicațiilor (trombi, anevrisme, tulburari de cinetică miocardică), analiză funcțională volume și fracție de ejeție, masa miocardică. Evaluarea în repaus și de stress (Dipiridamol, Dobutamina, Adenozina) pentru detecția zonelor hipoperfuzate. Prognostic și indicație de terapie (utilitatea reperfuziei) prin analiza viabilității		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Boala coronariană cronică și evaluare post IMA	N	SPECT cardiac de perfuzie	Indicat	B	Evaluarea localizării și extinderii ariei infarctizate, date dinamice. Cu și fără test de efort pentru detecția zonelor de hipoperfuzie. Prognostic, indicație de terapie (utilitatea reperfuzării)		2	2
Aparat cardiovascular	Cord	Boala coronariană cronică și evaluare post IMA	N	PET cardiac cu 18F-FDG	Doar în cazuri particulare	B	Studiul viabilității miocardice la pacienți cu rezultate echivoce la alte evaluări (18F-FDG); studiul perfuziei miocardice cu radiotrasori PET specifici, în măsura în care acestia sunt disponibili (ex. 13N-amoniu, 82Rb).		4	4
Aparat cardiovascular	Cord	Boala coronariană cronică și evaluare post IMA	G	Radiografie	Neindicat	?			1	1
Aparat cardiovascular	Cord	Caracterizarea unei mase cardiace / pericardice	E	Ecografie transtoracică	Indicat	A	Poate fi asociată cu administrarea unei substanțe de contrast pentru analiza vasculară a masei		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Caracterizarea unei mase cardiace / pericardice	M	IRM cardiac	Indicat	A	caracterizare tisulară optimală, permite localizarea leziunii, invazia structurilor de vecinătate, impactul asupra funcției cardiace, planificarea operației		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Caracterizarea unei mase cardiace / pericardice	T	CT toracică	Indicat	A	Examenul permite caracterizarea masei și stabilirea conduitei terapeutice: poate fi completat cu scanare CT torace, abdomen și pelvis pentru evaluarea extensiei leziunii		2	2
Aparat cardiovascular	Cord	Caracterizarea unei mase cardiace / pericardice	N	FDG PET CT	Doar în cazuri particulare	B	Poate fi utilizată pentru bilanțul unei leziuni maligne		3	3
Aparat cardiovascular	Cord	Cardiomiopatie hipertrofică	M	IRM cardiac	Indicat	A	calculul volumelor cardiace și a fracției de ejeție, caracterizare tisulară miocardică pre și postcontrast, evidențierea efectului de obstrucție prin prezența unei eventuale mișcări anterioare a cuspei mitrale anterioare în sistola (SAM) sau obstrucția tractului de ejeție al ventriculului stâng (LVOTO) în repaus		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Cardiomiopatie hipertrofică	T	CT cardiac	Indicat	B	La momentul diagnosticului CMH când fereastra ecografică nu e bună și examinarea IRM e contraindicată		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Cardiomiopatie hipertrofică cu suspiciune de amiloidoză transtiretina	M	IRM cardiac	Indicat	A	Pentru diagnostic, ghidare punctie biopsie și urmărire anuală		0	0

Aparat cardiovascular	Cord	Cardiomiopatie hipertrofică cu suspiciune de amiloidoză transtiretina	N	Scintigrafie osoasă cu Tc99m pirofosfat, HDP	Doar în cazuri particulare	B	La pacienții cu suspiciune clinică de amiloidoză transtiretina scintigrafia cu Tc 99m este utilă pentru diagnostic		3	3
Aparat cardiovascular	Cord	Cardiopatii congenitale	E	Echo Doppler	Indicat	B	Transtoracic și/sau transesofagian. Date morfologice și funcționale atriale, ventriculare, aortice, origini vasculare, comunicări, diametre, gradienti, șunturi și direcția de shunt.		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Cardiopatii congenitale	M	IRM	Indicat	B	Cea mai bună evaluare morfologică ventriculară dreaptă. Date morfologice și funcționale cardiace (volume și fracție de ejeție), date dinamice de contractilitate miocardică, evidențiere șunturi și direcția șuntului, comunicări și origini vasculare. Date morfologice și funcționale valvulare.		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Cardiopatii congenitale	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	B	Evaluarea poziției și a siluetei cardiace și a aspectului circulației pulmonare. Aprecierea structurilor de vecinătate (mediastin, grilaj costal, aortă, bulă gastrică – situate)		1	1
Aparat cardiovascular	Cord	Cardiopatii congenitale	T	Angio-CT coronarian și aortic	Doar în cazuri particulare	B	Evaluarea valvei aortice și a segmentului supravalvular, diametre și aspect aortă, evaluare coarctăție, persistență de canal arterial. Nu oferă date dinamice. Util pentru planificare chirurgicală sau TAVI / TAVR.		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Embolie pulmonară	I	Insertia unui filtru în vena cavă inferioară	Doar cu aviz specializat	B	În caz de tromboză venoasă a membrelor inferioare sau venelor pelvine, inserarea unui filtru în VCI este indicat doar în câteva cazuri particulare: recidivă de embolie pulmonară în ciuda unui tratament anticoagulant eficace, extensie a emboliei pulmonare sub tratament anticoagulant sau embolie pulmonar la pacient cu contraindicație de tratament anticoagulant.	RI - PB4	2	2
Aparat cardiovascular	Cord	Embolie pulmonară	A	Angiografie invazivă	Neindicat	C	Angiografia pulmonară nu mai reprezintă tehnica de referință în diagnosticul emboliei pulmonare, locul său fiind preluat de CT-ul toracic cu contrast (angiografia CT).	RI - PB-D	3	3
Aparat cardiovascular	Cord	Explorarea non-invazivă a ischemiei miocardice	E	Ecografie de efort sau de stress	Indicat	A	Examele au valori similare și vor fi utilizate în funcție de competențele locale. Vor fi încurajate examinările ce se bazează pe proba de efort.		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Explorarea non-invazivă a ischemiei miocardice	M	IRM cardiac de stress cu adozină sau dobutamină	Indicat	A	Examele au valori similare și vor fi utilizate în funcție de competențele locale. Vor fi încurajate examinările ce se bazează pe proba de efort.		1	1
Aparat cardiovascular	Cord	Explorarea non-invazivă a ischemiei miocardice	N	Scintigrafie miocardică de perfuzie la efort sau de stress și la repaus	Indicat	A	Examele au valori similare și vor fi utilizate în funcție de competențele locale. Vor fi încurajate examinările ce se bazează pe proba de efort.		3	3
Aparat cardiovascular	Cord	HTA – evaluarea cardiacă (vezi și evaluare vasculară renală)	E	Echo Doppler	Indicat	B	Evaluarea hipertrofiei ventriculare stânga evaluare la distanță (suprenale, artere renale – vezi)		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	HTA – evaluarea cardiacă (vezi și evaluare vasculară renală)	M	IRM cardiac	Doar în cazuri particulare	B	Evaluare statică și dinamică a miocardului ventricular stâng, dilatarea, hipertrofia, volume cardiace și funcție, alte patologii (congenitale, dobândite, IMA etc). Se recomandă numai la date clinice și ecografice echivoce.		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	HTA – evaluarea cardiacă (vezi și evaluare vasculară renală)	G	Radiografie toracică	Neindicat	?			1	1
Aparat cardiovascular	Cord	Infarct miocardic în antecedente cu agravarea stării clinice	E	Echo-Doppler	Indicat	B	Detectia complicațiilor (rupturi septale, de pilieri, anevrism ventricular).		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Infarct miocardic în antecedente cu agravarea stării clinice	G	Radiografie toracică	Indicat	B	Modificari de siluetă cardiacă, circulație pulmonară (edem pulmonar), patologii pulmonară și pleurală asociată.		1	1

Aparat cardiovascular	Cord	Insuficiența cardiacă	E	Ecografia cardiacă	Indicat	A	Examinare de bază pentru diagnostic. Se poate folosi substanță de contrast pentru creșterea acurateții diagnostice.		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Insuficiența cardiacă	M	IRM cardiac	Indicat	A	După ecografie, pentru diagnostic etiologic. Măsurarea corectă și reproductibilă a volumelor și fracției de ejeție, evidențierea de arii de fibroză / cicatrice miocardică.		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Insuficiența cardiacă	A	Angiografie invazivă	Doar în cazuri particulare	A	Pentru evidențierea leziunilor coronariene semnificative; măsurarea volumelor și fracției de ejeție dacă ecografia și IRM nu se pot efectua		3	3
Aparat cardiovascular	Cord	Insuficiența cardiacă	A	Angiografie invazivă	Doar în cazuri particulare	A	Măsurarea volumelor și fracției de ejeție dacă ecografia și IRM nu se pot efectua	RI - PB-D	2	2
Aparat cardiovascular	Cord	Pericardită constrictivă	A	Cateterism cardiac drept	Indicat	A	evidențierea fiziologiei constrictive		3	3
Aparat cardiovascular	Cord	Pericardită constrictivă	A	Cateterism cardiac drept	Indicat	A		RI - PB-D	0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Pericardită constrictivă	E	Ecocardiografie transtoracică	Indicat	A	examen de bază la orice fel de pericardită		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Pericardită constrictivă	M	IRM	Indicat	A	Diagnostic și bilanț etiologic		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Pericardită constrictivă	T	CT cardiac	Indicat	A	Diagnostic și bilanț etiologic		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Pericardită cu evoluție trenantă sau recidivă	M	IRM cardiac	Indicat	A	pentru diagnostic etiologic și urmărirea funcției cardiace		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Pericardită cu evoluție trenantă sau recidivă	N	PET-CT F18-FDG	Doar în cazuri particulare	B	Pentru investigarea unei eventuale patologii tumorale		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Pericardită cu evoluție trenantă sau recidivă	T	CT cardiac	Doar în cazuri particulare	B	Indicat doar când examinarea IRM e contraindicată sau nu e accesibilă. Evidențiază calcificările pericardice.		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Pericardită simplă	E	Ecocardiografie transtoracică	Indicat	A	examen de bază la orice fel de pericardită		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Sindrom aortic acut	E	Ecocardiografie transtoracică	Indicat	A	Examen de primă intenție; examinarea va fi folosită dacă instabilitatea hemodinamică a pacientului contraindică realizarea CT-ului		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Sindrom aortic acut	T	Angio-CT	Indicat	A	Examen de primă intenție pentru bilanț exhaustiv al afectării aortice și complicațiilor		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Sindrom aortic acut	M	IRM	Doar în cazuri particulare	A	Indicat numai dacă CT-ul este contraindicat		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Sindrom aortic acut	A	Arteriografie	Neindicat	?			2	2
Aparat cardiovascular	Cord	Sindrom aortic acut	G	Radiografie toracică	Neindicat	?			1	1
Aparat cardiovascular	Cord	Sindrom coronarian acut	A	Coronarografie directă / invazivă	Indicat	B	Evaluare coronariană sau vase de by-pass bună, posibilități de evaluare dinamică (sonda FFR), cuantificare stenoze, tratament.		3	3
Aparat cardiovascular	Cord	Sindrom coronarian acut	A	Coronarografie directă / invazivă	Indicat	B	Evaluare coronariană sau vase de by-pass bună, posibilități de evaluare dinamică (sonda FFR), cuantificare stenoze, tratament.	RI - PB-D	3	3

Aparat cardiovascular	Cord	Sindrom coronarian acut	M	IRM	Indicat	B	În cursul internării sau la externare pentru aprecierea ischemiei / viabilității miocardice. Singura investigație care permite detecția edemului miocardic, evaluarea cu contrast precoce și încărcare tardivă evidențiază aria de infarct, dimensiunea, situarea (subendocardică, transmurală), miocard hibernat/stuporat (rezerva miocardică), date dinamice de contractilitate miocardică, complicații (anevrisme ventriculare), date funcționale (volume, fracție de ejeție, masă miocardică). Pentru diagnostic diferențial cu miocardita.		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Sindrom coronarian acut	N	SPECT miocardic de perfuzie sau PET-CT cu 18F-FDG	Indicat	B	În cursul internării pentru aprecierea ischemiei / viabilității miocardice.		2	2
Aparat cardiovascular	Cord	Sindrom coronarian acut	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	B	În cazul suspiciunii de edem pulmonar sau pneumonie/pleurezie.	Nu trebuie să întârzie procedura de revascularizare.	1	1
Aparat cardiovascular	Cord	Sindrom coronarian acut	T	Coronaro-CT	Doar în cazuri particulare	C	La momentul prezentării dacă laboratorul de cateterism este indisponibil / semnele clinice necaracteristice și aparatul CT permite, cu protocol pentru trombolism pulmonar / sindrom coronarian acut / sindrom aortic acut (triple rule out protocol)		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de cardiomiopatie aritmogenă de ventricul drept (CAVD), aritmii	A	Angiografia de ventricul drept	Doar în cazuri particulare	B	Nu este integrat în algoritmul de diagnostic CAVD dar poate fi util la pacienții la care eco și IRM sunt incomplete sau contraindicate		3	3
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de cardiomiopatie aritmogenă de ventricul drept, aritmii	E	Ecografie	Indicat	A	De primă intenție		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de cardiomiopatie aritmogenă de ventricul drept, aritmii	M	IRM	Indicat	B	Furnizează criteriile majore și minore pt algoritmul diagnostic a cardiomiopatiei aritmogene de ventricul drept (fibroza, tulburări de cinetica ventriculară dreaptă, diagnostic cardiomiopatii, tezurismoze). Planning chirurgical sau electrofiziologic.		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de cardiomiopatie aritmogenă de ventricul drept, aritmii	A	Angiografia de ventricul drept	Doar în cazuri particulare	B	Nu este integrat în algoritmul de diagnostic CAVD dar poate fi util la pacienții la care eco și IRM sunt incomplete sau contraindicate	RI - PB-D	0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de cardiomiopatie aritmogenă de ventricul drept, aritmii	N	Scintigrafie - Angioscintigrafie cardiacă	Doar în cazuri particulare	B	Nu este integrat în algoritmul de diagnostic CAVD dar poate fi util la pacienții la care eco și IRM nu pot fi efectuate / contraindicate		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de cardiomiopatie aritmogenă de ventricul drept, aritmii	T	CT cardiac	Doar în cazuri particulare	B	Permite evaluare electrofiziologică pretratament a anatomiei atriului stang și a auriculului stang, a venelor pulmonare, a drenajului venos cardiac.		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de cardiomiopatie aritmogenă de ventricul drept, aritmii	G	Radiografia toracică	Neindicat	?			1	1
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de cardiomiopatie sau miocardită	E	Echo Doppler	Indicat	A	Studiu detaliat al cardiomiopatiilor dilatative, hipertrofice obstructive sau neobstructive, constrictive, precum și a anomaliilor cardiace asociate. Evaluare bună VD morfologică și cinetică (contractilitate)		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de cardiomiopatie sau miocardită	M	IRM cardiac	Indicat	B	Evaluare morfologică bună, evaluare funcțională (secvență de edem, mapare T1 și T2, contractilitate VS și VD, pasaje de prim contrast și încărcare tardivă). Aprecie CM dilatativă și hipertrofică, dinamică, valori funcționale (volume cardiace, fracție de ejeție, debit cardiac, masă miocardică). Singura metodă imagistică de evidențiere a edemului și cicatricei miocardice postmiocardită (secvențe de edem și secvențe tardive postcontrast). Diagnostic diferențial cu tezurismoze (amiloid, sarcoid, sideroză).		0	0

Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de cardiomiopatie sau miocardită	N	SPECT cardiac de perfuzie	Doar în cazuri particulare	B	Diagnostic diferential al cauzelor CM ischemice în cadrul CM dilatative sau hipertrofice		4	4
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de cardiomiopatie sau miocardită	G	Radiografie toracică	Neindicat	?			1	1
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de tromboză intracardiacă	E	Ecografie transtoracică	Indicat	A	Pentru trombi atriali și ventriculari. Injectarea de substanță de contrast crește acuratețea examinării; ecografie transesofagiană pentru tromboză auriculară		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de tromboză intracardiacă	M	IRM	Indicat	A	A doua alegere dacă ecocardiografia nu e diagnostică; examinarea e de preferat pentru că nu iradiază		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de tromboză intracardiacă	T	CT cardiac	Indicat	A	Examen de a doua intenție dacă nu e disponibil IRM; furnizează informații asemănătoare IRM dar cu iradiere mare pentru ca necesită două scări postcontrast		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de valvulopatie dobandită	M	Echo Doppler	Indicat	B	De preferință transesofagian, analiza morfologiei și funcției valvulare.		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de valvulopatie dobandită	E	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Sensibilitate redusă față de ecografie în special cea transesofagiană în evaluarea statică și dinamică valvulară, gradientii transvalvulari, jeturi de stenoză și regurgitare; evaluare bună (uneori peste ecografie) a diametrului vaselor mari postvalvular (aortă, arteră pulmonară), funcției cardiace (pt decizie operatorie). Valvele metalice mai vechi necesită confirmarea compatibilității cu IRM.		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Suspiciune de valvulopatie dobandită	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	Pentru evaluare morfologică a tractului de ejecție al ventriculului stâng, valvei aortice, aortei toracice și abdominale și axelor ilio-femorale în vederea TAVI / TAVR		2	3
Aparat cardiovascular	Cord	Viabilitate miocardică	E	Ecografie cu dobutamină pentru rezerva contractilă	Indicat	A	La un pacient cu insuficiență cardiacă și leziuni coronariene extensive pentru decizie terapeutică trebuie interogată viabilitatea miocardică; cele 4 examinări au valoare similară și vor fi utilizate în funcție de competențele locale		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Viabilitate miocardică	M	IRM cardiac cu administrare de contrast și achiziție tardivă +- administrare de Dobutamină în doză mică pentru rezervă contractilă	Indicat	A	La un pacient cu insuficiență cardiacă și leziuni coronariene extensive pentru decizie terapeutică trebuie interogată viabilitatea miocardică; cele 4 examinări au valoare similară și vor fi utilizate în funcție de competențele locale		0	0
Aparat cardiovascular	Cord	Viabilitate miocardică	N	PET-CT F18-FDG	Indicat	A	La un pacient cu insuficiență cardiacă și leziuni coronariene extensive pentru decizie terapeutică trebuie interogată viabilitatea miocardică; cele 4 examinări au valoare similară și vor fi utilizate în funcție de competențele locale		2	2
Aparat cardiovascular	Cord	Viabilitate miocardică	N	Scintigrafie miocardică de perfuzie	Indicat	A	La un pacient cu insuficiență cardiacă și leziuni coronariene extensive pentru decizie terapeutică trebuie interogată viabilitatea miocardică; cele 4 examinări au valoare similară și vor fi utilizate în funcție de competențele locale		2	2
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aorta abdominală asimptomatic	E	Echografie abdominală	Indicat	B	Diagnostic frecvent întâmplător. Monitorizare în evoluție dimensională la fiecare 6 luni dacă diametru > 4 cm, la 2-3 ani la diametru sub 4 cm. Screening posibil la pacienți sex masculin peste 65-75 ani.		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă abdominală	A	Aortografie directă	Neindicat	C		RI - PB-D	2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă abdominală asimptomatic	M	IRM	Indicat	B	La pacienți ce nu pot fi evaluați Angio-CT. Fiabilă dar pacient-dependentă.		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă abdominală asimptomatic	T	Angio-CT abdominal	Indicat	A	Metodă de elecție în diagnostic. Dimensiuni, perfuzie organe abdominale, patologie asociată, complicații (tromb, disecție).		2	3

Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă abdominală asimptomatic	A	Aortografie directă	Neindicat	?			2	2
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă abdominală simptomatic	T	Angio-CT	Indicat	B	Pentru măsurători în vederea planificării operatorii, detecția complicațiilor, CT abdominal nativ urmat de secvența angio și tardivă.		2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă toracală	T	Angio-CT	Indicat	A	Cea mai fiabilă metodă de evaluare imagistică a aortei, rapidă, procesabilă 3D. Preferabil pe un aparat CT rapid, multislice (minimum 16 rânduri de detectori). Evaluare perete, lumen, ramuri dar și structuri de vecinătate (torace, plămân, mediastin).		2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă toracală	A	Angiografie aortică directă / invazivă	Doar în cazuri particulare	B	În mare parte înlocuită de Angio-CT, folosită în planning chirurgical și în timpul intervențiilor percutanate (plasare de endoproteze transfemural).		3	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă toracală	A	Angiografie aortică directă / invazivă	Doar în cazuri particulare	B	În mare parte înlocuită de Angio-CT, folosită în planning chirurgical și în timpul intervențiilor percutanate (plasare de endoproteze transfemural).	RI - PB-D	3	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă toracală	E	Echo transesofagian	Doar în cazuri particulare	B	Limitată la evaluarea crosei și aortei toracale superioare, fără evaluare pulmonară sau toracală.		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă toracală	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Când nu este posibil CT cu contrast iodat (alergie la iod etc). Dificultăți legate de pacient. Se va realiza cu gating respirator și cardiac.		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă toracală	I	Protezare endovasculară	Doar cu aviz specializat	C	Tratamentul endovascular al anevrismelor toracice este o procedură înalt specializată. Ținând cont de riscurile chirurgicale, inclusiv cel al circulației extracorporale, rezultatele preliminarilor arată un interes pentru acest procedeu ca tratament inițial.	RI - PB2	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism aortă toracală	G	Radiografie toracică	Neindicat	?			1	1
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrism de aortă abdominală	I	Protezare endovasculară	Doar cu aviz specializat	C	Tratamentul endovascular al anevrismelor aortei abdominale este o procedură rezervată în prezent bolnavilor cu risc chirurgical ridicat și urmează un protocol de realizare și evaluare bine stabilit	RI - PB2	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrisme vase periferice (iliace, femorale, popliteale, renale, mezenterice sau celiace)	T	Angio-CT periferic	Indicat	B	Diagnostic complet și regional (aortic inferior-iliac-femuro-popliteu și trifurcativ bilateral). Evaluarea eventualelor stenoze asociate.		2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrisme vase periferice (iliace, femorale, poplitee, renale, mezenterice sau celiace)	E	Echo Doppler	Indicat	B	Performanță redusă pelvin, performanță foarte bună femoro-popliteu, diagnostic, evaluare dimensională, complicații. Metoda de primă intenție. Ghid de terapie intervențională.		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Anevrisme vase periferice (iliace, femorale, poplitee, renale, mezenterice sau celiace)	M	Angio-IRM	Doar în cazuri particulare	B	La pacienții neevaluabili Angio-CT. Performanță similară cu CT însă durată mai mare ce favorizează artefactele de mișcare		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Arteriopatii periferice simptomatice (arteriopatiile asimptomatice nu necesită evaluare imagistică!)	A	Angiografie directă / invazivă	Indicat	A	Evaluare preterapeutică, performanță bună a evaluării gradului de stenoză, evaluare dinamică. E înlocuită de rutină de Angio-CT.		3	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Arteriopatii periferice simptomatice (arteriopatiile asimptomatice nu necesită evaluare imagistică!)	E	Echo Doppler	Indicat	A	Evaluare axe vasculare, stenoze, ocluzii, vitezițe transstenotice, diametre, extensie. Monitorizare postterapeutică.		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Arteriopatii periferice simptomatice (arteriopatiile asimptomatice nu necesită evaluare imagistică!)	T	Angio-CT	Indicat	B	Evaluare bilaterală, stenoze, ocluzii, diametre, extensie, circulație colaterală.		3	3

Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Arteriopatii periferice simptomatice (arteriopatiile asimptomatice nu necesită evaluare imagistică!)	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Similar CT însă cu o durată mai mare. Evaluarea plăcilor calcare este redusă, fara blooming de calciu (apreciere mai precisă a gradului de stenoză) însă cu artefacte date de calciul din placă care pot duce la supraaprecierea gradului de stenoză. La pacienți ce nu pot fi evaluați Angio-CT.		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Arteriopatii periferice simptomatice (arteriopatiile asimptomatice nu necesită evaluare imagistică!)	A	Angiografie directă / invazivă	Doar cu aviz specializat	A	Evaluare preterapeutică, performanță bună a evaluării gradului de stenoză, evaluare dinamică. E înlocuită de rutină de Angio-CT.		2	2
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Fistula de hemodializă	E	Echo Doppler	Indicat	C	Evaluare inițială înaintea montării fistulei, monitorizare apoi a permeabilității		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Fistula de hemodializă	I	Fistulografie cu angioplastie	Indicat	B	Diagnostic și tratament al complicațiilor fistulei de hemodializă.		2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Fistula de hemodializă	I	Fistulografie cu angioplastie	Indicat	B	Diagnostic și tratament al complicațiilor fistulei de hemodializă.	RI - PB4	2	2
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Hipertensiune arterială asociată cu o stenoză ateromatoasă	I	Angioplastie renală percutană/ proteză endo- vasculară	Doar în cazuri particulare	A	Hipertensiunea asociată cu o stenoză ateromatoasă a arterei renale trebuie să fie tratată clinic. Angioplastia percutană/proteza endovasculară poate fi utilă la pacienți selecționați, cu hipertensiune necontrolată medicamentos.	RI - PB1	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Hipertensiune arterială consecutiv unei fibrodilatații de arteră renală	I	Angioplastie renală percutană	Doar cu aviz specializat	B	Alegerea între angioplastie și reparație chirurgicală depinde de complexitatea și localizarea leziunii.	RI - PB1	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Insuficiență renală consecutiv unei stenoze ateromatoase	I	Angioplastie renală percutană/ proteză endo- vasculară	Neindicat	B	Aceste proceduri trebuie rezervate pentru pacienți atent selecționați.	RI - PB1	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Ischemie acută și subacută a membrelor inferioare de cauză embolică	I	Fibrinoliză/ trombo-aspirație	Indicat	B	Fibrinoliza medicamentoasă este indicată în anumite cazuri ca de ex by-pass sau tromboze precoce. Trombaspirația poate fi indicată în cazul emboliilor recente (de ex. poplitee). Cele două tehnici pot fi asociate. Sunt în evaluare în prezent materiale referitoare la trombectomie.	RI - PB1	2	2
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Ischemie cronică mezenterică	I	Dilatare/ proteză endovasculară a AMS	Indicat	B	La pacienți selecționați, această intervenție este sigură și aduce rezultate clinice interesante.	RI - PB1	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Ischemie de membru inf. (ocluzie iliacă)	I	Protezare endovasculară	Indicat	B	Atitudinea de endoprotezare de la început a leziunilor ocluzive iliace este în general admisă.	RI - PB1	2	2
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Ischemie de membru inf. (stenoză iliacă)	I	Angioplastie +/- endoprotezare	Indicat	B	Decizia de endoprotezare după angioplastie depinde de mai mulți factori, mai ales de o stenoză reziduală și/sau un gradient de presiune reziduală la nivelul zonei tranzitate cât și de localizarea, lungimea și caracteristicile leziunii.	RI - PB1	2	2
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Ischemie de membru inferior (ocluzia arterelor gambei)	I	Angioplastie tibio-peronieră	Doar cu aviz specializat	B	Dacă există o leziune steno-ocluzivă localizată la nivelul trunchiului tibio-peronier, angioplastia poate fi recomandată ca tratament de primă linie la pacienții cu ischemie critică. Procedura nu este indicată inițial în caz de claudicație simplă.	RI - PB1	2	2

Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Ischemie de membru inferior (ocluzie femurală)	I	Angioplastie femurală superficială/ poplitee	Indicat	B	Tratamentul medical este de primă intenție. Indicațiile de revascularizare sunt în funcție de stadiul clinic (claudicație sau ischemie critică, stadiu 3 și 4) și de caracteristicile leziunii. Angioplastia percutană femurală superficială și/sau poplitee este eficientă pentru restabilirea permeabilității pe termen scurt, dar pentru evitarea recurgerii la by-pass chirurgical, sunt necesare frecvent angioplastii iterative. Procentele de permeabilitate primară sunt mai bune după angioplastie decât după bypass. Poziționarea unei endoproteze poate fi indicată în caz de ocluzie, de ischemie critică și în eșecurile angioplastiei.	RI - PB1	2	2
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Malformație arterio-venoasă pulmonară	I	Angiografie pulmonară cu embolizare	Doar cu aviz specializat	B	Tratamentul prin embolizare este propus sistematic ca primă intenție.	RI - PB2	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Malformații vasculare	E	Echo Doppler	Indicat	C	Pentru anomalii accesibile echografic, evaluare a direcției de curgere, aspect, amploare, comunicări.		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Malformații vasculare	M	Angio-IRM segment de membru	Indicat	C	Evaluare nativă și contrast angio, fără informații dinamice (analiza morfologică).		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Malformații vasculare	A	Angiografie directă / invazivă	Doar în cazuri particulare	C	Uneori necesară pentru bilanț preterapeutic.		3	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Malformații vasculare	A	Angiografie directă / invazivă	Doar în cazuri particulare	C	Uneori necesară pentru bilanț preterapeutic.	RI - PB-D	2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Malformații vasculare	T	Angio-CT segment de membru	Doar în cazuri particulare	C	Pentru pacienții neevaluabili IRM și cu patologie inaccesibilă echo Doppler.		2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Obstrucție de VCS	I	Endoprotezare de VCS	Doar cu aviz specializat	B	Pacienții cu obstrucție malignă de VCS au o speranță de viață scurtă. Simptomele lor sunt severe și incomplet rezolutive sub radioterapie. Endoprotezarea este o procedură paleiativă simplă, efectuată sub anestezie locală. După poziționarea endoprotezei, majoritatea pacienților rămân asimptomatici. O recidivă simptomatică survine la aprox. 10% din pacienți și poate fi tratată printr-o nouă procedură. Poziționarea unei endoproteze trebuie să fie tratamentul primar al unei obstrucții de cavă superioară de origine tumorală, mai ales dacă există riscul ca tumora să nu răspundă rapid la chimiradioterapie. Alternativele la endoprotezare (angioplastie și intervenție chirurgicală) sunt indicate la pacienții cu stenoze benigne și la cei cu o speranță de viață mai mare.	RI - PB4	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Ocluzie venoasă la pacienți cu fistula AV de dializa	I	Angioplastie +/- endoprotezare	Doar cu aviz specializat	C	Procedura permite salvarea fistulei de dializa dacă este efectuată cât mai precoce, preferabil înainte de producerea ocluziei. Monitorizarea debitului fistulei este recomandată pentru terapia Endovasculara a stenozelor și prevenirea ocluziilor	RI -PB4	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Sindrom aortic acut	A	Arteriografie	Neindicat	C		RI - PB-D	2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Stenoza artera vertebrala simptomatica	I	Dilatare/ proteză endovasculară a AV	Indicat	B	La pacienți cu stenoze >50% în segmentele extracraniene, cu evenimente ischemice repetitive în ciuda unui tratament medicamentos optim	RI - PA3	2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Stenoza carotidiană asimptomatica	A	Arteriografie cervico-encefalica	Doar cu aviz specializat	B	În cazul discordanței dintre tehnicile noninvazive. Delimitaaza mai clar între stenoza subocluziva și ocluzie.	RI - PA-D	2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Stenoza venoasă la pacienți cu fistula AV de dializa	I	Angioplastie +/- endoprotezare	Doar cu aviz specializat	?		RI - PB4	3	4

Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Stenoza/ocluzie artera subclavie asimptomatica	I	Dilatare/ proteză endo- vasculară a AS	Indicat	C	Indicata la pacienti cu sau planificati pentru by-pass coronarian cu utilizare de graft mamar intern ipsilateral sau la pacienti cu fistula A-V ipsilateral pentru dializa; poate fi luata in calcul la pacienti cu stenoze bilateral de artere subclavii pentru monitorizarea acurata a valorilor tensionale	RI - PB1	2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Stenoza/ocluzie artera subclavie simptomatica	I	Dilatare/ proteză endovasculară a AS	Indicat	C	Stentarea cu eficacitate si patenta superioare angioplastiei (dilatarii)	RI - PB1	2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Stenoza carotidiană asimptomatică	I	Angioplastie carotidiană [C]	Doar în cazuri particulare	?	Stenoza 60% asimptomatica -nu exista indicatie demonstrata de angioplastie cu stent (se poate propune daca interventia chirurgicala e contraindicata). Stenoza radica sau restenozarea postchirurgicala - angioplastia este o alternativa.	RI - PA3	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Stenoza carotidiană simptomatică	I	Angioplastie carotidiană	Doar cu aviz specializat	B	Tratamentul recomandat pentru stenozele carotidiene rămâne pentru majoritatea cazurilor endarterectomia. Indicațiile potențiale ale tratamentului endovascular interesează pacienții cu risc chirurgical important, după cum au fost definite de studiul Sapphire: vârstă peste 80 ani, insuficiență cardiacă de clasă III/IV și o fracție de ejeecție ventriculară stângă sub 30%, intervenție chirurgicală pe cord deschis cu mai puțin de 6 săptămâni înainte, infarct miocardic recent (la peste 24 ore și mai puțin de 4 săptămâni), angor instabil (clasa CCS III/IV), boală pulmonară severă, ocluzie carotidiană controlaterală, paralizie de nerv laringeu, intervenție chirurgicală sau iradiere a gâtului, antecedente de endarterectomie carotidiană sau acces chirurgical dificil și pacienții care intră în studiile randomizate (chirurgie versus angioplastie).	RI - PA3	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Tratamentul sdr. de malperfuzie în disecțiile aortice	I	Fenestrare, endoprotezare	Doar cu aviz specializat	B	Ischemiile secundare unei disecții trebuie tratate de preferință pe cale endovasculară.	RI - PB2	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Traumatism al aortei toracice	A	Angiografia aortei toracice	Doar cu aviz specializat	B	Angiografia este utilă în cazul tratamentului de endoprotezare care, în prezent, este alternativa de referință.	RI - PB-D	2	2
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Tromboza venoasa profunda acuta	I	Filtru vena cava	Doar în cazuri particulare	C	Pacienți adulți cu orice TVP proximală acută (sau EP acută) cu contraindicații la anticoagulare sau cu sângerări active ar trebui să primească un filtru IVC (Clasa I; Nivel de dovezi B)	RI - PB4	1	2
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Tromboza venoasa profunda acuta	I	Fibrinoliză locala / trombo-aspirație	Doar cu aviz specializat	C	Clot removal by endovenous techniques may be considered for patients with symptomatic acute iliofemoral DVT to prevent or reduce post-thrombotic syndrome, ideally for patients with onset of symptoms within 21 days, good functional status, reasonable life expectancy and low risk of bleeding (IIb, B, weak, moderate). Endovenous techniques may be reasonable as first-line therapy for early thrombus removal (IIb, C, weak, low)	RI - PB4	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Tromboza venoasa profunda acuta	I	Protezare endovasculară	Doar cu aviz specializat	C	At the time of clot removal, stenting of the iliac venous system, with self-expanding metallic stents, may be considered in cases of clinically significant stenosis or extrinsic compression (IIb, C, weak, low). Stenting of the infrainguinal veins is not recommended (III, C, weak, low)	RI - PB4	3	4
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Tromboza venoasa profunda acuta	I	Fibrinoliză sistemică	Neindicat	B	Contraindicție	RI - PB4	0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Tromboză venoasă membre inferioare	E	Echo Doppler	Indicat	A	Metoda de elecție în evaluarea prezenței și extensiei trombului venos.		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Tromboză venoasă pelvină	E	Echografie + Doppler	Indicat	C	Uneori greu de efectuat datorită gazelor digestive. Suficientă în varicocele.		0	0
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Tromboză venoasă pelvină	M	IRM abdomen și pelvis cu substanță de contrast	Indicat	C	Similar CT pentru evaluarea trombozelor venoase. Net superior în evaluarea patologiei oncologice pelvine.		0	0

Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Tromboză venoasă pelvină	T	CT abdomen și pelvis cu substanță de contrast	Indicat	C	Contrast dinamic (arterial, venos). Evaluarea prezenței și extensiei trombozei. Frecvent patologie asociată determinantă (patologie oncologică pelvină). Anomalii congenitale de retur venos.		2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Tromboză venoasă pelvină	A	Flebografie pelvină	Doar în cazuri particulare	C	Evaluare dinamică și bilanț preterapeutic.		3	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Tromboză venoasă pelvină	A	Flebografie pelvină	Doar în cazuri particulare	C	Evaluare dinamică și bilanț preterapeutic.	RI - PB-D	2	3
Aparat cardiovascular	Sistem vascular	Varicocel	I	Embolizare	Indicat	A	Embolizarea este un tratament eficient în cazul hipofertilității sau de manifestări clinice ale varicocelului, cu complicații mai puține decât tratamentul chirurgical.	RI - PB4	3	4
Torace	Pleură	Epanșament pleural	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia poate fi utilizată pentru confirmarea prezenței și caracteristicilor lichidului pleural, pentru precizarea eventualelor cloazonări și ghidarea toracocentezei.		0	0
Torace	Pleură	Epanșament pleural	G	Radiografie toracică în două incidențe	Indicat	C	Radiografia poate depista mici cantități de lichid pleural.		1	1
Torace	Pleură	Epanșament pleural	T	CT torace și abdomen	Indicat	C	Este utilă în cazul caracterizării unor eventuale patologii pleurale ascunse. Poate ghida un drenaj considerat dificil. Permite studierea plămânului subiacent înainte și după evacuarea de lichid.		3	3
Torace	Pleură	Epanșament pleural	M	IRM torace cu secvență de difuzie și substanță de contrast	Doar cu aviz specializat	C	Indicat doar în cazuri rare de mezoteliom pleural sau cancer pulmonar invaziv atunci când se ia în considerare tratamentul chirurgical. Evaluează mai precis invazia pericardului, vaselor mari, diafragmului și a peretelui toracic.		0	0
Torace	Pleură	Epanșament pleural	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	C	Indicat în cazurile de înaltă suspiciune de mezoteliom sau pentru stadializare. Valoarea sa diagnostică este redusă în cazul antecedentelor talcajului pleural datorită leziunilor inflamatorii ce pot persista luni sau chiar ani.		4	4
Torace	Pleură	Pneumotorax spontan	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Nu se recomandă efectuarea în expir.		1	1
Torace	Pleură	Pneumotorax spontan	T	CT torace	Doar în cazuri particulare	C	Este indicat în cazul recidivei homo sau contralaterale pentru depistarea bulelor de emfizem, sau în cazul suspiciunii de pneumotorax pe plămân patologic.		2	2
Torace	Pulmon	Aplazie medulară	G	Radiografie toracică	Neindicat	C	Poate fi folosită în diagnosticul precoce al complicațiilor pulmonare atunci când CT-ul nu se poate efectua.		1	1
Torace	Pulmon	Astmul adultului - bilanț inițial	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	C	Radiografia este indicată la vârstnici, în cazul pacienților cu simptome atipice sau pentru diagnosticul diferențial cu afecțiuni înrudite clinic.		1	1
Torace	Pulmon	Astmul adultului - bilanț inițial	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	CT este folosit numai pentru excluderea afecțiunilor respiratorii cu simptomatologie clinică asemănătoare.		2	2
Torace	Pulmon	Bronhopneumopatia cronică obstructivă - bilanț inițial	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Radiografia trebuie efectuată în cazul suspiciunii de BPOC pentru a depista alte cauze ale simptomelor, sau comorbidități.		1	1
Torace	Pulmon	Bronhopneumopatia cronică obstructivă - bilanț inițial	T	CT	Doar în cazuri particulare	C	CT este indicat în cazul suspiciunii de emfizem sau pentru depistarea comorbidităților.		2	2
Torace	Pulmon	Bronhoree cronică	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Este sistematic efectuată pentru evidențierea unor comorbidități.		1	1
Torace	Pulmon	Bronhoree cronică	T	CT	Indicat	C	CT-ul este examenul de referință pentru depistarea dilatațiilor bronșice.		2	2
Torace	Pulmon	Bronsita acută	G	Radiografie toracică	Neindicat	?	Nu este indicată nici în cazul febrei moderate sau, în general, în absența semnelor de gravitate.		1	1

Torace	Pulmon	Contactăți de tuberculoză	G	Radiografie toracică	Indicat	B	Radiografia toracică este indicată dacă riscul de contaminare este important: contact apropiat și/sau cavitate pulmonară evidențiată radiografic la contaminator și/sau bacil acid-alcool rezistent evidențiat la examenul microscopic (BAAR) direct la contaminator. Este indicată de asemenea dacă indurația post intradermoreacție (IDR) este mai mare de 10 mm la un adult nevaccinat BCG sau vaccinat de mai mult de 10 ani.		1	1
Torace	Pulmon	Control medical înaintea angajării sau depistarea unei boli pulmonare profesionale	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	B	Radiografia toracică este indicată doar pentru câteva categorii: imigranți cu risc (provenind din zone de endemie tuberculoasă) fără radiografii recente sau anumite categorii profesionale. Efectuarea ei poate fi impusă de reglementări.		1	1
Torace	Pulmon	Diagnostic de nodul sau masă pulmonară	I	Biopsie ghidată CT	Doar cu aviz specializat	B	Biopsia pulmonară ghidată CT, efectuată în cazuri bine selecționate, are o rată mică de complicații și un randament diagnostic înalt pentru leziunile pulmonare maligne inaccesibile la fibroscopie. Ecografia poate fi utilizată pentru ghidarea biopsiei nodulilor subpleurali.	RI - PC6	3	3
Torace	Pulmon	Embolie pulmonară	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Radiografia toracică este utilă pentru a permite un diagnostic alternativ de embolie. Poate ajuta la interpretarea unei scintigrafii de perfuzie și poate evalua posibilitatea ca examenul scintigrafic de ventilație-perfuzie să nu fie elocvent.		1	1
Torace	Pulmon	Embolie pulmonară	N	Scintigrafie de ventilație (81mKr, Technegas, 99mTc DTPA) și perfuzie (99mTc MAA) pulmonară	Indicat	B	Scintigrafia pulmonară de ventilație și perfuzie, sau tomoscintigrafia (SPECT), au performanțe diagnostice foarte bune. Contraindicații: hipersensibilitatea la substanța activă sau la oricare dintre excipienți sau în caz de hipertensiune pulmonară severă. Dozele se vor ajusta la femeile însărcinate sau potențial însărcinate și la copii. Rezultatele neconcludente necesită corelare cu angiografia CT. Scintigrafia realizată în fazele inițiale constituie o referință pentru diagnosticul unei eventuale recidive și pentru controlul eficacității tratamentului anticoagulant.		2	2
Torace	Pulmon	Embolie pulmonară	T	Angio-CT arteră pulmonară cu substanță de contrast și trigger în vena cavă superioară	Indicat	A	Angio-CT cu substanță de contrast reprezintă examinarea de primă intenție pentru diagnostic în cazul suspiciunii de embolie pulmonară. Nu este indicat în urmărirea pacientului cu TEP.		3	3
Torace	Pulmon	Embolie pulmonară	E	Ecocardiografie	Doar în cazuri particulare	A	Indicată în cazul șocului cardiogenic pentru eliminarea emboliei pulmonare, identificarea diagnosticilor alternative și pentru inițierea trombolizei.		0	0
Torace	Pulmon	Embolie pulmonară	E	Ecografie Doppler venos membre inferioare	Doar în cazuri particulare	A	Indicată în cazul contraindicației Angiografiei CT pulmonare și la pacienții cu diagnostic confirmat de embolie pulmonară pentru a fi încadrați în maladia trombo-embolică.		0	0
Torace	Pulmon	Embolie pulmonară	M	IRM torace	Doar în cazuri particulare	C	Indicat la pacienții ce prezintă contraindicație la examinarea CT.		0	0
Torace	Pulmon	Embolie pulmonară	A	Angiografie invazivă	Neindicat	?	Angiografia pulmonară nu mai reprezintă tehnica de referință în diagnosticul emboliei pulmonare, locul său fiind preluat de CT-ul toracic cu contrast (angiografia CT).		2	2
Torace	Pulmon	Hemoptizie	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Radiografia toracică este primul examen imagistic ce trebuie efectuat la pacienții cu hemoptizie. Dacă radiografia este normală și hemoptizia este masivă și apărută în afara unei infecții respiratorii concomitente, este obligatorie continuarea investigațiilor.		1	1
Torace	Pulmon	Hemoptizie	T	CT	Indicat	B	Angiografia CT pulmonară, poate detecta o afecțiune malignă sau non-malignă, poate fi folosită în localizarea teritoriului afectat în vederea unei eventuale manevre intervenționale.		3	3
Torace	Pulmon	Hemoptizie	I	Angiografie bronșică +/- embolizare	Doar în cazuri particulare	B	Angiografia bronșică cu sau fără embolizare, poate salva viața pacienților cu hemoptizie masivă.		3	3

Torace	Pulmon	Hemoptizie	I	Angiografie bronșică +/- embolizare	Doar în cazuri particulare	B	Angiografia bronșică cu embolizare, poate salva, atunci când este posibilă, viața pacienților cu hemoptizie masivă.	RI - PB3	3	3
Torace	Pulmon	HIV-SIDA	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Se efectuează la pacienții HIV-pozitivi cu tuse, dispnee sau durere toracică, sau la cei imunodeprimați (limfocite T CD4 < 200/mm3) anterior administrării tratamentului antiviral. Nu este indicată la pacienții asimptomatici pulmonari, decât în cazul antecedentelor respiratorii.		1	1
Torace	Pulmon	HIV-SIDA	T	CT torace	Indicat	B	CT-ul poate fi efectuat la pacienții cu simptome respiratorii și radiografie toracică normală. Pentru diagnostic pozitiv și diferențial.		2	2
Torace	Pulmon	HIV-SIDA	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	PET-CT poate fi utilizat pentru investigarea pacienților HIV-pozitivi cu febră de origine necunoscută, furnizând elemente diagnostice complementare pertinente, mai ales în cazul TBC sau pneumocistozei.		4	4
Torace	Pulmon	Infecție a căilor aeriene superioare	G	Radiografie toracică	Neindicat	?	Nu există nici o dovadă documentată a utilității radiografiei toracice în managementul și prognosticul infecției de căi aeriene superioare.		1	1
Torace	Pulmon	Infiltrat focal persistent, de etiologie neprecizată	I	Biopsie ghidată CT	Doar cu aviz specializat	B	Comisie mixtă cu pneumolog.	RI - PC6	2	3
Torace	Pulmon	Leziuni nodulare pulmonare multiple	I	Biopsie ghidată CT	Indicat	B	Mai ales la pacienții cu antecedente personale patologice oncologice	RI - PC6	2	3
Torace	Pulmon	Leziuni pulmonare cu necroza centrală	I	Biopsie ghidată CT	Doar cu aviz specializat	B	Se recomandă examen PET CT cu 18F-fluoro0deoxyglucoza pentru a determina zona de biopsiere.	RI - PC6	3	4
Torace	Pulmon	Leziuni vasculare pulmonare	I	Biopsie ghidată CT	Neindicat	A	Nu se recomandă efectuarea unei biopsii transtoracice, în caz de suspiciune de leziune vasculară	RI - PC6	1	1
Torace	Pulmon	Maladii sistemice (conectivite, vasculite, sarcoidoză) - bilanț și supraveghere.	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Examen de primă intenție		1	1
Torace	Pulmon	Maladii sistemice (conectivite, vasculite, sarcoidoză) - bilanț și supraveghere.	T	CT torace	Indicat	C	Depistează pneumopatia infiltrativă difuză, evaluează întinderea, severitatea și reversibilitatea leziunilor precum și potențialele complicații. Pentru diagnostic pozitiv și diferențial.		2	2
Torace	Pulmon	Maladii sistemice (conectivite, vasculite, sarcoidoză) - bilanț și supraveghere.	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	C	Poate fi utilizat pentru a evalua extensia formelor grave sau pluriviscerale ale sarcoidozei. Pune în evidență intensitatea și evoluția activității inflamatorii a maladii.		4	4
Torace	Pulmon	Malformație arterio-venoasă pulmonară	I	Angiografie pulmonară cu embolizare	Doar cu aviz specializat	B	Tratamentul prin embolizare este propus sistematic ca primă intenție.	RI - PB2	3	4
Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - bilanț preterapeutic	M	IRM cerebral cu substanță de contrast	Indicat	C	Riscul crescut de metastaze cerebrale impune efectuarea unui examen imagistic cerebral CT sau IRM cu contrast.		0	0
Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - bilanț preterapeutic	N	PET-CT (F18-FDG)	Indicat	A	Performanțele PET-CT sunt ridicate în aprecierea extensiei ganglionare locoregionale și a metastazelor la distanță a tuturor leziunilor primitive pulmonare hipermetabolice, carcinoamelor microcelulare și non-microcelulare. Performanțele PET-CT sunt mai reduse în absența activității metabolice crescute a leziunii primitive și pentru depistarea localizărilor secundare cerebrale.		4	4
Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - bilanț preterapeutic	T	CT cerebral, abdomen și pelvis	Indicat	C	Pentru depistarea unor eventuale leziuni secundare sau comorbidități care pot influența tratamentul și prognosticul. Evaluarea sistematică în fereastră osoasă este recomandată pentru depistarea metastazelor scheletice.		3	3

Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - bilanț preterapeutic	M	IRM torace	Doar în cazuri particulare	B	IRM prezintă interes în evaluarea gradului de invazie a tumorilor apicale responsabile de sindromul Pancoast-Tobias. Permite aprecierea invaziei plexului brahial, vertebrelor (corpuri, găuri de conjugare, spațiu extradural și eventuala compresiune medulară) și a arterei subclaviculare. Deasemenea ajută la evidențierea unei eventuale invazii pericardice și / sau vasculare.	0	0
Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - diagnostic - suspiciune clinică	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Radiografia toracică este un examen facil ce permite orientarea rapidă. Aspectul normal radiografic nu elimină complet suspiciunea diagnostică. Orice imagine suspectă trebuie investigată CT în cel mai scurt timp.	1	1
Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - diagnostic - suspiciune clinică	T	CT cerebral, torace și abdomen cu substanță de contrast	Indicat	C	Apreciază topografia leziunii și determină modul de abordare pentru analiza histo-citologică. Trebuie efectuată înaintea bronhoscopiei, căreia îi ameliorează performanțele diagnostice. Aspectul normal nu elimină formal diagnosticul.	3	3
Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - diagnostic - suspiciune clinică	I	Puncție biopsie CT-ghidată	Doar în cazuri particulare	B	Indicată în cazul unei bronhoscopii negative sau realizată per primam în leziunile perferice. Absența celulelor tumorale la biopsie și diagnosticul alternativ nu permite eliminarea completă a diagnosticului de cancer.	2	2
Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - diagnostic - suspiciune clinică	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Performanțele diagnostice ale PET-CT F18-FDG sunt excelente, mai ales pentru nodulii mai mari de 1 cm. O leziune fără activitate metabolică crescută trebuie supravegheată radiologic. O leziune hipermetabolică trebuie biopsiată, cu excepția aspectului PET caracteristic unei etiologii infecțioase/inflamatorii. De asemenea PET-CT F18-FDG este indicat pentru stabilirea prognosticului bazat pe activitatea metabolică a cancerelor pulmonare fără celule mici.	4	4
Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - stadializare	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Indicat	B	Permite evaluarea întregului schelet osos, cu detecția metastazelor osoase și modificarea stadializării și conduitei terapeutice.	2	2
Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - supraveghere	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Este utilizată de rutină fără un beneficiu real științific dovedit.	1	1
Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - supraveghere	T	CT cerebral, torace și abdomen	Indicat	C	Indicat în cazul simptomatologiei clinice ce ridică suspiciunea unei recidive sau a metastazelor, sau în mod sistematic cu o periodicitate de 3, 6 și 12 luni după tratamentul chirurgical și apoi anual timp de 5 ani.	3	3
Torace	Pulmon	Neoplasm bronhopulmonar - supraveghere	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Indicat în completarea urmăririi prin CT, în cazul prezenței unei anomalii nedeterminate sau în cazul unor elemente clinice sau biologice ce ridică suspiciunea unei recidive. Indicat în evaluarea eficacității terapeutice (chimioterapie, terapii țintite). Permite evaluarea prognosticului pacientului în funcție de amplitudinea răspunsului la tratament. Măsoară volumul tumoral țintă înainte și după radioterapie apreciind eficacitatea acesteia.	4	4
Torace	Pulmon	Nodul pulmonar	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Indicat în cazul nodulului solid > 8 mm și în cazul bilanțului preoperator pentru evaluarea extensiei.	4	4
Torace	Pulmon	Nodul pulmonar solitar	T	CT torace	Indicat	B	CT-ul cu secțiuni fine, fără substanță de contrast, este tehnica de referință în detecția nodulilor pulmonari, propusă ca și metodă de screening de unele studii la persoanele cu risc. Caracterizarea nodulului este bazată pe criterii morfologice și pe evoluția dimensională în timp.	2	2

Torace	Pulmon	Nodul pulmonar solitar	I	Puncție-biopsie CT-ghidată	Doar în cazuri particulare	B	Numai examenul anatomopatologic permite confirmarea caracterului malign. Alegerea diverselor tehnici de prelevare se face de la caz la caz. Analiza histologică (biopsia) este preferată unui examen citologic dacă este realizabilă. Ea ameliorează rentabilitatea tehnicilor de imunotipare și biologie moleculară, fiind utilă mai ales în cazul nodulilor periferici.	2	2
Torace	Pulmon	Nodul pulmonar solitar urmărire	T	CT torace low dose	Indicat	A	CT-ul toracic de tip low-dose, fără contrast, cu secțiuni fine, reprezintă examinarea de referință în supravegherea nodulilor pulmonari, periodicitatea sa fiind dependentă de gradul de risc al pacienților și distincția între nodulii solizi și cei micști sau non-solizi (risc mare de malignitate): Noduli solizi: ≤ 4 mm - repetarea CT la persoanele cu risc se face la 12 luni și apoi se sistează dacă nodulul nu crește; repetarea CT la persoane fara risc nu este necesară; 4 - 6 mm – risc crescut – 6-12 luni și 18-24 luni; - risc scăzut – urmărire la 12 luni și apoi se sistează în absența creșterii; 6 – 8 mm – risc crescut – 3-6 luni, 9-12 luni și 24 luni; - risc scăzut – 6-12 luni, 18-24 luni; > 8 mm – indiferent de risc se repetă CT la 3, 9, 24 luni; - în condiții de creștere se indică PET-CT și/sau biopsie. Noduli semisolizi - urmărire la 3 luni - dacă nu cresc și componenta solidă este < de 5 mm se recomandă repetarea CT anual timp de cel puțin 3 ani; - dacă persistă iar componenta solidă este > de 5 mm se recomandă biopsia/rezecția. Noduli solitari în geam mat - < 5 mm nu se urmăresc; - > 5 mm - urmărire la 3, 12, 24, 36 luni. Noduli semisolizi multipli - în geam mat < 5 mm - CT la 2 și 4 ani; - în geam mat > 5 mm - CT la 3, 12, 24, 36 luni; - micști - CT la 3 luni, iar dacă persistă - biopsie/rezecție.	2	3
Torace	Pulmon	Pacienți în unități de terapie intensivă, unități de hemodializă	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia poate fi utilă, la patul bolnavului, pentru evidențierea unui epanșament pleural lichidian precum și leziunile de parenchim pulmonar	0	0
Torace	Pulmon	Pacienți în unități de terapie intensivă, unități de hemodializă	G	Radiografie toracică	Indicat	B	Interesul efectuării zilnice a radiografiei pulmonare este uneori pus sub semnul întrebării, dar unele studii arată că este utilă această practică la pacienții ventilați cu patologie acută. Radiografia este foarte utilă în caz de suspiciune de pneumotorax, modificare a simptomatologiei și după inserarea sau îndepărtarea unor dispozitive.	1	1
Torace	Pulmon	Pacienți în unități de terapie intensivă, unități de hemodializă	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	Uneori poate modifica algoritmul de tratament.	3	3
Torace	Pulmon	Pneumoconioze	T	CT torace low dose	Indicat	A	CT-ul low dose fără contrast oferă suficiente date pentru explorarea de rutină în cele mai multe situații la pacienții cu expunere importantă, pentru identificare, caracterizare și stadializare. Utilizarea contrastului intravenos poate fi utilă în cazul suspiciunii clinice de embolism pulmonar sau în caracterizarea adenopatiilor/maselor.	2	2
Torace	Pulmon	Pneumoconioze	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	A	Deși este o metodă simplă, puțin iradiantă și larg disponibilă, fiind folosită încă drept metodă de screening pe scară largă, radiografia pulmonară este insensibilă în detecția tuturor modificărilor din pneumoconioze, după cum și o radiografie pulmonară anormală nu este întotdeauna specifică pentru diagnosticul unei pneumoconioze.	1	1
Torace	Pulmon	Pneumoconioze	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Indicat în cazurile unei neoplazii grefate, în sensul diagnosticului și aprecierii determinărilor secundare. Poate fi util în identificarea unui potențial teritoriu de biopsie.	4	4
Torace	Pulmon	Pneumoconioze	M	IRM	Neindicat	?	IRM nu aduce date suplimentare în diagnosticul și monitorizarea pneumoconiozelor.	0	0

Torace	Pulmon	Pneumonia adultului: diagnostic	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Radiografia pulmonară are valoare limitată în stabilirea agentului patogen, dar este utilă în aprecierea extensiei procesului pneumonic și pentru detecția complicațiilor.	1	1
Torace	Pulmon	Pneumonia adultului: supraveghere	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	B	La un pacient devenit asimptomatic, nu este utilă efectuarea unui control radiografic ulterior. Majoritatea pacienților cu pneumonie comunitară au remisia modificărilor radiografice numai la 4 săptămâni. Această întârziere poate fi mai mare la pacienții în vârstă, la fumători, la subiecții cu afecțiuni cronice ale căilor aeriene. Efectuarea unei radiografii la aprox 6-12 săptămâni este indicată la pacienții care au simptome sau semne fizice persistente și la pacienții cu risc de malignitate (fumători și pacienți de peste 50 ani).	1	1
Torace	Pulmon	Pneumonia adultului: supraveghere	T	CT torace	Doar în cazuri particulare	C	Este indicat în cazul pneumoniilor persistente mai mult de 6-12 săptămâni.	3	3
Torace	Pulmon	Pneumopatie infiltrativă difuză	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Reprezintă examenul de primă intenție. Aproximativ 10% din pneumopatiile difuze infiltrative au un aspect radiologic normal.	1	1
Torace	Pulmon	Pneumopatie infiltrativă difuză	T	CT torace low dose	Indicat	B	CT este util în confirmarea diagnosticului de pneumopatie infiltrativă difuză, în unele situații putând oferi chiar o caracterizare lezională histo-specifică. Oferă informații valoroase despre reversibilitatea și prognosticul bolii. Diagnosticul precis impune o abordare multidisciplinară.	3	3
Torace	Pulmon	Preoperator	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	A	Screening-ul radiologic este indicat la pacienții ce urmează a fi supuși unei intervenții cardio-toracice. Pentru intervențiile non-cardio-toracice radiografia nu este indicată la pacienții sub 60 ani, dar este utilă la pacienții peste 60 ani cu afecțiuni cardio-respiratorii semnificative.	1	1
Torace	Pulmon	Supravegherea astmului	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	B	Radiografia este indicată în cazul exacerbării astmului sau în cazul suspiciunii de apariție a complicațiilor.	1	1
Torace	Pulmon	Supravegherea astmului	T	CT torace low dose	Doar cu aviz specializat	C	CT este folosit numai pentru excluderea afecțiunilor respiratorii înrudite mai ales în absența răspunsului la un tratament adecvat.	2	2
Torace	Pulmon	Supravegherea bronhopneumopatiei cronice obstructive (BPOC)	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	B	Radiografia este indicată doar dacă există exacerbări ale simptomelor sau pentru depistarea unor afecțiuni concomitente.	1	1
Torace	Pulmon	Supravegherea bronhopneumopatiei cronice obstructive (BPOC)	T	CT torace low dose	Doar în cazuri particulare	C	CT poate fi indicat după radiografia toracică dacă există exacerbări ale simptomelor sau pentru depistarea unor afecțiuni concomitente.	2	2
Torace	Pulmon	Terapie corticoidă sau imunosupresoare agresivă cu suspiciune de pneumopatie	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Se efectuează la pacienți cu simptomatologie respiratorie ca examen de primă intenție.	1	1
Torace	Pulmon	Terapie corticoidă sau imunosupresoare agresivă cu suspiciune de pneumopatie	T	CT torace	Indicat	C	CT poate fi utilizat la pacienții cu simptomatologie respiratorie și radiografie normală sau pt caracterizare suplimentară în cazul radiografiilor cu modificări.	3	3
Torace	Pulmon	Transplant de maduvă osoasă	T	CT torace	Indicat	C	Interes major în diagnosticul precoce al complicațiilor pulmonare tardive frecvente în evoluția acestor pacienți. De asemenea este posibilă și alternanța între radiografie și CT.	3	3
Torace	Pulmon	Transplant de maduvă osoasă	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	C	Poate fi folosită în diagnosticul precoce al complicațiilor pulmonare atunci când CT-ul nu se poate efectua.	1	1
Torace	Pulmon	Transplantul de organe	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Radiografia se realizează preoperator atât în cazul donatorului cât și al primitorului pentru evaluarea riscurilor neoplazice și infecțioase. Postoperator, este primul examen efectuat în cazul simptomelor respiratorii.	1	1

Torace	Pulmon	Transplantul de organe	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	Poate evidenția anomalii/variante nevizualizabile pe radiografia toracică. Are un rol major în diagnosticul precoce al complicațiilor pulmonare tardive non-infecțioase ce apar frecvent în evoluția pacienților transplantați.		3	3
Torace	Pulmon	Tuse cronică neexplicată	G	Radiografie toracică	Indicat	C	Este întotdeauna examenul de primă intenție.		1	1
Torace	Pulmon	Tuse cronică neexplicată	T	CT	Doar în cazuri particulare	C	CT-ul nu este indicat decât după eliminarea celor mai frecvente 4 cauze (85% din cazuri): rinoree posterioară, astm, reflux gastro-esofagian, tratament cu efect iatrogen bronșic - inhibitori de enzimă de conversie a angiotensinei (IEC) și, în mod particular, la fumători.		3	3
Torace	Torace	Durere toracică izolată fără cauze aparente	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	C	Cele mai multe cauze musculo-scheletale de durere toracică nespecifică nu au reprezentare pe radiografie. Radiografia toracică are rolul de eliminare a unei patologii pleuro-pulmonare.		1	1
Aparat digestiv	Abdomen	Abces pelvin	I	Drenaj ghidat	Indicat	B	Pot fi utilizate mai multe căi de abord: percutan, transperineal, transrectal, transvaginal, fesier, în funcție de localizarea anatomică, determinată de un CT prealabil. Ghidajul, ecografic sau tomografic, trebuie adaptat.	RI - PC4	3	3
Aparat digestiv	Abdomen	Abces subfrenic	I	Drenaj percutanat	Indicat	C	Este metoda de elecție, prin ghidaj ecografic sau uneori CT.	RI - PC4	0	2
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Ascită prin hipertensiune portală	I	TIPS	Doar în cazuri particulare	B	Eficacitatea este slabă, mai ales la pacienții în stadiu Child C sau cu insuficiență renală asociată, datorită riscului ridicat de complicații.	RI - PC2	3	4

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Caracterizarea unei leziuni hepatice descoperita accidental in examenul ecografic standard	E	Ecografie cu contrast inj.iv	Doar în cazuri particulare	B	Ecografia cu contrast inj.i.v. reprezinta o alternativa de diagnostic imagistic neinvaziv, neiradiant, in caracterizarea leziunilor focale hepatice decoperite accidental in examinarea ecografica de rutina. La pacientii cu ficat indemn, amelioreaza performantele diagnostice permitand diagnosticul diferential intre leziunile tumorale hepatice benigne si cele maligne.	Ecografia cu contrast este superioara evaluarii eco Doppler color și power Doppler în detectarea vascularizatiei intratumorale. Evaluarea se face in timp arterial, portal si tardiv. Pentru leziunile LR 3 este necesar abord multidisciplinar (MD) si in functie de aspect reevaluare eco cu contrast (C) sau RM +C sau CT +C la 3 luni pana la 6 luni sau biopsie. LR 4 si 5 necesita managment MD. LR-M necesita consens MD ptr management, biopsie si/sau evaluarea leziunii prin alta metoda imagistica (RM/CT). LR-TIV (tromboza tumorală intravenoasa) necesita abord MD, biopsie sau corelatia cu biomarkeri	0	0
-----------------	-----------------------------	--	---	------------------------------	----------------------------	---	---	---	---	---

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Caracterizarea unei leziuni hepatice descoperita accidental in examenul ecografic standard	I	Biopsie ghidata imagistic (ecografie, CT) a leziunii hepatice	Doar în cazuri particulare	A	Indicata in situatiile in care aspectul imagistic (CT si IRM cu contrast) este neconcludent pentru incadrarea lezionala, este caracteristic pentru carcinom hepatocelular la pacientii non-cirofici sau pentru metastaze hepatice cu punct de plecare necunoscut/incert	Ghidul CHC Journal of Hepatology 2018; 69: 182-236; criteriile neinvazive de diagnostic, bazate pe examen CT multifazic sau IRM cu contrast dinamic, pot fi aplicate doar pacientilor cirofici cu noduli > 1cm, cu caractere tipice imagistice;	0	2
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Caracterizarea unei leziuni hepatice descoperita accidental in examenul ecografic standard	I	Biopsie ghidata imagistic (ecografie, CT) a leziunii hepatice	Doar în cazuri particulare	A	Indicata in situatiile in care aspectul imagistic (CT si IRM cu contrast) este neconcludent pentru incadrarea lezionala, este caracteristic pentru carcinom hepatocelular la pacientii non-cirofici sau pentru metastaze hepatice cu punct de plecare necunoscut/incert	RI - PC-D	0	2

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Caracterizarea unei leziuni hepatice descoperita accidental in examenul ecografic standard	M	IRM abdominal cu contrast paramagnetic injectat i.v.	Doar cu aviz specializat	B	Evaluarea IRM cu contrast paramagnetic extracelular inj.i.v. reprezinta si ea o alternativa de diagnostic imagistic neinvaziv, neiradiant in caracterizarea leziunilor focale hepatice decoperite accidental in examinarea ecografica de rutina. Utilizarea in IRM a contrastului cu specificitate celulara (Gd-EOB-DTPA-Acidum Gadoxeticum) amelioreaza performantele diagnostice permitand delimitarea granitei dintre leziuni tumorale benigne hepatice si cele maligne anaplastice sau nonhepatocitare, oferind totodata si detalii functionale	IRM permite in cazul leziunilor benigne hepatice departajarea cu certitudine intre chistul biliar, hemangiom si hiperplazia nodulara focala (HNF), afirmarea unor adenoame infiltrate lipomatos sau a steatozei hepatice in harta geografica cu insule de parenchim hepatic indem incluse. In caracterizarea leziunilor de tip hemangiom intr-un ficat cirotic sau steatozic se recomanda utilizarea contrastului paramagnetic Gd-BOPTA (Multihance), iar pentru diagnosticul pozitiv al HNF se recomanda utilizarea contrastului specific hepatocitar (Acidum Gadoxeticum-Primovist). Faza hepatobiliara realizata la 20 de min de la injectare in corelatie cu examinarea postcontrast 3D T1 FS in mod dinamic, multifazica, in ponderatie de difuzie, T2 fara si cu supresia grasimii, T1 cu TE in faza si in opozitie de faza, T2 EG sunt esentiale in diagnosticul diferential dintre leziunile hepatice benigne si cele maligne	0	0
-----------------	-----------------------------	--	---	--	--------------------------	---	---	---	---	---

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Caracterizarea unei leziuni hepatice descoperita accidental in examenul ecografic standard	T	CT abdominal cu contrast injectat iv	Doar cu aviz specializat	B	CT este este o examinare neinvaziva dar iradianta, accesibila si cu o rezolutie spatiala optima, indicata in caracterizarea unei leziuni hepatice, dar performantele diagnostice ale CT abdominal sunt inferioare examinării IRM, in particular ale examinarii prin RM cu contrast specific celular;	Examinarea CT presupune evaluarea abdomenului fara si cu contrast iodat non-ionic inj.i.v., in achizitie dinamica multifazica (in faza arteriala, portala si tardiva)	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	E	Ecografie	Indicat	B	Utilă în diagnosticul inițial și în bilanțul lezional local.		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	M	IRM abdominală	Indicat	B	Utilă în bilanțul extensiei locale și hepatice; extensia longitudinală stabilește indicația terapeutică, chirurgicală, endoprotezare endoscopică, drenaj biliar.	Evaluarea IRM este metoda de electie in caracterizarea si stadializarea colangiocarcinomului (variante intrahepatica si cea care implica CB mari) precum si in evaluarea preterapeutica a cancerului vezicular biliar	0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	T	CT abdominal	Indicat	B	Util în diagnosticul leziunii tumorale biliare, precum și în bilanțul extensiei locale și la distanță		3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	PET-CT cu F18-FDG. Bilanțul pacienților cu indicație operatorie sau după descoperirea unui cancer al colecistului la examen histologic postoperator pentru decizia asupra unei eventuale reintervenții.		3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Biopsie ghidată imagistic	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic sau cancerul de veziculă biliară avansat local/ inoperabil	Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol (2016) 27 (suppl 5): v28-v37	3	4

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Biopsie ghidată imagistic	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic sau cancerul de veziculă biliară avansat local/ inoperabil	Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol (2016) 27 (suppl 5): v28-v37	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Biopsie ghidată imagistic	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic sau cancerul de veziculă biliară avansat local/ inoperabil	RI - PC6	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Drenaj biliar extern, intern si endoprotezare percutană	Doar cu aviz specializat	B	Metode indicate pentru reducerea icterului, în cadrul managementului bolii local avansate, inoperabile	Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol (2016) 27 (suppl 5): v28-v37	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Drenaj biliar extern, intern si endoprotezare percutană	Doar cu aviz specializat	B	Metode indicate pentru reducerea icterului, în cadrul managementului bolii local avansate, inoperabile	Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol (2016) 27 (suppl 5): v28-v37	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Drenaj biliar extern, intern si endoprotezare percutană	Doar cu aviz specializat	B	Metode indicate pentru reducerea icterului, în cadrul managementului bolii local avansate, inoperabile	RI - PC4	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Radioembolizare cu microsferă Y-90	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic avansat local sau metastatic	Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol (2016) 27 (suppl 5): v28-v37	3	4

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Radioembolizare cu microsferă Y-90	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic avansat local sau metastatic	Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol (2016) 27 (suppl 5): v28-v37	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Radioembolizare cu microsferă Y-90	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic avansat local sau metastatic	RI - PB6	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Ciroză hepatică. Caracterizarea unui nodul hepatic	E	Ecografie abdominală și eco Doppler	Indicat	A	Ecografia (ultrasonografia-US) hepatică și evaluarea eco Doppler au un rol important în depistarea carcinomului hepatocelular, în caracterizarea unui nodul hepatic și în evaluarea sistemului port, a venelor hepatice, VCI și a arterei hepatice. În cazurile în care examinarea eco este negativă (US-1) adică nu se individualizează leziuni hepatice suspecte, monitorizarea se va face la 6 luni. Dacă leziunea este cu dimensiuni sub 10 mm și/sau aspectul nodulului hepatic nu prezintă caractere tipice de benignitate (US-2) evaluarea ecografică se repetă la 3-6 luni. Pentru leziunile cu dimensiuni egale sau mai mari de 10 mm cu caractere incerte de benignitate sau care asociază tromboza venoasă nouă aparută (US-3), se recomandă în completare evaluare ecografică multifazică cu contrast inj. i.v., sau evaluare IRM multifazică cu contrast inj. i.v. sau evaluare CT multifazică cu contrast inj. i.v.	Atenție la aspectul ecografic global al parenchimului hepatic. Aspect omogen (scor US-A: fără limitări); aspect parțial heterogen ce poate duce la mascarea unor leziuni hepatice de mici dimensiuni și la imposibilitatea analizei unor arii din parenchimul hepatic sau diafragm (scor US-B: limitări moderate); aspect intens heterogen, peste 50% din ficat nonvizualizabil sau peste 50% din diafragm nonvizualizabil (scor US-C: limitări majore)	0	0

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Ciroză hepatică. Caracterizarea unui nodul hepatic	M	IRM abdominal cu contrast, de preferat contrast specific celular	Indicat	A	Examen de referință, cu indicație de elecție în caracterizarea unui nodul hepatic nou aparut într-un ficat cirotic descoperit printr-o evaluare ecografică de supraveghere. IRM reprezintă cea mai performantă metodă de diagnostic imagistic neinvaziv în caracterizarea nodulilor din ficatul cirotic.	Aparat IRM de 1.5 sau 3 T; antena în rețea fazată. IRM multiparametrică are rol în caracterizare, detectia altor leziuni, în evaluarea pre-/ și postterapeutică a nodulului/nodurilor tumorale (postchirurgicale, post proceduri de radiologie intervențională, post tratament oncologic). IRM permite cuantificarea patologiilor de depozit, a gradului de fibroză hepatică și obținerea de date funcționale atunci când se utilizează contrastul specific hepatocitar. În cazurile în care examinarea IRM este neconcludentă (pacient neccoperant), se indică examinarea CT cu contrast inj. i.v.	0	0
-----------------	-----------------------------	---	---	--	---------	---	--	---	---	---

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Ciroză hepatică. Caracterizarea unui nodul hepatic	T	CT abdominal cu contrast	Indicat	B	CT este indicată în cazurile în care examinarea IRM este neconcludentă, contraindicată, sau nerealizabilă datorită condiției clinice alterate a pacientului, pentru caracterizarea unui nodul hepatic nou apărut într-un ficat cirotic descoperit printr-o evaluare ecografică de supraveghere. Obligatoriu se realizează un pasaj CT fără contrast urmat de o examinare CT multislice dinamică cu contrast în faze multiple (timp arterial tardiv, portal și fază tardivă) cu reconstrucții multiplanare în plan coronal și /sau coronal oblic. CT permite monitorizarea răspunsului postoperator (postchirurgical, postproceduri de radiologie interventională, posttratament oncologic)	CT multislice fără și cu contrast inj.i.v. : depistarea, confirmarea și caracterizarea unui nodul/unor noduli suspect (i) ecografic; bilanțul hipertensiunii portale. Detectia trombozei de vena portă și a variantelor anatomice din circulația arterială, portală și a venelor hepatice. Detectia sângerării intratorale sau a hemoperitoneului. detectia altor leziuni descoperite incidental în etajul abdominal.	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Ciroză hepatică. Caracterizarea unui nodul hepatic	E	Ecografie hepatică cu contrast	Doar în cazuri particulare	B	Utilă atunci când evaluarea IRM este neconcludentă sau contraindicată, în caracterizarea unui nodul hepatic nou apărut într-un ficat cirotic descoperit printr-o evaluare ecografică de supraveghere		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Ciroză hepatică. Caracterizarea unui nodul hepatic	N	PET-CT (F18-cholina)	Doar cu aviz specializat	B	PET-CT cu cholina este indicată în caracterizarea unui nodul hepatic tip carcinom hepatocelular bine diferentiat. PET-CT cu F18-FDG este utilă pentru evaluarea determinărilor secundare sau a unui neoplasm de cai biliare la subiecții cu risc crescut, de exemplu într-un context de colangită sclerozantă.		3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Colecistită acută	I	Colecistostomie percutană	Doar în cazuri particulare	B	Este utilă în diagnosticul anumitor colecistite alitiactice. Drenajul este indicat la pacienții fragili. Colecistectomia este discutată în al doilea plan.	RI - PC3	3	4

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Detectia unei leziuni hepatice de tip primar/secundar	E	Ecografie abdominala	Indicat	A	Ecografia abdominala reprezinta examenul de prima intentie in evaluarea parenchimului hepatic, in cazurile in care exista suspiciunea clinica de tumora hepatica sau in contextul unui pacient oncologic.	Metoda imagistica neinvaziva, neiradianta, repetabila in timp, operator si pacient dependenta. Sub ghidaj ecografic in cazul nodulilor hepatici cu substrat incert se pot realiza punctii biopsii diagnostice	0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Hepatocarciom	I	Chemoembolizare intraarterială	Doar cu aviz specializat	A	Pentru hepatocarcinomul clasificat BCLC B	Hepatocellular carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up - Ann Oncol (2018) 29 (suppl 4): iv328-iv255	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Hepatocarciom	I	Chemoembolizare intraarterială	Doar cu aviz specializat	A	Pentru hepatocarcinomul clasificat BCLC B	RI - PB6	2	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Hepatopatie cronica difuza	I	Biopsie hepatica transjugulara	Doar în cazuri particulare	?	La pacienti cu hepatopatii cronice, cu coagulopatii.	RI - PC6	2	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Icter	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia este un examen de prima intenție, fiind o explorare de referință pentru a stabili existența unei dilatații de căi biliare, precum și pentru a evidenția locul unui eventual obstacol biliar. Ecografia permite totodată eventuala orientare către explorări suplimentare în stabilirea diagnosticului.		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Icter	D	Echoendoscopia	Doar în cazuri particulare	B	Metodă foarte eficientă pentru evaluarea obstacolelor biliare jos situate și de dimensiuni mici (ampulom, cancer pancreatic mic, litiază coledociană), mai ales în condițiile unui examen IRM neconcludent (deși mai puțin invaziv). Permite totodată și un diagnostic histologic dacă este asociată cu o biopsie.		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Icter	I	ERCP	Doar în cazuri particulare	B	Utilă când se efectuează cu scop terapeutic (sfincterotomie, montare de proteză, extracție de calcul). Indicațiile în scop pur diagnostic au devenit excepționale, având în vedere performanțele diagnostice ale cholangio-IRM-ului și/sau ale echoendoscopiei (aproape întotdeauna realizate înaintea ERCP).		3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Icter	I	ERCP	Doar în cazuri particulare	B	Utilă când se efectuează cu scop terapeutic (sfincterotomie, montare de proteză, extracție de calcul). Indicațiile în scop pur diagnostic au devenit excepționale, având în vedere performanțele diagnostice ale cholangio-IRM-ului și/sau ale echoendoscopiei (aproape întotdeauna realizate înaintea ERCP).	RI - PC8	3	3

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Icter	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Examenul IRM cu secvențe cholangio-IRM este cea mai utilă tehnică de imagistică neinvazivă pentru explorarea căilor biliare: în diagnosticul litiazei biliare intra sau extrahepatice, pentru explorarea unei cholangite sclerozante sau pentru evaluarea unui cancer de căi biliare sau de pancreas.	Evaluarea IRM cu contrast paramagnetic specific celular (Gd-EOB-DTPA) permite caracterizarea, stadializarea și urmărirea postterapeutică a leziunilor tumorale cu punct de plecare în epiteliul biliar, oferind și date funcționale. Este extrem de utilă în evaluarea complicațiilor bilare posttransplant hepatic (de ex. stenoze, fistule)	0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Icter	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	CT-ul este un examen de a doua intenție, în funcție de datele obținute la ecografie. În context particular clinico-biologic poate fi considerat și un examen de primă intenție. În situația unei obstrucții biliare de cauză tumorală, CT-ul permite precizarea localizării tumorii, caracterizarea naturii sale, precum și evaluarea extensiei tumorale. În completarea examenului CT, explorarea cholangio-IRM poate fi utilă pentru cartografierea căilor biliare. În caz de obstrucția litiazică, CT-ul poate avea rezultat fals negativ pentru etiologia obstacolului. În aceste situații, cholangio-IRM sau ecografia pot decela calculi nevizualizabili CT.		3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Metastaze hepatice, bilanț de rezecabilitate	T	CT toraco-abdomino-pelvin	Indicat	B	CT este util în bilanțul bolii metastatice extrahepatice, în realizarea unei volumetrii hepatice sau a evaluării circulației arteriale și portale intra-/extrahepatice. Examenul CT este superior evaluării ecografice în detectia metastazelor hepatice de mici dimensiuni și la pacienții cu examinare ecografică hepatică normală dar cu suspiciune clinico-biologică de boală metastatică. CT este util și în cazul în care examinarea IRM este contraindicată, imposibil de realizat sau noncontributiv pentru diagnostic. CT este indicat și în monitorizarea răspunsului terapeutic	Permite totodată evaluarea axelor vasculare intra-/extrahepatice și a relației dintre metastaze și structurile vasculare adiacente	3	4

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Metastaze hepatice, bilant de rezecabilitate	E	Ecografie abdominala	Doar în cazuri particulare	A	Performanta inferioara evaluarii IRM, CT si PET-CT. Poate ajuta in anumite cazuri in luarea deciziei pentru o procedura radio-imagistica interventionala (de ex. Ablatia prin radiofrecventa)	Ecografia Doppler permite: precizarea rapoartelor vasculare si topografia hepatica sectoriala	0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Metastaze hepatice, bilant de rezecabilitate	E	Ecografie hepatica intraoperatorie cu contrast	Doar în cazuri particulare	B	Indicata pentru evaluarea intraoperatorie a raportului cu vasele hepatice sau caile biliare si ghidarea procedurilor de ablatie sau rezectie		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Metastaze hepatice, bilant de rezecabilitate	M	IRM abdominal	Doar cu aviz specializat	A	Examenul IRM este cel mai performant pentru detectie si bilantul preterapeutic. Utilizarea secvenței de difuzie (harta ADC) si a contrastului cu specificitate celulara (Gd-EOB-DTPA) cresc performantele diagnostice	Permite totodata evaluarea relatiei existente intre metastaze, caile biliare si axele vasculare adiacente	0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Metastaze hepatice, bilant de rezecabilitate	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	PET-CT cu F18-FDG este indicat in bilantul complet al metastazelor intra-/si extrahepatice, contribuind la modificarea indicatiei operatorii		3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Obstrucție biliară înaltă	I	Colangiografie percutană cu sau fără drenaj	Doar în cazuri particulare	B	Metoda de abord depinde de cauza obstrucției, de localizarea sa exactă și de competență. Bilanțul morfologic al afectării biliare poate fi efectuat prin CPRM, care permite discutarea prealabilă a necesității unui drenaj.	RI - PC4	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Obstrucție biliară joasă	I	Colangiografie percutană cu sau fără drenaj	Doar în cazuri particulare	B	În general, abordul endoscopic este preferat pentru obstrucțiile joase. Totuși abordul percutan este o alternativă, în funcție de competențele locale, uneori cu funcție complementară abordului endoscopic.	RI - PC3	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită acută	E	Ecografie	Indicat	B	Trebuie efectuată precoce pentru investigarea litiazei veziculare pentru a avea un argument în favoarea originii biliare a pancreatitei. Prezintă un rol limitat în investigarea parenchimului pancreatic. Nu este utilă în evaluarea severității pancreatitei. Utilizata in monitorizarea colectiilor fluide.	Sub ghidaj ecografic se pot realiza la distanta de puseul acut drenajul unor colectii fluide cloazonate sau a pseudochisturilor	0	0

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită acută	T	CT	Indicat	B	Indicație de primă intenție. În primele zile de la debut, aspectul imagistic nu se corelează cu severitatea clinică, iar sensibilitatea CT este redusă pentru depistarea semnelor de pancreatită necrotică, prin urmare, examinarea inițială este mai utilă în zilele 5-7 de evoluție, când atât necroza, cât și complicațiile locale, sunt bine puse în evidență. Permite stabilirea diagnosticului și precizarea stadiului și severității, mai ales determinând întinderea necrozei și a colecțiilor necrotice peripancreatice. De asemenea este utilă în evaluarea complicațiilor și în urmărirea evoluției, în special a cazurilor inițial severe.	Clasificarea Atlanta revizuita 2012 . Sub ghidaj CT se pot realiza la distanță de puseul acut drenajul unor colecții fluide cloazonate sau a pseudochisturilor	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită acută	G	Rg. abdominală simplă / toracopulmonara (in ortostatism)	Doar în cazuri particulare	B	Atunci când pancreatita acută se prezintă sub forma unei dureri abdominale nespecifice; rg. abdominala simplă este utilă pentru diagnosticul sdr. ocluziv și/ sau a perforației; rg. toracică utilă pentru evidențierea pleureziilor și a pneumoperitoneului.		2	2
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită acută	M	IRM	Doar în cazuri particulare	C	Indicație de a doua intenție. Permite confirmarea diagnosticului, precizează severitatea pancreatitei, precum și morbiditatea și mortalitatea, în cazul unei contraindicații privind examenul CT. Colangio-IRM utilă în detectarea litiarei la nivelul căii biliare principale. Utilizată la distanță de episodul acut pentru evaluarea etiologiei.	Evaluarea IRM , in particular secvențele de colangiopancreatografie- RM permit evaluarea anomaliilor congenitate pancreatice si a celor care implica caile biliare si ductul Wirsung. Sunt extrem de utile in detectia litiarei biliare si de duct pancreatic, precum si in evaluarea ampulei Vater	0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită acută	D	Ecoendoscopie	Doar cu aviz specializat	A	Utilă pentru infirmarea sau confirmarea prezenței unui calcul la nivelul căii biliare principale, în cazul în care tratamentul endoscopic intervențional este avut în vedere. Utilizată la distanță de episodul acut pentru evaluarea etiologiei.		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită acută	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	C	Scop terapeutic în caz de angiocolangită severă.		3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită acută	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	C	Scop terapeutic în caz de angiocolangită severă.	RI - PC8	3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită cronică	E	Ecografie	Indicat	B	Poate permite diagnosticul de pancreatită cronică avansată. Poate evidenția dilatația de duct Wirsung și anumite complicații (pseudochiste, tromboză, obstacol biliar).		0	0

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită cronică	M	IRM / colangio-IRM	Indicat	B	IRM si CPRM sunt utile în evaluarea modificărilor precoce ale pancreatitei cornice. Este recomandată utilizarea secreției (dacă este disponibilă) pentru studiul ductului Wirsung și al canalelor eferente. De asemenea CPRM este utilă în caz de complicație biliară, în vederea optimizării deciziei terapeutice		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită cronică	T	CT	Indicat	B	Permite efectuarea unui bilanț global (fistule, pseudochiste, afectare vasculară). Caracterizare optimă a calcificărilor pancreatice. Rol limitat în evaluarea modificărilor parenchimoase precoce.		3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită cronică	D	Ecoendoscopie	Doar cu aviz specializat	B	Poate fi utilă în detectarea pancreatitei cronice la debut. În cazul suspiciunii de tumoră pancreatică, utilă în realizarea puncției bioptice.		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită cronică	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	B	Pentru tratamentul stenozelor ductale semnificative.		3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită cronică	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	B	Pentru tratamentul stenozelor ductale semnificative.		3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită cronică	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	B	Pentru tratamentul stenozelor ductale semnificative.	RI - PC8	3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Pancreatită cronică	G	Rg. abdominală simplă	Neindicat	B			2	2
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Patologie biliară (în particular litiazică)	E	Ecografie	Indicat	B	Este investigația de primă intenție pentru decelarea unei litiazii colecistice sau intrahepatice. Nu permite excluderea cu certitudine a litiazii coledociene.		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Patologie biliară (în particular litiazică)	M	IRM abdominală	Indicat	B	Evaluarea IRM cu secvențe de colangio-RM (CRM), completează ecografia, prin evidențierea cu acuratețe a anomaliilor congenitale și dobândite care interesează CB intra-/și extrahepatice, în particular coledocul distal. Permite totodată și explorarea eventualelor leziuni hepatice asociate (de ex. abcese hepatice asociate modificărilor de tip colangitic). CRM reprezintă metoda de elecție în evaluarea arborelui biliar la donatorul hepatic.		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Patologie biliară (în particular litiazică)	D	Ecoendoscopie	Doar în cazuri particulare	B	Metodă foarte eficientă pentru decelarea leziunilor coledociene și ampulare, mai ales în situațiile neconcludente IRM (care este mai puțin invazivă).		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Patologie biliară (în particular litiazică)	I	ERCP	Doar în cazuri particulare	B	Metodă utilă în scop terapeutic.		3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Patologie biliară (în particular litiazică)	I	ERCP	Doar în cazuri particulare	B	Metodă utilă în scop terapeutic.	RI - PC8	3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Patologie biliară (în particular litiazică)	T	CT abdominal	Doar în cazuri particulare	B	Este util pentru evaluarea peretelui vezicular, mai ales în cazul unei tumori veziculare sau al unei colecistite complicate. Rol limitat în investigarea cauzei obstrucției biliare: în caz de patologie litiazică, CT-ul poate fi fals-negativ (un calcul invizibil CT trebuie căutat prin ecografie, apoi prin colangio-IRM).		3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Patologie biliară (în particular litiazică)	G	Radiografie abdominală simplă	Neindicat	C	Doar 10% din calculii biliari sunt calcificați și vizibili pe radiografia abdominală simplă.		2	2

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Stadializarea unei tumori hepatice primare (ex.carcinom hepatocelular)	M	IRM abdominal cu contrast	Indicat	B	IRM reprezinta metoda optima de diagnostic si stadializare (T) a unei tumori hepatice (de ex.carcinom hepatocelular -CHC) in vederea unui management corect: tratament chirurgical vs nonchirurgical (interventional radio-imagistic, oncologic). Utilizarea produsilor de contrast paramagnetici cu specificitate celulara (cu realizarea achizitiei 3D T1 dinamice multifazice si a fazei hepato-biliare) imbunatateste performantele diagnostice ale evaluarii IRM, mai ales in cazurile in care nodulul se dezvolta intr-un ficat cu o patologie de depozit sau in cadrul unei hepatopatii cronice. Reprezinta examenul cel mai performant in detectarea de noduli tumoralii suplimentari. Permite evaluarea structurilor vasculare intra-/extrahepatice, a arborelui biliar si diferentierea intre un tromb tumoral si unul cruoric. Este metoda de referinta pentru aprecierea raspunsului terapeutic in nodulii tumoralii tratati prin proceduri de radiologie interventionala (evidentierea tesutului tumoral viabil)		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Stadializarea unei tumori hepatice primare (ex.carcinom hepatocelular)	T	CT abdominal cu contrast injectat iv	Indicat	B	CT permite evaluarea extensiei tumorale (stadializarea T, N si M a CHC) si este indicata, inclusiv-la pacientii supraponderali, cu stare clinica alterata sau la pacientii necooperanti; achizitia trebuie sa fie multifazica (arterio-portala, timp portal si tardiv);-CT permite evaluarea metastazelor (M) la distanta (osoase, pulmonare, cerebrale, etc) si aprecierea adenopatiilor dimensional patologice in zonele explorate. Permite evaluarea structurilor vasculare intra-/extrahepatice si diferentierea intre un tromb tumoral si unul cruoric. Reprezinta examenul de electie in aprecierea variantelor arteriale din circulatia hepatica, portale, vv hepatice si vena cava inferioara (VCI). Este utila si in aprecierea raspunsului postterapeutic	Metoda accesibila, rapida cu o rezolutie spatiala excelenta. Este indicata in diagnosticul si stadializarea CHC, la pacientii cu ciroza hepatica aflati pe lista de transplant hepatic si pentru evaluarea pacientilor oncologici care asociaza ciroza hepatica. Permite realizarea volumetriei hepatice si a celei tumorale. Este metoda de electie in evaluarea donatorului hepatic prin detaliile pe care le ofera aprope de vascularizatia hepatica, densitometria parenchimului si volumetrie	3	4

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Stadializarea unei tumori hepatice primare (ex.carcinom hepatocelular)	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	A	PET-CT cu F18-FDG este indicat in formele prost diferite de CHC, pentru evaluarea metastazelor intra-/extrahepatice, aspecte importante in cazurile in care se preconizeaza transplantul hepatic	Metoda de imagistica hibrida, neinvaziva dar iradianta	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Suspiciune de fistulă biliară-antecedente chirurgicale recente	E	Ecografie	Indicat	C	Examen indicat de primă intenție în decelarea unei colecții sau a unui revarsat lichidian perihepatic, precum și în monitorizarea lichidului de ascita.		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Suspiciune de fistulă biliară-antecedente chirurgicale recente	T	CT abdominal	Indicat	C	Examen indicat în cazul în care ecografia decelează colecții intraperitoneale sau lichid peritoneal		2	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Suspiciune de fistulă biliară-antecedente chirurgicale recente	I	Colangiografia prin opacifierea directă a căilor biliare	Doar în cazuri particulare	B	Tehnici cu viză: a) diagnostică rezervate explorării intraoperatorii în cazurile de litiază coledociană sau leziune iatrogenă de cale biliară și explorării postoperatorii precoce la pacienții cu drenaj biliar extern pe tub T; în a doua situație, opacifierea căilor biliare pe tubul de dren poate fi urmată de radiografie abdominală sau examen CT abdominal superior; b) terapeutică pentru extracția calculilor restanți, tratamentul stenozelor sau fistulelor (prin endoprotezare) cu abord percutan (pe tubul de dren chirurgical sau prin colangiografie percutană transhepatică) sau endoscopic.		3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Suspiciune de fistulă biliară-antecedente chirurgicale recente	I	Colangiografia prin opacifierea directă a căilor biliare	Doar în cazuri particulare	B	Tehnici cu viză: a) diagnostică rezervate explorării intraoperatorii în cazurile de litiază coledociană sau leziune iatrogenă de cale biliară și explorării postoperatorii precoce la pacienții cu drenaj biliar extern pe tub T; în a doua situație, opacifierea căilor biliare pe tubul de dren poate fi urmată de radiografie abdominală sau examen CT abdominal superior; b) terapeutică pentru extracția calculilor restanți, tratamentul stenozelor sau fistulelor (prin endoprotezare) cu abord percutan (pe tubul de dren chirurgical sau prin colangiografie percutană transhepatică) sau endoscopic.	RI - P88	3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Suspiciune de fistulă biliară-antecedente chirurgicale recente	M	IRM abdominală	Doar în cazuri particulare	C	Detecția localizării fistulei poate fi efectuată prin examen cholangio-IRM cu necesitatea utilizării unui produs de contrast cu specificitate hepatocitară, cu eliminare biliară.	Evaluarea RM în timp hepatobiliar (la aprox.20 de min.de la injectarea contrastului cu specificitate celulara și în unele cazuri peste 20 de min, în corelație cu funcția hepatocitară și eventuala obstrucție biliară) permite evidențierea extravazării contrastului pozitiv din lumenul biliar și acumularea lui la nivelul biliomului	0	0

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumora pancreasului exocrin	E	Ecografie	Indicat	B	Indicație de primă intenție în cazul unei suspiciuni de leziune pancreatică, dar cu sensibilitate medie. Valoare limitată în evaluarea bilanțului extensiei unei tumori pancreatice.		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumora pancreasului exocrin	T	CT	Indicat	B	Examen de referință pentru diagnosticul și bilanțul extensiei unei tumori pancreatice. Un avantaj important îl reprezintă posibilitatea de a efectua reconstrucții de tip angiografic. Este necesară și evaluarea toracelui.	Evaluarea CT multislice cu contrast inj.i.v. permite, prin analiza relației dintre tumora și axele vasculare arteriale și din circulația portala, a criteriilor de rezecabilitate, borderline sau de nonrezecabilitate	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumora pancreasului exocrin	D	Ecoendoscopie	Doar în cazuri particulare	B	Este utilă în cazuri particulare (tumora de mici dimensiuni nonvizualizabilă prin examinare CT sau IRM) sau pentru realizarea unei biopsii diagnostice		0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumora pancreasului exocrin	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Util în unele cazuri, privind caracterizarea leziunii sau bilanțul extensiei, în particular la nivel hepatic.	Examinare IRM în ponderație T1 cu supresia grăsimii prezintă o excelență rezoluție în contrast în detectia nodulului tumoral	0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumora pancreasului exocrin	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	A	PET cu F18-FDG util în diagnosticul tumorilor maligne (tumoră mică, tumoră intracanalară papilară mucinoasă a pancreasului), precum și în bilanțul extensiei la distanță a tumorilor maligne rezecabile. De asemenea este indicat în diagnosticul diferențial între cancerul pancreatic și pancreatita cronică (formă pseudotumorală).		3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumora pancreasului exocrin	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	B	Prezintă un rol terapeutic - montarea unei proteze biliare.		3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumora pancreasului exocrin	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	B	Prezintă un rol terapeutic - montarea unei proteze biliare.		3	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumora pancreasului exocrin	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	B	Prezintă un rol terapeutic - montarea unei proteze biliare.	RI - PC8	3	3

Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumără endocrină pancreatică	D	Ecoendoscopie	Indicat	B	Performante discret superioare evaluării CT și IRM în detectia tumorii primare	In corelație cu evaluarea CT sau IRM permite creșterea randamentului diagnostic	0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumără endocrină pancreatică	M	IRM	Indicat	B	IRM are rol în detectarea și localizarea leziunilor tumorale (în special raportul cu ductul pancreatic, pentru leziunile care pot beneficia de rezecții limitate), precum și în bilanțul extensiei tumorale fiind superioară examinării CT în bilanțul determinărilor metastatice la nivelul parenchimului hepatic	Gastroenteropancreatic Neuroendocrine Neoplasms: ESMO Clinical Practice Guidelines for Diagnosis, Treatment and Follow-up. Ann Oncol 2020; 31(5):	0	0
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumără endocrină pancreatică	N	Scintigrafia (sau PET-CT) cu analogi ai receptorilor de somatostatina radiomarcata	Indicat	A	Detectarea și stadializarea tumorilor endocrine pancreatice bine diferențiate.		3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumără endocrină pancreatică	T	CT	Indicat	B	CT are rol în detectarea și localizarea leziunilor tumorale, în bilanțul extensiei tumorale și evidențierea variantelor anatomice arteriale, ductale biliare sau pancreatice.	Protocolul CT pentru pancreas include o fază arterială la 45–50 secunde după injectarea c.i.v. și o fază portală la 70 secunde.	3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumără endocrină pancreatică	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	A	Detectarea, stadializarea și restadializarea tumorilor pancreasului endocrin slab diferențiate.		3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumără endocrină pancreatică	N	PET-CT cu F18-FDOPA	Doar în cazuri particulare	A	Evidențierea unei hiperplazii focale a celulelor beta pancreatice în caz de hiperinsulinism la copii.		3	4
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumără hepatică ce necesită biopsie	I	Biopsie hepatică ghidată	Indicat	A	Metoda de ghidaj (ecografie, CT) este variabilă în funcție de centrul în care se efectuează, de topografia leziunii și de indicații. Necesită verificarea în prealabil a hemostazei.	RI - PC1	0	3
Aparat digestiv	Ficat, colecist și pancreas	Tumără hepatică nerezekabilă	I	Radiofrecvență percutană	Doar cu aviz specializat	B	Criteriile de reușită țin de numărul și de dimensiunea leziunilor. Indicație trebuie discutată la pacienții la care nu se poate practica rezecția chirurgicală a tumorii.	RI - PC1	3	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severă - traumatisme hepatice hemodinamic instabile - embolizare în urgență	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La un pacient hemodinamic foarte instabil care nu răspunde la umplere hemodinamică, conduita trebuie să fie chirurgicală în primă intenție.		4	4

Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme hepatice hemodinamic instabile - embolizare in urgenta	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La un pacient hemodinamic foarte instabil care nu raspunde la umplere hemodinamică, conduita trebuie să fie chirurgicală în primă intenție.	4	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme hepatice hemodinamic instabile - embolizare in urgenta	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La un pacient hemodinamic foarte instabil care nu raspunde la umplere hemodinamica, conduita trebuie sa fie chirurgicala in prima intentie.	4	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme hepatice hemodinamic instabile - embolizare in urgenta	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La un pacient hemodinamic foarte instabil care nu raspunde la umplere hemodinamica, conduita trebuie sa fie chirurgicala in prima intentie.	4	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme hepatice hemodinamic stabile - embolizare in urgenta	I	Arteriografie cu embolizare	Indicat	B	Indică de urgență dacă a) se evidențiază extravazare de produs de contrast la CT (= sângerare activă); b) după laparotomie, persistă sângerarea arterială la un pacient stabil hemodinamic sau instabil, dar care răspunde bine la umplere. In caz de persistență a unei sângerari arteriale inaccesibile unui gest chirurgical de hemostază, embolizarea poate fi indicată ca gest de a doua intenție - gesturi terapeutice multidisciplinare . Embolizarea trebuie sa fie distala si selectiva.	4	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme hepatice hemodinamic stabile - embolizare in urgenta	I	Arteriografie cu embolizare	Indicat	B	Indică de urgență dacă a) se evidențiază extravazare de produs de contrast la CT (= sângerare activă); b) după laparotomie, persistă sângerarea arterială la un pacient stabil hemodinamic sau instabil, dar care răspunde bine la umplere. In caz de persistență a unei sângerari arteriale inaccesibile unui gest chirurgical de hemostază, embolizarea poate fi indicată ca gest de a doua intenție - gesturi terapeutice multidisciplinare . Embolizarea trebuie sa fie distala si selectiva.	4	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme renale - hemodinamic instabile- embolizare in urgenta.	I	Arteriografie cu embolizare	Doar în cazuri particulare	B	La un pacient hemodinamic foarte instabil care nu raspunde la umplere hemodinamică, conduita trebuie să fie chirurgicală în primă intenție. La un pacient hemodinamic stabil sau instabil care reactioneaza bine la umplere, poate fi indicată embolizarea daca nu exista extravazarea produsului de contrast la CT.	4	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme renale - hemodinamic instabile- embolizare in urgenta.	I	Arteriografie cu embolizare	Doar în cazuri particulare	B	La un pacient hemodinamic foarte instabil care nu raspunde la umplere hemodinamică, conduita trebuie să fie chirurgicală în primă intenție. La un pacient hemodinamic instabil care reactioneaza bine la umplere, poate fi indicată embolizarea	4	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme splenice hemodinamic instabile - embolizare in urgenta	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La pacienti hemodinamic foarte instabili, conduita terapeutica trebuie sa fie chirurgicala in urgenta (prognostic vital in joc).	4	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme splenice hemodinamic instabile - embolizare in urgenta	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La pacienti hemodinamic foarte instabili, conduita terapeutica trebuie sa fie chirurgicala in urgenta (prognostic vital in joc).	4	4

Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme splenice hemodinamic stabile - embolizare in urgenta	I	Arteriografia cu embolizare	Indicat	B	Indicată dacă apar: a) extravazare de produs de contrast identificata la CT b) fara extravazare de produs de contrast identificabil prin CT. La un pacient stabil hemodinamic sau instabil, dar care raspunde bine la umplere, embolizarea este indicata de urgent la CT (sangerare activa). Poate fi discutata in scop profilactic la un pacient stabil fara sangerare activa in caz de : traumatism de grad ridicat 3 cu hemoperitoneu abundent care necesita transfuzii repetate sau de prezenta precoce de tip pseudoanevrism sau combinat in functie de tipul de leziune de starea hemodinamica a pacientului. Embolizarea arterei splenice poate fi realizata in regiunea proximala - traumatisme grave- distale - afectare plurisistematica pseudoanevrismala sau combinata in functie de tipul de leziune de starea pacientului si de experienta operatorului.	4	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme splenice hemodinamic stabile - embolizare in urgenta	I	Arteriografia cu embolizare	Indicat	B	Indicată dacă apar: a) extravazare de produs de contrast identificata la CT b) fara extravazare de produs de contrast identificabil prin CT. La un pacient stabil hemodinamic sau instabil, dar care raspunde bine la umplere, embolizarea este indicata de urgent la CT (sangerare activa). Poate fi discutata in scop profilactic la un pacient stabil fara sangerare activa in caz de : traumatism de grad ridicat 3 cu hemoperitoneu abundent care necesita transfuzii repetate sau de prezenta precoce de tip pseudoanevrism sau combinat in functie de tipul de leziune de starea hemodinamica a pacientului. Embolizarea arterei splenice poate fi realizata in regiunea proximala - traumatisme grave- distale - afectare plurisistematica pseudoanevrismala sau combinata in functie de tipul de leziune de starea pacientului si de experienta operatorului.	4	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa- traumatisme renale -hemodinamic stabile - embolizare in urgenta.	I	Arteriografie cu embolizare	Indicat	B	Arteriografia este indicată la pacienții hemodinamic stabili, cu traumatism de gradul I- IV , dar în egală măsură pentru gradul V atunci cand extravazarea produsului de contrast poate fi identificata prin CT (sângerare activă), mai ales cand asociază hemoperitoneu semnificativ. Embolizarea este efectuată dacă sângerarea este obiectivată arteriografic și trebuie să fie selectivă, pentru a delimita pierderea parenchimului renal.	4	4
Aparat digestiv	Traumatisme abdominale	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa- traumatisme renale -hemodinamic stabile - embolizare in urgenta.	I	Arteriografie cu embolizare	Indicat	B	Arteriografia este indicată la pacienții hemodinamic stabili, cu traumatism de gradul I- IV , dar în egală măsură pentru gradul V atunci cand extravazarea produsului de contrast poate fi identificata prin CT (sângerare activă), mai ales cand asociază hemoperitoneu semnificativ. Embolizarea este efectuată dacă sângerarea este obiectivată arteriografic și trebuie să fie selectivă, pentru a delimita pierderea parenchimului renal.	4	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoragie gastro-intestinală ocultă -bilanț	N	Scintigrafia cu hematii marcate	Doar în cazuri particulare	B	Indicatii: sangerari recurente intermitente ale tractului gastro-intestinal de origine necunoscuta, in care endoscopia sau alte interventii sunt negative. O investigatie de succes se realizeaza cel mai probabil la pacientii care au nevoie de o transfuzie de sange de cel putin 500 ml in cele 24 de ore de dinaintea examinarii. De obicei, nu este posibil sa se observe sangerari usoare, de mai putin de 0,5ml/min sau daca pacientul necesita 2-3 transfuzii pe saptamana.	2	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoragie gastro-intestinală ocultă -bilanț	N	PET-CT	Neindicat	?		3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Afectiuni intestinale exceptand cele inflamatorii cronice - suspiciune tumori endocrine	T	Entero-CT	Indicat	B	Entero-CT-ul este tehnica de referinta pentru explorarea unei tumori a intestinului subtire. Videocapsula endoscopica este indicata in caz de sangerare digestiva oculta.	3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Afectiuni intestinale exceptand cele inflamatorii cronice - suspiciune tumori endocrine	N	PET-CT cu analogi ai receptorilor de somatostatina - Ga68	Doar în cazuri particulare	A	Indicatia primara este vizualizarea neoplasmelor neuroendocrine, SSTR exprimate, bine differentiate (functionale sau nefunctionale) in vederea stadializarii, indicatiei de terapie radionuclidica tinita receptorilor SSTR, evaluarii raspunsului terapeutic, restadializarii si obtinerea datelor prognostice.	3	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Afectiuni intestinale exceptand cele inflamatorii cronice - suspiciune tumori endocrine	M	Entero-IRM	Doar cu aviz specializat	C	Entero-IRM poate fi realizat in caz de suspiciune tumorală, dar este un examen de specializare înaltă.	0	0

Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer colorectal sau anal - bilanț de extensie	D	Ecoendoscopie	Indicat	C	Utile pentru bilanțul extensiei locale al cancerului rectal și pentru adaptarea terapeutică. Este performantă pentru evaluarea leziunilor superficiale.	0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer colorectal sau anal - bilanț de extensie	M	IRM abdominal și pelvin	Indicat	B	IRM este utilă pentru bilanțul pelvin și al metastazelor hepatice.	0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer colorectal sau anal - bilanț de extensie	T	CT toraco-abdomino-pelvin	Indicat	B	CT este performantă pentru evaluarea abdomenului și toracelui.	3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer colorectal sau anal - bilanț de extensie	E	Ecografie hepatică	Neindicat	?		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer colorectal sau anal - bilanț de extensie	G	Radiografia de torace	Neindicat	B		1	1
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer de rect sau colon - urmarire	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	PET/CT cu FDG pentru detectia recidivelor: detectia recidivelor tumorale (restadializare) mai ales în prezenta markerilor tumorali crescuti; -diferențierea între boala activă reziduală și necroza sau fibroza aparute după tratament; -urmarirea răspunsului la tratament/ghidarea planului de radioterapie	3	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer de rect sau de anus stadializare locală	M	IRM rectal	Indicat	B	IRM este indicația de elecție pentru bilanțul preoperator al extensiei locoregionale (extensia parietală, relația cu fascia mezorectală, adenopatii regionale) a cancerului rectal inferior și mijlociu	0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer de rect sau de anus stadializare locală	D	Ecoendoscopia	Doar în cazuri particulare	B	Evaluarea extensiei intraparietale (stadiul T) și a adenopatiilor de vecinătate.	0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer de rect sau de colon - urmarire	E	Ecografia abdominală și pelvina	Indicat	B	În căutarea de metastaze hepatice	0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer de rect sau de colon - urmarire	T	CT abdominală și pelvina	Indicat	B	În căutarea recidivei loco-regionale sau a metastazelor hepatice și pulmonare	3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer de rect sau de colon - urmarire	M	IRM abdominală și pelvina	Doar în cazuri particulare	B	În căutarea recidivei hepatice, abdominale sau pelvine. Screening de metastaze pulmonare pentru CT.	0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer de rect, de colon sau de anus bilanț de extensie	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	PET-CT cu F18-FDG - suspiciuni de determinări secundare (context clinic sau paraclinic)	3	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancerul colorectal	T	Colo - CT cu apă	Doar în cazuri particulare	B	Colono-CT cu apă nu necesită nici o preparare digestivă și poate fi propusă ca metodă în caz de suspiciune clinică de cancer colonic la pacienți fragili.	3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancerul colorectal	T	Colonoscopie virtuală CT	Doar în cazuri particulare	B	Colonoscopia virtuală poate fi propusă în cazurile în care colonoscopia optică nu poate fi efectuată; poate fi utilizată și în programele de screening	3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancerul de stomac-diagnostic și bilanț de extensie	T	CT toraco-abdomino-pelvin	Indicat	B	Necesar pentru depistarea metastazelor abdominale, pelvine și toracice precum și evaluarea extensiei abdominale. Poate fi completat cu ecoendoscopie care este performantă în evaluarea extensiei loco-regionale.	3	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancerul de stomac-diagnostic și bilanț de extensie	D	Ecoendoscopie	Doar în cazuri particulare	B	Ecoendoscopia este performantă pentru precizarea extensiei locoregionale. Este indicată în caz de suspiciune de linită, de cancer superficial și înainte de tratamentul neo-adjuvant.	0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancerul de stomac-diagnostic și bilanț de extensie	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	PET-CT cu F18-FDG este indicat pentru stadializarea și urmărirea terapeutică a tumorilor stromale gastrointestinale. Nu sunt utile în mod obișnuit în diagnosticul extensiei adenocarcinoamelor stomacului.	3	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancerul de stomac-diagnostic și bilanț de extensie	X	Tranzitul baritat eso-gastro-duodenal	Doar în cazuri particulare	B	Endoscopia cu biopsie este metoda indicată pentru diagnostic; tranzitul baritat în dublu contrast este indicat în situațiile în care endoscopia nu poate fi efectuată.	0	0

Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancerul esofagian - diagnostic și bilanț de extensie	D	Ecoendoscopie	Indicat	B	Indicată după CT pentru stadializarea de tip T și N la pacienții cu tumori considerate rezecabile și fără metastaze		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancerul esofagian - diagnostic și bilanț de extensie	T	CT toraco-abdomino-pelvin	Indicat	A	Indicat de primă intenție pentru stadializarea TNM, util mai ales pentru stadiile avansate (majoritatea pacienților), situație în care poate exclude tratamentul chirurgical și permite planificarea tratamentului neoadjuvant sau paliativ	Ghid RCR	3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancerul esofagian - diagnostic și bilanț de extensie	X	Tranzit esofagian	Doar în cazuri particulare	B	Endoscopia este metoda de elecție pentru stabilirea diagnosticului. Tranzitul esofagian baritat este indicat în diagnosticul disfagiei înalte, dar și pentru ghidarea tratamentului prin aprecierea lungimii precise a leziunii și a gradului de stenoză (endoprotezare).		2	2
Aparat digestiv	Tub digestiv	Disfagia înaltă sau joasă	X	Tranzit baritat esofagian	Indicat	B	Endoscopia înaltă este în general examenul de primă intenție (asociază și biopsie). Tranzitul baritat este o alternativă la manometrie și este util pentru evidențierea anomalii de deglutiție sau peristaltism, stenoze discrete neevidențiate endoscopic sau pentru evaluarea disfagiei postoperatorii		2	2
Aparat digestiv	Tub digestiv	Dispepsia -gastropareza	N	Scintigrafia de golire gastrică	Doar cu aviz specializat	B	După eliminarea unei cauze organice scintigrafia este examenul de referință pentru diagnosticul de gastropareză.		2	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Durerea abdominală acută-urgenta chirurgicală	E	Ecografia abdomino-pelvina	Indicat	B	Examen de prima intenție în suspiciunea de patologie biliară, apendiculară sau ginecologică acută.		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Durerea abdominală acută-urgenta chirurgicală	G	Radiografie abdominală simplă	Indicat	B	Pentru suspiciunea de obstrucție sau perforație		2	2
Aparat digestiv	Tub digestiv	Durerea abdominală acută-urgenta chirurgicală	T	CT abdomen și pelvis	Indicat	B	Examen de prima intenție în toate cazurile cu dureri de fosa iliaca stanga și cu suspiciune de diverticulita de colon. Indicat în cazul durerilor fosei iliace drepte și al hipocondrului drept atunci când ecografia nu este concludentă.		2	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Durerea abdominală acută-urgenta chirurgicală	G	Radiografia de torace	Doar în cazuri particulare	B	În caz de sindrom infecțios inexplicabil prin examenele precedente și atunci când suspectăm o pneumopatie		1	1
Aparat digestiv	Tub digestiv	Durerea abdominală acută-urgenta chirurgicală	M	IRM abdomen și pelvis	Doar în cazuri particulare	B	Indicat la femeile gravide și în caz de dureri în fosa iliaca dreapta atunci când ecografia nu este concludentă.		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Durerea toracică-suspiciunea de hernie hiatală sau de reflux	X	Tranzit baritat Eso-gastro-duodenal	Doar în cazuri particulare	B	Endoscopia este primul examen ca indicație dacă este necesară explorarea (vârsta pacientului de peste 50 de ani, semne clinice de alarmă, eșecul tratamentului simptomatic, atipii), pentru căutarea semnelor clinice de esofagită, a herniei hiatale sau a endobrahiesofagului. În cazul unui examen normal, măsurarea pH poate detecta refluxul. Tranzitul Eso-gastro-duodenal poate preciza morfologia esofagiană sau volumul herniei hiatale, contribuind la stabilirea indicației chirurgicale.		2	2
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoragie digestivă gravă din varice esofagiene	I	TIPS	Doar în cazuri particulare	A	Tratamentul medicamentos și cel endoscopic trebuie încercate în primă intenție. Șuntul portosistemic intrahepatic transjugular (TIPS) este indicat doar în caz de eșec al primelor două metode.	RI - PC2	3	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoragie digestivă inferioară gravă	I	Angiografie cu sau fără embolizare	Indicat	B	Embolizarea este decisă în funcție de localizarea sângerării și de cauza probabilă.	RI - PB3	3	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoragie digestivă înaltă cronică	I	Angiografie cu sau fără embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Este doar discutată în anumite cazuri particulare după un bilanț imagistic complet.	RI - PB3	3	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoragie digestivă înaltă gravă, fără cauză evidentă	I	Angiografie cu sau fără embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Stabilizarea stării hemodinamice a pacientului e esențială. Trebuie făcut un bilanț endoscopic prealabil. Extravazarea de produs de contrast e vizibilă doar în cazul unui debit hemoragic suficient de mare. Embolizarea este decisă când poate fi realizată fără un risc major.	RI - PB3	3	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoragie gastro-intestinală ocultă -bilanț	D	Videocapsula endoscopică	Doar în cazuri	B	Examen de a doua intenție după bilanțul endoscopic complet negativ și în absența sindromului ocluziv. Examenul permite identificarea angiodisplaziei.		0	0

					particulare					
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoragie gastro-intestinală ocultă -bilanț	T	Entero-CT	Doar în cazuri particulare	B	In caz de video-capsula indisponibila, negativa, contraindicata sau examen neconcludent.		3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoragie gastro-intestinală ocultă -bilanț	A	Arteriografia	Neindicat	?	Arteriografia este utilă doar în sângerările active		3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoragie gastro-intestinală ocultă -bilanț	E	Ecografia	Neindicat	?			0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoragie gastro-intestinală ocultă -bilanț	M	IRM	Neindicat	?			0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Hemoroizii	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	?	Literatura științifică disponibilă este săracă, prezintă interes pentru studii de cercetare clinică. Este eficienta în controlul sangerarilor produse de hemoroizii interni de grad 1-2	RI - PB7	2	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Maladia Crohn intestinala	E	Ecografia abdominala	Indicat	B	Leziunile intestinului terminal sunt in general accesibile colonoscopiei. Imagistica sectională permite evaluarea localizării extensiei și complicațiilor extramurale ale maladii Crohn ale intestinului subtire. Selectia între metodele de imagistica se face în functie de obiceiurile locale, de regiunea anatomica de explorat privilegiind metodele neiradiante.		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Maladia Crohn intestinala	M	Entero-IRM	Indicat	B	Leziunile intestinului terminal sunt in general accesibile colonoscopiei. Imagistica sectională permite evaluarea localizării extensiei și complicațiilor extramurale ale maladii Crohn ale intestinului subtire. Selectia între metodele de imagistica se face în functie de obiceiurile locale de regiunea anatomica de explorat privilegiind metodele neiradiante.		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Maladia Crohn intestinala	T	Entero-CT	Indicat	B	Leziunile intestinului terminal sunt in general accesibile colonoscopiei. Imagistica sectională permite evaluarea localizării extensiei și complicațiilor extramurale ale maladii Crohn ale intestinului subtire. Selectia între metodele de imagistica se face în functie de obiceiurile locale de regiunea anatomica de explorat privilegiind metodele neiradiante.		3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Maladia inflamatorie a colonului	G	Radiografie abdominala simpla	Doar în cazuri particulare	?	In caz de tablou clinic de colita grava (suspiciune de colectazie).		2	2
Aparat digestiv	Tub digestiv	Maladie inflamatorie a colonului	M	IRM abdominal	Indicat	B	Examen neiradiant, indicat pentru bilanțul extensiei afecțiunii, în particular pentru leziune perineala și pentru complicații acute de tip fistula sau abces. Util și pentru monitorizarea evoluției sub tratament. Nu este indicat în megacolon toxic sau suspiciune de perforație.		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Maladie inflamatorie a colonului	T	CT abdominal	Indicat	B	Indicat pentru bilanțul extensiei maladii, evaluarea gradului de severitate și al complicațiilor acute (fistule, abces). Indispensabil în caz de abdomen chirurgical și de colectazie.		3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Maladie inflamatorie a colonului	E	Ecografia abdominala	Doar în cazuri particulare	B	Examen ale carui performante variaza în functie de segmentele afectate și de stadiul maladii. Poate fi asociat unei injectarii a substantei de contrast pentru cuantificarea activității maladii.		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Maladie inflamatorie a colonului	X	Irigrafie cu bariu	Doar în cazuri particulare	?	Colonoscopia este examenul de referință pentru diagnostic. Clisma baritată poate fi utilă în monitorizare; este contraindicată în megacolon toxic.		3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Maladie inflamatorie a colonului	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	PET-CT cu F18-FDG permite detectia extensiei și urmărirea neinvaziva sub tratament, a inflamației la copii și la adulți; permite cuantificarea activității inflamatorii.		3	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Nutriție enterală	I	Gastrostomie percutană	Doar cu aviz specializat	B	Folosirea acestei metode depinde de competențele locale și poate asocia un ghidaj percutan și endoscopic.	RI - PC4	3	4

Aparat digestiv	Tub digestiv	Polipul colorectal depistare	T	Colonoscopie virtuala CT	Doar în cazuri particulare	A	Colonoscopia virtuala prin CT nu constituie examen de prima intentie in explorarea colonica, dar este o alternativa la colonoscopia optica si se propune atunci cand colonoscopia optica este incompleta sau imposibil de efectuat ca si in cazul refuzului de efectuare.		3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Sangerare gastro-intestinală ocultă -bilanț	A	Arteriografia	Neindicat	?		RI - PC-D	3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Sângerare gastro-intestinală acută	A	Angiografie digestivă	Indicat	B	Trebuie realizată în perioada de sângerare activă, la hemoragiile necontrolate terapeutic. Are ca scop evidențierea cu precizie a sediului sângerării pentru ghidarea chirurgiei sau realizarea unui gest terapeutic endovascular (embolizare).		3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Sângerare gastro-intestinală acută	A	Angiografie digestivă	Indicat	B	Trebuie realizată în perioada de sângerare activă, la hemoragiile necontrolate terapeutic. Are ca scop evidențierea cu precizie a sediului sângerării pentru ghidarea chirurgiei sau realizarea unui gest terapeutic endovascular (embolizare).	RI - PB-D	3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Sângerare gastro-intestinală acută	T	CT abdominal și pelvin	Indicat	B	Examen de primă intenție în caz de hemoragie activă inexplicabilă prin endoscopie digestivă.		3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Sângerare gastro-intestinală acută	E	Ecografie	Neindicat	?	Examen inutil pentru depistarea sediului sângeraării poate pune în evidență semnele de afectare hepatică cronică		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Sângerare gastro-intestinală acută	M	IRM	Neindicat	?	Examen neevaluat		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Sindrom ocluziv	G	Radiografie	Indicat	C	Radiografia abdominală în ortostatism este utilă pentru confirmarea diagnosticului și stabilirea cauzei onstrucției	Ghid RCR	2	2
Aparat digestiv	Tub digestiv	Sindrom ocluziv	T	CT abdominal	Indicat	B	Examenul de elecție pentru stabilirea localizării și cauzei obstrucției, precum și a complicațiilor (modificările ischemice, perforația acoperită)		3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Sindrom ocluziv	E	Ecografie abdomino pelvină	Doar în cazuri particulare	C	Sarcină. Invaginație intestinală acută. Ocluzie ileala complementară examenului CT.		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Sindrom ocluziv	X	Opacifiere digestivă pe cale înaltă cu contrast hidrosolubil	Doar în cazuri particulare	B	În ocluziile intestinului subțire prin bride poate diferenția ocluziile incomplete, la care se poate obține rezoluția fără intervenție chirurgicală	Ghid UK	2	2
Aparat digestiv	Tub digestiv	Suspiciune de fistulă biliară-antecedente recente de chirurgie digestivă	E	Ecografie abdominală	Indicat	C	Examen indicat într-o primă intenție în căutarea unei colecții perihepatice sau a lichidului liber peritoneal.		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Suspiciune de fistulă biliară-antecedente recente de chirurgie digestivă	T	CT	Indicat	C	Examen indicat în cazul apariției/ creșterii lichidului intraperitoneal la ecografie.		2	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Suspiciune de fistulă biliară-antecedente recente de chirurgie digestivă	I	Opacifiere directă a căii biliare	Doar în cazuri particulare	B	Această tehnică are scop diagnostic și terapeutic este rezervată eșecurilor în stabilirea diagnosticului în tehnica imagistică neinvazivă.		2	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Suspiciune de fistulă biliară-antecedente recente de chirurgie digestivă	I	Opacifiere directă a căii biliare	Doar în cazuri particulare	?	Această tehnică are scop diagnostic și terapeutic este rezervată eșecurilor în stabilirea diagnosticului în tehnica imagistică neinvazivă.		2	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Suspiciune de fistulă biliară-antecedente recente de chirurgie digestivă	M	IRM	Doar în cazuri particulare	C	Detecția localizării scurgerii se poate baza pe colangiografia IRM sub rezerva utilizării unui produs de contrast hepato-specific cu eliminare biliară.		0	0
Aparat digestiv	Tub digestiv	Suspiciune de fistulă esofagiană sau anastomotică -antecedente recente de chirurgie digestivă (esofag , stomac)	T	CT toraco-abdominal cu opacifiere digestivă	Indicat	B	În caz de examen negativ digestiv radioscopic și dacă suspiciunea clinică este ridicată se recomandă CT cu ingestie de substanță de contrast hidrosolubilă. Poate evalua colecțiile asociate.		3	3

Aparat digestiv	Tub digestiv	Suspiciune de fistulă esofagiană sau anastomotică -antecedente recente de chirurgie digestivă (esofag , stomac)	X	Radioscopie digestiva inalta cu contrast hidrosolubil	Doar cu aviz specializat	B	Poate evidenția fistule anastomotice.		2	2
Aparat digestiv	Tub digestiv	Suspiciunea de perforație esofagiană	G	Radiografie toracică	Indicat	B	Se efectuează în faza inițială și este anormală în 80% din cazuri. Pneumomediastinul este prezent în 60% din cazuri.		1	1
Aparat digestiv	Tub digestiv	Suspiciunea de perforație esofagiană	T	CT torace	Indicat	B	Poate fi examen de primă intenție, în funcție de starea clinică a pacientului. Examenul CT este superior examenului radioscopic cu opacifierea esofagului pentru depistarea perforației sau evidențierea unui corp străin și are sensibilitate ridicată pentru detecția complicațiilor pleurale și mediastinale.		2	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Suspiciunea de perforație esofagiană	X	Tranzit esofagian cu substanță de contrast hidrosolubilă	Indicat	B	Se utilizează produși de contrast non-ionici. Absența vizualizării traiectului fistulos nu elimină suspiciunea de diagnostic și este indicată completarea cu examenul CT torace.		2	2
Aparat digestiv	Tub digestiv	Suspiciunea de sângerare gastro-intestinală acută	N	Scintigrafie cu hematii marcate	Indicat	?	Indicații: sangerari recurente intermitente ale tractului gastro-intestinal de origine necunoscută, în care endoscopia sau alte intervenții sunt negative. O investigație de succes se realizează cel mai probabil la pacienții care au nevoie de o transfuzie de sânge de cel puțin 500 ml în cele 24 de ore de dinaintea examinării. De obicei, nu este posibil să se observe sangerari ușoare, de mai puțin de 0,5ml/min sau dacă pacientul necesită 2-3 transfuzii pe săptămână.		2	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Ulcer gastro-duodenal monitorizare	X	Examen radiologic	Neindicat	?	Doar endoscopia este examenul recomandat.		2	2
Aparat digestiv	Tub digestiv	Afectiuni intestinale exceptand cele inflamatorii cronice - suspiciune tumori endocrine	N	PET-CT cu analogi pentru receptorii de somatostatina-Ga68	Doar în cazuri particulare	A	Indicația primară este vizualizarea neoplasmelor neuroendocrine, SSTR exprimate, bine diferențiate (funcționale sau nefuncționale) în vederea stadializării, indicației de terapie radionuclidică țintită receptorilor SSTR, evaluării răspunsului terapeutic, restadializării și obținerea datelor prognostice.		2	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Afectiuni intestinale exceptand cele inflamatorii cronice - suspiciune tumori endocrine	N	Scintigrafia cu analogi ai receptorilor de somatostatina radiomarcati	Doar în cazuri particulare	A	Atunci când PET-CT cu Ga69-DOTA nu este disponibil și în caz de timp de programare prelungit.		2	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancer de rect sau de anus stadializare locala	N	PET-CT cu F18-FDG	Doar în cazuri particulare	C	Indicat doar în cazuri de stadializare a cancerului anal.		3	3
Aparat digestiv	Tub digestiv	Cancerul esofagian - diagnostic și bilanț de extensie	N	PET-CT cu F18-FDG	Indicat	B	PET-CT cu F18-FDG este utilă în cadrul bilanțului preoperator pentru depistarea metastazelor. Util pentru aprecierea eficacității terapeutice		3	4
Aparat digestiv	Tub digestiv	Maladia inflamatorie a colonului	N	Scintigrafia cu leucocite radiomarcate	Doar cu aviz specializat	B	Scintigrafia cu leucocite marcate ajută la evaluarea întinderii și topografia afectării.		2	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat genital masculin	Durere și/sau masă scrotală	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia este indicată în caz de creșteri dimensionale scrotale sau de patologie dureroasă de cauze inflamatorii care nu răspund la tratament. Examenul permite diferențierea între o leziune testiculară și una extra-testiculară.		0	0

Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat genital masculin	Hiperplazie benigna de prostata	I	Embolizare	Indicat	A	Embolizarea arterei prostatice (PAE) poate fi efectuată ca o alternativă la opțiunile chirurgicale la pacienții cu un volum al prostatei de minim 35 mL fără o limită superioară de dimensiune. Au indicație și pacienții cu comorbidități (de exemplu, pacienți ce primesc anticoagulare continuă sau terapie antiplachetară), la care metodele chirurgicale pot fi asociate în aceste cazuri cu un risc crescut de sângerare postoperatorie, în special la pacienții cu volum de prostată mai mare de 65 mL. În plus, PAE poate fi adecvat pacienților mai tineri, activi sexual care au îngrijorări cu privire la ejaculare retrogradă (o frecvență consecință a TURP la peste 75% dintre pacienți), disfuncția erectilă sau incontinența urinară, complicații frecvente ale chirurgiei.	RI - PB5	3	4
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat genital masculin	Impotență	E	Eco-Doppler	Doar cu aviz specializat	B	Eco-Doppler poate fi asociat cu o injecție intracavernosă de substanțe vasoactive.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat genital masculin	Impotență	E	Ecografie	Neindicat	B	În formele secundare posttraumatice		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat genital masculin	Infertilitate -vezi capitolul Obstetrică-Ginecologie					A se vedeacapitolul Obstetrică și ginecologie			
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat genital masculin	Torsiune de cordon spermatic	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	B	Tratamentul urgent este esențial și imagistica nu trebuie să încetinească intervenția chirurgicală. Ecografia Doppler color poate fi realizată în urgență în caz de suspiciune de torsiune de cordon spermatic. O torsiune intermitentă rămâne o problemă dificilă de diagnostic în practica, curentă.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Calcul renal în absența colicii nefretice (v. și capitolul Radiologie intervențională)	G	Rg. abdominală simplă	Indicat	B	Efectuat ca examen de rutină, Rg. abdominală e eficientă în detectarea majorității calculilor cu conținut calcic. Este utilă pentru supravegherea postterapeutică.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Calcul renal în absența colicii nefretice (v. și capitolul Radiologie intervențională)	T	UroCT	Doar cu aviz specializat	B	Pentru detectarea și evaluarea morfologică a calculilor renali, chiar constituiți din acid uric, este preferabilă o opacifiere a căilor excretorii prin uroCT sau UIV.		3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Calcul renal în absența colicii nefretice (v. și capitolul Radiologie intervențională)	X	UIV	Doar cu aviz specializat	B	Pentru detectarea și evaluarea morfologică a calculilor renali, chiar constituiți din acid uric, este preferabilă o opacifiere a căilor excretorii prin uroCT sau UIV.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Calcul renal în absența colicii nefretice (v. și capitolul Radiologie intervențională)	E	Ecografie	Neindicat	B	Ecografia singură este mai puțin sensibilă decât Rg. abdominală sau CT-ul pentru detectarea în general a calculilor renali, dar ea poate detecta calculii de acid uric. Ea completează într-un mod util Rg. abdominală prin confirmarea naturii intrarenale a unui calcul cu oxalati de Ca.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Evaluarea funcției renale: - evaluarea funcției renale globale - evaluarea funcției renale relative (a fiecărui rinichi în parte)	N	Scintigrafie renala dinamica si statica	Indicat	A	Scintigrafie renală dinamică și statică permit evaluarea țesutului renal funcțional (filtrare glomerulară, secreție tubulară, drenaj)		1	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Evaluarea funcției renale: - evaluarea funcției renale globale - evaluarea funcției renale relative (a fiecărui rinichi în parte)	N	Explorare izotopică	Doar în cazuri particulare	B	În cazul în care estimarea funcției renale, plecând de la dozarea creatininei plasmatică (formula Cockcroft-Gault pentru adult sau Schwartz pentru copil), este insuficientă, se realizează măsurarea clearance-ului plasmatic sau urinar a unui compus radiofarmaceutic (măsurarea debitului filtrării glomerulare sau a debitului plasmatic renal aparent).		1	1

Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Evaluarea transplantului renal	E	Eco-Doppler	Doar cu aviz specializat	B	Eco-doppler trebuie realizat pentru detectarea complicațiilor atât urologice cât și vasculare (mai ales a arterelor polare).		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Evaluarea transplantului renal	M	AngioRM	Doar cu aviz specializat	B	AngioIRM-ul este metoda cea mai puțin invazivă pentru vizualizarea directă a arterelor grefonului renal.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Evaluarea transplantului renal	N	Scintigrafie renala dinamica si statica	Doar cu aviz specializat	B	La pacienții fără reluare a funcției renale sau în cazul în care funcția renală este alterată secundar, determinarea indicelui de perfuzie și funcție renală prin scintigrafii renale repetate, furnizează cel mai frecvent prognosticul de ameliorare clinică și biologică. Scintigrafia transplantului renal poate fi de asemenea utilă, în asociere cu ecodoppler, pentru detectarea complicațiilor vasculare și caracterizarea complicațiilor urologice.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Evaluarea transplantului renal	T	AngioCT	Doar cu aviz specializat	B	AngioCT-ul, la fel de sensibil ca și angioIRM-ul, dar mai invaziv (produs de contrast iodat, iradiere), nu va fi utilizat decât dacă angioIRM-ul nu poate fi realizat.		3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Hematurie (macroscopică sau microscopică persistentă fără proteinurie semnificativă)	E	Ecografie	Indicat	B	Există o mare varietate a practicilor locale și strategiile imagistice trebuie stabilite în acord cu urologii și nefrologii. Nici UIV-ul, nici ecografia, nici chiar rg. abdominală simplă nu sunt ideale pentru detectarea originii unei sângerări urinare. La adultul tânăr cu hematurie microscopică, doar ecografia și rg. abdominală simplă trebuie utilizate pentru explorarea aparatului urinar superior. Această strategie exclude o serie de patologii, mai ales litiaza. Ecografia vezicii urinare detectează numeroase tumori vezicale, dar nu este suficient de sensibilă pentru a evita cistoscopia.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Hematurie (macroscopică sau microscopică persistentă fără proteinurie semnificativă)	G	Rg. Abdominala simplă	Indicat	B	Există o mare varietate a practicilor locale și strategiile imagistice trebuie stabilite în acord cu urologii și nefrologii. Nici UIV-ul, nici ecografia, nici chiar rg. abdominală simplă nu sunt ideale pentru detectarea originii unei sângerări urinare. La adultul tânăr cu hematurie microscopică, doar ecografia și rg. abdominală simplă trebuie utilizate pentru explorarea aparatului urinar superior. Această strategie exclude o serie de patologii, mai ales litiaza. Ecografia vezicii urinare detectează numeroase tumori vezicale, dar nu este suficient de sensibilă pentru a evita cistoscopia.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Hematurie (macroscopică sau microscopică persistentă fără proteinurie semnificativă)	T	UroCT	Indicat	B	UroCT-ul este indicat mai ales pentru explorarea hematuriei macroscopice. CT-ul este util pentru explorarea unei hematurii înalte, dar datele științifice sunt încă insuficiente pentru a fi recomandat ca examen de rutina.		3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Hematurie (macroscopică sau microscopică persistentă fără proteinurie semnificativă)	X	UIV	Indicat	B	Pentru majoritatea pacienților UIV-ul și ecografia pot fi utilizate fie împreună, fie consecutiv.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Hipertensiune arterială (fără boală renală cunoscută)	X	UIV	Neindicat	B	UIV-ul nu este indicat pentru evaluarea unei hipertensiuni arteriale fără semne sugestive de boală renală.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Hipertensiune arterială (la adult tânăr sau unde pacientul nu răspunde la tratamentul medical) (v. și capitolul Radiologie intervențională)	E	Eco-Doppler	Indicat	B	Investigațiile imagistice vor fi propuse doar dacă este suspectată clinic o hipertensiune de origine reno-vasculară deoarece prevalența acestei patologii este foarte redusă.		0	0

Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Hipertensiune arterială (la adult tânăr sau unde pacientul nu răspunde la tratamentul medical) (v. și capitolul Radiologie intervențională)	N	Scintigrafie renală dinamică	Indicat	B	Scintigrafia renală cu test la Captopril și ecografia doppler cu calcularea indicelui de rezistivitate sunt cele mai bune examene pentru demonstrarea relației cauză-efect între prezența unei stenoze arteriale renale și o hipertensiune arterială.	2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Hipertensiune arterială (la adult tânăr sau unde pacientul nu răspunde la tratamentul medical) (v. și capitolul Radiologie intervențională)	M	AngioIRM	Doar cu aviz specializat	B	AngioIRM-ul este metoda cea mai puțin invazivă pentru vizualizarea directă a arterelor renale.	0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Hipertensiune arterială (la adult tânăr sau unde pacientul nu răspunde la tratamentul medical) (v. și capitolul Radiologie intervențională)	T	AngioCT	Doar cu aviz specializat	B	AngioCT-ul este la fel de sensibil ca și angioIRM-ul, dar mai invaziv (produs de contrast iodat, iradiere) și va fi realizat doar dacă angioIRM-ul nu se poate realiza.	3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Infecție urinară- la adult (v. și capitolul Pediatrie)	E	Ecografie	Indicat	B	Imagistica nu este necesară pentru majoritatea cistitelor infecțioase la femei. Imagistica este indicată (1) în caz de infecție urinară febrilă (2) dacă infecția acută nu cedează rapid sub tratament antibiotic și (3) după o infecție vindecată, fie la o femeie cu istoric de infecții urinare multiple dovedite, fie la un bărbat după o singură infecție urinară dobândită. Asocierea ecografie + Rg. abdominală simplă este cea mai bună investigație ca primă intenție.	0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Infecție urinară- la adult (v. și capitolul Pediatrie)	G	Rg. abdominală simplă	Indicat	B	Imagistica nu este necesară pentru majoritatea cistitelor infecțioase la femei. Imagistica este indicată (1) în caz de infecție urinară febrilă (2) dacă infecția acută nu cedează rapid sub tratament antibiotic și (3) după o infecție vindecată, fie la o femeie cu istoric de infecții urinare multiple dovedite, fie la un bărbat după o singură infecție urinară dobândită. Asocierea ecografie + rg. abdominală simplă este cea mai bună investigație ca primă intenție.	2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Infecție urinară- la adult (v. și capitolul Pediatrie)	X	Cistografie retrogradă	Doar în cazuri particulare	B	Cistografia retrogradă poate fi utilă în afara fazei acute pentru investigarea unui reflux vezico-urinar. (a se vedea pentru copil capitolul Pediatrie)	2	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Infecție urinară- la adult (v. și capitolul Pediatrie)	X	UIV	Doar în cazuri particulare	B	UIV-ul poate fi util în afara fazei acute la pacienții cu suspiciune de boală renală subjacentă (ex. calcul, necroză papilară, nefropatie de reflux).	2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Infecție urinară- la adult (v. și capitolul Pediatrie)	T	UroCT	Doar cu aviz specializat	B	CT-ul cu injectare poate fi util în cazul unei infecții severe rezistente la tratament, deoarece este mai sensibil decât ecografia pentru detectarea unei pielonefrite sau a altor focare infecțioase renale.	3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Insuficiență renală (v. și capitolul Radiologie intervențională)	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia este indicată ca primă investigație în cazul insuficienței renale pentru măsurarea dimensiunilor renale și a indicelui parenchimos, și pentru căutarea unei dilatații pielo-caliceale, traducând o posibilă obstrucție urinară.	0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Insuficiență renală (v. și capitolul Radiologie intervențională)	G	Rg. Abdominala simplă	Indicat	B	Ecografia este indicată ca primă investigație în cazul insuficienței renale pentru măsurarea dimensiunilor renale și a indicelui parenchimos, și pentru căutarea unei dilatații pielo-caliceale, traducând o posibilă obstrucție urinară.	2	2

Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Insuficiență renală (v. și capitolul Radiologie intervențională)	N	Scintigrafie renala dinamica si statica	Indicat	A	Scintigrafie renală dinamică și statică permit evaluarea țesutului renal funcțional (filtrare glomerulară, secreție tubulară, drenaj)		1	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Insuficiență renală (v. și capitolul Radiologie intervențională)	M	IRM	Doar cu aviz specializat	C	IRM-ul este o alternativă posibilă la CT și poate evita injectarea unui produs de contrast potențial nefrototoxic. Oricare ar fi metoda imagistică utilizată, doar rar poate apare o obstrucție urinară fără dilatație identificată.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Insuficiență renală (v. și capitolul Radiologie intervențională)	T	CT	Neindicat	B	CT-ul fără injectare este util dacă ecografia nu contribuie la stabilirea diagnosticului sau dacă nu arată cauza obstrucției.		3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Insuficiență renală (v. și capitolul Radiologie intervențională)	X	UIV	Neindicat	B			2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Masă tumorală renală	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia este o metodă sensibilă pentru detectarea masei renale de peste 2 cm și eficientă pentru caracterizarea leziunilor solide sau chistice. Ea este utilă pentru caracterizarea anumitor mase cu caracter incert la examenul CT.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Masă tumorală renală	T	CT	Indicat	B	Sensibilitatea CT-ului în detectarea masei renale este bună începând de la 1-1,5 cm. CT-ul este eficient în caracterizarea acestor mase.		3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Masă tumorală renală	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	IRM-ul, inclusiv cu injectarea de produs de contrast, este la fel de sensibil ca și CT-ul cu contrast i.v. pentru detectarea și caracterizarea masei renale. IRM-ul trebuie să fie utilizat dacă masa este incertă la examenul CT și ecografic sau dacă injectarea de produs de contrast iodat este contraindicată datorită insuficienței renale sau intoleranței.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Masă tumorală renală	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Utilă în localizarea masei renale.		3	4
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Masă tumorală renală	X	UIV	Doar cu aviz specializat	B	Examenul UIV este mai puțin sensibil decât ecografia în detectarea masei renale. UIV-ul nu furnizează suficiente informații referitor la masele renale.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Nefropatie de etiologie neprecizată	I	Biopsie percutană sub ghidaj imagistic	Doar cu aviz specializat	C		RI - PC6	3	4
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Obstrucție urinară înaltă ac. sau cronică	I	Nefrostomie percutană	Indicat	C	În caz de eșec al derivației pe cale retrogradă.	RI - PC4	3	4
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Retenție acută de urină	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	B	Dacă funcția renală este perturbată, se indică ecografia renală pentru investigarea unei dilatări de aparat urinar superior (după evacuarea vezicală). Ecografia vezicală nu este sistematică; ea poate fi indicată în caz de incertitudine clinică.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Retenție acută de urină	X	UIV	Neindicat	B	Contribuție redusă		2	2

Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Sindrom obstructiv înalt	E	Ecografie	Indicat	B	Pentru evaluarea tractului urinar superior.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Sindrom obstructiv înalt	E	Rg. abdominală simplă	Indicat	B	Pentru evaluarea tractului urinar superior.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Sindrom obstructiv înalt	N	Scintigrafie renala dinamica	Indicat	A	Scintigrafia renală cu Tc-99m DTPA și MAG3, la un pacient hidratat și după injectarea de furosemid, este utilizată pentru evaluarea funcției renale și evacuarea pielo-caliceală în fața unei suspiciuni de obstrucție.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Sindrom obstructiv înalt	T	UroCT	Doar cu aviz specializat	B	UroCT-ul aduce mai multe date decât UIV-ul.		3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Sindrom obstructiv înalt	X	UIV	Doar cu aviz specializat	B	UroCT-ul aduce mai multe date decât UIV-ul.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Sindrom obstructiv jos	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia aparatului urinar este indicată în evaluarea rezidului postmictional, pentru studiul morfologiei prostatei și căutarea eventualelor dilatări de sistem pielo-caliceal. Ecografia endorectală nu este sistematică.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Sindrom obstructiv jos	X	UIV	Neindicat	B	UIV nu aduce informatii pertinente.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Suspiciune de colică nefretică (v. și capitolul Radiologie intervențională)	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia și Rg. abdominală simplă sunt indicate în primă intenție.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Suspiciune de colică nefretică (v. și capitolul Radiologie intervențională)	G	Rg. abdominală simplă	Indicat	B	Ecografia și Rg. abdominală simplă sunt indicate în primă intenție.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Suspiciune de colică nefretică (v. și capitolul Radiologie intervențională)	T	CT	Indicat	B	CT-ul fără injectare este metoda de elecție în caz de dubiu diagnostic al colicii nefretice.		3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Suspiciune de colică nefretică (v. și capitolul Radiologie intervențională)	X	UIV	Neindicat	B	UIV-ul nu este indicat ca examen inițial.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Aparat urinar	Viabilitate grefon renal	I	Biopsie percutană ecoghidată	Doar cu aviz specializat	C		RI - PC6	0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Imagistica hiperaldosteronismului primar (sdr. Conn)	N	Scintigrafie (I131-Norcolesterol)	Indicat	B	Scintigrafia cu I131- Norcolesterol este de asemenea utilă pentru diferențierea adenoamelor secretante de hiperpaziile bilaterale.		3	3

Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Imagistica hiperaldosteronismului primar (sdr. Conn)	T	CT	Indicat	B	CT-ul suprarenalian este examenul de primă intenție pentru identificarea unui adenom sau unei hiperplazii bilaterale.		3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Imagistica hiperaldosteronismului primar (sdr. Conn)	A	Cateterism	Doar cu aviz specializat	B	În cazurile neconcludente poate fi necesară pentru diagnostic recurgerea la cateterism venos sub control radiosopic pentru realizarea de recoltări.		2	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Imagistica hiperaldosteronismului primar (sdr. Conn)	A	Cateterism	Doar cu aviz specializat	B	În cazurile neconcludente poate fi necesară pentru diagnostic recurgerea la cateterism venos sub control radiosopic pentru realizarea de recoltări.	RI - PB-D	2	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Imagistica suprarenaliană a sdr. Cushing (Leziuni suprarenaliene sau ectopice)	M	IRM	Indicat	B	În cazul în care concentrația plasmatică de ACTH nu este diminuată, trebuie discutată tehnica imagistică ce trebuie utilizată: IRM hipofizar, CT toracic... Ecografia nu este indicată în căutarea leziunilor suprarenaliene.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Imagistica suprarenaliană a sdr. Cushing (Leziuni suprarenaliene sau ectopice)	T	CT	Indicat	A	Este utilă o părere avizată pentru determinarea celui mai potrivit examen. Dozarea fără stimulare prealabilă a concentrației de ACTH plasmatic (08 h) permite orientarea diagnosticului etiologic a sdr. Cushing. În caz de concentrație redusă de ACTH plasmatic, CT-ul suprarenalian trebuie să fie realizat de primă intenție.		2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Imagistica suprarenaliană a sdr. Cushing (Leziuni suprarenaliene sau ectopice)	T	CT	Indicat	B	În cazul în care concentrația plasmatică de ACTH nu este diminuată, trebuie discutată tehnica imagistică ce trebuie utilizată: IRM hipofizar, CT toracic... Ecografia nu este indicată în căutarea leziunilor suprarenaliene.		3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Imagistica suprarenaliană a sdr. Cushing (Leziuni suprarenaliene sau ectopice)	N	Scintigrafie (I131-Norcolesterol)	Doar cu aviz specializat	A	Scintigrafia cu I131- Norcolesterol poate fi utilă în cazul hiperplaziei adrenaliene sau în caz de tumori bilaterale.		3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Incidentalom suprarenalian (leziune suprarenaliană descoperită întâmplător).	M	IRM	Doar cu aviz specializat	C	Se va verifica mai întâi caracterul nonsecretant al leziunii, într-un cadru specializat. Sunt indicate un examen CT fără injectare și măsurarea densității leziunii suprarenaliene sau un examen IRM cu secvență de difuzie chimică. În anumite cazuri cele două examene pot orienta diagnosticul spre cel de leziune benignă care nu necesită constant supraveghere (chist, mielolipom). O leziune omogenă cu densitate sub 10 UH (CT) sau anumite criterii IRM sunt sugestive pentru adenom. În acest caz, pentru leziunile de sub 3 cm este suficientă o simplă supraveghere. Frecvența și durata monitorizării trebuie apreciate într-un cadru specializat. În alte cazuri se recomandă o abordare multidisciplinară.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Incidentalom suprarenalian (leziune suprarenaliană descoperită întâmplător).	N	Scintigrafie (I131-Norcolesterol)	Doar cu aviz specializat	B	Scintigrafia cu I131- Norcolesterol sau MIBG permite detecția adenoamelor cu secreție intermitentă.		2	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Incidentalom suprarenalian (leziune suprarenaliană descoperită întâmplător).	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	Se va verifica mai întâi caracterul nonsecretant al leziunii, într-un cadru specializat. Sunt indicate un examen CT fără injectare și măsurarea densității leziunii suprarenaliene sau un examen IRM cu secvență de difuzie chimică. În anumite cazuri cele două examene pot orienta diagnosticul spre cel de leziune benignă care nu necesită constant supraveghere (chist, mielolipom). O leziune omogenă cu densitate sub 10 UH (CT) sau anumite criterii IRM sunt sugestive pentru adenom (este recomandată examinarea CT cu faze tardive pentru obținerea de curbe de spalare lezionala). În acest caz, pentru leziunile de sub 3 cm este suficientă o simplă supraveghere. Frecvența și durata monitorizării trebuie apreciate într-un cadru specializat. În alte cazuri se recomandă o abordare multidisciplinară.		3	3

Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Tumori medulosuprarenaliene (feocromocitom)	M	IRM	Indicat	B	Imagistica este indicată în cazul anomaliilor hormonale caracteristice feocromocitoamelor. CT-ul sau IRM-ul permit localizarea feocromocitomului suprarenalian. Ecografia nu este indicată în investigarea acestei patologii.		0	0
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Tumori medulosuprarenaliene (feocromocitom)	N	Scintigrafie (mIBG)	Indicat	B	Scintigrafia cu MIBG permite decelarea localizărilor ectopice sau secundare ale tumorilor cu origine în crestele neurale.		2	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Glande suprarenale	Tumori medulosuprarenaliene (feocromocitom)	T	CT	Indicat	B	Imagistica este indicată în cazul anomaliilor hormonale caracteristice feocromocitoamelor - atenție la administrarea SDC - posibila declansare de criza HTA. CT-ul sau IRM-ul permit localizarea feocromocitomului suprarenalian. Ecografia nu este indicată în investigarea acestei patologii.		3	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter și anexe	Adenomioza uterina	I	Embolizare	Indicat	B	Toate formele de adenomioza (difuza, focala, mixta) sunt tratate eficient prin embolizare.	RI - PB5	2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter și anexe	Anomaliile de placentatie	I	Embolizare	Doar în cazuri particulare	?	Procedura de embolizare se face cu bureți de fibrina și permite reducerea semnificativa a hemoragiei în postpartum. Este necesara o echipa medicala mixta într-o locatie adecvata care sa permita transferul rapid al pacientei între sala de nasteri și cea de angiografie	RI - PB7	2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter și anexe	Avorturi spontane multiple	I	HSG	Doar cu aviz specializat	C	Histerosalpingografia poate fi indicată pentru studierea morfologiei uterului și cavității uterine.	RI - PC8	2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter și anexe	Fistulele arterio-venoase pelvine	I	Angiografie cu sau fără embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Angiografia trebuie sa confirme diagnosticul pus prin alte metode imagistice. Embolizarea se va face daca debitul fistulei este semnificativ sau are potential sa devina semnificativ. Histerectomia nu este de prima alegere în aceasta patologie	RI - PB2	3	4
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter și anexe	Hemoragii acute în sfera genitala	I	Embolizare	Indicat	B	Procedura permite controlul imediat al meno-metroragiilor acute și este indicata în caz de esec al celorlalte metode de control al hemoragiei (medicamentos / mesare / chiuretaj). Histerectomia trebuie evitata, la ea se va apela doar dacă pacienta nu poate fi transferata într-un serviciu de radiologie interventionala	RI - PB3	2	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter și anexe	Hemoragii cronice în sfera genitala	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Procedura permite controlul temporar al sangerarilor cronice din sfera genitala și este indicata în caz de esec al celorlalte metode de control al hemoragiei (medicamentos / mesare / chiuretaj). Este necesara cura afectiunii de baza ce produce sangerarea cronica (tumorală / hematologica etc)	RI - PB3	2	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter și anexe	Infertilitate feminină	I	HSG	Doar cu aviz specializat	B	În absența dilatației tubare vizibilă ecografic, histerosalpingografia este indicată pentru evaluarea permeabilității tubare; ea poate completa studiul morfologiei cavității uterine.	RI - PC8	2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter și anexe	Leiomiomul uterin	I	Embolizare	Indicat	A	Pe baza studiilor și meta-analizelor existente (grad relevanta 1A) procedura de embolizare a fost inclusa de ACOG între procedurile de prima alegere în terapia fibroamelor uterine. Numarul, dimensiunile și pozitia fibroamelor nu reprezinta criterii de excludere. Contraindicatia cazului este stabilita de medicul radiolog interventionist pe baza investigatiilor clinice și imagistice efectuate	RI - PB5	3	4
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter și anexe	Malformatiile arterio-venoase pelvine	I	Angiografie cu sau fără embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Angiografia trebuie sa confirme diagnosticul pus prin alte metode imagistice și sa stabileasca conduita terapeutica optima (embolizare cu adeziivi / embolizare cu spirale sau plug-uri vasculare / chirurgie).	RI - PB2	3	4

Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter si anexe	Metroragii postmenopauzale / Menometroragii	I	HSG	Neindicat	C	Histerografia este din ce în ce mai puțin utilizată, mai ales în perioada postmenopauzală, ținând cont de dezvoltarea ecografiei și histeroscopiei.	RI - PC8	2	2
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter si anexe	Polifibromatoza uterina	I	Embolizare	Indicat	A	Pe baza studiilor si meta-analizelor existente (grad relevanta 1A) procedura de embolizare a fost inclusa de ACOG intre procedurile de prima alegere in terapia fibroamelor uterine. Numarul, dimensiunile si pozitia fibroamelor nu reprezinta criterii de excludere. Contraindicatia cazului este stabilita de medicul radiolog interventivist pe baza investigatiilor clinice si imagistice efectuate	RI - PB5	2	3
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter si anexe	Sarcina ectopica	I	Embolizare	Doar în cazuri particulare	?	Literatura științifică disponibilă este săracă, prezintă interes pentru studii de cercetare clinică.	RI - PB7	3	4
Aparat urogenital și glande suprarenale	Uter si anexe	Varicele periuterine	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Varicele periuterine sunt deseori subdiagnosticate. Terapia lor prin scleroterapie / embolizare cu spirale este singura solutie terapeutica eficienta in aceasta patologie	RI - PB4	3	4
Obstetrică și ginecologie	Fertilitate	Avorturi spontane multiple	E	Ecografie	Indicat	C	Relevă principalele etiologii uterine congenitale și dobândite		0	0
Obstetrică și ginecologie	Fertilitate	Avorturi spontane multiple	I	HSG	Doar cu aviz specializat	B	Histerosalpingografia poate fi indicată pentru studierea morfologiei uterului și cavității uterine.		2	2
Obstetrică și ginecologie	Fertilitate	Avorturi spontane multiple	M	IRM	Doar cu aviz specializat	C	Când este necesară precizarea morfologiei uterine, IRM-ul poate completa ecografia și/sau histerosalpingografia, acestea fiind însă suficiente în majoritatea cazurilor.		0	0
Obstetrică și ginecologie	Fertilitate	Infertilitate feminină	E	Ecografie	Indicat	C	Rol în evaluarea uterină (căutarea unei malformații, a unei patologii endometriale sau miometriale), ovariană și investigarea unei dilatații salpingiene. Supraveghează maturarea foliculară și ovulația în cursul ciclurilor stimulate.		0	0
Obstetrică și ginecologie	Fertilitate	Infertilitate feminină	I	HSG	Doar cu aviz specializat	B	În absența dilatației tubare vizibilă ecografic, histerosalpingografia este indicată pentru evaluarea permeabilității tubare; ea poate completa studiul morfologiei cavității uterine.		2	2
Obstetrică și ginecologie	Fertilitate	Infertilitate feminină	M	IRM	Neindicat	C	Completează ecografia în studiul aparatului genital și pelvisului în cazul unei anomalii, neconcludente sau nedetectate de examenele prealabile efectuate.		0	0
Obstetrică și ginecologie	Fertilitate	Infertilitate masculină	E	Ecografie	Doar cu aviz specializat	B	Ecografia Doppler scrotală este recomandată pentru depistarea tumorilor și varicocelelor infraclinice și a anomaliilor morfologice a aparatului genital masculin. Unii specialiști recomandă ecografia endorectală pentru căutarea anomaliilor aparatului genital profund (veziculele seminale, prostată, ampule deferențiale)		0	0
Obstetrică și ginecologie	Ginecologie	Dureri pelvine, în special suspiciune de inflamație pelvină	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	Este util în evidențierea lichidului pelvin, îngroșărilor peritoneale, hidrosalpinxului, piosalpinxului, abesului tubo-ovarian. Evidențiază dilatațiile venoase periuterine, periovariene, variantele anatomice venoase. Nu are capacitatea examinării ecografice sau IRM-ului în evaluarea dinamicii fluxului. Nu furnizează date pertinente despre leziuni de tip endometrioza.		3	3
Obstetrică și ginecologie	Ginecologie	Dureri pelvine, în special suspiciune de inflamație pelvină și de endometrioză	E	Ecografie	Indicat	A	Ecografia endovaginală este examenul de primă intenție în durerile pelvine cu interesarea perineului, vulvei, vaginului. Ecografia Doppler este utilă în durerile pelvine cronice cu rol în studiul fluxului sanguin al arterelor uterine și a indicilor de rezistență. Evidențiază fluxul venos alterat în contextul fenomenelor de congestie pelvina.		0	0

Obstetrică și ginecologie	Ginecologie	Dureri pelvine, în special suspiciune de inflamație pelvină și de endometrioză	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	Este examenul indicat în durerile pelvine cronice. Este util când ecografia este neconcludentă. Când este indicat se recomandă administrarea de substanță de contrast pe bază de Gadolinium intravenos. Este indicat în disfuncții venoase pelvine - varice pelvine, reflux venos ovarian, distensii ale trompelor uterine, sindroame aderențiale și în suspiciunea de endometrioză sau traiecte fistuloase. Are acuratețe în evaluarea funcționalității, integrității și anatomiei musculaturii pelvine. Nu este examen de primă intenție în evaluarea durerilor pelvine de la nivelul perineului, durerile vulvare, vaginale dacă examenul clinic este normal. Pentru diagnosticul și stadializarea endometriozei - este necesară explorare cu protocol dedicat de tip instialre gel steril intravaginal și intrarectal.	0	0
Obstetrică și ginecologie	Ginecologie	Metrorații postmenopauzale: excluderea unei patologii semnificative Menometroragii	E	Ecografie (endovaginală)	Indicat	A	Ecografia caută o cauză la nivelul endometrului, miometrului, ovarului. Pentru histerosonografie dopplerul are un rol complementar. În perioada postmenopauzală, un endometru de peste 5 mm, prag frecvent utilizat (sub tratament hormonal substitutiv poate fi propus un prag de 8 mm), necesită continuarea investigațiilor pentru stabilirea diagnosticului (histeroscopie).	0	0
Obstetrică și ginecologie	Ginecologie	Metrorații postmenopauzale: excluderea unei patologii semnificative Menometroragii	E	Ecografie endovaginală și Doppler	Indicat	B	Ecografia Doppler evaluează vascularizarea pelvina și furnizează date care permit distingerea unei leziuni chistice de o leziune tisulară. Ecografia Doppler color și spectral poate fi utilizată pentru evaluarea statusului venos periovarian și periuterin; flux cu viteză redusă, flux retrograd al venelor ovariene. Vascularizarea pelvina intensificată este sugestivă pentru neoplaziile uterine sau tubo-ovariene. După instalarea menopauzei poate exista o hipersecreție estrogenică la unele femei cu disfuncții venoase pelvine.	0	0
Obstetrică și ginecologie	Ginecologie	Metrorații postmenopauzale: excluderea unei patologii semnificative Menometroragii	I	HSG	Neindicat	C	Histerografia este din ce în ce mai puțin utilizată, mai ales în perioada postmenopauzală, ținând cont de dezvoltarea ecografiei și histeroscopiei.	2	2
Obstetrică și ginecologie	Ginecologie	Pierdere de dispozitive intrauterine	E	Ecografie	Indicat	C	Incidență suprapubiană și/sau endovaginală.	0	0
Obstetrică și ginecologie	Ginecologie	Pierdere de dispozitive intrauterine	G	Rg. abdominală simplă	Doar în cazuri particulare	C	Dacă steriletul (DIU) nu poate fi evidențiat ecografic, este indicată o radiografie abdominală simplă.	2	2
Obstetrică și ginecologie	Ginecologie	Suspiciune de masă pelvină	E	Ecografie	Indicat	C	Asocierea incidenței transabdominale și a celei transvaginale sunt frecvent necesare. Ecografia trebuie să confirme prezența unei leziuni, să determine dacă este posibil organul în cauză și să contribuie la stabilirea naturii masei (v. și capitolul Cancer).	0	0
Obstetrică și ginecologie	Ginecologie	Suspiciune de masă pelvină	E	Ecografie	Indicat	A	Furnizează informații cu privire la dimensiunile uterului, endometrului, dilatațiilor tubare sau masele anexiale. Este utilă în evaluarea chistelor vaginale sau perineale. În caz de suspiciune diagnostică la CT ecografia ulterioară poate aduce mai multe informații în particular în ceea ce privește anexele. Poate preciza existența lichidului pelvin, hidrosalpinxului, piosalpinxului, masele anexiale inflamatorii, incluziunilor peritoneale. Depistarea sindromului de ovare polichistice (ovare mărite de volum cu componentă stromală exagerată central și numeroși foliculi, de dimensiuni reduse, periferic). Ecografia Doppler este indicată în patologia pelvină cronică - evaluează fluxul sanguin în artera uterină cu indici de rezistență scăzuți.	0	0
Obstetrică și ginecologie	Ginecologie	Suspiciune de masă pelvină	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	Cu toate că CT-ul este încă utilizat, IRM-ul constituie cea mai bună explorare ca a 2-a intenție, când ecografia nu poate preciza organul de origine și/sau natura masei.	0	0
Obstetrică și ginecologie	Obstetrică	Suspiciune de disproporție cefalo-pelvină și/sau de prezență podală	G	Radio- pelvimetrie	Doar în cazuri particulare	B	Efectuarea radio-pelvimetriei este din ce în ce mai discutată. IRM-ul sau CT-ul sunt preferate, IRM-ul este însă indicat deoarece permite evitarea expunerii la radiațiile X.	2	2

Obstetrică și ginecologie	Obstetrică	Suspiciune de disproporție cefalo-pelvină și/sau de prezentație podală	M	IRM	Doar cu aviz specializat	C	IRM-ul pelvin este investigația care ar trebui să fie preferată datorită faptului că este noniradiantă.		0	0
Obstetrică și ginecologie	Obstetrică	Suspiciune de disproporție cefalo-pelvină și/sau de prezentație podală	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	CT-ul pelvin poate fi folosit, știind că este iradiant, dar doza administrată este în general mai mică decât cea din pelvimetria clasică.		2	2
Obstetrică și ginecologie	Sarcina	Ecografie de control în timpul sarcinii	E	Ecografie	Indicat	B	Se propune realizarea a 3 ecografii în mod sistematic pentru sarcina normală la 12, 22 și 32 săptămâni de amenoree. Depistarea precoce (11-13 SA) permite datarea precisă a sarcinii prin măsurarea lungimii cranio-caudale, depistarea precoce a anomaliilor sau semnelor de alarmă de discromozomie și precizarea numărului embrionilor și a corionicității. Nu a fost demonstrat faptul că screeningul în rândul populației cu risc scăzut, prin ecografie în cursul trimestrelor 2 și 3, ar fi modificat mortalitatea prenatală, cu excepția cazurilor de întrerupere medicală a sarcinii sau a unei anomalii fetale importante. Ea poate permite totuși adaptarea abordării terapeutice pre și postnatale, cu un beneficiu în anumite malformații cardio-toracice. Ecografia are de asemenea un interes cunoscut pentru evaluarea placentei previa și evidențierea unui retard de creștere intrauterin. Pentru monitorizare și abordarea terapeutică a unei sarcini cu risc mare, specialistul poate să se ajute de ecografia doppler de arteră ombilicală, artere uterine. Ea este esențială pentru ghidarea manevrelor intervenționale.		0	0
Obstetrică și ginecologie	Sarcina	Ecografie de control în timpul sarcinii - Evaluare a restricției de creștere fetala	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia uterina transabdominala -tulburari de crestere fetala - risc scazut - RCF- reprezinta o complicatie importanta a sarcinii, asociata cu risc semnificativ al morbilitatii si mortalitatii perinatale. Fetusul cu dimensiuni mai mici comparativ cu varsta gestationala - SGA - este definit ca un fetus a carui greutate estimativa - <10% din greutatea estimativa corespunzatoare varstei gestationale. Ecografia - ramane indicatia fundamentala pentru identificarea fetusurilor cu risc de restrictie de crestere fetala prin utilizarea biometriei fetale - evaluarea diametrelor biparietal/circumferinta craniana; diametrul abdominal/circumferinta abdominala; lungimea femurala fetala. US duplex Doppler a arterei ombilicale nu este un instrument folositor in screening-ul pentru RCF. US duplex Doppler in artera uterina -neadekvata. In cazul riscului crescut de tulburari ale cresterii fetale - US uterina - evaluare initiala - profil biofizic al uterului gravid -studiul a 4 parametrii sensibili si variabili in cazul expunerii fetale la hipoxia acuta: miscarile respiratorii fetale; miscarile corpului si extremitatilor; tonurile fetale si volumul lichidului amniotic-uneori si al 5-lea parametru -testul non-stress fetal. US Doppler duplex artere uterine, ombilicale, ducturi venoase, ACM fetala - anormalitatile -sunt corelate cu tulburarile de crestere fetala si decesul neonatal.	Fiecare dintre cei cinci parametri ai PBUG - primeste un scor de la 0 la 2 ceea ce duce la un scor maxim de 8-10; scorul maxim - indicator puternic al statusului fetal adecvat - evaluare saptamanala 1-2 parametrii la pacientele cu risc; la cele cu risc crescut evaluarea se face cel puțin de 2 X/sapt. sau zilnic; volumul lichidului amniotic este evaluat saptamanal dar se poate creste frecventa evaluarilor la niveluri reduse ale acestuia.	0	0

Obstetrică și ginecologie	Sarcină	Posibilitate de sarcină non-viabilă	E	Ecografie	Indicat	C	În caz de dubiu asupra viabilității sau de discordanță biometrică, se repetă ecografia după o săptămână (mai ales dacă sacul gestațional este sub 20mm sau lungimea cranio-caudală sub 2-3 mm). În caz de incertitudine, este recomandabil un control ecografic înaintea chiuretajului.		0	0
Obstetrică și ginecologie	Sarcină	Suspiciune de sarcină extrauterină	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia este interpretată în funcție de dozajul cantitativ de HCG. Ecografia abdominală și/sau endo-vaginală investighează o sarcină intrauterină, apoi o sarcină extrauterină.		0	0
Obstetrică și ginecologie	Sarcină	Suspiciune de sarcină la o femeie asimptomatică	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	C	Testele biologice de sarcină sunt cele mai potrivite. Ecografia (în general după 7 săptămâni) poate fi utilă dacă se suspectează o sarcină molară, dacă e necesară o datare precoce, în caz de simptome (dureri, metroragii), în caz de antecedente de sarcină extrauterină sau de sarcină după fertilizare asistată iatrogen.		0	0
Sân	Cancer de sân	Stadializarea cancerului de sân: metastaze la distanță	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar în cazuri particulare	B	Pentru paciente inoperabile la debut. Pentru paciente operabile la debut, care prezintă adenopatie axilară metastatică sau simptomatologie evocatoare de determinări secundare.		2	2
Sân	Cancer de sân	Stadializarea cancerului de sân: metastaze la distanță	T	CT torace abdomen	Doar în cazuri particulare	B	Pentru paciente inoperabile la debut. Pentru paciente operabile la debut, care prezintă adenopatie axilară metastatică sau simptomatologie evocatoare de determinări secundare		2	2
Sân	Cancer de sân	Stadializarea cancerului de sân: metastaze la distanță	M	IRM Whole-body	Doar cu aviz specializat	B	Pentru paciente inoperabile la debut. Pentru paciente operabile la debut, care prezintă adenopatie axilară metastatică sau simptomatologie evocatoare de determinări secundare		0	0
Sân	Cancer de sân	Stadializarea cancerului de sân: metastaze la distanță	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Pentru paciente inoperabile la debut. Pentru paciente operabile la debut, care prezintă adenopatie axilară metastatică sau simptomatologie evocatoare de determinări secundare.		3	3
Sân	Cancer de sân	Adenopatie axilară suspectă	I	Biopsie ganglionară	Doar în cazuri particulare	C	În cazurile în care mamografia și ecografia nu pun în evidență o leziune mamară suspectă	RI - PC6	0	2
Sân	Cancer de sân	Neoplasm mamar	I	Biopsie percutanată	Indicat	A	Diagnosticul de malignitate poate fi afirmat în baza unei prelevări tisulare (biopsie histologică tru-cut sau macrobiopsie). Indicată pentru toate leziunile încadrate BI-RADS 4 și 5, pentru stabilirea diagnosticului de certitudine și a conduitei terapeutice ulterioare	RI - PC6	2	2
Sân	Cancer de sân	Stadializare loco-regională a cancerului de sân	E	Ecografie	Indicat	B	Strategia de stadializare se decide în echipa multidisciplinară și/sau conform protocoalelor instituționale.		0	0
Sân	Cancer de sân	Stadializare loco-regională a cancerului de sân	E	Ecografie axilară	Indicat	B	Strategia de stadializare se decide în echipa multidisciplinară și/sau conform protocoalelor instituționale. Conform protocoalelor instituționale poate fi utilă biopsia axilară (puncția citologică cu ac fin sau puncția biopsie)		0	0
Sân	Cancer de sân	Stadializare loco-regională a cancerului de sân	G	Mamografie	Indicat	B	Strategia de stadializare se decide în echipa multidisciplinară și/sau conform protocoalelor instituționale		1	1
Sân	Cancer de sân	Stadializare loco-regională a cancerului de sân	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Strategia de stadializare se decide în echipa multidisciplinară și/sau conform protocoalelor instituționale.		0	0
Sân	Cancer de sân	Stadializare loco-regională a cancerului de sân	N	Limfoscintigrafie, SPECT-CT(ganglion santinelă)	Doar cu aviz specializat	B	Strategia de stadializare se decide în echipa multidisciplinară și/sau conform protocoalelor instituționale. Utilizată pentru a reduce disecția axilară nenecesară.		2	2
Sân	Cancer de sân	Stadializarea cancerului de sân: metastaze la distanță	E	Ecografie hepatică	Doar în cazuri particulare	B	Pentru paciente inoperabile la debut. Pentru paciente operabile la debut, care prezintă adenopatie axilară metastatică sau simptomatologie evocatoare de determinări secundare		0	0

Sân	Cancer de sân	Stadializarea cancerului de sân: metastaze la distanță	G	Radiografie pulmonară	Doar în cazuri particulare	B	Pentru paciente inoperabile la debut. Pentru paciente operabile la debut, care prezintă adenopatie axilară metastatică sau simptomatologie evocatoare de determinări secundare. În absența accesibilității la examen CT pulmonar.	1	1
Sân	Cancer de sân	Urmărirea la distanță a pacienților cu cancer de sân (supraveghere)	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	În cazurile cu simptomatologie sugestivă pentru excluderea unei recidive sau a unor metastaze la distanță sau la pacienții cu markeri tumorali crescuți și examen CT neconcludent.	3	3
Sân	Cancer de sân	Urmărirea la distanță a pacienților cu cancer de sân (supraveghere)	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB și SPECT-CT	Doar cu aviz specializat	B	În cazurile cu simptomatologie sugestivă pentru excluderea metastazelor osoase.	2	2
Sân	Cancer de sân	Urmărirea la distanță a pacienților cu cancer de sân (supraveghere)	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	În cazurile cu simptomatologie sugestivă	2	2
Sân	Cancer de sân	Urmărirea locală a pacienților cu cancer de sân operat conservator	E	Ecografie	Indicat	B	Adjuvant examenului mamografic	0	0
Sân	Cancer de sân	Urmărirea locală a pacienților cu cancer de sân operat conservator	G	Mamografie	Indicat	A	Indicată anual ca supraveghere de rutină atât pentru sânul operat conservator cât și pentru sânul contralateral	1	1
Sân	Cancer de sân	Urmărirea locală a pacienților cu cancer de sân operat conservator	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	Indicată ca investigație suplimentară mamografiei și ecografiei, în cazuri selectate (de exemplu diagnostic diferențial cicatrice postoperatorie - recidivă locală)	0	0
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening), femei cu risc crescut de a dezvolta cancer mamar, inclusiv cele cu antecedente heredocolaterale (AHC) și cele cu radioterapie mediastinală anterioară	E	Ecografie	Indicat	B	Adjuvant al mamografiei la femeile cu sân dens și la femeile cu implant mamar, în special la cele care nu pot fi investigate prin IRM. Accesibilitatea la metodă în România este mai mare decât la IRM.	0	0
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening), femei cu risc crescut de a dezvolta cancer mamar, inclusiv cele cu antecedente heredocolaterale (AHC) și cele cu radioterapie mediastinală anterioară	G	Mamografie	Indicat	B	Femeile cu AHC ar trebui adresate către un centru specializat de evaluare a riscului. Incluzerea în programul de screening ar trebui decisă în funcție de evaluarea riscului genetic (mutații BRCA) și a raportului risc/beneficiu.	1	1
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening), femei cu risc crescut de a dezvolta cancer mamar, inclusiv cele cu antecedente heredocolaterale (AHC) și cele cu radioterapie mediastinală anterioară	M	IRM	Indicat	B	Screeningul IRM anual: adjuvant al mamografiei la femei cu risc crescut sau AHC de cancer mamar, adresate de centre specializate în evaluarea riscului. IRM este cost/eficientă la persoane BRCA 1 și 2 pozitive.	0	0
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening), femei peste 50 ani, la inițiere sau sub tratament hormonal substitutiv (THS)	G	Mamografie	Indicat	A	Ritmul supravegherii unei femei aflate sub tratament hormonal substitutiv nu diferă de cel al populației generale.	1	1

Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening), femei peste 50 ani, la inițiere sau sub tratament hormonal substitutiv (THS)	E	Ecografie	Neindicat	B	Ecografia mamară este utilă ca examen complementar în cazul unui sân dens și al femeilor cu proteze.	0	0
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening), femei sub 50 ani, la inițiere sau sub tratament hormonal substitutiv (THS)	E	Ecografie	Indicat	B	Adjuvant al mamografiei la femei cu sân dens și la femei cu implant mamar	0	0
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening), femei sub 50 ani, la inițiere sau sub tratament hormonal substitutiv (THS)	G	Mamografie	Indicat	C	THS crește densitatea glandulară mamară și incidența leziunilor benigne, afectând negativ performanța screeningului. THS crește riscul de cancer de interval. Nu există studii care să susțină eficiența efectuării de rutină a mamografiei înainte de inițierea THS, dar este utilă pentru excluderea unui proces malign la inițierea tratamentului.	1	1
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening): femei cu vârste între 40-49 ani	E	Ecografie	Indicat	A	Ecografia poate fi utilă ca adjuvant al mamografiei la femei cu sân dens și la femei cu implante.	0	0
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening): femei cu vârste între 40-49 ani	G	Mamografie	Indicat	A	În caz de screening oportunist (cel mai frecvent la solicitarea femeii de investigare a sânelui), la 2 ani interval. Preferabil mamografie digitală, mai sensibilă în sânul cu structură glandulară densă.	1	1
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening): femei cu vârste între 50-70 ani	G	Mamografie	Indicat	A	Evidența bazată pe dovezi confirmă necesitatea și oportunitatea screeningului mamar, prin mamografie în două incidente pentru fiecare sân, la 2 ani interval.	1	1
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening): femei cu vârste între 50-70 ani	E	Ecografie	Neindicat	B	Ecografia e indicată în diagnostic, nu în screening.	0	0
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening): femei cu vârste peste 70 ani	G	Mamografie	Indicat	A	În caz de screening oportunist (cel mai frecvent la solicitarea femeii de investigare a sânelui), deoarece riscul de cancer de sân crește cu vârsta.	1	1
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening): femei cu vârste peste 70 ani	E	Ecografie	Neindicat	C		0	0
Sân	Paciente asimptomatice	Depistare (Screening): femei cu vârste sub 40 ani	G	Mamografie	Neindicat	B	Nu există evidențe care să susțină screeningul femeilor fără factori de risc sub 40 ani.	1	1
Sân	Paciente asimptomatice	Femei înaintea unei plastii pentru augmentare sau reducere mamară	E	Ecografie	Indicat	C	Cu toate că nu există în literatura de specialitate argumente care să susțină necesitatea unei ecografii preoperatorii, aceasta este utilă, în special la tinere și în cazul sânelor denși pentru a documenta eventualele modificări benigne (care ar duce la modificarea tehnicii operatorii) și pentru detectarea unui cancer infraclinic.	0	0
Sân	Paciente asimptomatice	Femei înaintea unei plastii pentru augmentare sau reducere mamară	G	Mamografie	Indicat	C	Cu toate că nu există în literatura de specialitate argumente care să susțină necesitatea unei mamografii preoperatorii, aceasta este utilă pentru excluderea unei malignități, la femeia peste 35 ani.	1	1
Sân	Paciente asimptomatice	Screening, femei cu augmentare mamară	E	Ecografie	Indicat	B	Adjuvant al mamografiei	0	0
Sân	Paciente asimptomatice	Screening, femei cu augmentare mamară	G	Mamografie	Indicat	B	La femei peste 40 ani. Sensibilitatea depistării cancerului este mai mică decât la femeile fără augmentare mamară. Mamografia digitală poate fi utilă.	1	1
Sân	Paciente cu simptome și semne nesugestive de cancer	Inflamație mamară	E	Ecografie	Indicat	C	Primul examen ce trebuie realizat în fază acută. Utilă pentru diagnosticul abceselor, drenajul ghidat percutan și pentru urmărire.	0	0

Sân	Paciente cu simptome și semne nesugestive de cancer	Inflamație mamară	G	Mamografie	Doar în cazuri particulare	C	În cazurile în care există persistența fenomenelor inflamatorii după tratament.	1	1
Sân	Paciente cu simptome și semne nesugestive de cancer	Inflamație mamară	M	IRM	Doar în cazuri particulare	C	În cazurile în care există persistența fenomenelor inflamatorii după tratament, cu mamografie și ecografie negative pentru malignitate	0	0
Sân	Paciente cu simptome și semne nesugestive de cancer	Nodularitate mamară, durere, tensiune mamară, secreție mamelonară bilaterală nespecifică sau retracție mamelonară veche	E	Ecografie	Indicat	C	La femei sub 40 ani	0	0
Sân	Paciente cu simptome și semne nesugestive de cancer	Nodularitate mamară, durere, tensiune mamară, secreție mamelonară bilaterală nespecifică sau retracție mamelonară veche	G	Mamografie	Indicat	C	La femei peste 40 ani	1	1
Sân	Paciente cu simptome și semne nesugestive de cancer	Verificarea integrității unui implant mamar cu silicon	E	Ecografie	Indicat	B	Numai dacă există semne de ruptură de implant, în lipsa accesului la examen IRM	0	0
Sân	Paciente cu simptome și semne nesugestive de cancer	Verificarea integrității unui implant mamar cu silicon	M	IRM	Indicat	A	Numai dacă există semne clinice de complicații ale implantului	0	0
Sân	Paciente cu simptome și semne nesugestive de cancer	Verificarea integrității unui implant mamar cu silicon	G	Mamografie	Neindicat	B		1	1
Sân	Paciente cu simptome și semne sugestive de cancer	Suspiciune clinică de cancer la paciente cu augmentare (implante)	G	Mamografie	Indicat	B	Sunt recomandate aceleași investigații ca la pacientele fără augmentare. Mamografia la pacientele cu augmentare mamară prezintă sensibilitate mai scăzută.	1	1
Sân	Paciente cu simptome și semne sugestive de cancer	Adenopatie axilară suspectă	E	Ecografie	Indicat	?	Suplimentar mamografiei în cazul sânului dens și pentru caracterizarea adenopatiei	0	0
Sân	Paciente cu simptome și semne sugestive de cancer	Adenopatie axilară suspectă	G	Mamografie	Indicat	C	Examinare de primă intenție la toate pacientele peste 35 ani	1	1

Sân	Pacientele cu simptome și semne sugestive de cancer	Adenopatie axilară suspectă	I	Biopsie ganglionară	Doar în cazuri particulare	C	În cazurile în care mamografia și ecografia nu pun în evidență o leziune mamară suspectă	0	2
Sân	Pacientele cu simptome și semne sugestive de cancer	Adenopatie axilară suspectă	M	IRM	Doar în cazuri particulare	C	În cazurile cu biopsie ganglionară pozitivă pentru carcinom, cu mamografie și ecografie negative	0	0
Sân	Pacientele cu simptome și semne sugestive de cancer	Diagnosticul cancerului de sân: nodul mamar, refracție tegumentară, refracție mamelonară, secreție mamelonară unilaterală spontană sanguinolentă sau seroasă, suspiciune de mastită carcinomatoasă, suspiciune de boală Paget	E	Ecografie	Indicat	B	La femeile sub 35 ani – primă intenție. La femeile peste 35 ani, în caz de mamografie negativă; în cazul mamografiei pozitive se indică în completarea acesteia pentru analiză suplimentară și pentru ghidarea biopsiei percutane. Parte a triplului diagnostic clinic, imagistic, patologic.	0	0
Sân	Pacientele cu simptome și semne sugestive de cancer	Diagnosticul cancerului de sân: nodul mamar, refracție tegumentară, refracție mamelonară, secreție mamelonară unilaterală spontană sanguinolentă sau seroasă, suspiciune de mastită carcinomatoasă, suspiciune de boală Paget	G	Mamografie	Indicat	B	La femeile peste 35 ani. Conduita terapeutică ulterioară se bazează pe triplul diagnostic: clinic, imagistic, patologic. La femeile sub 35 ani, examinarea de primă intenție este ecografia, iar conduita ulterioară este decisă în funcție de încadrarea BI-RADS ecografică.	1	1
Sân	Pacientele cu simptome și semne sugestive de cancer	Diagnosticul cancerului de sân: nodul mamar, refracție tegumentară, refracție mamelonară, secreție mamelonară unilaterală spontană sanguinolentă sau seroasă, suspiciune de mastită carcinomatoasă, suspiciune de boală Paget	I	Biopsie percutanată	Indicat	A	Diagnosticul de malignitate poate fi afirmat în baza unei prelevări tisulare (biopsie histologică tru-cut sau macrobiopsie). Indică pentru toate leziunile încadrate BI-RADS 4 și 5, pentru stabilirea diagnosticului de certitudine și a conduitei terapeutice ulterioare	2	2
Sân	Pacientele cu simptome și semne sugestive de cancer	Diagnosticul cancerului de sân: nodul mamar, refracție tegumentară, refracție mamelonară, secreție mamelonară unilaterală spontană sanguinolentă sau seroasă, suspiciune de mastită carcinomatoasă, suspiciune de boală Paget	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	Poate fi utilizat dacă sunt necesare informații complementare după mamografie și ecografie (multicentricitate, multifocalitate, bilateralitate) sau în caz de suspiciune clinică cu bilanț mamografic și ecografic negativ. Nu înlocuiește biopsia.	0	0
Sân	Pacientele cu simptome și semne sugestive de cancer	Suspiciune clinică de cancer la pacientele cu augmentare (implante)	E	Ecografie	Indicat	B	Complementar mamografiei	0	0

Sân	Paciente cu simptome și semne sugestive de cancer	Suspiciune clinică de cancer la pacienți cu augmentare (implante)	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	Algoritmul diagnostic imagistic urmează aceleași reguli ca la pacienta simptomatică fără implant		0	0
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral constituit (AVC)	A	Angiografie	Doar cu aviz specializat	B	Nu este de prima intenție. Indicat pentru detectarea și evaluarea gradului de stenoza intracraniană, pentru evidențierea unei ocluzii distale sau a unui vasospasm.	RI - PA-D	2	2
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral constituit (AVC) - evaluare parenchim	M	IRM cerebral	Indicat	A	IRM cerebral (cu secvențe FLAIR, difuzie cu ADC, ecou de gradient T2) este recomandat în faza acută a instalării unui deficit neurologic dacă acest examen nu determină o întârziere a începerii tratamentului. Pentru detecția unei leziuni hemoragice cerebrale are o sensibilitate cel puțin echivalentă cu examinarea CT fără contrast și o sensibilitate mai mare pentru diagnosticul altor cauze de deficit neurologic brutal prin celelalte secvențe decât difuzia.		0	0
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral constituit (AVC) - evaluare parenchim	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	Doar dacă nu se poate efectua examinarea IRM sau când există contraindicații pentru IRM.		2	2
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral constituit (AVC) - vascularizație extracraniană	E	Eco-Doppler trunchiuri supra-aortice	Indicat	A	Permite analiza peretelui arterial și anomalii de flux adiacente unei stenoze. Singură nu poate da indicație de intervenție chirurgicală (necesită încă o metodă imagistică de confirmare).		0	0
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral constituit (AVC)-vascularizație extracraniană	M	AngioRM trunchiuri supraaortice	Indicat	B	Performanțe foarte bune ale AngioRM în estimarea stenozelor. Imaginile de înaltă rezoluție a plăcilor aterotrombotice stenozante simptomatice oferă posibilitatea de a defini placa dacă este 'la risc'. Pentru moment analiza plăcii nu permite indicarea tratamentului chirurgical.		0	0
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral constituit (AVC)-vascularizație extracraniană	T	Angio-CT	Doar în cazuri particulare	B	Angio-CT-ul permite studiul vaselor intra și extracraniene în cazul contraindicației de IRM sau al unei discordanțe între ecoDoppler și angio-RM.		2	2
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral constituit (AVC)-vascularizație intracraniană	T	Angio-CT	Indicat	B	Ocluzia proximală a vaselor intracraniene este ușor detectată prin AngioCT. Pentru detecția și evaluarea gradului de stenoză intracraniană, AngioCT e util pentru diagnostic. Comparativ Angio-RM permite evaluare mai bună a fluxului în aval de stenoză cât și rețeaua vasculară distală.		2	2
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral constituit (AVC)-vascularizație intracraniană	A	Angiografie	Doar cu aviz specializat	A	Se recomandă pentru detecția și evaluarea gradului de stenoză intracraniană, pentru evidențierea ocluziei acute distale, pentru evaluarea unei stenoze subacute sau cronice distale, a unui vasospasm sau a vascularizatiei. Însă, datorită caracterului invaziv și datorită reglementărilor pentru indicație, nu poate fi un examen de primă intenție.		2	3
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral constituit (AVC)-vascularizație intracraniană	E	Eco Doppler transcranian	Doar cu aviz specializat	A	Ecografia Doppler transcraniană poate fi utilizată ca o unealtă neinvazivă pentru detecția unei stenoze / ocluzii intracraniene proximale sau a unui vasospasm.		0	0
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral constituit (AVC)-vascularizație intracraniană	M	Angio-RM	Indicat	A	Secvența TOF efectuată în primele 4h30min de la debutul simptomatologiei în vederea trombolizei/trombectomiei.		0	0
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral tranzitor (AVCT) - evaluarea parenchimului	M	IRM cerebral cu AngioRM	Indicat	B	Recomandat în primele 24 de ore. IRM-ul este util pentru: - evidențierea unei leziuni ischemice sau hemoragice - eliminarea leziunilor care simulează un accident ischemic tranzitor - permite aprecierea stării parenchimului cerebral - participa la calculul de risc de constituire a unui AVC- AngioRM TOF pentru excluderea stenoze/ocluzii		0	0
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral tranzitor (AVCT) - evaluarea parenchimului	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	În caz de contraindicație de IRM sau de imposibilitatea efectuării unei examinări IRM. Rezultatul examinării CT nu va participa la scorul prognostic.		2	2

Cap	Neuro	Accident vascular cerebral tranzitor (AVCT) - evaluarea parenchimului	N	Scintigrafie cerebrală de perfuzie	Doar cu aviz specializat	C	Tomoscintigrafia permite realizarea de probe de stimulare farmacodinamică (Diamox sau alți compuși) și cuplat cu examenul static ofera informații asupra rezervei hemodinamice cerebrale. Util pentru evaluarea rezervei hemodinamice, în evaluarea rezultatului endarterectomiei carotidiene sau evaluarea preoperatorie.		2	2
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral tranzitor (AVCT) - trunchiuri supraaortice	E	Eco-Doppler al vaselor cervico-craniene	Indicat	A	Explorările ultrasonografice sunt utile pentru: - căutarea leziunii embolice, - căutarea unei disecții arteriale, - selecția pacienților în vederea intervenției chirurgicale.		0	0
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral tranzitor (AVCT) - trunchiuri supraaortice	M	AngioRM	Indicat	A	Performanțe foarte bune în cazul IRM de înaltă rezoluție - analiza plăcii ateromatoase stenozante.		0	0
Cap	Neuro	Accident vascular cerebral tranzitor (AVCT) - trunchiuri supraaortice	T	Angio-CT	Doar în cazuri particulare	B	Pentru studiul trunchiurilor supraaortice, de la originea lor până la nivelul ramurilor intracraniene, în cazul contraindicației de IRM / imposibilitatea efectuării IRM de înaltă rezoluție sau de discordanță între eco-Doppler și angio-RM		2	2
Cap	Neuro	Afectarea bazei craniului și nervilor cranieni (cu excepția nervilor optici 23A și a nervilor acustici 13A și 14A)	M	IRM cerebral și regiune cervicală	Indicat	C	Examenul IRM studiază semnalul leziunii cu o caracterizare tisulară optimă, evaluarea extensiei, ajută la orientarea diagnostică (perfuzie, difuzie, spectroRM, angioRM dinamic)		0	0
Cap	Neuro	Afectarea bazei craniului și nervilor cranieni (cu excepția nervilor optici 23A și a nervilor acustici 13A și 14A)	T	CT	Doar în cazuri particulare	C	CT-ul poate fi util în analiza bazei craniului, detectarea calcificărilor și pentru analiza anumitor structuri (pereți orbitari, lama ciuruită etmoidală, găurile bazei craniului). Se poate realiza și în contraindicații de examen IRM.		0	0
Cap	Neuro	Afectarea bazei craniului și nervilor cranieni (cu excepția nervilor optici 23A și a nervilor acustici 13A și 14A)	A	Angiografie	Doar cu aviz specializat	C	In anumite situații ci viză diagnostică - excluderea unei fistule durale de ex.		3	3
Cap	Neuro	Afectarea bazei craniului și nervilor cranieni (cu excepția nervilor optici 23A și a nervilor acustici 13A și 14A)	A	Angiografie	Doar cu aviz specializat	C	In anumite situații - excluderea unei fistule durale de ex.	RI - PA-D	2	2

Cap	Neuro	Anevrism cerebral	I	Embolizare	Indicat	A	<p>Tratamentul endovascular este o alternativă la tratamentul chirurgical. Alegerea tratamentului se bazează pe un bilanț morfologic precis (angiografie 3D), pe vârsta pacientului, pe starea clinică preoperatorie. Decizia terapeutică implică o echipă mixtă - neuroradiolog intervenționist, neurochirurg și neuroanestezist. În cazul în care indicațiile de clipare chirurgicală sau embolizare au șanse egale de reușită se preferă embolizarea dar se va lua decizia și în funcție de opțiunea pacientului/familiei.</p> <p>Criterii favorabile tratamentului endovascular prin coiling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - localizare: circulația posterioară - colet îngust al anevrismului - forma unilobară a anevrismului - alți factori în favoarea tratamentului endovascular: vârsta peste 70 de ani, absența hematomului intraparenchimos - Situații particulare de rezolvare endovasculară: stentarea la nivelul coletului anevrismului se recomandă în cazurile în care coletul anevrismului este larg (mai mare de 2/3 din diametrul total) - se poate lua decizia de utilizare a dispozitivelor flow-diverter sau a coiling-ului susținut de stent în artera parentală în funcție de dispozitivele existente în spital <p>Criterii favorabile clipării neurochirurgicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - localizare: artera cerebrală medie, artera pericaloasă - anevrism de dimensiuni mari și/sau colet larg al anevrismului - ramuri arteriale cu origine în sacul anevrismal 		3	4
Cap	Neuro	Anevrism intracranian rupt	A	Angiografie diagnostică și tratament endovascular	Doar cu aviz specializat	A	<p>Alegerea tratamentului depinde de bilanțul morfologic (angiografie 3D), vârsta pacientului, starea clinică preoperatorie, necesitând o echipă multidisciplinară. Tratamentul endovascular va fi privilegiat.</p>	Ri - PA - D	3	4
Cap	Neuro	Anevrism intracranian rupt	I	Angiografie diagnostică și tratament endovascular	Doar cu aviz specializat	A	<p>Alegerea tratamentului depinde de bilanțul morfologic (angiografie 3D), vârsta pacientului, starea clinică preoperatorie, necesitând o echipă multidisciplinară. Tratamentul endovascular va fi privilegiat.</p>		3	4
Cap	Neuro	Anevrism intracranian rupt	I	Tratament endovascular	Doar cu aviz specializat	B	<p>Tratamentul endovascular este o alternativă la tratamentul chirurgical. Alegerea tratamentului se bazează pe un bilanț morfologic precis (angiografie 3D), pe vârsta pacientului, pe starea clinică preoperatorie. Decizia terapeutică implică o echipă mixtă - neuroradiolog intervenționist, neurochirurg și neuroanestezist. Tratamentul endovascular va fi privilegiat.</p>	RI - PA1	3	4

Cap	Neuro	AVC ischemic acut	I	Trombectomie mecanica	Indicat	A	<p>a. Pacienții eligibili pentru tromboliză intravenoasă trebuie să primească Actilyse chiar dacă se ia în considerare tratamentul endovascular</p> <p>b. Pacienții ar trebui să beneficieze de trombectomie mecanică cu stent retriever (Clasă I A) sau alte dispozitive de aspirație a trombului (Clasă II B) dacă întrunesc toate criteriile:</p> <p>(1) scor mRS anterior accidentului vascular cerebral de 0 sau 1</p> <p>(2) ocluzie simptomatică a arterei carotide interne (ACI) sau a segmentului M1 al arterei cerebrale medii (ACM)</p> <p>(3) vârsta ≥ 18 ani</p> <p>(4) scor NIHSS ≥ 6 puncte</p> <p>(5) scor ASPECTS ≥ 6 puncte</p> <p>(6) tratamentul poate fi inițiat (puncție arterială) în primele 6 ore de la debutul simptomelor</p> <p>c. Utilizarea trombectomiei mecanice cu stent retriever poate fi acceptabilă pentru pacienți cu AVC ischemic acut atent selecționați la care tratamentul poate fi inițiat (puncție arterială) în primele 6 ore de la debutul simptomelor și care au ocluzie simptomatică a segmentului M2 al ACM sau a segmentului M3 al ACM, sau a arterelor cerebrale anterioare (ACA), arterelor vertebrale (AV), arterei bazilare (AB) sau arterelor cerebrale posterioare (ACP) - (Clasă II B).</p> <p>d. Deși beneficiile sale nu sunt clare, utilizarea trombectomiei mecanice cu stent retriever poate fi acceptabilă la pacienți cu AVC ischemic acut la care tratamentul poate fi inițiat (puncție arterială) în primele 6 ore de la debutul simptomelor și care au scor mRS anterior accidentului vascular cerebral >1 punct, ASPECTS <6 puncte sau NIHSS <6 puncte și ocluzie simptomatică a arterei carotide interne sau ACM proximale (M1).</p> <p>e. Pentru a efectua tratament endovascular la pacienții aflați în intervalul 6-24 de ore de la debutul simptomatologiei AVC, selecția trebuie efectuată cu respectarea strictă a criteriilor din studiile DAWN și DEFUSE-3</p> <p>f. Pentru pacienții cu ocluzie demonstrată imagistic de arteră bazilară, având în vedere severitatea prognosticului, se poate avea în vedere efectuarea tratamentului endovascular într-o fereastră de timp de maxim 12 ore, în funcție de particularitățile clinice și imagistice ale fiecărui pacient.</p>	RI - PA2	3	4
Cap	Neuro	Cefalee acute brutale	A	Angio-RM	Indicat	B	Secvențele angio-RM permit punerea în evidență a malformațiilor vasculare cerebrale responsabile de hemoragia subarahnoidiană.		2	2
Cap	Neuro	Cefalee acute brutale	T	Angio-CT poligon Willis	Indicat	A	CT-ul permite diagnosticul hemoragiei subarahnoidiene. Se recomandă a fi completat cu o angiografieCT de poligon Willis.		2	2
Cap	Neuro	Cefalee acute brutale	T	CT cerebral	Indicat	A	CT-ul permite diagnosticul hemoragiei subarahnoidiene. Se recomandă a fi completat cu o angiografieCT de poligon Willis.		2	2
Cap	Neuro	Cefalee acute brutale	M	IRM cerebral	Doar în cazuri particulare	B	În cazul unui CT negativ pentru detecția hemoragiei subarahnoidiene cu o cefalee brutală, în cazul unei hemoragii subarahnoidiene minime și pentru diagnosticul altor entități (anexită, tromboză venoasă cerebrală, disecție cervicală sau cerebrală)		0	0
Cap	Neuro	Cefalee acute brutale	A	Angiografie	Doar cu aviz specializat	A	Nu este examen de prima intenție, se efectuează doar dacă angioCT/RM sunt negative.		2	2
Cap	Neuro	Cefalee acute brutale	A	Angiografie	Doar cu aviz specializat	A	Nu este examen de prima intenție. Se efectuează dacă angioCT/RM sunt negative.	RI - PA-D	2	2
Cap	Neuro	Cefalee cronice atipice (v. si capitolul Pediatrie)	M	IRM	Doar în cazuri particulare	A	Recomandat dacă examenul neurologic e anormal, cefaleea e inclasabilă, atipică, cu aură, agravată de manevra Valsalva, asociată cu vărsături.		0	0
Cap	Neuro	Cefalee cronice atipice (v. si capitolul Pediatrie)	T	CT cerebral	Doar în cazuri particulare	B	Dacă există contraindicații pentru IRM.		2	2

Cap	Neuro	Cefalee progresive neobișnuite	M	Angio-RM cerebral	Indicat	A	Indicată pentru detectarea cauzei cefaleei progresive. Tromboza venoasă trebuie caută sistematic.		0	0
Cap	Neuro	Cefalee progresive neobișnuite	M	IRM cerebral	Indicat	A	Indicată pentru detectarea cauzei cefaleei progresive. Tromboza venoasă trebuie caută sistematic.		0	0
Cap	Neuro	Crize comițiale (v. si capitolul Pediatrie)	M	IRM cerebral	Indicat	B	La un pacient cu o primă criză epileptică examinarea IRM are rolul de a evidenția o eventuală leziune cerebrală. Examinarea se va efectua în urgență în caz de status epilepticus inaugural, febră sau deficit neurologic persistent sau se va efectua rapid în alte cazuri (cefalee persistente, anticoagulante, neplazie cunoscută, HIV)		0	0
Cap	Neuro	Crize comițiale (v. si capitolul Pediatrie)	T	CT	Doar în cazuri particulare	C	Se va efectua în context posttraumatic sau dacă există contraindicații pentru IRM sau imposibilitatea efectuării IRM.		2	2
Cap	Neuro	Epilepsie cronică farmaco-rezistentă	M	IRM cerebral	Doar cu aviz specializat	B	Necesită analiza detaliată a structurilor amigdală-hipocampice. De preferat la un aparat 3 Tesla. Se pot adauga tensor de difuzie, spectroRM, volumetrie, IRM funcțional în centre specializate.		0	0
Cap	Neuro	Epilepsie cronică farmaco-rezistentă	N	PET-CT	Doar cu aviz specializat	B	PET cu F18-FDG permite obținerea unei imagini funcționale intercritice și depistarea unui hipometabolism focal (la nivelul focarului epileptogen). Este necesar un consult de specialitate.		2	2
Cap	Neuro	Epilepsie cronică farmaco-rezistentă	N	Scintigrafie cerebrală de perfuzie	Doar cu aviz specializat	B	Scintigrafia cerebrală de perfuzie în perioada acritică este un examen foarte sensibil, permite localizarea focarului epileptogen. Este necesar un consult de specialitate.		2	3
Cap	Neuro	Fistula arterio-venoasă cerebrală	I	Embolizare	Indicat	A	Au fost dezvoltate trei instrumente terapeutice, adesea complementare, pentru tratarea completă a fistulelor arterio-venoase cerebrale: intervenția microchirurgicală, Gama Knife și embolizarea pe cale endovasculară. Metoda principală este reprezentată de embolizarea endovasculară care poate fi o terapie definitivă.	RI - PA4	3	4
Cap	Neuro	Hematom craniu subdural	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Hematomul subdural cronic este unul dintre cele mai frecvente diagnostice neurochirurgicale la adulți. Afecțiunea este în mod fundamental provocată de afectarea vaselor de sânge meningeale. În cazuri selecționate se poate opta pentru managementul neuroendovascular minim invaziv, respectiv a embolizării endovasculare.	RI - PA8	3	4
Cap	Neuro	Hidrocefalie (v. si capitolul Pediatrie)	M	IRM cerebral	Indicat	C	IRM-ul permite diagnosticul pozitiv și etiologic al unei hidrocefalii și permite în egală măsură supravegherea pacienților purtători de catetere de derivație sau ventriculostomie; se recomandă verificarea funcționalității cateterului de derivație după examinarea IRM.		0	0
Cap	Neuro	Hidrocefalie (v. si capitolul Pediatrie)	T	CT cerebral	Doar în cazuri particulare	C	În caz de contraindicații ale examenului IRM		2	2
Cap	Neuro	Hidrocefalie Funcționarea cateterului de derivație (v. si capitolul Pediatrie)	T	CT cerebral	Indicat	C	Permite supravegherea pacienților purtători de catetere de derivație.		2	2
Cap	Neuro	Hidrocefalie Funcționarea cateterului de derivație (v. si capitolul Pediatrie)	G	Rg. de craniu, col. cervicală și abdominală simplă	Doar în cazuri particulare	C	Radiografia coloanei vertebrale permite verificarea poziției cateterului de derivație și conectarea între cateterul ventricular, corpul valvei și cateterul peritoneal. O radiografie abdominală simplă permite verificarea poziționării corecte a acestui cateter în cavitatea peritoneală.		1	1

Cap	Neuro	Malformație arterio-venoasă cerebrală	I	Embolizare	Indicat	A	Au fost dezvoltate trei instrumente terapeutice, adesea complementare, pentru tratarea completă a malformațiilor arterio-venoase cerebrale. Prima este rezecția microchirurgicală. Aceasta poate fi efectuată în primul rând sau după embolizarea endovasculară pentru a reduce riscurile de sângerare în timpul intervenției chirurgicale și pentru a facilita îndepărtarea completă și necomplicată. Al doilea este Gama Knife. Acest lucru se poate face, de asemenea, în principal sau după embolizare, pentru a reduce volumul nidusului și potențialul pentru a îmbunătăți rata de obliterare nidala. Metoda principală este reprezentată de embolizarea endovasculară. Deși acesta este cel mai adesea folosit ca precursor al microchirurgiei sau radiochirurgiei, există cazuri în care poate fi o terapie definitivă.	RI - PA4	3	4
Cap	Neuro	Mișcări anormale	M	IRM cerebral	Indicat	C	Pentru toate sindroamele parkinsoniene după un consult de specialitate, poate fi efectuat un IRM pentru diagnostic diferențial (maladia Parkinson nu are semne sepecifice IRM) - pentru a elimina o cauză vasculară, tumorală sau pentru a analiza atrofia. Examenul va avea minim o secvență 3D T1 pentru topografia atrofiei, o secvență T2 cu două ecouri pentru a pune în evidență hipersemnalul din trunchi și nucleele de substanță cenușie și o secvență FLAIR pentru a căuta leziunile microvasculare. Este indicat și în bilanțul celorlalte mișcări anormale (coree, distonie)		1	1
Cap	Neuro	Mișcări anormale	T	CT cerebral	Doar în cazuri particulare	C	În caz de contraindicații ale examinării IRM sau în imposibilitatea efectuării acestuia.		0	2
Cap	Neuro	Mișcări anormale	N	Tomoscintigrafie / PET-CT cu transportor de dopamina. Tomoscintigrafie de perfuzie. PET-CT cu F18-FDG	Doar cu aviz specializat	C	SPECT de perfuzie - și mai ales cartografia receptorilor D2 dopaminergici - pot contribui la diagnosticul etiologic al sdr. parkinsoniene. Cartografia transportorului de dopamină ajută la diagnosticul diferențial între tremorul esențial, sdr. parkinsoniene degenerative și non-degenerative. Tomoscintigrafia de perfuzie și PET-CT la F18-FDG pot fi utile în diagnosticul diferențial al sdr. parkinsoniene cu tulburări cognitive, după aviz specializat.		2	4
Cap	Neuro	Patologie neuroinfecțioasă	M	IRM cerebral	Indicat	B	IRM-ul cerebral este recomandat în fața unui tablou de meningo-encefalită, dacă nu întârzie începerea tratamentului. În cazul suspiciunii de meningită bacteriană, se indică IRM dacă: 1. există semne neurologice de localizare, 2. tulburare de vigilență (scor Glasgow sub 11), 3. crize epileptice recedte sau în curs, focale sau generalizate după vârsta peste 5 ani și numai dacă sunt de hemicorp după această vârstă.		0	0
Cap	Neuro	Patologie neuroinfecțioasă	T	CT cerebral	Doar în cazuri particulare	B	Indicat dacă există contraindicații IRM sau imposibilitatea efectuării IRM.		2	2
Cap	Neuro	Probleme cognitive	M	IRM cerebral	Indicat	A	O examinare sistematică imagistică cerebrală este recomandată în cazul demenței cu instalare recentă. Scopul acestui examen este de a elimina cauzele nondegenerative ale demenței (procese expansive intracraniene, hidrocefalie cu tensiune normală, leziuni vasculare ...). Acest examen permite de asemenea diagnosticul de anomalii, orientând spre anumite demențe degenerative (atrofie de hipocamp, fronto-temporală sau parietală). Nu se recomandă examinarea cu substanță de contrast în absența unui element justificator. Dacă a fost efectuată recent o examinare imagistică, nu e recomandabilă repetarea acesteia în absența unui element care să o motiveze.		0	0
Cap	Neuro	Probleme cognitive	N	PET-CT, Tomoscintigrafie de perfuzie, Tomoscintigrafie cu transportor de dopamina	Indicat	B	Servește la diagnosticarea precoce a maladiei Alzheimer și la diferențierea între Maladia Alzheimer și Dementa cu corpi Levy.		2	4
Cap	Neuro	Probleme cognitive	T	CT cerebral	Doar în cazuri particulare	C	În contraindicații de examen IRM sau în imposibilitatea efectuării acestuia (accesibilitate, nivel de cooperare a pacientului)		2	2

Cap	Neuro	Probleme psihiatrice	M	IRM cerebral	Doar cu aviz specializat	C	De prima intenție pentru diagnosticul pozitiv, pentru monitorizarea afecțiunii de substanță albă și pentru diagnosticul diferențial. Poate fi completat cu IRM medular dacă nu sunt completate criteriile de diagnostic sau pentru diagnosticul diferențial.		0	0
Cap	Neuro	Probleme psihiatrice	T	CT cerebral	Doar cu aviz specializat	C	Dacă există contraindicații pentru IRM sau pentru a elimina rapid existența unei tumori frontale voluminoase.		2	3
Cap	Neuro	Procese expansive hipofizare și paraselare	M	IRM cerebral și hipofizar	Indicat	C	IRM este tehnica imagistică de referință pentru diagnostic, evaluare preterapeutică și urmărire postterapeutică pentru leziunile sellare și paraselare. Permite caracterizare tisulară și extensie lezională și necesită completare cu secvență Angio-RM pentru analiza structurilor vasculare ale sinusului cavernos și supraselare (anevrisme arteriale, fistule carotido-cavernose, tromboflebite de sinus cavernos ...)		0	0
Cap	Neuro	Procese expansive hipofizare și paraselare	T	CT cerebral fără contrast cu reconstrucție în fereastră osoasă	Doar în cazuri particulare	C	CT nu este indicat în patologia hipofizară. Poate fi util dacă este nevoie de informații suplimentare asupra structurilor osoase adiacente, prezenței calcificărilor sau mai rar în cazul unui abord chirurgical transrinoseptal (dimensiunea sinusului, septuri, grosimea planșeului selar).		2	2
Cap	Neuro	Scleroza în plăci și alte leziuni ale substanței albe	M	IRM cerebral	Indicat	A	De prima intenție pentru diagnosticul pozitiv, pentru monitorizarea afecțiunii de substanță albă și pentru diagnosticul diferențial. IRM constituie un criteriu de diagnostic pentru scleroza multiplă (diseminarea spațială și temporală) în asociere cu date clinice și paraclinice (criterii revizuite McDonald). Poate fi completat cu IRM medular dacă nu sunt completate criteriile de diagnostic sau pentru diagnostic diferențial.		0	0
Cap	Neuro	Scleroza în plăci și alte leziuni ale substanței albe	T	CT cerebral	Doar în cazuri particulare	A	Pentru diagnostic diferențial.		2	2
Cap	Neuro	Sindroame medulare	M	IRM medular cervico-toraco-lombar	Indicat	A	IRM este examenul de referință pentru toate sindroamele medulare acute, subacute sau cronice. În cazuri acute și subacute trebuie realizat în urgență. Se recomandă realizarea unei examinări de ansamblu a canalului rahidian în caz de compresie medulară pentru a căuta diverse nivele de compresie.		0	0
Cap	Neuro	Sindroame medulare	T	CT segment de coloana vertebrală	Doar în cazuri particulare	A	Examinarea CT poate fi realizată pentru studierea structurilor osoase. Mielografia asociată sau nu de CT poate fi utilizată în caz de contraindicație de RM.		2	2
Cap	Neuro	Sindroame medulare	G	Radiografie	Doar cu aviz specializat	A	Radiografiile simple pot fi realizate în a doua intenție dacă CTul nu poate fi realizat pentru studierea structurilor osoase responsabile sau în asociere cu un sindrom medular precum și pentru aprecierea staticii.		1	1
Cap	Neuro	Stenoza arteriala intracraniana	I	Angioplastie cu stent	Indicat	A	În ciuda managementului medicamentos, stenozele arteriale intracraniene au un risc ridicat de producere si recurenta a accidentului vascular cerebral ischemic. Pe baza datelor existente in literatura, ghidurile actuale recomanda angioplastia cu stent ca tratament inițial pentru pacienții cu stenoze intracraniene simptomatice.	RI - PAS	3	4
Cap	Neuro	Stenoza carotidiană asimptomatică (suflu) - tratament	I	Angioplastie cu stent	Doar cu aviz specializat	A	În stenoza ateroslerotică simptomatică 50-70% a carotidei chirurgia e tratamentul de referință. Se indică angioplastia dacă intervenția chirurgicală e contraindicată prin motive medico-chirurgicale. Stenoza 60% asimptomatică - nu există indicație demonstrată de angioplastie cu stent (se poate propune dacă intervenția chirurgicală e contraindicată). Stenoza radică sau restenozarea postchirurgicala - angioplastia este o alternativă.		2	3
Cap	Neuro	Stenoza carotidiană asimptomatică (suflu) - diagnostic	E	Ecografie Doppler vase cervicoencefalice	Indicat	A	De prima intenție pentru explorarea unui suflu carotidian. Ca singura metoda de investigatie nu poate da indicație chirurgicala.		0	0
Cap	Neuro	Stenoza carotidiană asimptomatică (suflu) - diagnostic	I	Arterografie cervico-encefalică	Doar cu aviz specializat	B	În cazul discordanței dintre tehnicile noninvazive. Delimitază mai clar între stenoza subocluzivă și ocluzie.		2	2

Cap	Neuro	Stenoza carotidiană asimptomatică (sufiu) - diagnostic	M	AngioRM artere cervico-encefalice	Doar cu aviz specializat	B	Două tehnici neinvazive (angioRM, angioCT) împreună cu ecografia cresc performanța în aprecierea gradului de stenoză.		0	0
Cap	Neuro	Stenoza carotidiană asimptomatică (sufiu) - diagnostic	T	AngioCT trunchiuri supraortice	Doar cu aviz specializat	B	Două tehnici neinvazive (angioRM, angioCT) împreună cu ecografia cresc performanța în aprecierea gradului de stenoză.		2	3
Cap	Neuro	Stenoza venoasă intracraniană	I	Angioplastie cu stent	Indicat	A	Stenozele venoase intracraniene au un risc ridicat de producere și recurența a accidentului vascular cerebral ischemic. Pe baza datelor existente în literatură, ghidurile actuale recomandă angioplastia cu stent ca tratament inițial pentru pacienții cu stenoze intracraniene simptomatice.	RI - PA3	3	4
Cap	Neuro	Traumatisme cranio-encefalice	T	CT cerebral	Indicat	A	Examen de primă intenție. Recomandat pentru: 1 pacienți cu pierdere de conștiință sau cu amnezie posttraumatică dacă prezintă cefalee, vărsături, vârsta peste 60 ani, intoxicație alcoolică sau cu droguri, crize convulsive, scor Glasgow < 15, deficit neurologic, coagulopatie. 2 pacienți fără pierdere de conștiință sau amnezie posttraumatică dacă prezintă: deficit neurologic, vărsături, cefalee severă, vârsta peste 65 ani, suspiciune de fractură de bază de craniu, scor Glasgow < 15, coagulopatie, traumatism cu mecanism periculos.		2	2
Cap	Neuro	Traumatisme cranio-encefalice	M	IRM cerebral	Doar în cazuri particulare	B	Nu e recomandat în fază acută. E mai sensibil decât CT în detecția de leziuni axonale difuze și pentru leziuni de trunchi cerebral.		0	0
Cap	Neuro	Traumatisme cranio-encefalice	N	PET-CT, Scintigrafie de perfuzie	Doar cu aviz specializat	C	În faza cronică, pentru a face bilanțul sechelelor.		4	4
Cap	Neuro	Traumatisme cranio-encefalice	G	Rg craniu	Neindicat	?			1	1
Cap	Neuro	Tromboza venoasă a sinusurilor vasculare cerebrale	I	Trombectomie mecanică	Doar în cazuri particulare	B	Tratamentul endovascular al trombozei venoase cerebrale este de obicei rezervat cazurilor asociate cu tromboza extensivă și a lipsei ameliorării clinice sau a agravării simptomelor pe fondul tratamentului cu anticoagulante. În realizarea procedurii se pot utiliza tehnicile de trombaspirație, trombectomie mecanică cu stentriever, precum și angioplastie cu stent.	RI - PA2	3	4
Cap	Neuro	Tulburări de vedere - scăderea acuității vizuale și afectarea câmpului vizual	M	IRM cerebral și orbital	Indicat	C	Este recomandat în bilanțul scăderii acuității vizuale sau a alterărilor câmpului vizual. Circumstanțele de apariție a simptomelor și rezultatele examenelor oftalmologice și neurologice orientează tipul de secvențe necesare.		0	0
Cap	Neuro	Tulburări de vedere - scăderea acuității vizuale și afectarea câmpului vizual	T	CT orbital și encefalic	Doar în cazuri particulare	C	În caz de contraindicații ale examenului IRM		2	2
Cap	Neuro	Tumori cerebrale	M	IRM cerebral	Indicat	A	IRM-ul este indicat pentru diagnostic, clasificare și aspectul diferitelor procese expansive intracraniene, în alegerea strategiei terapeutice și supravegherea postterapeutică (utilizând difuzie, perfuzie, spectroRM).		0	0
Cap	Neuro	Tumori cerebrale	T	CT	Doar în cazuri particulare	A	În cazul contraindicației de examen IRM, sau complementar IRM pentru aprecierea structurilor osoase adiacente, pentru tumori cu punct de plecare meningeal, detectarea de calcifiari intratumorale.		2	2
Cap	Neuro	Tumori cerebrale	N	PET-CT	Doar cu aviz specializat	B	PET-CT cu F18-FDG e indicată în diagnosticul diferențial recidivă/ radionecroză a glioblastomelor cu grad înalt de diferențiere. Utilizarea radiotrasorilor non-FDG (ex aminoacizi radiomarcati).		2	2
Cap	Neuro	Tumori cerebrale	N	Scintigrafie cerebrală	Doar cu aviz specializat	B	Tomoscintigrafia cerebrală cu utilizarea de trăsori tumorali, indicatori ai viabilității celulare, ca thaliu sau MIBI poate fi utilă pentru diagnosticul diferențial recidivă/radionecroză sau pentru aprecierea răspunsului precoce la chimioterapie.		4	4
Cap	Neuro	Tumori hipervascularizate cerebrale	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Embolizarea preoperatorie poate reduce în siguranță și eficient pierderile de sânge în timpul intervenției chirurgicale.	RI - PA7	3	4

Cap	Neuro	Vasospasmul cerebral acut	I	Angioplastie cu balon	Doar în cazuri particulare	B	Tratament de prevenție: Nimodipină 60 mg/4 ore p.os. Dacă administrarea orală este imposibilă se va administra iv. în doză similară Tratamentul vasospasmului cerebral : - terapia 3 ^o H ⁺ (hipertensiune, hemodiluție, hiperhidratare) - în cazuri selecționate de echipa de medici neurolog, neurochirurg, radiolog intervențional și ATI se pot aplica și următoarele măsuri terapeutice: o Nimodipină intra-arterial pe cateter de angiografie o Angioplastie percutană cu balon în cazul vasospasmului rezistent la măsurile terapeutice standard	RI - PA2	3	4
Cap	ORL	Colesteatom	M	IRM	Indicat	B	Examenul IRM este realizat din ce în ce mai frecvent dacă examenul CT este neconcludent sau insuficient (opacități cu caracter incert sau urechea este ocupată în totalitate cu densități lichidiene/solide)	Examenul IRM folosește secvențe specifice pentru detectarea colesteatomului, în special difuzie.	0	0
Cap	ORL	Colesteatom	T	CT	Indicat	B	Examenul CT este realizat cel mai adesea de primă intenție.		2	3
Cap	ORL	Corp străin faringian sau esofagian înalt	G	Radiografie parti moi cervicale profil	Doar în cazuri particulare	B	În cazul în care corpul străin nu poate fi vizualizat la examenul clinic al orofaringelui.	Numeroși corpi străini, mai ales alimentari (oase de pește) nu pot fi vizualizați la radiografie. Radiografia poate evidenția semnele indirecte pentru orientarea către topografia corpilor străini (îngroșarea părților moi, bule de gaz).	1	1
Cap	ORL	Corp străin faringian sau esofagian înalt	T	CT regiune cervicală și torace	Doar în cazuri particulare	B	Examenul CT are sensibilitate crescută comparativ cu radiografia simplă pentru vizualizarea corpilor străini.	În cazul în care se suspectează complicații (perforație, abces), examenul CT înlocuiește radiografia.	2	3

Cap	ORL	Disfuncții ale articulației temporo-mandibulare	G	Ortopantomografie	Doar în cazuri particulare	B	Examinarea permite căutarea unei cauze extraarticulare (dentară sau osoasă) deoarece examenul clinic nu este suficient pentru a pune diagnosticul.	Simptomatologia rezultă în urma unui sindrom algic și a scăderii funcționalității de cauză musculară sau discală, caz în care se aplică un tratament conservator. Analiza simptomatologiei și examenul clinic și dentar trebuie să preceadă imagistica. Examenul imagistic trebuie să aibă indicație, acesta putând influența tratamentul.	1	2
Cap	ORL	Disfuncții ale articulației temporo-mandibulare	M	IRM articulații temporo-mandibulare	Doar în cazuri particulare	B	Examenul IRM este cel mai indicat pentru examenul discurilor și pieselor articulare în cazul suspiciunii unor afecțiuni care nu răspund la tratament.	Examenul IRM permite bilanțul artritelor inflamatorii și infecțioase.	0	0
Cap	ORL	Disfuncții ale articulației temporo-mandibulare	T	CT articulații temporo-mandibulare	Doar în cazuri particulare	B	În cazul suspectării unei patologii osoase tumorale sau traumatice, examenul CT este indicat dacă ar putea influența decizia terapeutică.		2	3
Cap	ORL	Disfuncții ale articulației temporo-mandibulare	G	Radiografie articulații temporo-mandibulare	Neindicat	?			1	1
Cap	ORL	Disfuncții ale articulației temporo-mandibulare	I	Arthrografie articulații temporo-mandibulare	Neindicat	?	Arthrografia temporo-mandibulară este în prezent înlocuită de examenul IRM.		2	3
Cap	ORL	Disfuncții ale articulației temporo-mandibulare	I	Arthrografie articulații temporo-mandibulare	Neindicat	B	Arthrografia temporo-mandibulară este în prezent înlocuită de examenul IRM.	RI - PC8	2	3
Cap	ORL	Hemoragie acuta in sfera ORL	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Managementul hemoragiei acute si a tumorilor vasculare ale capului si gâtului este adesea complex si necesita o abordare multidisciplinara. Embolizarea peroperatorie a tumorilor vasculare poate ajuta la reducerea sângerarilor intraoperatorii ai a timpilor operatori.	RI - PA8	3	4

Cap	ORL	Leziuni tumorale și pseudotumorale ale foselor nazale și sinusurilor	M	IRM regiune cervicală	Indicat	C	În cazul în care se suspectează o cauză malignă sau când este nevoie de informații mai precise în ceea ce privește localizarea, volumul tumoral real sau invazia extrasinusală pentru bilanțul preterapeutic, adenopatiile loco-regionale. În toate aceste cazuri, IRM completează bilanțul lezional.		0	0
Cap	ORL	Leziuni tumorale și pseudotumorale ale foselor nazale și sinusurilor	T	CT regiune cervicală și torace	Indicat	C	Indispensabil în stadializare și uneori în orientarea diagnosticului (mucocel, displazie fibroasă, chist epidermoid).	Indispensabil în bilanțul morfologic prechirurgical.	2	3
Cap	ORL	Mase ale glandelor salivare	E	Ecografie glande salivare	Indicat	B	Poate ghida puncția citologică. Limitată în explorarea maselor profunde (lob profund parotidian, glande salivare minore, leziuni ale spațiilor profunde ale feței).		0	0
Cap	ORL	Mase ale glandelor salivare	M	IRM regiune cervicală	Indicat	C	IRM este indicat în explorarea glandelor salivare și de asemenea pentru realizarea bilanțului preterapeutic în cazul tumorilor salivare maligne și în explorarea recidivelor postchirurgicale.	Bilanțul IRM al adenopatiilor cervicale va fi asociat cu bilanțul local al tumorii maligne.	0	0
Cap	ORL	Mase ale glandelor salivare	T	CT regiune cervicală	Doar în cazuri particulare	C	Examenul CT este mai puțin performant decât IRM pentru explorarea loco-regională în cazul maselor salivare, dar poate fi o alternativă satisfăcătoare dacă examenul IRM este contraindicat sau nu este posibil.		2	3
Cap	ORL	Mase cervicale ale adultului	E	Ecografie cervicală	Indicat	C	Ecografia permite un prim abord topografic și etiologic și ghidează puncția citologică.	Examenul Doppler apreciază vascularizația leziunii.	0	0
Cap	ORL	Mase cervicale ale adultului	M	IRM regiune cervicală	Indicat	C	În funcție de topografie și de natura suspectată (congenitală, dobândită, tumorală) este indicat examenul CT cervico-toracic (adenopatie metastatică) sau IRM (glande salivare, chist congenital, paragangliom..)		0	0
Cap	ORL	Mase cervicale ale adultului	T	CT regiune cervicală și torace	Indicat	C	În funcție de topografie și de natura suspectată (congenitală, dobândită, tumorală) este indicat examenul CT cervico-toracic (adenopatie metastatică) sau IRM (glande salivare, chist congenital, paragangliom..)		1	2
Cap	ORL	Obstrucția fluxului salivar	E	Ecografie glande salivare	Indicat	C	De primă intenție, examenul ecografic permite înlăturarea altor posibile cauze și poate pune în evidență localizarea și natura litiazică a obstacolului.	Sensibilitate și specificitate crescute.	0	0

Cap	ORL	Obstrucția fluxului salivar	M	Sialo-IRM	Indicat	C	Preterapeutic, examenul IRM evaluează cu acuratețe mai mare natura, localizarea și numărul obstacolelor canaliculare.	Sialo-IRM prezintă rezoluție ușor inferioară sialografiei convenționale, dar permite vizualizarea simultană a celor 4 glande și poate analiza și structura parenchimatosa. În prezent, sialografia convențională este înlocuită cu sialoIRM care este non-invaziv.	0	0
Cap	ORL	Obstrucția fluxului salivar	T	CT regiune cervicală	Doar în cazuri particulare	C	Examenul CT cu contrast i.v. este uneori indicat în cazul unei complicații infecțioase. CT nativ este indicat pentru evidențierea calculilor în special la nivelul planșeului bucal în caz de obstrucție canaliculară incompletă sau intermitentă.		2	3
Cap	ORL	Obstrucția fluxului salivar	N	Scintigrafie glande salivare cu 99mTc pertechnetat	Doar cu aviz specializat	C	Evaluează funcția glandelor salivare.		1	1
Cap	ORL	Obstrucția fluxului salivar	G	Radiografie glande salivare	Neindicat	?			1	1
Cap	ORL	Simptomatologia urechii interne (vertij, acufene)	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Examenul IRM se realizează de primă intenție. Examenul CT poate fi complementar celui IRM în unele cazuri particulare.		0	0
Cap	ORL	Simptomatologia urechii medii (apărută după patologii acute necomplicate)	T	CT	Indicat	B	Examenul CT este de elecție pentru explorarea urechii medii, fiind indicat selectiv în funcție de tabloul clinic sau de patologia în cauză).		2	2
Cap	ORL	Simptomatologia urechii medii (apărută după patologii acute necomplicate)	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Examenul IRM este complementar examenului CT în cazul unor situații clinice, în special în caz de complicații sau suspiciunea acestora: extensie intracraniană, meningeană, complicații venoase, extensie către urechea internă.	Tumorile urechii medii sau care invadează urechea medie, necesită examinare IRM și CT în egală măsură.	0	0

Cap	ORL	Sindromul izolat de gură uscată		Explorari imagistice	Neindicat	?	Imagistica nu este indicată pentru Sindromul de gură uscată izolat.	Poate fi secundar (medicamentos, radioterapie cervico-facială) sau autoimun (sindrom Sjogren).	0	0
Cap	ORL	Sinuzită acută	M	IRM sinusuri	Doar în cazuri particulare	B	Poate completa explorarea CT pentru căutarea unei complicații cerebrale de natură infecțioasă.	Examenul IRM este indicat pentru formațiuni nazo-sinusale non-osoase, în caz de complicații sau leziuni maligne suspectate.	0	0
Cap	ORL	Sinuzită acută	T	CT sinusuri	Doar în cazuri particulare	B	Explorarea CT cu contrast intravenos este indicată mai ales când se suspectează complicații infecțioase orbitare sau encefalice.	Diagnosticul este clinic, uneori confirmat prin endoscopie. Imagistica este indicată doar în cazuri atipice, cu complicații sau în caz de eșec terapeutic.	2	3
Cap	ORL	Sinuzită acută	G	Radiografie sinusuri	Neindicat	?	Diagnosticul de sinuzită acută se pune clinic.		1	1

Cap	ORL	Sinuzită cronică	T	CT sinusuri	Indicat	B	Examenul CT nativ este examenul de referință în cazul patologiei rinosinusale cronice, asociind și studiul arcadei dentare maxilare.	Imagistica CT completează examenul endoscopic al mucoasei nazale, este utilă pentru confirmarea afectării sinusale, precizarea extensiei și căutarea factorilor favorizați pentru cronicizare. Imagistica CT poate influența deciziile chirurgicale endoscopice.	2	3
Cap	ORL	Sinuzită cronică	T	CBCT	Doar cu aviz specializat	C	Acest tip de examinare este luat în considerare datorită dozei de iradiere reduse și imaginilor 3D oferite.		1	2
Cap	ORL	Sinuzită cronică	G	Ortopantomografie	Neindicat	?			1	1
Cap	ORL	Sinuzită cronică	G	Radiografie sinusuri	Neindicat	?	Nu este indicată, deoarece oferă numeroase rezultate fals pozitive și fals negative și nu permite o examinare completă nazo-sinusala.		1	1
Cap	ORL	Surditatea neurosenzorială la adult	M	IRM regiune cervicală	Indicat	B	Examenul IRM se realizează de primă intenție. Examenul CT poate fi complementar celui IRM în unele cazuri particulare.		0	0
Cap	ORL	Surditatea neurosenzorială la adult	T	CT regiune cervicală cu reconstrucție pentru ureche	Doar în cazuri particulare	B	Examenul CT poate fi complementar celui IRM în unele cazuri particulare.	Examenul CT poate fi util în diagnosticul otosclerozei și deformărilor oaselor urechii interne.	2	3
Cap	ORL	Traumatism orbită - prin obiecte neascuțite	T	CT regiune cervicală	Indicat	B	Realizează un bilanț complet al oaselor orbitei și planșeului. Util în urgență, în cazul afectării mișcărilor oculare.	Prima explorare indicată în cazul fracturilor clinic evidente, traumatismelor faciale majore și pentru realizarea bilanțului prechirurgical.	2	2
Cap	ORL	Traumatism orbită - prin obiecte neascuțite	M	IRM regiune cervicală	Doar în cazuri particulare	B	Dacă rezultatul CT este neconcludent asupra conținutului ocular și asupra căilor vizuale, cu predilecție nervul optic.	Contraindicație absolută în caz de suspiciune de corp străin metallic.	0	0

Cap	ORL	Traumatism orbită - prin obiecte neascuțite	E	Ecografie	Doar cu aviz specializat	B	Bilanțul leziunilor oculare.		0	0
Cap	ORL	Traumatism orbită - prin obiecte neascuțite	G	Radiografie masiv facial	Neindicat	?			1	1
Cap	ORL	Traumatism orbită - prin perforare	T	CT	Indicat	B	Detectează corpii străini radioopaci intraorbitari în proporție de 100% și îi localizează în raport cu nervul și globul ocular.		2	2
Cap	ORL	Traumatism orbită - prin perforare	M	IRM regiune cervicală	Doar în cazuri particulare	B	Indicat dacă se suspectează leziuni neuro-meningeene și vasculare asociate.	Contraindicat dacă nu s-a realizat un examen CT în prealabil pentru a exclude un eventual corp străin metalic.	0	0
Cap	ORL	Traumatism orbită - prin perforare	E	Ecografie orbită	Doar cu aviz specializat	B	Precizează situația corpului străin depistat prin examen CT și realizează bilanțul leziunilor oculare asociate.	Contraindicație - ruptură glob ocular.	0	0
Cap	ORL	Traumatism orbită - prin perforare	G	Radiografie orbită	Neindicat	?	Sensibilitate redusă.		1	1
Cap	ORL	Traumatisme ale stâncii temporalului	T	CT stâncă temporal	Indicat	B	Clasifică fractura și permite depistarea complicațiilor (luxații osoase, fractura ferestrei sau a tegmen timpani, fistula de labirint)		2	3
Cap	ORL	Traumatisme ale stâncii temporalului	M	IRM cerebral	Doar în cazuri particulare	B	În bilanțul preterapeutic al leziunilor neuro-meningeene temporale asociate.		0	0
Cap	ORL	Traumatismul în 1/3 centrală a feței	T	CT	Indicat	B	Realizează bilanțul osos complet și vizualizează atât complicațiile urgente, cât și leziunile parenchimoase cerebrale asociate.		2	2
Cap	ORL	Traumatismul în 1/3 centrală a feței	G	Radiografie masiv facial	Neindicat	?	Sensibilitate redusă.		1	1
Cap	ORL	Traumatismul mandibulei	G	Radiografie mandibulă	Indicat	C	Cliseul este insuficient pentru studiul unor fracturi mandibulare, în special la nivelul simfizei sau în plan sagital. Articulația temporo-mandibulară și a condiilor este uneori dificilă.		1	1
Cap	ORL	Traumatismul mandibulei	T	CT regiune cervicală	Indicat	B	Sensibilitate ridicată atât pentru explorarea articulației temporo-mandibulare, cât și a traumatismelor dentare asociate. Posibilitatea reconstrucțiilor 3D prechirurgical.		2	2
Cap	ORL	Traumatismul mandibulei	M	IRM regiune cervicală	Doar în cazuri particulare	B	În cazul leziunilor severe, examenul IRM ar fi util pentru vizualizarea leziunilor discului și a capsulei.		0	0
Cap	ORL	Traumatismul mandibulei	G	Ortopantomografie	Doar cu aviz specializat	C	Cliseul este insuficient pentru studiul unor fracturi mandibulare, în special la nivelul simfizei sau în plan sagital. Articulația temporo-mandibulară și a condiilor este uneori dificilă.		1	1
Cap	ORL	Traumatismul mandibulei	T	CBCT	Doar cu aviz specializat	C	Acest tip de examinare este luat în considerare datorită dozei de iradiere reduse și imaginilor 3D oferite.		1	1
Cap	ORL	Traumatismul nazal	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	Indicat în cazul leziunilor cu traumatisme cranio-faciale asociate.		2	2
Cap	ORL	Traumatismul nazal	G	Radiografie	Neindicat în primă intenție	?	Examenul clinic este primordial. Radiografia fără modificări nu poate exclude o fractura/luxație de oase nazale proprii.		1	1
Cap	ORL	Tulburări ale simțului olfactiv	M	IRM cerebral	Indicat	C	Indicat pentru vizualizarea bulbului și a pedunculului olfactiv, a sechelelor traumatiche encefalice fronto-temporale și a unui eventual proces tumoral intracranian sau a anomaliilor căilor olfactive centrale.		0	0

Cap	ORL	Tulburări ale simțului olfactiv	T	CT sinusuri	Doar în cazuri particulare	C	Examenul CT rinosinusal completează examenul ORL (rinoscopie), confirmând leziunile sinusale dacă se suspectează o patologie rinosinusală cronică, realizând bilanțul preoperator al sinuzitelor cronice și al polipozelor rinosinusale și căutând leziuni tumorale extinse în fosele nazale.	Indicația imagisticii este doar după realizarea unui examen clinic ORL detaliat.	2	2
Cap	ORL	Tumori hipervascularizate din sfera ORL	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Managementul hemoragiei acute și a tumorilor vasculare ale capului și gâtului este adesea complex și necesită o abordare multidisciplinară. Embolizarea peroperatorie a tumorilor vasculare poate ajuta la reducerea sângerărilor intraoperatorii și a timpilor operatorii.	RI - PA7	3	4
Gât (părți moi)	Diverse	Masă cervicală cu punct de plecare necunoscut	E	Ecografie	Indicat	B	De primă intenție		0	0
Gât (părți moi)	Diverse	Masă cervicală cu punct de plecare necunoscut	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	C	Pentru numeroși autori, prelevarea citologică trebuie repetată (2 determinări), dacă rezultatul primului examen este normal (benign).		0	0
Gât (părți moi)	Diverse	Masă cervicală cu punct de plecare necunoscut	M	IRM regiune cervicală	Indicat	C	După ecografie se propune efectuarea de IRM (tumoră parotidiană ...) și / sau CT regiune cervicală, torace abdomen și pelvis sau PET-CT și o endoscopie digestivă superioară (adenopatie neoplazică) în funcție de originea topografică sau de natura suspectată a leziunii. Înaintea intervenției terapeutice (chirurgie, iod-131), CT-ul fără injectarea de contrast iodat sau RM-ul sunt utile pentru a caracteriza d.p.d.v morfologic extensia retrosternală a gușii, pentru evidențierea unei compresii traheale și cuantificarea îngustării.		0	0
Gât (părți moi)	Diverse	Suflu carotidian asimptomatic	E	Eco-doppler al vaselor cervico-craniene	Indicat	B	Ecografia Doppler color furnizează informații funcționale și morfologice despre trunchiurile supraoortice și autentifică originea suflului carotidian. Aceasta tehnică permite analiza peretelui arterial și a anomaliilor de flux. Indicația de tratament chirurgical a unei patologii stenozante nu poate fi dată doar după efectuarea unică a acestei explorări.		0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidă	Gușă plonjantă - diagnostic	E	Ecografie	Indicat	B	Nodulii tiroidieni sunt foarte frecvenți, în majoritatea lor benigni și au evoluție cronică. Inventarul manual al nodulilor are o sensibilitate și o reproductibilitate mediocre, investigația imagistică fiind indicată cel mai frecvent ca primă intenție. Ecografia confirmă existența nodulilor, precizează tipul și localizarea lor și poate evidenția o hipertrofie tiroidiană. Ea orientează uneori diagnosticul spre alte patologii tiroidiene (tiroidită autoimună). După acest prim bilanț (clinic, dozare de TSH și ecografie tiroidiană) atitudinea se va orienta către: (a) supraveghere simplă, (b) puncție citologică, cu ac fin, ghidată ecografic. Triada diagnostică clinică/ecografie/puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE) a înlocuit în mare măsură examenul scintigrafic. Majoritatea (90%) nodulilor (cu citologie negativă și funcție tiroidiană normală) și gușile tiroidiene trebuie supravegheate pe termen lung. Incidentaloamele infracentimetrice necesită doar supraveghere clinică. Sunt în general puțin utile: supravegherea nodulilor hipofixanți prin dozarea TSH-ului plasmatic, citologia nodulilor hiperfixanți, supravegherea ecografică regulată a micronodulilor. Ecografia este utilă pentru supravegherea morfologică a nodulilor, mai ales a nodulilor greu de palpat și în cazul afecțiunilor multinodulare.		0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidă	Gușă plonjantă - diagnostic	N	Scintigrafie 99mTc pertechetat de Na	Indicat	C	În prezența unei guși plonjante, ecografia și scintigrafia permit vizualizarea extensiei retrosternale și identificarea eventualelor zone de funcție autonomă (scintigrafie).		1	2

Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidie	Gușă plonjantă - preterapeutic	E	Ecografie	Indicat	C	În prezența unei guși plonjante, ecografia și scintigrafia permit vizualizarea extensiei retrosternale și identificarea eventualelor zone de funcție autonomă (scintigrafie). În caz de eșec a unei prime intervenții chirurgicale, aceste examene sunt indicate pentru localizarea sursei de hipersecreție.		0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidie	Gușă plonjantă - preterapeutic	M	IRM regiune cervicală	Indicat	B	După ecografie se propune efectuarea de IRM regiune cervicală și / sau CT regiune cervicală fara substanță de contrast - sunt utile pentru a caracteriza d.p.d.v morfologic extensia retrosternală a gușii, pentru evidențierea unei compresii traheale și cuantificarea îngustării.		0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidie	Hiperparatiroidie	E	Ecografie	Indicat	A	Ecografia cu sau fără Doppler color permite o caracterizare topografică. Asocierea ecografiei cervicale cu scintigrafia paratiroidiana este indispensabilă pentru luarea în considerare a unei chirurgii tintite (sau minim invazive). Concordanța asupra unei imagini unice este în favoarea unui adenom solitar. Scintigrafia permite de asemenea depistarea ectopiilor. Ecografia și scintigrafia (MIBI-99mTc) ajută la localizarea preoperatorie. În caz de eșec a unei prime intervenții chirurgicale, aceste examene sunt indicate pentru localizarea sursei de hipersecreție.		0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidie	Hiperparatiroidism	N	Scintigrafie (99mTc-Sestamibi)	Indicat	B	Scintigrafia paratiroidiană și ecografia păstrează un loc important pentru diagnosticul funcțional și reperarea glandelor paratiroidiene, în particular cele ectopice și a glandelor supranumerare, în vederea facilitării procesului chirurgical și evitării persistentelor postoperatorii. Ecografia și scintigrafia (99mTc-Sestamibi) ajută la localizarea preoperatorie. În caz de eșec a unei prime intervenții chirurgicale, aceste examene sunt indicate pentru localizarea sursei de hipersecreție.		1	2
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidie	Hipertiroidie	E	Ecografie	Indicat	C	Ecografia este utilă pentru precizarea inventarului nodular și pentru ghidarea terapeutică. Asociată cu examenul doppler, ecografia poate orienta spre diagnosticul etiologic de hipertiroidie. Ecografia (cu sau fără Doppler color) permite o caracterizare topografică și etiologică. Aceasta ameliorează performanțele puncției citologice care este adesea efectuată. Efectul Doppler color este necesar în vederea caracterizării maselor vascularizate.		1	2
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidie	Hipertiroidie	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	A	Examenul citologic cu ac fin este examenul de referință pentru diagnosticul cancerului. Acesta poate fi realizat cu sau fără ghidare ecografică, în funcție de caracteristicile clinice și imagistice ale nodulului de puncționat.	RI - PC - D	0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidie	Hipertiroidie	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	A	Examenul citologic cu ac fin este examenul de referință pentru diagnosticul cancerului. Acesta poate fi realizat cu sau fără ghidare ecografică, în funcție de caracteristicile clinice și imagistice ale nodulului de puncționat.		0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidie	Hipertiroidie	N	Scintigrafie (99mTc pertechnetat, Iod 123, I 131) +/- Radioiodocaptare	Indicat	A	Diagnosticul de hipertiroidie trebuie demonstrat biologic. Scintigrafia este examenul de referință pentru diferențierea numeroaselor tipuri de hipertiroidie: boala Basedow, gușa nodulară și secundară toxică, tiroidite (subacute sau autoimune), hipertiroidii cu supraîncărcare de iod. Ea aduce informații morfologice și funcționale despre eventualii noduli și permite indicarea unui tratament cu iod-131.		1	2
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidie	Hipotiroidie la adult (pentru copil a se vedea si capitolul Pediatrie)	E	Ecografie	Indicat	C	Diagnosticul de hipotiroidie trebuie confirmat biologic și dozarea anticorpilor anti-tireoperoxidaza (ATPO) este adesea util pentru precizarea etiologiei (tiroidită autoimună). În caz de anomalie depistată la palpare, ecografia este indicată pentru infirmarea sau demonstrarea existenței nodulilor, pentru măsurarea volumului tiroidian și aprecierea ecogenității (diminuată în caz de tiroidită autoimună). Ecografia (cu sau fără Doppler color) permite o caracterizare topografică și etiologică. Aceasta ameliorează performanțele puncției citologice care este adesea efectuată. Efectul Doppler color este necesar în vederea caracterizării maselor vascularizate.		0	0

Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidă	Hipotiroidie la adult (pentru copil a se vedea si capitolul Pediatrie)	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	A	Examenul citologic cu ac fin este examenul de referință pentru diagnosticul cancerului. Acesta poate fi realizat cu sau fără ghidare ecografică, în funcție de caracteristicile clinice și imagistice ale nodulului de puncționat. Nodulii dificil de palpat, micronodulii la subiecții cu risc (iradiere cervicală, cancere familiale) trebuie sa fie puncționați sub ghidaj ecografic	RI - PC - D	0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidă	Hipotiroidie la adult (pentru copil a se vedea si capitolul Pediatrie)	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	A	Examenul citologic cu ac fin este examenul de referință pentru diagnosticul cancerului. Acesta poate fi realizat cu sau fără ghidare ecografică, în funcție de caracteristicile clinice și imagistice ale nodulului de puncționat. Nodulii dificil de palpat, micronodulii la subiecții cu risc (iradiere cervicală, cancere familiale) trebuie sa fie puncționați sub ghidaj ecografic		0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidă	Hipotiroidie la adult (pentru copil a se vedea si capitolul Pediatrie)	N	Scintigrafie (99mTc pertechnetat, Iod 123, I 131)	Indicat	B	În cazul în care nu a fost găsită etiologia leziunii, scintigrafia este indicată în a doua fază pentru precizarea diagnosticului etiologic (cauză tranzitorie sau permanentă) și pentru orientarea terapeutică (hipotiroidia congenitală descoperită tardiv, supraîncărcare cu iod, tiroidită ...).		1	2
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidă	Nodul tiroidian palpabil și gușă eutiroidiană (concentrație normală de TSH) - fază diagnostică. În caz de disfuncție a se vedea Hipertiroidia sau Hipotiroidia!	N	Scintigrafie (99mTc pertechnetat, Iod 123, I 131) +/- Radioiodocaptare	Indicat	A	Gușa mare polinodulară cu extensie substernală (gușa plonjantă). Căutarea de țesut tiroidian ectopic (de exemplu struma ovarii sau tiroida sublinguală).		1	2
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidă	Nodul tiroidian palpabil și gușă eutiroidiană (concentrație normală de TSH) - fază diagnostică. În caz de disfuncție a se vedea Hipertiroidia sau Hipotiroidia!	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	A	Examenul citologic cu ac fin este examenul de referință pentru diagnosticul cancerului. Acesta poate fi realizat cu sau fără ghidare ecografică, în funcție de caracteristicile clinice și imagistice ale nodulului de puncționat. Nodulii dificil de palpat, micronodulii la subiecții cu risc (iradiere cervicală, cancere familiale) trebuie sa fie puncționați sub ghidaj ecografic	RI - PC6	0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidă	Nodul tiroidian palpabil și gușă eutiroidiană (concentrație normală de TSH) - fază diagnostică. În caz de disfuncție a se vedea Hipertiroidia sau Hipotiroidia!	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Doar cu aviz specializat	B	Nodulii dificil de palpat, micronodulii la subiecții cu risc (iradiere cervicală, cancere familiale) trebuie sa fie puncționați sub ghidaj ecografic. Examenul citologic cu ac fin este examenul de referință pentru diagnosticul cancerului. Acesta poate fi realizat cu sau fără ghidare ecografică, în funcție de caracteristicile clinice și imagistice ale nodulului de puncționat.		0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidă	Supravegherea pe termen lung a nodulilor tiroidieni de peste 10 mm și a gușilor	E	Ecografie	Indicat	B	Majoritatea (90%) nodulilor (cu citologie negativă și funcție tiroidiană normală) și gușile tiroidiene trebuie supravegheate pe termen lung. Incidentaloamele infracentimetrice necesită doar supraveghere clinică. Sunt în general puțin utile: supravegherea nodulilor hipofixați prin dozarea TSH-ului plasmatic, citologia nodulilor hiperfixanți, supravegherea ecografică regulată a micronodulilor. Ecografia este utilă pentru supravegherea morfologică a nodulilor, mai ales a nodulilor greu de palpat și în cazul afecțiunilor multinodulare.		0	0
Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoidă	Supravegherea pe termen lung a nodulilor tiroidieni de peste 10 mm și a gușilor	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	C	Pentru numeroși autori, prelevarea citologică trebuie repetată (2 determinări), dacă rezultatul primului examen este normal (benign).	RI - PB6	0	0

Gât (părți moi)	Tiroidă, paratitoid	Supravegherea pe termen lung a nodurilor tiroidieni de peste 10 mm și a gușilor	N	Scintigrafie (99mTc pertechnetat, Iod 123, I 131) +/- Radioiodocaptare	Indicat	B	Scintigrafia tiroidiană este examenul de referință pentru distingerea variantelor clinice de hipertiroidie și tipurile acestora: Boala Basedow simplă sau nodulară, nodulul autonom, gușile nodulare și cele secundar toxice, tiroiditele (subacute, autoimune și medicamentoase), hipertiroidia cu supraîncărcare iodată sau tireotoxicoza factitia. Scintigrafia oferă informații morfologice și funcționale cu privire la prezența unor eventuali noduli și permite indicarea unui tratament cu Iod 131. Supravegherea se va face prin dozarea plasmatică a TSH-ului în caz de nodul cald și/sau gușă autonomă. Monitorizarea este ecografică și/sau citologică în caz de nodul rece.		1	2
Coloană vertebrală	Coloană	Afecțiuni congenitale -vezi capitolul Pediatrie					Vezi capitolul Pediatrie			
Coloană vertebrală	Coloană	Bilanț fractura vertebrala spontană	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB și SPECT-CT	Doar în cazuri particulare	B	Pentru stabilirea cauzei țesutului în fracturile non osteoporotice și non traumatice.		2	2
Coloană vertebrală	Coloană	Bilanț fractură vertebrală spontană	D	Osteodensitometrie	Indicat	B	Stabilirea diagnosticului de osteoporoză		1	1
Coloană vertebrală	Coloană	Bilanț fractură vertebrală spontană	G	Radiografie	Indicat	B	Evidențierea fracturii și posibil a etiologiei acesteia.		2	2
Coloană vertebrală	Coloană	Bilanț fractură vertebrală spontană	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Diagnosticarea fracturilor țesutului, a aspectului acestora precum și încadrarea în fractură țesutului recentă sau veche. Permite diagnosticul diferențial al fracturilor țesutului pe fond osteoporotic de cele de alte cauze. Examinare indicată când există acuze neurologice și pentru stabilirea conduitei terapeutice (posibilă cimentare).		0	0
Coloană vertebrală	Coloană	Bilanț fractură vertebrală spontană	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	Diagnosticarea fracturilor țesutului, a aspectului acestora precum și încadrarea în fractură țesutului recentă sau veche. Permite diagnosticul diferențial al fracturilor țesutului pe fond osteoporotic de cele de alte cauze. Examinare indicată când există acuze neurologice și pentru stabilirea conduitei terapeutice (posibilă cimentare).		2	3
Coloană vertebrală	Coloană	Malformație arterio-venoasă spinală	I	Embolizare	Indicat	A	Opțiunile de tratament ale malformațiilor și fistulelor spinale sunt determinate de mărimea vaselor. Embolizarea endovasculară reprezintă prima linie de tratament în majoritatea cazurilor. Microchirurgia poate fi preferată dacă aferenta sau aferentele arteriale au dimensiuni prea reduse pentru navigația prin microcatheter.	RI - PA6	3	4
Coloană vertebrală	Coloană	Rahialgie / Radiculalgie	I	Infiltrație cu derivați corticoizi	Doar cu aviz specializat	B	Infiltrațiile rahidiene radioghidate sau sub tomograf, cu derivați corticoizi, reprezintă o alternativă terapeutică în cazul insuficienței tratamentului medical sau se efectuează pentru a ajuta reperele clinice. Locul de injectare și tipul de corticoid vor fi aleși în funcție de clinică și de bilanțul imagistic.	RI - PC5	2	2
Coloană vertebrală	Coloană	Rahialgie Radiculalgie	I	Infiltrație cu derivați corticoizi	Doar cu aviz specializat	B	Infiltrațiile rahidiene radioghidate sau sub tomograf, cu derivați corticoizi, reprezintă o alternativă terapeutică în cazul insuficienței tratamentului medical sau se efectuează pentru a ajuta reperele clinice. Locul de injectare și tipul de corticoid vor fi aleși în funcție de clinică și de bilanțul imagistic.	RI - PC7	2	2
Coloană vertebrală	Coloană	Sindrom medular (în afara traumatismelor coloanei vertebrale)	M	IRM	Indicat	A	IRM-ul este examenul de referință pentru toate sindroamele medulare: acute, subacute sau cronice. În faza acută, trebuie realizat în regim de urgență. Se poate explora tot canalul rahidian pentru identificarea nivelelor de compresie medulară. Celelalte tehnici imagistice (radiografii standard, CT) și de medicină nucleară (scintigrafie osoasă) pot studia în plus față de IRM, componenta vertebrală osoasă a unei compresii medulare.		0	0
Coloană vertebrală	Coloană	Sindrom medular (în afara traumatismelor coloanei vertebrale)	M	IRM	Indicat	A	Examen de referință în sindroamele medulare acute și subacute (de realizat în urgență) sau cronice.		0	0

Coloană vertebrală	Coloană	Sindrom medular (în afara traumatismelor coloanei vertebrale)	T	CT coloană vertebrală	Doar în cazuri particulare	A	Pentru studiul structurilor osoase.		2	3
Coloană vertebrală	Coloană	Sindrom medular (în afara traumatismelor coloanei vertebrale)	G	Rg coloană vertebrală	Doar cu aviz specializat	A	Dacă examenul CT nu se poate realiza.		1	2
Coloană vertebrală	Coloană	Suspiciune de spondilodiscită infecțioasă	I	Biopsie disco-vertebrală	Doar cu aviz specializat	C	Biopsia disco-vertebrală trebuie realizată în fața oricărei suspiciuni de spondilodiscită (cu excepția situației în care hemoculturile sunt pozitive) după bilanțul imagistic (RM, CT) și înaintea oricărui tratament antibiotic.	RI - PC6	2	3
Coloană vertebrală	Coloană	Tasare vertebrală malignă dureroasă	I	Vertebroplastie percutană	Doar cu aviz specializat	B	Această metodă paleiativă se aplică pacienților cu durere rebelă la tratamentul obișnuit. Decizia de vertebroplastie va fi luată în echipă mixtă, după bilanțul morfologic complet (RM, CT, scintigrafie osoasă) efectuat pentru evaluarea fezabilității acestei tehnici.	RI - PC5	3	3
Coloană vertebrală	Coloană	Tasare vertebrală osteoporotică dureroasă	I	Vertebroplastie percutană	Doar cu aviz specializat	B	Această metodă terapeutică se aplică pacienților cu durere rebelă la tratamentul obișnuit. Decizia de vertebroplastie trebuie luată în echipă mixtă, după bilanțul morfologic complet (RM, CT, scintigrafie osoasă) efectuat pentru a demonstra caracterul mecanic al tasării. Există o alternativă la această procedură (cifoplastia cu balonaș gonflabil).	RI - PC5	3	3
Coloană vertebrală	Coloană	Tumori hipervascularizate spinale	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Embolizarea preoperatorie poate reduce în siguranță și eficient pierderile de sânge în timpul intervenției chirurgicale.	RI - PA7	3	4
Coloană vertebrală	Coloană cervicală	Cervicalgie	G	Radiografie standard	Doar în cazuri particulare	B	În caz de prim puseu, tratamentul simptomatic poate fi efectuat înaintea investigațiilor imagistice. Bilanțul radiologic este indicat doar în cazul rezistenței la un tratament medical corect efectuat, în cazul agravării clinice, dacă durerea și rigiditatea sunt brusc intense, dacă se urmărește inițierea unor manipulari sau infiltrații. Persistența cervicalgiei cu aceleași caractere nu justifică repetarea radiografiei.		1	1
Coloană vertebrală	Coloană cervicală	Cervicalgie	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Indicate în caz de agravare clinică sau suspiciune clinică a unui substrat tumoral, inflamator, infecțios sau traumatism recent.		0	0
Coloană vertebrală	Coloană cervicală	Cervicalgie	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	Indicate în caz de agravare clinică sau suspiciune clinică a unui substrat tumoral, inflamator, infecțios sau traumatism recent.		2	2
Coloană vertebrală	Coloană cervicală	Cervicalgii comune	G	Radiografie	Doar în cazuri particulare	B	În cazul primului puseu dureros, tratamentul poate fi instituit, fără efectuarea prealabilă a radiografiei. Un bilanț radiografic se impune când tratamentul nu este eficient, simptomatologia se agravează sau durerea crește în intensitate.		1	1
Coloană vertebrală	Coloană cervicală	Cervicalgii comune	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Examinările IRM și CT se justifică în caz de agravare a stării clinice sau dacă există un context sugestiv pentru o patologie inflamatorie, tumorală, infecțioasă sau traumatism recent.		0	0
Coloană vertebrală	Coloană cervicală	Cervicalgii comune	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	Examinările IRM și CT se justifică în caz de agravare a stării clinice sau dacă există un context sugestiv pentru o patologie inflamatorie, tumorală, infecțioasă sau traumatism recent.		1	2
Coloană vertebrală	Coloană cervicală	Nevralgie cervico-brahială	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	În caz de evoluție defavorabilă sau de indicație pentru un act invaziv (intervenție percutană sau chirurgicală), este indicată efectuarea de examene complementare. Acestea sunt fie IRM, fie CT în funcție de disponibilitate. În caz de discordanță clinică-imagistică se poate indica mieloCT.		2	2
Coloană vertebrală	Coloană cervicală	Nevralgie cervico-brahială	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	În caz de evoluție defavorabilă sau de indicație pentru un act invaziv (intervenție percutană sau chirurgicală), este indicată efectuarea de examene complementare. Acestea sunt fie IRM, fie CT în funcție de disponibilitate. În caz de discordanță clinică-imagistică se poate indica mieloCT.		0	0
Coloană vertebrală	Coloană cervicală	Nevralgie cervico-brahială	G	Radiografie standard	Neindicat în primă intenție	B	Tratamentul nevralgiei cervico-brahiale, cu substrat herniar sau artrozic, este în primă intenție medical.		1	1

Coloană vertebrală	Coloană cervicală	Posibilitate de subluxație atlanto-axoidiană	G	Radiografie standard	Indicat	C	Chiar dacă radiografia de profil în flexie rămâne incidența principală, este indicat realizarea unui bilanț radiografic complet pentru a depista cadrul subluxațiilor C1-C2. IRM-ul poate arata o suferință medulară, în cazul în care examenul radiografic este pozitiv sau în prezența semnelor neurologice.	1	1
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Durere lombară cronică fără semne de infecție sau tumoră: lombalgie comună	M	IRM	Doar în cazuri particulare	C	Indicația unui CT, IRM sau scintigrafii osoase trebuie să rămână excepțională, în funcție de contextul clinic. Aceste examene trebuie să fie precedate de un bilanț radiologic standard. Nu este cazul să se recomande mielografie sau mieloCT. Nu este indicată realizarea de noi examene în anul următor investigației, cu excepția situației în care simptomele evoluează sau pentru a se asigura de absența contraindicațiilor pentru instituirea unui nou tratament.	0	0
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Durere lombară cronică fără semne de infecție sau tumoră: lombalgie comună	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB și SPECT-CT	Doar în cazuri particulare	C	Indicația unui CT, IRM sau scintigrafii osoase trebuie să rămână rezervată, în funcție de contextul clinic. Aceste examene trebuie să fie precedate de un examen radiologic standard. Nu este indicată efectuarea de noi examene în anul următor investigației prin scintigrafie, cu excepția situației în care simptomele evoluează sau pentru a stabili absența contraindicațiilor pentru instituirea unui nou tratament.	2	3
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Durere lombară cronică fără semne de infecție sau tumoră: lombalgie comună	T	CT	Doar în cazuri particulare	C	Indicația unui CT, IRM sau scintigrafii osoase trebuie să rămână excepțională, în funcție de contextul clinic. Aceste examene trebuie să fie precedate de un bilanț radiologic standard. Nu este cazul să se recomande mielografie sau mieloCT. Nu este indicată realizarea de noi examene în anul următor investigației, cu excepția situației în care simptomele evoluează sau pentru a se asigura de absența contraindicațiilor pentru instituirea unui nou tratament.	2	3
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Durere lombară cronică fără semne de infecție sau tumoră: lombalgie comună	G	Radiografie standard	Neindicat	C	Modificările degenerative sunt frecvente și nespecifice. Dacă se efectuează o explorare sunt recomandate radiografiile de coloană lombară, incluzând joncțiunea toraco-lombară și articulațiile sacroiliace. Celelalte incidențe (exemplu: sacro-iliace, joncțiune toracolombară) nu sunt justificate decât dacă există o suspiciune clinică de spondilartropatie. De obicei, nu e necesară efectuarea altor examene radiologice și nici repetarea acestora în absența evoluției clinice (acord profesional). Radiografia prezintă interes mai ales la pacienții tineri (sub 20 ani) pentru a exclude spondilolistezis, spondilartrită anchilozantă, etc sau în vârstă (peste 55 ani).	2	2
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie acută; Lombo - radiculară mecanică	G	Radiografie	Doar în cazuri particulare	C	Lombagiile acute sunt generate de afecțiuni care nu pot fi diagnosticate în general prin radiografie (excepție face tasarea de cauză osteoporotică).	2	2
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie acută; Lombo - radiculară mecanică	M	IRM coloana lombara	Neindicat în primă intenție	B	În cazul în care tratamentul medical eșuează, punerea în evidență a unei etiologii mecanice (hernie de disc, artrita) necesită o scanare IRM sau CT. IRM-ul este o metoda neiradiantă, mai sensibilă. IRM sau CT este necesar înainte de orice intervenție chirurgicală. Recidivele dureroase postoperatorii necesită IRM.	0	0
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie acută; Lombo - radiculară mecanică	T	CT coloana lombara	Neindicat în primă intenție	B	În cazul în care tratamentul medical eșuează, punerea în evidență a unei etiologii mecanice (hernie de disc, artrită) necesită o scanare IRM sau CT. IRM-ul este o metodă neiradiantă, mai sensibilă. IRM sau CT este necesar înainte de orice intervenție chirurgicală. Recidivele dureroase postoperatorii necesită IRM.	2	3
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie acută: lombalgie radiculară mecanică	G	Radiografie standard	Doar în cazuri particulare	C	Durerile lombare acute sunt în general determinate de o patologie care nu poate fi diagnosticată pe o radiografie simplă (excepție face tasarea osteoporotică). O radiografie simplă normală poate fi fals liniștitoare. În afara investigației unei lombalgii simptomatice sau urgente (v. la situațiile clinice respective), nu este cazul să se solicite un examen imagistic în primele săptămâni de evoluție, cu excepția situației în care modalitățile de tratament (ex: mobilizare, infiltrații) cer eliminarea unei lombalgii de cauze specifice.	2	2

Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie acută: lombalgie radiculară mecanică	M	IRM	Neindicat în primă intenție	B	În caz de eșec al tratamentului medical, evidențierea unei hernii discale sau a unui alt factor compresiv, necesită efectuarea unui examen IRM sau CT. IRM-ul este preferabil deoarece nu este iradiant, are un câmp de vizualizare mai mare și permite evidențierea spațiului subarahnoidian. IRM-ul sau CT-ul sunt necesare înaintea tuturor intervențiilor chirurgicale sau radioghidate (injecție epidurală de exemplu). Recidivele dureroase postoperatorii sunt de domeniul specialiștilor și necesită în general un examen IRM.	0	0
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie acută: lombalgie radiculară mecanică	T	CT	Neindicat în primă intenție	B	În caz de eșec al tratamentului medical, evidențierea unei hernii discale sau a unui alt factor compresiv, necesită efectuarea unui examen IRM sau CT. IRM-ul este preferabil deoarece nu este iradiant, are un câmp de vizualizare mai mare și permite evidențierea spațiului subarahnoidian. IRM-ul sau CT-ul sunt necesare înaintea tuturor intervențiilor chirurgicale sau radioghidate (injecție epidurală de exemplu). Recidivele dureroase postoperatorii sunt de domeniul specialiștilor și necesită în general un examen IRM.	2	2
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie cronică fara semne de infecție sau tumora	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	In caz de lombalgie cronică examenele IRM, CT, Scintigrafie si PET-CT trebuie precedate de examen clinic si radiografie.	4	4
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie cronică fara semne de infecție sau tumora	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar în cazuri particulare	C	In caz de lombalgie cronică examenele IRM, CT, Scintigrafie si PET-CT trebuie precedate de examen clinic si radiografie.	2	2
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie cronică fara semne de infecție sau tumoră	M	IRM coloana lombara	Doar în cazuri particulare	C	In caz de lombalgie cronică examenele IRM, CT, Scintigrafie si PET trebuie precedate de examen clinic și radiografie. In cazul unei boli profesionale sunt indicate (CT si IRM) pentru evidențierea unei eventuale hernii discale.	0	0
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie cronică fara semne de infecție sau tumoră	T	CT coloana lombara	Doar în cazuri particulare	C	În caz de lombalgie cronică examenele IRM, CT, Scintigrafie și PET trebuie precedate de examen clinic si radiografie. În cazul unei boli profesionale sunt indicate (CT și IRM) pentru evidențierea unei eventuale hernii discale.	2	3
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie cronică fara semne de infecție sau tumoră	G	Radiografie	Neindicat în primă intenție	C	Radiografiile sunt in principal recomandate la pacienții tineri atunci cand se caută spondilolisteză, spondilită anchilozantă sau la pacienții de peste 55 de ani.	2	2
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie in context particular sau insotita de semne de gravitate: debut <20 ani sau >55ani, sindrom de coada de cal, deficit senzitiv sau motor al membrilor inferioare, antecedente neoplazice, HIV, consum de droguri, corticoterapice sau antiinflamatorii	M	IRM coloana lombara	Indicat	B	IRM-ul este examenul cel mai sensibil.	0	0

Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie in context particular sau insotita de semne de gravitate: debut <20 ani sau >55ani, sindrom de coada de cal, deficit senzitiv sau motor al membrelor inferioare, antecedente neoplazice, HIV, consum de droguri, corticoterapice sau antiinflamatorii	N	PET-CT (F18-FDG sau F18-NaF)	Indicat	B	PET-CT e indicat in caz suspiciune de infectii osoase sau dureri post interventii chirurgicale.		4	4
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie in context particular sau insotita de semne de gravitate: debut <20 ani sau >55ani, sindrom de coada de cal, deficit senzitiv sau motor al membrelor inferioare, antecedente neoplazice, HIV, consum de droguri, corticoterapice sau antiinflamatorii	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Indicat	B	Scintigrafia poate fii utilizata in vederea detectarii unor afectari osoase sau cand o infectie osoasa e suspectata. PET-CT cu F18-NaF e examenul preferat scintigrafiei datorita rezolutiei superioare.		2	2
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie într-un context particular sau eventual însoțită de semne de gravitate ca și: - debut sub 20 ani sau peste 55 - sdr. de coadă de cal - deficit senzitiv sau motor la nivelul membrelor inferioare - antecedente de cancer - HIV - scădere în greutate - folosirea de droguri cu administrare i.v. - corticoterapie - dureri de tip inflamator (vezi și capitolul Pediatrie)	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Indicat	B	Dupa aviz specializat, investigațiile imagistice trebuie efectuate in urgenta. Examinările radiologice simple cu aspect normal pot fi fals negative. IRM-ul reprezinta în general examenul cel mai eficient. Scintigrafia osoasă este de asemenea folosită pentru detectarea eventualelor leziuni osoase, în cazul durerilor cronice sau al suspiciunii de infecție. (v. si capitolul Pediatrie)		3	4
Coloană vertebrală	Coloană lombară	Lombalgie într-un context particular sau eventual însoțită de semne de gravitate ca și: - debut sub 20 ani sau peste 55 - sdr. de coadă de cal - deficit senzitiv sau motor la nivelul membrelor inferioare - antecedente de cancer - VIH - scădere în greutate - folosirea de droguri cu administrare i.v. - corticoterapie - dureri de tip inflamator (vezi și capitolul Pediatrie)	M	IRM	Indicat	B	Dupa aviz specializat, investigațiile imagistice trebuie efectuate in urgenta . Clișeele simple cu aspect normal pot fi fals liniștitoare. IRM-ul este în general examenul cel mai eficace. Scintigrafia osoasă este de asemenea folosită pe scală largă pentru detectarea eventualelor leziuni osoase, în cazul durerilor cronice sau al suspiciunii de infecție. (v. si capitolul Pediatrie)		0	0

Coloană vertebrală	Coloană lombară	Sacro-ileita	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar cu aviz specializat	B	Permite evaluarea întregului schelet; indicata uneori cand exista contraindicatii pentru examinarea IRM.		3	3
Coloană vertebrală	Coloană toracală	Dorsalgia comuna	G	Radiografia coloanei toracale	Doar în cazuri particulare	B	În timp, modificările degenerative osoase sunt inevitabile, de aceea în absența semnelor unei patologii tumorale sau a unei etiologii infecțioase, radiografia coloanei vertebrale toracale este rareori utilă. Pentru pacienții mai în vârstă examinarea radiografică poate fi utilizată în cazuri de urgență, când apare durere intensă ce poate fi consecutivă unei tasari vertebrale pe fond osteoporotic sau pe fondul unei patologii tumorale osoase.		1	1
Coloană vertebrală	Coloană toracală	Dorsalgia comuna	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Examinare indicată în cazul durerilor persistente sau rezistente la tratament, sau în cazul apariției unor semne de mielopatie.		0	0
Coloană vertebrală	Coloană toracală	Dorsalgia comuna	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar în cazuri particulare	B	Examinare indicata pentru detectarea unor posibile metastaze osoase.		2	2
Coloană vertebrală	Coloană toracală	Toracalgie	G	Radiografie standard	Doar în cazuri particulare	B	Începând de la 50 de ani, fenomenele degenerative sunt inevitabile. În absența semnelor neurologice sau a celor în favoarea metastazelor sau infecțiilor, radiografia toracică este rareori utilă. Pentru pacienții mai în vârstă, se recomanda în urgenta, deoarece durerile instalate subit pot fi consecutive unei leziuni osoase (tasare osteoporotică sau afectare malignă).		1	1
Coloană vertebrală	Coloană toracală	Toracalgie	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Scintigrafia osoasă este utilă pentru detectarea unor eventuale leziuni metastatice. IRM-ul poate fi indicat în cazul în care durerea locală persistă, este rezistentă la tratament sau în prezența semnelor care sugerează o mielopatie.		0	0
Coloană vertebrală	Coloană toracală	Toracalgie	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar în cazuri particulare	B	Scintigrafia osoasă este utilă pentru detectarea unor eventuale leziuni metastatice. IRM-ul poate fi indicat în cazul în care durerea locală persistă, este rezistentă la tratament sau în prezența semnelor care sugerează o mielopatie.		2	3
Coloană vertebrală	Sacru	Sacro-ileita	G	Radiografia	Indicat	B	Articulațiile sacro-iliace sunt examinate pe o singura incidență radiografică, cu înclinație specială.		1	2
Coloană vertebrală	Sacru	Sacro-ileita	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Permite diagnosticarea sacro-ileitei. Sunt stabilite criteriile de diagnostic și stadializare IRM ale spondilitei anchilozante.		0	0
Coloană vertebrală	Sacru	Sacro-ileita	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	Permite stabilirea modificărilor de structură osoasă.		2	3
Aparat locomotor	Diverse	Afecțiuni sinovială de natură nedeterminată	I	Biopsie sinovială percutană	Doar cu aviz specializat	C	O biopsie sinovială poate fi indicată în caz de incertitudine persistentă după bilanțul biologic și imagistic (mai ales RM). Alegerea între biopsia percutană și cea artroscopică va fi efectuată după discuția cu clinicienii.	RI - PC6	3	4

Aparat locomotor	Diverse	Artropatie inflamatorie - bilanț inițial	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar cu aviz specializat	B	Scintigrafia osoasa permite un bilant al modificarilor inflamatorii si al enteziopatiilor, respectiv distributia acestora la nivelul întregului corp.		2	2
Aparat locomotor	Diverse	Artropatie inflamatorie - bilanț inițial	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	B	Ecografia Doppler poate confirma modificările de sinovită acută și poate aprecia caracterul inflamator . Privind suspiciunea de PR , studiu ecografic ar trebui să vizeze cel puțin articulația radio-carpiană și articulațiile MCP si MTP.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Artropatie inflamatorie - bilanț inițial	G	Radiografie	Doar cu aviz specializat	C	Determinarea etiologiei caracterului inflamator - eroziuni osoase, plaje de osteoscleroza.Pentru pacienții cu suspiciune de artrită reumatoida este indicată o radiografie antepicior (față si 3/4) pentru a detecta eroziunile osoase. Radiografiile de bazin și coloană vertebrală toraco-lombara sunt indicate în cazul în care istoricul pacientului este de dureri toraco-lombare inflamatorii specifice pentru incadrarea in SPA. Aspectul normal al radiografiilor nu exclude diagnosticul de SPA.		1	2
Aparat locomotor	Diverse	Artropatie inflamatorie - bilanț inițial	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	Permite stabilirea diagnosticului de sinovită acută , chiar și la nivelul articulațiilor la care examenul ecografic nu este suficient. Permite analiza cartilajului articular, al eroziunilor osoase incipiente, respectiv al edemului osos.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Artropatie inflamatorie - bilanț inițial	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	Detectarea eroziunilor osoase și a microcalcificărilor.		1	2
Aparat locomotor	Diverse	Artropatie inflamatorie - monitorizare	G	Radiografia	Doar în cazuri particulare	C	Poate fi indicată în cazul modificarii simptomatologiei sau pentru introducerea de noi scheme terapeutice in cazul artritei reumatoide. Radiografiile ale mâinilor și picioarelor, ale radio-carpului sau ale altor articulații sunt indicate la fiecare 6 luni în primul an, apoi cel puțin anual pentru 3 până la 5 ani .		1	1
Aparat locomotor	Diverse	Artropatie inflamatorie - monitorizare	E	Ecografia	Doar cu aviz specializat	B	Ecografia Doppler este indicată pentru a evalua activitatea modificărilor inflamatorii și răspunsul acestora la tratament.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Artropatie inflamatorie - monitorizare	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	IRM (evaluarea sinovitei, edemului osos) poate fi indicat pentru a evalua activitatea modificărilor inflamatorii și raspunsul terapeutic al leziunilor inflamatorii.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Dureri articulare sau periarticulare	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	?	Embolizarea pediculilor arteriali ce alimenteaza zonele de hiperemie si blush vascular reprezinta o procedura experimentală cu rezultate foarte promitatoare în privința controlului durerii si a sigurantei terapeutice	RI - PB7	2	2
Aparat locomotor	Diverse	Dureri articulare sau periarticulare	I	Infiltrații intraarticulare ghidate imagistic	Doar cu aviz specializat	C	Infiltrațiile cortizonice în artropatii sau bursopatii, ghidate imagistic (radiografie, CT sau ecografie) reprezintă o alternativă terapeutică ce trebuie discutată cu clinicienii, la fel ca și infiltrațiile test cu anestezic local sau injecțiile intraarticulare cu derivați de acid hialuronic.	RI - PC7	2	2
Aparat locomotor	Diverse	Fasceita plantara	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar în cazuri particulare	B	Indicata in cazul în care suspiciunea clinica nu este de durere tipica pentru fasceita plantara. Stabilirea unui bilant al enteziopatiilor in cadrul unei spondiloartrite.		2	2
Aparat locomotor	Diverse	Fasceita plantară	E	Ecografie	Indicat	C	Examinarea ecografică este adesea suficientă pentru diagnosticul fasceitei plantare , deși nu este necesară ca primă intenție în cazul în care tabloul clinic este tipic pentru fasceita plantar post stress mecanic. În cazul în care aspectul este tipic pentru sindromul Ledderhose, examenul ecografic este suficient		0	0

							pentru stabilirea diagnosticului .			
Aparat locomotor	Diverse	Fasceita plantară	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Examinarea IRM poate fi indicată în cazul unui examen ecografic neconcludent sau în cazul suspiciunii clinice de fibromatoză plantară, faceita post artrită inflamatorie , fractură de stress calcaneu.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Fasceita plantară	G	Radiografie	Neindicat în primă intenție	B	În cazul în care tabloul clinic este tipic de fasceita plantara post stress mecanic, în special determinata de osteofitoză, radiografiile nu sunt indicate ca prima examinare. Sunt necesare, în cazul unei evoluții clinice anormale sau atipice . Radiografiile pun în evidență osteofitele calcaneene și posibile fracturi de stres calcaneene.		1	1
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală de parti moi – bilant de extensie	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Util in stadializare, raspuns la tratament si detectarea recidivelor. Ghidarea planului de radioterapie. Stabilirea locului de biopsie		4	4
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală de parti moi – bilant de extensie	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	CT toracic pentru diagnosticul metastazelor pulmonare.		2	3
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală de parti moi – bilant diagnostic	I	Biopsie	Doar cu aviz specializat	B	Trebuie efectuata in toate cazurile dupa o intalnire pluridisciplinara, in centre specializate. Poate fii chirurgicala sau ghidata imagistic.	RI - PC6	0	0
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală osoasă primitivă – bilant de extensie	N	PET-CT (F18-FDG)	Indicat	B	Bilant de extensie ganglionara, parti moi, os in cazul sarcoamelor osoase. Indicat in caz de sarcom Ewing. Ghidarea planului de radioterapie		4	4
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală osoasă primitivă – bilant de extensie	T	CT	Indicat	B	CT toracic pentru diagnosticul metastazelor pulmonare.		2	3
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală osoasă primitivă – bilant de extensie	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar în cazuri particulare	B	Depistarea metastazelor osoase la distant cu punct de plecare osteosarcom. Recomandata pentru bilantul unui sarcom Ewing.		2	2
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală osoasă primitivă – bilant diagnostic	I	Biopsie	Doar cu aviz specializat	B	Examen IRM inainte de biopsie. Se realizeaza sub ghidaj ecografic, CT, radiosopic sau chirurgical.	RI - PC6	0	0
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală de părți moi – bilant diagnostic	E	Ecografie	Indicat	B	Confirmă diagnosticul, determină natura solidă sau lichidă a leziunii , localizarea anatomică si studierea vascularizației. In caz de incertitudine se recomandă IRM.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală de părți moi – bilant diagnostic	G	Radiografie	Indicat	B	Evidențiază calcificarile și afectarea osoasă.		1	2
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală de părți moi – bilant diagnostic	M	IRM	Indicat	B	Examinare de referință, indicată în toate cazurile. Apreciază cel mai bine extensia locala.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală de părți moi – bilant diagnostic	I	Biopsie	Doar cu aviz specializat	B	Trebuie efectuată în toate cazurile dupa o întâlnire pluridisciplinară, în centre specializate. Poate fii chirurgicală sau ghidată imagistic.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală de părți moi – bilant diagnostic	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	Caracterizare a calcificarilor și în caz de afectare osoasă.		2	3
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală osoasă primitivă – bilant diagnostic	G	Radiografie	Indicat	B	Indispensabilă in diagnosticul tumorilor osoase. Evidențiază matricea tumorală, osteogeneza și caracterele osteolizei.		1	2
Aparat locomotor	Diverse	Formațiune tumorală osoasă primitivă – bilant diagnostic	M	IRM	Indicat	B	Indicat în caz de suspiciune de malignitate, inaintea biopsiei osoase. Excelent in bilanțul extensiei locale.		0	0

Aparat locomotor	Diverse	Formațiuni tumorale osoasă primitivă – bilanț diagnostic	T	CT	Indicat	B	Evidențiază matricea tumorală, osteogeneza și caracterele osteolizei - mai sensibil decât radiografia.		2	3
Aparat locomotor	Diverse	Formațiuni tumorale osoasă primitivă – bilanț diagnostic	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	C	Indicații restranse.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Formațiuni tumorale osoasă primitivă – bilanț diagnostic	I	Biopsie	Doar cu aviz specializat	B	Examen IRM înainte de biopsie. Se realizează sub ghidaj ecografic, CT, radiosopic sau chirurgical.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Leziuni de părți moi de natură nedeterminată	I	Biopsie percutană	Doar cu aviz specializat	B	Această procedură nu se efectuează înaintea unui bilanț biologic și morfologic (radiografii simple, CT, RM, scintigrafie). Utilitatea și modalitățile de efectuare (biopsie versus abord direct, zona de biopsiat, calea de abord - ținând cont de riscul de diseminare tumorală, modalitatea de ghidaj, prelucrarea materialului biptic) trebuie discutate cu echipa care se ocupă de tratamentul ulterior. Aceste investigații e bine să se realizeze într-un centru specializat.	RI - PC6	2	3
Aparat locomotor	Diverse	Leziuni osoasă focală de natură nedeterminată	I	Biopsie osoasă percutană	Doar cu aviz specializat	B	Această procedură nu se efectuează înaintea unui bilanț biologic și morfologic (radiografii simple, CT, RM, scintigrafie). Utilitatea și modalitățile de efectuare (biopsie versus abord direct, zona de biopsiat, calea de abord, modalitatea de ghidaj, prelucrarea materialului biptic) trebuie discutate cu echipa care se ocupă de tratamentul ulterior. Aceste investigații e bine să se realizeze într-un centru specializat.	RI - PC6	2	3
Aparat locomotor	Diverse	Leziuni tumorale sau pseudotumorale de părți moi	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Interesul și modalitățile de efectuare a acestor proceduri (injectare de substanțe sclerozante, de ciment acrilic, embolizare) trebuie discutate cu echipa terapeutică. Aceste proceduri e bine să se realizeze într-un centru specializat.	RI - PB5 / PB6	0	2
Aparat locomotor	Diverse	Osteomalacie	G	Radiografie	Indicat	A	Utilă în diagnosticul unei dureri localizate.		1	1
Aparat locomotor	Diverse	Osteomalacie	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Indicat	C	In caz de pacient cu osteomalacie cunoscuta , scintigrafia evidentiaza zone de hiperfixare ce reprezinta focare de fractura. In cazul in care boala nu e cunoscuta, scintigrafia evidentiaza o imagine de superscan.		2	2
Aparat locomotor	Diverse	Osteomalacie	D	Osteodensitometrie	Doar în cazuri particulare	C	Utilă pentru diagnosticul unei osteomalacii prin deficit de vitamina D.		1	1
Aparat locomotor	Diverse	Osteomalacie	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Poate pune în evidență o leziune responsabilă de osteomalacie paraneoplazică.		4	4
Aparat locomotor	Diverse	Osteomalacie	N	Scintigrafia cu analogi ai receptorilor de somatostatina radiomarcate	Doar cu aviz specializat	B	Poate pune în evidență o leziune responsabilă de osteomalacie paraneoplazică.		4	4
Aparat locomotor	Diverse	Osteomielita - suspiciune	G	Radiografie	Indicat	B	De primă intenție.		1	1
Aparat locomotor	Diverse	Osteomielita - suspiciune	M	IRM	Indicat	B	Diagnostic precoce și extensia procesului infecțios la nivel osos și în părțile moi.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Osteomielita - suspiciune	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Osteomielitei osoase periferice (non-postoperatorie la piciorul diabetic și non-diabetic).		3	4

Aparat locomotor	Diverse	Osteomieliita - suspiciune	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT, Scintigrafie cu leucocite marcate	Doar în cazuri particulare	B	Permite diagnosticul formelor multifocale. Diagnosticul leziunilor infectioase, cum ar fi osteomieliita si spondilodiscita (completate cu tehnici imagistice specifice infectiei) Permite diagnosticul formelor multifocale		2	2
Aparat locomotor	Diverse	Osteomieliita - suspiciune	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	Sensibil în detectarea osteolizei. În cazurile acute, CT-ul e mai puțin sensibil comparativ cu IRM. În caz de osteomieliită cronică permite diagnosticul sechestrelor osoase.		1	2
Aparat locomotor	Diverse	Osteomieliita - suspiciune	E	Ecografie	Doar cu aviz specializat	B	Poate evidenția epansament articular, hipervascularizație Doppler, abces subperiostal, eroziuni corticale și permite ghidajul punțiilor diagnostice.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Sindrom dureros post protezare	G	Radiografie	Indicat	B	Apreciaza poziționarea și uzura protezei, integritatea osoasa.		1	1
Aparat locomotor	Diverse	Sindrom dureros post protezare	E	Ecografie	Doar cu aviz specializat	C	Foarte performant în evidențierea epansamentelor și colecțiilor periprotetice.		0	0
Aparat locomotor	Diverse	Sindrom dureros post protezare	I	Arthrografie	Doar cu aviz specializat	B	In caz de dubiu diagnostic sau in caz de suspiciune de infecție.		1	1
Aparat locomotor	Diverse	Sindrom dureros post protezare	I	Arthrografie	Doar cu aviz specializat	B	In caz de dubiu diagnostic sau in caz de suspiciune de infecție.	RI - PC8	1	1
Aparat locomotor	Diverse	Sindrom dureros post protezare	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Infectii ale protezelor osteo-articulare.		4	4
Aparat locomotor	Diverse	Sindrom dureros post protezare	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar cu aviz specializat	B	Diagnosticul complicatiilor postprotezare.		2	2
Aparat locomotor	Diverse	Sindrom dureros post protezare	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	Anomalii periprotetice nevizualizabile radiografic.		1	2
Aparat locomotor	Diverse	Tendinopatii calcifiante simptomatice a musculaturii rotatorii humerale	I	Puncție- infiltrație ghidată prin reperarea imagistică a calcificărilor tendinoase	Doar cu aviz specializat	B	Puncția-infiltrație ghidată imagistic (radiografie sau ecografie) a calcificărilor tendinoase ale musculaturii rotatorii humerale reprezintă o alternativă terapeutică în caz de eșec al tratamentului medical sau fizioterapic. Indicația sa versus ablația artroscopică sau chirurgicală trebuie discutată cu clinicienii. Această tehnică poate fi aplicată în egală măsură și în cazul altor localizări.	RI - PC7	0	2
Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie (simptomatologie clinică de gonartroză)	G	Radiografie	Indicat	B	Indicată pentru confirmarea diagnosticului de gonartroză, pentru stadializarea artrozei femuro-tibiale și femuro-patelare, precum și a posibillor factori favorizanti.		1	1
Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie (simptomatologie clinică de gonartroză)	E	Ecografia	Doar în cazuri particulare	C	Detectarea chistelor popliteale și a patologiei tendinoase, a bursitelor și chistelor periarticulare.		0	0
Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie (simptomatologie clinică de gonartroză)	M	IRM	Neindicat în primă intenție	B	Examinare indicată cand cauza sindromului dureros nu este detectată radiografic, în cazul patologiei periarticulare și preoperator.		0	0

Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie (simptomatologie clinică meniscală, condropatie sau prezența de corp străin)	G	Radiografie	Indicat	B	Vizualizarea de corpi straini intraarticulari		1	1
Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie (simptomatologie clinică meniscală, condropatie sau prezența de corp străin)	M	IRM	Indicat	B	Examinarea de elecție pentru evidențierea leziunilor meniscale, ligamentare sau osteocondrale.		0	0
Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie (simptomatologie clinică meniscală, condropatie sau prezența de corp străin)	M	Arthro IRM	Doar în cazuri particulare	C	Examinare indicata de obicei postoperator. Evaluarea meniscului operat și a cartilajului articular, precum și prezența de corpi străini intraarticulari.		0	0
Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie (simptomatologie clinică meniscală, condropatie sau prezența de corp străin)	T	Arthro CT	Doar în cazuri particulare	C	Examinare indicată de obicei când examinarea IRM este contraindicată sau artefactată de materiale de osteosinteza postoperator. Evaluarea meniscului operat și a cartilajului articular, precum și prezența de corpi străini intraarticulari.		1	1
Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie determinată de leziuni femuro-patelare	G	Radiografie	Indicat	B	Permite studierea morfologiei femuro-patelare precum și poziția și diametrele patelui.		1	1
Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie determinată de leziuni femuro-patelare	M	IRM	Indicat	B	Examinare importantă pentru diagnosticul și evaluarea luxațiilor patelare traumatiche. Stabilește bilanțul cert al leziunilor intraarticulare și periarticulare. Determinarea certă a leziunilor cartilajinoase, a localizării acestora. Examen utilizat în monitorizare post terapeutică.		0	0
Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie determinată de leziuni femuro-patelare	T	CT	Indicat	C	Masurarea raporturilor trohlee femuro-patelară.		1	1
Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie determinată de leziuni femuro-patelare	T	Arthro CT	Doar cu aviz specializat	C	Examen pentru analiza cartilajului femuro-patelar, rar efectuată.		1	1
Aparat locomotor	Genunchi	Gonalgie determinată de leziuni femuro-patelare	E	Ecografie	Neindicat	C	Nu permite măsurători certe.		0	0
Aparat locomotor	Picior	Halux valgus	G	Radiografie	Indicat	C	Radiografie într-o singură incidență, efectuată preoperator.		1	1
Aparat locomotor	Șold	Coxalgie	G	Radiografie	Indicat	C	Radiografiile sunt necesare și suficiente pentru diagnosticul coxartrozei și permit cuantificarea unei displazii de șold.		2	2
Aparat locomotor	Șold	Coxalgie	N	PET-CT (F18-FDG)	Indicat	C	Alegerea modalității imagistice nucleare se face de către medicul de medicina nucleară.		3	3
Aparat locomotor	Șold	Coxalgie	M	Arthro-IRM	Doar cu aviz specializat	C	Condrotatii incipiente și leziuni ale labrumului.		0	0
Aparat locomotor	Șold	Coxalgie	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar cu aviz specializat	B	Utila in caz de radiografie negative sau in caz de suspiciune asupra unei fracturi prin insuficienta osoasa.		2	2
Aparat locomotor	Șold	Coxalgie	T	Arthro-CT	Doar cu aviz specializat	C	Condrotatii incipiente și leziuni ale labrumului.		2	3
Aparat locomotor	Șold	Coxalgie	E	Ecografie	Neindicat în primă intenție	C	Poate evidenția un epanșament intraarticular, o sinovită sau o patologie periarticulară		0	0
Aparat locomotor	Șold	Coxalgie	M	IRM pelvin	Neindicat în primă intenție	B	Modificări osoase (algodistrofie, fractură de stress, osteonecroza), sinoviale și periarticulare.		0	0

Aparat locomotor	Șold	Necroza aseptică de cap femural	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Permite diagnosticul în stadii incipiente a focarelor latente.		4	4
Aparat locomotor	Șold	Necroza aseptică de cap femural	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB și SPECT-CT	Doar cu aviz specializat	B	Permite diagnosticul în stadii incipiente a focarelor latente.		2	2
Aparat locomotor	Șold	Necroza aseptică de cap femural	G	Radiografie coxo-femurală	Indicat	B	Modificările radiografice sunt evidente din stadiul II de boală.		1	2
Aparat locomotor	Șold	Necroza aseptică de cap femural	M	IRM bazin osos	Indicat	B	Confirmă diagnosticul și poate evalua impactul necrozei osoase. Vizualizează și capul femural controlateral.		0	0
Aparat locomotor	Umăr	Nevralgie cervico-brahială	T	CT coloana cervicală	Doar în cazuri particulare	B	În caz de contraindicație pentru examenul IRM, examinarea CT este indicată.		1	2
Aparat locomotor	Umăr	Nevralgie cervico-brahială	T	Mielo-CT	Doar în cazuri particulare	B	În caz de simptome și semne ce sunt în discordanță cu examinarea IRM sau în caz de contraindicație IRM, se poate opta pentru Mielo-CT.		1	2
Aparat locomotor	Umăr	Nevralgie cervico-brahială	M	IRM coloana cervicală	Doar cu aviz specializat	B	În caz de evoluție nefavorabilă a tratamentului medical și în cazul în care se impune o intervenție invazivă, examinările complementare sunt necesare, IRM-ul fiind de primă intenție.		0	0
Aparat locomotor	Umăr	Nevralgie cervico-brahială	G	Radiografie coloană cervicală	Neindicat în primă intenție	B	Tratamentul nevralgiei cervico-brahiale de origine artrozică sau herniară e în primul rând medical. În caz de primă etapă tratamentului simptomatic trebuie să precedă orice investigație imagistică.		1	1
Aparat locomotor	Umăr	Patologia umărului	E	Ecografie	Indicat	C	În caz de suspiciune de patologie a coafei rotatorilor.		0	0
Aparat locomotor	Umăr	Patologia umărului	G	Radiografie	Indicat	C	Doar în caz de absența răspunsului terapeutic după 4 săptămâni sau în caz de umăr hiperalgic.		1	1
Aparat locomotor	Umăr	Patologia umărului	M	Arthro-IRM	Doar cu aviz specializat	B	În caz de condropatie infraradiologică sau preoperator.		0	0
Aparat locomotor	Umăr	Patologia umărului	T	Arthro-CT	Doar cu aviz specializat	B	În caz de condropatie infraradiologică sau preoperator.		1	2
Aparat locomotor	Umăr	Patologia umărului	M	IRM	Neindicat în primă intenție	C	În caz de condropatie infraradiologică sau preoperator.		0	0
Aparat locomotor	Umăr	Umăr dureros	E	Ecografia	Indicat	C	Ecografia este indicată în cazul în care radiografiile inițiale sunt normale sau nu sunt suficiente pentru a stabili diagnosticul.		0	0
Aparat locomotor	Umăr	Umăr dureros	G	Radiografie	Indicat	C	Examenul radiografic este indicat dacă nu există răspuns la tratament după patru săptămâni. Acesta poate fi suficient pentru a confirma diagnosticul în caz de ruptură coafă rotatori sau tendinopatii calcificate. În cazul diagnosticului de boală profesională, radiografiile sunt indicate pentru a evalua absența tendinopatiilor calcifiante sau a periartritei scapulo-humerale.		1	1
Aparat locomotor	Umăr	Umăr dureros	M	Arthro IRM	Neindicat în primă intenție	C	Examinare efectuată când radiografiile +/- examenul ecografic nu pot stabili diagnosticul; pentru evaluarea condropatiilor sau pentru a cuantifica leziunile înainte unei intervenții chirurgicale.		0	0
Aparat locomotor	Umăr	Umăr dureros	M	IRM	Neindicat în primă intenție	C	Examinarea IRM este efectuată când radiografiile +/- examenul ecografic nu pot stabili diagnosticul; pentru evaluarea condropatiilor sau pentru a cuantifica leziunile înainte unei intervenții chirurgicale.		0	0

Aparat locomotor	Umăr	Umăr dureros	T	Arthro CT	Neindicat în primă intenție	C	În cazul diagnosticului de boală profesională, este recomandată efectuarea IRM sau arthro CT în cazul în care examinarea IRM este contraindicată.		2	2
Aparat locomotor	Umăr	Umăr dureros instabil	G	Radiografie	Indicat	B	Efectuarea de incidențe speciale permite detectarea leziunilor osoase recente/degenerative, a luxației scapulo-humerale sau a unei eventuale displazii a gleznei.		1	1
Aparat locomotor	Umăr	Umăr dureros instabil	M	Arthro IRM	Doar cu aviz specializat	B	Injectarea intraarticulară a produșilor de contrast permite un bilanț preoperator al leziunilor labrumului, structurilor capsulo-ligamentare și ale coafei rotatorilor, precum și evaluarea leziunilor cartilajinoase.		1	1
Aparat locomotor	Umăr	Umăr dureros instabil	T	Arthro CT	Doar cu aviz specializat	B	Injectarea intraarticulară a produșilor de contrast permite un bilanț preoperator al leziunilor labrumului, structurilor capsulo-ligamentare și ale coafei rotatorilor, precum și evaluarea leziunilor cartilajinoase.		2	2
Pediatrie	Aparat digestiv	Absența scaunului la nou-născut -lipsa eliminării meconiului	G	Rg abdominală simplă	Indicat	A	Evidențiază ileusul meconial, reducerea pneumatizării intestinale, poate ridica suspiciune de boală Hirschprung		1	1
Pediatrie	Aparat digestiv	Absența scaunului la nou-născut -lipsa eliminării meconiului	X	Irigografie	Doar în cazuri particulare	A	Evidențiază microcolon -în ileus meconial, în boala Hirschprung și alte situații clinice. Efect terapeutic în ileus meconial prin utilizarea de Gastrografin®, Manitol, etc.		2	2
Pediatrie	Aparat digestiv	Absența scaunului la nou-născut -malformație anorectală	E	Ecografie abdominală și perineala	Indicat	A	Efectuată de medici cu expertiză, poate evidenția poziția sacului rectal față de anus, apreciind distanța până la tegument și raportul cu sfincterul, poate evidenția fistula rectoperineală, alte anomalii care pot însoți această malformație (tractul urinar, canalul spinal, coccisul)		0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Absența scaunului la nou-născut -malformație anorectală	G	Rg abdominală simplă	Indicat	A	Cu marker cutanat și riglă se poate măsura distanța de la fundul de sac rectal până la tegument. Uneori apar erori de interpretare în condițiile existenței de meconiu aderent la nivelul rectului distal, efectuării prea precoce a radiografiei, poziționării incorecte a marcajului opac sau omiterii factorului de magnificație în radiografia digitală.	S-a renunțat la radiografia în poziție anti-ortostatică (invertograma), traumatizantă. Se efectuează radiografie de profil, cu raza orizontală, în decubit ventral, cu roulu sub bazin (după minim 30 min de procubit și la minim 12 (24) ore după naștere. Marker opac de 2-3 mm plasat pe punctul anal, în pliu interfesier!	1	1
Pediatrie	Aparat digestiv	Absența scaunului la nou-născut -malformație anorectală	X	Cistografie mictională	Doar în cazuri particulare	A	Poate evidenția fistula rectovezicală sau alte malformații asociate celei anorectale		2	2
Pediatrie	Aparat digestiv	Absența scaunului la nou-născut -malformație anorectală	M	IRM	Doar cu aviz specializat	A	IRM asigură detalii anatomice complexe privind poziția pungii rectale și prezența sau dezvoltarea complexului muscular sfincterian. IRM spinal evaluează anomaliile vertebromedulare asociate iar IRM renourinar evaluează anomaliile aparatului urinar.		0	0

Pediatrie	Aparat digestiv	Absența scaunului la nou-născut -malformație anorectală	X	Irigografia pe colostoma (Colostograma distala)	Doar cu aviz specializat	A	Se realizează inițial în decubit lateral, apoi în incidența de față, pentru a se evidenția prezența fistulelor rectoperineale, rectovezicale, rectouretrale, etc.și aprecierea dimensiunilor rectale și a distanței de la rect până la perineu		2	2
Pediatrie	Aparat digestiv	Apendicită	E	Ecografie	Indicat	A	Ecografia are o bună valoare predictivă pozitivă (de confirmare a diagnosticului) în cazul unui tablou clinic sugestiv; valoarea predictivă negativă este mai mică (excluderea diagnosticului de apendicită nu trebuie să fie o indicație de ecografie).	Cazurile de apendicită tipice clinic nu necesită imagistică. Ecografia ajută la diagnosticul diferențial. Diagnosticul de abdomen acut este de asemenea clinic.	0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Apendicită	G	Rg abdominală simplă	Doar în cazuri particulare	C	Neindicată de rutină. Poate furniza date suplimentare în unele cazuri, în particular când vizualizarea ecografică e nesatisfăcătoare sau neconcluzivă.		1	1
Pediatrie	Aparat digestiv	Apendicită	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	Utilă la copii supraponderali, în caz de discordanțe între clinică și ecografie sau în caz de complicații.		2	3
Pediatrie	Aparat digestiv	Constipație	X	Irigografie	Doar cu aviz specializat	B	Dacă este suspectată boala Hirschprung, pot fi utile clisma baritată, rectomanometria și biopsia rectală.		2	2
Pediatrie	Aparat digestiv	Constipație	E	Ecografie	Neindicat	C	Importanța constatărilor radiologice nu a fost demonstrată. Poate fi cerută părerea unui specialist.		0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Constipație	G	Rg abdominală simplă	Neindicat	C	Importanța constatărilor radiologice nu a fost demonstrată. Poate fi cerută părerea unui specialist.		1	2
Pediatrie	Aparat digestiv	Durere abdominală cu examen clinic normal	G	Rg abdominală simplă	Doar în cazuri particulare	C	Radiografia abdominală simplă este utilă doar în prezența semnelor care orientează diagnosticul spre o patologie chirurgicală (simptomatologie de ocluzie)		1	1
Pediatrie	Aparat digestiv	Durere abdominală cu examen clinic normal	E	Ecografie	Doar cu aviz specializat	C	Ecografia trebuie efectuată în cadrul unui bilanț etiologic specializat și orientată de tabloul clinico-biologic.	Majoritatea cauzelor de durere abdominală, moderată, neparoxistică, la copil (ca simptom izolat) nu sunt vizualizabile ecografic. Argumente diagnostice pot fi găsite în cazul unei examinări focalizate, în context clinico-biologic.	0	0

Pediatrie	Aparat digestiv	Durere paroxistică. Invaginație intestinală acută	E	Ecografie	Indicat	A	În fața unor dureri acute paroxistice sincopale, ecografia este un examen foarte sensibil pentru diagnosticul pozitiv al invaginației. Dezinvaginarea prin clismă se poate efectua sub control ecografic (de preferat pentru reducerea iradierii) sau sub control fluoroscopic. Accesul la suport chirurgical este necesar (risc de complicații).	Volvulusul intestinal trebuie avut în vedere ca diagnostic diferențial.	0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Durere paroxistică. Invaginație intestinală acută	X	Clismă salina sub control ecografic sau cu suspensie baritata / aer sub control fluoroscopic	Doar cu aviz specializat	B	În fața unor dureri acute paroxistice sincopale, ecografia este un examen foarte sensibil pentru diagnosticul pozitiv al invaginației. Dezinvaginarea prin clismă se poate efectua sub control ecografic (de preferat pentru reducerea iradierii) sau sub control fluoroscopic. Accesul la suport chirurgical este necesar (risc de complicații).	Volvulusul intestinal trebuie avut în vedere ca diagnostic diferențial.	1	2
Pediatrie	Aparat digestiv	Icter neonatal colestatic persistent timp de 1 lună	E	Ecografie	Indicat	B	O investigație precoce (înainte de 8 săptămâni) este esențială. Absența dilatației de căi biliare și prezența colecistului nu exclude diagnosticul de atrezie.	Colecistul foarte mic la ecografii repetate este un argument important pentru atrezia biliară.	0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Icter neonatal colestatic persistent timp de 1 lună	M	IRM - Colangio IRM	Doar cu aviz specializat	B	Colangio-IRM-ul este util în evaluarea preoperatorie a dilatațiilor arborelui biliar (identificate ecografic).		0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Icter neonatal colestatic persistent timp de 1 lună	N	Scintigrafie (99mTc-HIDA)	Doar cu aviz specializat	B	Investigarea anomaliilor congenitale ale sistemului biliar, inclusiv atrezia biliară și chisturile coledociene.		2	3
Pediatrie	Aparat digestiv	Ingestie sau inhalatie de corp străin, la copil	G	Rg abdominală simplă, toracică, cervicală	Doar în cazuri particulare	C	Radiografia cervico-toraco-abdominală este utilă inițial doar în cazul ingestiei de corp străin ascuțit sau potențial toxic (inclusiv baterii sau magneți) și care poate fi vizibil radiologic. Dacă evacuarea corpului străin (potențial vizualizabil) nu este sigură, trebuie efectuată eventual o radiografie abdominală simplă la 6 zile. Radiografia toracică de față în inspir și expir este indicată pentru a identifica o tulburare de ventilație localizată dar radiografia, chiar și în expir poate fi normală; orice dubiu impune bronhoscopie. Radiografia toracică, incluzând regiunea cervicală, este utilă în cazul unei disfagii. Radiografia cervicală de profil poate completa examenul clinic (ORL).		1	1
Pediatrie	Aparat digestiv	Masă abdominală sau pelvină palpabilă	E	Ecografie	Indicat	B	În caz de confirmare a masei la ecografie, sunt indicate alte examene imagistice doar cu aviz specializat.		0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Masă abdominală sau pelvină palpabilă	G	Rg abdominală simplă	Indicat	B	În caz de confirmare a masei prin această tehnică de investigație, sunt indicate alte examene imagistice cu aviz specializat.		2	2
Pediatrie	Aparat digestiv	Masă abdominală sau pelvină palpabilă	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	IRM-ul pelvin este de preferat CT pentru evaluarea masei pelvine.		0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Masă abdominală sau pelvină palpabilă	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	Decizia investigării CT sau IRM este multifactorială și este luată de radiolog.		2	3
Pediatrie	Aparat digestiv	Melenă		Explorari imagistice	Neindicat în primă intenție	C	Endoscopia este de primă intenție. Alte investigații sunt doar complementare, în cazuri particulare.		0	3

Pediatrie	Aparat digestiv	Rectoragie (semnificativa și de cauză neevidentă)	N	Scintigrafie (Na[99mTc]TcO4)	Doar cu aviz specializat	C	Scintigrafia cu 99mTc- pertechnetat poate localiza anumiți diverticuli Meckel cu mucoasă gastrică ectopică, la pacienții care prezintă pierdere de sânge ocultă sau acută sau simptome abdominale inexplicabile.	Rectoragia minoră și/sau pasageră, asociată cu constipație/diaree sau cu leziuni anale nu necesită investigație imagistică.	2	2
Pediatrie	Aparat digestiv	Rectoragie (semnificativă și de cauză neevidentă)	E	Ecografie	Indicat	C	Ecografia poate orienta diagnosticul spre o leziune localizată de intestin subțire sau colon (duplicație intestinală, polip, diverticul Meckel, invaginație); este diagnostică pentru invaginație dar nu poate exclude un diverticul Meckel sau polip.	Rectoragia minoră și/sau pasageră, asociată cu constipație/diaree sau cu leziuni anale nu necesită investigație imagistică.	0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Rectoragie (semnificativă și de cauză neevidentă)	G	Rg abdominală	Doar în cazuri particulare	C	Radiografia abdominală este utilă doar la noul-născut pentru diagnosticul enterocolitei ulcero-necrotice. La copilul mai mare, endoscopia este examenul de primă intenție ce poate aduce cea mai mare contribuție la diagnostic.	Rectoragia minoră și/sau pasageră, asociată cu constipație/diaree sau cu leziuni anale nu necesită investigație imagistică.	1	2
Pediatrie	Aparat digestiv	Rectoragie (semnificativă și de cauză neevidentă)	X	Tranzit de intestine subțire	Neindicat	C	În caz de suspiciune de diverticul Meckel, tranzitul intestinal nu este util deoarece este iradiant și puțin performant. Laparoscopia trebuie să fie preferată când semnele clinice sunt evocatoare.	Rectoragia minoră și/sau pasageră, asociată cu constipație/diaree sau cu leziuni anale nu necesită investigație imagistică.	3	3
Pediatrie	Aparat digestiv	Traumatism abdominal minor (a se vedea și Traumatism major - capitolul Traumatisme)	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia este suficientă în primă intenție pentru majoritatea traumatismelor abdominale minore și izolate.		0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Traumatism abdominal minor (a se vedea și Traumatism major - capitolul Traumatisme)	G	Rg abdominală simplă	Doar în cazuri particulare	C	Radiografia abdominală simplă nu este utilă, cu excepția cazului în care se caută un pneumoperitoneu (perforație de organe cavitare).	Rg. Toracică este mai sensibilă în decelarea pneumoperitoneului (doar în ortostatism).	1	2

Pediatrie	Aparat digestiv	Vărsături acute la copil		Explorari imagistice	Neindicat în primă intenție	B	De obicei, vărsăturile la copil sunt cauzate de schimbarea sau diversificarea alimentației, greșeli alimentare, infecții de căi respiratorii, febră, gastroenterite, enteroviroze, enterocolite (inclusiv în fază pre-diareică). Imagistica poate deveni utilă după excluderea cauzelor obișnuite, ghidată de contextul clinic și evoluție.	Abdomenul acut, durerile paroxistice, deteriorarea stării generale, rectoragiile importante, vărsăturile biliouse, agravarea sub tratament - necesită consult chirurgical și aviz de specialitate pentru explorări imagistice.	0	3
Pediatrie	Aparat digestiv	Vărsături cronice/recurente fără cauză evidentă	G	Radiografia abdominală simplă	Doar în cazuri particulare	B	Radiografia abdominală simplă poate identifica nivelul obstrucției intestinale.		1	2
Pediatrie	Aparat digestiv	Vărsături cronice/recurente fără cauză evidentă	E	Ecografie	Doar cu aviz specializat	C	De obicei, vărsăturile la copil sunt cauzate de schimbarea sau diversificarea alimentației, greșeli alimentare, infecții de căi respiratorii, febră, gastroenterite, enteroviroze, enterocolite (inclusiv în fază pre-diareică). Imagistica poate deveni utilă după excluderea cauzelor obișnuite, ghidată de contextul clinic și evoluție. Ecografia poate fi utilă în evaluarea axelor vasculare mezenterice (malrotație) și a arborelui biliar.	Deși poate identifica refluxul gastro-esofagian, ecografia nu duce la schimbarea atitudinii terapeutice. Ecografia nu poate exclude refluxul (pH-metria este examenul de referință).	0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Vărsături cronice/recurente fără cauză evidentă	X	Tranzit eso-gastro-duodenal	Doar cu aviz specializat	B	Tranzitul eso-gastro-duodenal nu este indicat în caz de reflux gastro-esofagian (pH-metria este examenul de referință). Această investigație poate fi interesantă pentru căutarea unei hernii hiatale sau malrotații, mai ales în cazul în care este avut în vedere un tratament chirurgical. Dacă vărsăturile sunt biliouse, recurgerea la tranzitul eso-gastro-duodenal poate fi luată în discuție.		2	2

Pediatrie	Aparat digestiv	Vărsături în jet agravate, în primele trei luni	E	Ecografie	Indicat	A	Ecografia este indicată pentru diagnosticul stenozei hipertrofice de pilor.	Tranzitul baritat poate pune diagnosticul dar nu este indicat decât în situațiile în care ecografia nu este disponibilă (limite tehnice sau de expertiză).	0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Vărsături în jet la nou-născut	E	Ecografie	Indicat	A	Ecografia efectuată de medici cu expertiză poate evidenția o serie de malformații digestive: stenoză duodenală, volvulus intestinal, mal rotație intestinală, peritonită meconială		0	0
Pediatrie	Aparat digestiv	Vărsături în jet la nou-născut	G	Rg abdominală simplă	Doar în cazuri particulare	A	În absența unui expert sau în urgență, se poate face radiografia abdominală simplă care evidențiază stenoza duodenală sau orientează diagnosticul către ocluzia neonatală înaltă (atrezie intestinală, peritonită meconială, etc)		1	1
Pediatrie	Aparat digestiv	Vărsături în jet la nou-născut	X	Tranzit eso- gastro-duodenal	Doar cu aviz specializat	A	Evidențiază distensia gastrică / a anselor cu stopul substanței de contrast la nivelul obstrucției		1	2
Pediatrie	Aparat locomotor	Boala Osgood- Schlatter	G	Rg standard de genunchi	Doar în cazuri particulare	C	Diagnosticul este clinic. Anomaliile osoase radiologice observate în boala Osgood-Schlatter pot corespunde unor variante de normal. Tumefacția țesuturilor moi trebuie evaluată clinic. Afectarea este de obicei bilaterală, în prezența unei simptomatologii asimetrice sau unilaterale se pot face radiografii (pentru excluderea unei alte patologii)		1	1
Pediatrie	Aparat locomotor	Displazia congenitală de șold	E	Ecografie	Indicat	A	Ecografia este indicată la vârsta de 4-6 săptămâni în cazul existenței de factori de risc (antecedente, prezența pelvină, sarcină gemelară, deformații membre) sau semne clinice (asimetrie de abducție, manevra Barlow, Ortolani). Radiografia poate fi necesară la copiii mai mari (peste 4-6 luni).	În unele țări se realizează screening ecografic general la 3-6 săptămâni.	0	0
Pediatrie	Aparat locomotor	Durere osoasă focalizată	G	Rg standard	Indicat	B	Radiografia este investigația de primă linie. La momentul inițial, radiografiile pot fi normale și poate fi indicată repetarea în evoluție.	Decelarea unor infecții sau tumori este urmată de explorări suplimentare, cu aviz specializat.	1	1
Pediatrie	Aparat locomotor	Durere osoasă focalizată	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	C	Ecografia poate fi utilă pentru detecția de infecții sau fracturi nevizualizate (încă) radiografic.		0	0
Pediatrie	Aparat locomotor	Durere osoasă focalizată	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	IRM-ul este util în cazul în care copilul poate localiza locul dureros, putând identifica fracturi oculte când radiografia e normală.	Doar când se iau în discuție diagnostice diferențiale de tumoră sau infecție.	0	0

Pediatrie	Aparat locomotor	Durere osoasă focalizată	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar cu aviz specializat	B	Scintigrafia este utilă dacă durerea nu este bine localizată dar se suspectează o infecție sau traumă recentă. Pentru o suspiciune de infecție se poate indica scintigrafie cu radiotrasori specifici (leucocite radiomarcate, anticorpi monoclonali radiomarcate) sau PET-CT cu F18-FDG (în funcție de disponibilitate).		3	3
Pediatrie	Aparat locomotor	Durere osoasă focalizată	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	CT-ul este util în diagnosticul osteomului osteoid. Poate identifica fracturi oculte când radiografia este normală.		2	2
Pediatrie	Aparat locomotor	Scolioză	G	Radiografie standard	Doar cu aviz specializat	C	Radiografierea coloanei vertebrale este efectuată pentru stabilirea diagnosticului pozitiv și pentru bilanțul preoperator. Nu trebuie repetată sistematic în afara perioadelor de evolutivitate clinică manifestă (în general în perioada de creștere a copilului).	Protocol special al radiografiei de coloană în caz de scolioză. Pentru monitorizarea evoluției curburilor se realizează radiografii cu doză redusă.	1	1
Pediatrie	Aparat locomotor	Scolioză	M	IRM	Doar cu aviz specializat	C	IRM-ul este util în prezența unei scolioze dureroase, în context malfomativ, în caz de semne neurologice sau în bilanțul preoperator al scoliozelor.		0	0
Pediatrie	Aparat locomotor	Scolioză	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	CT-ul este util în caz de malformații vertebrale în bilanțul preoperator.		2	2
Pediatrie	Aparat locomotor	Șold dureros Defect de mers	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia identifică lichidul sinovial, dar nu poate diferenția sinovita coxofemurală de osteoartrită, epifizioliză sau osteocondrită (Legg-Calve). Se asociază radiografiei de bazin.		0	0
Pediatrie	Aparat locomotor	Șold dureros Defect de mers	G	Rg standard de bazin	Indicat	C	Dacă este avută în vedere epifizioliza / alunecarea epifizară, trebuie efectuat în plus față de rg. de față și radiografie de profil pentru fiecare șold.		1	2
Pediatrie	Aparat locomotor	Șold dureros Defect de mers	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Dacă radiografiile sunt normale și se presupune existența unei infecții sau osteocondrită (Legg-Calve), sau când simptomatologia persistă, se poate avea în vedere IRM-ul .		0	0
Pediatrie	Aparat locomotor	Șold dureros Defect de mers	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar în cazuri particulare	B	Dacă radiografiile sunt normale și se presupune existența unei infecții, se poate avea în vedere scintigrafia (sau examen PET-CT cu F18-FDG)		3	3
Pediatrie	Aparat locomotor	Talie mică, întârziere de creștere	E	Ecografie	Doar cu aviz specializat	B	Ecografia pelvină este indicată pentru aprecierea aspectului organelor genitale interne (uter, ovare, grad de dezvoltare hormono-dependentă și căutarea unor malformații ale acestora)		0	0
Pediatrie	Aparat locomotor	Talie mică, întârziere de creștere	G	Rg standard	Doar cu aviz specializat	A	Radiografia de mână-pumn stânga (sau partea nedominantă) în incidență de față, după vârsta de 1 an, este utilă pentru aprecierea vârstei osoase. Pentru căutarea semnelor de osteocondrodysplazie pot fi utile alte radiografii ale scheletului.		1	1
Pediatrie	Aparat locomotor	Talie mică, întârziere de creștere	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	Un examen IRM al regiunii hipotalamo-hipofizare poate fi indicat în anumite cazuri.		0	0

Pediatrie	Aparat locomotor	Traumatism nonaccidental - Maltratate	G	Rg standard	Indicat	A	Înainte de împlinirea vârstei de 2 ani, examenul radiografic al întregului schelet (pe segmente, inclusiv craniu) este indicat. După 2 ani, examenul este condus în funcție de constatările clinice		1	1
Pediatrie	Aparat locomotor	Traumatism nonaccidental - Maltratate	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	C	Ecografia transfontanelară poate evidenția colecții hematice importante. În caz de maltratate, sensibilitatea metodei nu este suficientă deoarece decelarea unor leziuni mici poate fi determinantă pentru diagnostic. Ecografia abdominală este indicată pentru căutarea leziunilor viscerale asociate.	Ecografia abdominală are sensibilitate destul de mică în acest context clinic. În caz de creșteri enzimatică (transaminaze >80 UI/L) este indicat CT. Ecografia cu contrast ar putea deveni o alternativă.	0	0
Pediatrie	Aparat locomotor	Traumatism nonaccidental - Maltratate	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar în cazuri particulare	A	Scintigrafia osoasă este utilă pentru detectarea fracturilor oculte. Este mai sensibilă, dar puțin specifică. Ea permite examenul întregului schelet într-un singur timp. PET constituie o alternativă.		3	3
Pediatrie	Aparat locomotor	Traumatism nonaccidental - Maltratate	M	IRM cerebral	Doar cu aviz specializat	B	IRM-ul este în general indicat, chiar în absența suspectării unei leziuni craniene sau a unor manifestări neurologice. IRM poate furniza date privitor la cronologia leziunilor.		0	0
Pediatrie	Aparat locomotor	Traumatism nonaccidental - Maltratate	T	CT cerebral	Doar cu aviz specializat	B	CT-ul cranian este indicat în cazul oricărei suspiciuni de maltratate la copil cu semne neurologice acute sau hemoragie retiniană.		2	2
Pediatrie	Aparat locomotor	Traumatism unilateral de membru - comparativ cu membrul controlateral la copil	G	Rg standard	Doar cu aviz specializat	B	Radiografia comparativă se face doar la indicația radiologului.		1	1
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Adenopatii cervicale	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	C	Pentru adenopatiile copilului, cu caractere inflamatorii sau într-un context sugestiv pentru infecție, nu este necesară imagistica în primă intenție. În caz de adenopatii persistente se recomandă ecografie, eventual IRM sau CT ulterior (vezi și Capitolul: Cancer - Adenopatii cervicale). În caz de adenopatii complicate (abces, flegmon) poate fi uneori necesară explorarea imagistică, începând cu ecografia.		0	0
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Anomalii cutanate sau hipetricoza de linie mediană posterioară	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	B	Înainte de vârstei de două luni, în caz de context malformativ sau dacă leziunea este de peste 5 mm și se situează la mai mult de 25 mm de anus este justificată efectuarea de examen ecografic.		0	0
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Anomalii cutanate sau hipetricoza de linie mediană posterioară	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	IRM-ul nu este indicat decât în caz de existență a semnelor asociate (pes cavus, vezică neurologică), anomalie cutanată situată înalt sau anomalii spinale descoperite ecografic.		0	0

Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Durere vertebrală	G	Rg standard	Indicat	B	Radiografia contribuie la diagnostic în cazul unei dureri localizate persistente, în cazul unei anomalii congenitale sau al unor tulburări de statică.	În cazul durerii netraumatice, persistența mai mult de câteva săptămâni și asocierea redorii necesită explorarea imagistică.	1	1
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Durere vertebrală	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	IRM-ul este indicat în cazul în care durerea persistă și radiografiile sunt normale. IRM-ul arată anomaliile rahidiene, discale, medulare și paraverterale.	În cazul durerii netraumatice, persistența mai mult de câteva săptămâni și asocierea redorii necesită explorarea imagistică.	0	0
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Durere vertebrală	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB și SPECT-CT	Doar cu aviz specializat	B	Este indicată ca alternativă la IRM în circumstanțe specifice (pentru diagnosticul leziunilor de stres și spondilolizei).		3	3
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Durere vertebrală	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	CT-ul este util pentru caracterizarea unei anomalii descoperite la scintigrafie sau IRM (ex. Osteom osteoid) sau în anomalii vertebrale malformative.		2	2
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Hipotiroidie congenitală	E	Ecografie	Doar cu aviz specializat	A	Ecografia poate stabili diagnosticul de agenezie sau gușă congenitală.		0	0
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Hipotiroidie congenitală	N	Scintigrafie (99mTc pertechnetat, Iod 123)	Doar cu aviz specializat	A	Scintigrafia tiroidiana cu Iod 123 sau 99mTc pertechnetat permite diagnosticul de ectopie, agenezie, hipoplazie.		3	3
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Rinofaringite recidivante, Congestie nazală	G	Radiografie standard cavum profil	Neindicat	C	Radiografia de profil de cavum nu este utilă pentru a fi efectuată de rutină. Ea nu contribuie la luarea deciziei chirurgicale. Indicațiile de adenoidectomie se bazează pe clinică.		1	1
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Spina bifida ocultă L5 sau S1		Examene imagistice	Doar în cazuri particulare	B	Defectul de închidere a arcurilor posterioare este o variantă radiologică frecventă și puțin semnificativă dacă este izolată (sau chiar însoțită de enurezis). Această situație nu justifică efectuarea de examene complementare de tip IRM, decât în cazul în care sunt asociate semne neurologice.		0	3

Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Torticolis la nou-născut	E	Ecografie	Indicat	A	Arată tumefiere segmentară și modificări de ecogenitate ale mușchiului sternocleidomastoidian.	În torticolisul neonatal, dg. este clinic. Se poate completa, în cazuri particulare, cu ecografie cervicală și eventual ecografie transfontanelară.	0	0
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Torticolis la nou-născut	G	Rg coloana cervicala	Neindicat	B	De obicei este vorba de o leziune miofibroblastică -declansată de traumatism minor, cu evoluție autolimitată	În torticolisul neonatal, dg. este clinic. Se poate completa în cazuri particulare, cu ecografie.	1	1
Pediatrie	Gât și coloană vertebrală	Torticolis netraumatic	G	Rg standard (coloană cervicală)	Neindicat	B	Devierea gâtului este adesea consecutivă unei contracturi, fără asocieri cu leziune osoasă. Dacă simptomele persistă, sunt indicate alte tehnici imagistice (CT sau IRM) după un consult specializat.		1	1
Pediatrie	Sistem nervos central	Aspect anormal al craniului Anomalii de perimetru cranian	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia este în general suficientă pentru stabilirea diagnosticului de macrocranie simplă, în cazul în care fontanela anterioară este încă deschisă.		0	0
Pediatrie	Sistem nervos central	Aspect anormal al craniului Anomalii de perimetru cranian	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	IRM-ul poate fi indicat dacă fontanelele sunt închise.	Ecografia este în general suficientă pentru stabilirea diagnosticului de macrocranie simplă, în cazul în care fontanela anterioară este încă deschisă. Radiografia craniană este indicată în investigarea craniostenozei, în cazul în care se observă microcefalie sau plagiocefalie accentuată; CT poate fi indicat cu aviz specializat.	0	0

Pediatrie	Sistem nervos central	Aspect anormal al craniului Anomalii de perimetru cranian	G	Rg standard (craniană)	Doar cu aviz specializat	B	Radiografia craniană este indicată în investigarea craniostenozei, în cazul în care se observă microcefalie sau plagiocefalie accentuată, dar realizarea și interpretarea acesteia sunt delicate.	1	1
Pediatrie	Sistem nervos central	Aspect anormal al craniului Anomalii de perimetru cranian	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	CT-ul 3D este util pentru bilanțul preoperator al craniostenozelor.	2	2
Pediatrie	Sistem nervos central	Boli congenitale (cerebrale și spinale)	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia trebuie avută în vedere în primă intenție la noul născut pentru investigarea sistematică a anomaliilor cerebrale și medulare.	0	0
Pediatrie	Sistem nervos central	Boli congenitale (cerebrale și spinale)	G	Rg standard	Indicat	B	Radiografia este utilă pt. anomaliile de aliniament și scoliozele congenitale sau idiopatiche.	1	1
Pediatrie	Sistem nervos central	Boli congenitale (cerebrale și spinale)	M	IRM	Indicat	B	IRM-ul este examenul de referință pentru toate malformațiile cerebrale și spinale.	0	0
Pediatrie	Sistem nervos central	Boli congenitale (cerebrale și spinale)	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	CT poate fi folosit pentru planning-ul chirurgical	2	2
Pediatrie	Sistem nervos central	Cefalee	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	Dacă simptomele persistă sau sunt asociate cu semne clinice neurologice, trebuie efectuate examene specializate. La copil, trebuie preferat IRM-ul datorită faptului că este noniradiant.	0	0
Pediatrie	Sistem nervos central	Cefalee	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	Dacă simptomele persistă sau sunt asociate cu semne clinice neurologice, trebuie efectuate examene specializate. La copil, trebuie preferat IRM-ul datorită faptului că este noniradiant.	2	2
Pediatrie	Sistem nervos central	Cefalee	G	Rg standard (craniană)	Neindicat	B	Radiografia craniană nu are contribuție. Diagnosticul de sinuzită este clinic.	1	1
Pediatrie	Sistem nervos central	Convulsii febrile sau de alte cauze cunoscute	M	IRM	Neindicat	C	Examinarea IRM nu este necesară pentru un prim episod de convulsii febrile tipice.	0	0
Pediatrie	Sistem nervos central	Convulsii febrile sau de alte cauze cunoscute	T	CT	Neindicat	B	Examinarea CT nu contribuie la diagnostic	2	2
Pediatrie	Sistem nervos central	Epilepsie	M	IRM	Doar cu aviz specializat	A	În cazul unui prim episod de convulsii, nu este necesară nicio investigație imagistică. IRM-ul este luat în discuție după examenul clinic specializat și EEG.	0	0
Pediatrie	Sistem nervos central	Epilepsie	N	PET-CT	Doar cu aviz specializat	B	PET cu 18FDG efectuat în perioadele intercritice poate permite localizarea focarului epileptogen înaintea unei intervenții chirurgicale.	2	3
Pediatrie	Sistem nervos central	Epilepsie	N	SPECT-CT (99Tc-HMPAO)	Doar cu aviz specializat	B	SPECT (tomoscintigrafia) în perioadele critice sau intercritice poate permite localizarea focarului epileptogen. SPECT trebuie asociat cu o înregistrare EEG.	2	3
Pediatrie	Sistem nervos central	Epilepsie	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	A se utiliza în context de urgență (stare generală alterată, rău convulsiv, traumatism secundar) sau în situațiile cand IRM este indicat dar nu este disponibil. În cazul unui prim episod de convulsii, nu este necesară nicio investigație imagistică. IRM-ul este luat în discuție după examenul clinic specializat și EEG.	2	2
Pediatrie	Sistem nervos central	Epilepsie	G	Rg standard (craniană)	Neindicat	B	Radiografia craniană nu contribuie la diagnostic.	1	1

Pediatrie	Sistem nervos central	Hidrocefalie Disfuncție de șunt (v. și capitolul Cap - subcapitolul Neuro)	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografie transfontanelară sau dacă este posibil, IRM-ul la un copil mai mare (sau CT dacă nu se poate efectua un examen IRM)	Pentru diagnosticul inițial sau pentru monitorizare este suficientă ecografia - cât timp fontanela este deschisă. IRM este necesar după închiderea fontanelei și poate fi util în bilanțul preoperator (CT poate fi o alternativă).	0	0
Pediatrie	Sistem nervos central	Hidrocefalie Disfuncție de șunt (v. și capitolul Cap - subcapitolul Neuro)	G	Radiografie cranio-toraco-abdominală	Indicat	B	Radiografia trebuie să includă întregul sistem de derivație ventriculară cu scopul de a căuta o deconectare a tubulaturii.	Pentru diagnosticul inițial sau pentru monitorizare este suficientă ecografia - cât timp fontanela este deschisă. IRM este necesar după închiderea fontanelei și poate fi util în bilanțul preoperator (CT poate fi o alternativă).	1	1

Pediatrie	Sistem nervos central	Hidrocefalie Disfuncție de șunt (v. și capitolul Cap - subcapitolul Neuro)	M	IRM	Indicat	B	IRM-ul la un copil mai mare, la care ecografia nu mai este posibilă (sau CT dacă nu se poate efectua un examen IRM)	Pentru diagnosticul inițial sau pentru monitorizare este suficientă ecografia - cât timp fontanela este deschisă. IRM este necesar după închiderea fontanelei și poate fi util în bilanțul preoperator (CT poate fi o alternativă).	0	0
Pediatrie	Sistem nervos central	Hidrocefalie Disfuncție de șunt (v. și capitolul Cap - subcapitolul Neuro)	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	A se utiliza în context de urgență sau situație clinică neobișnuită, când IRM nu este disponibil, mai rar pentru monitorizare.	Pentru diagnosticul inițial sau pentru monitorizare este suficientă ecografia - cât timp fontanela este deschisă. IRM este necesar după închiderea fontanelei și poate fi util în bilanțul preoperator (CT poate fi o alternativă).	2	2
Pediatrie	Sistem nervos central	Retard mental Infirmitate motrică cerebrală	M	IRM	Doar cu aviz specializat	C	IRM-ul este una dintre modalitățile posibile de investigare etiologică. Are o contribuție mai mare după vârsta de doi ani. Nu este indicat în cazul în care boala cauzală este dovedită.		0	0
Pediatrie	Sistem nervos central	Retard mental Infirmitate motrică cerebrală	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	CT este recomandat doar în cazul în care nu se poate efectua examen IRM		2	2

Pediatrie	Sistem nervos central	Sinuzită	T	CT	Doar în cazuri particulare	C	CT-ul cu doză mică este indicat în caz de simptomatologie trenantă sau al unei prezentări clinice neobișnuite. Suspiciunea de etmoidită justifică o evaluare CT în urgență. De asemenea examinarea CT este utilă în planning-ul preoperator.	IRM trebuie evaluat ca alternativă posibilă, neiradiantă (vizualizează mai bine conținutul cavităților dar nu obiectivează pereții osoși).	2	2
Pediatrie	Sistem nervos central	Sinuzită	G	Rg sinusuri	Neindicat	B	Radiografia de sinusuri nu este indicată la copii, mai mult, înaintea vârstei de 5 ani sinusurile sunt prea puțin dezvoltate.		1	1
Pediatrie	Sistem nervos central	Surditate infantilă	M	IRM	Doar cu aviz specializat	C	Poate fi necesar la copilul cu surditate congenitală sau postinfecțioasă, în bilanțul preimplant.		0	0
Pediatrie	Sistem nervos central	Surditate infantilă	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	Examenul CT este necesar: la copilul cu surditate congenitală sau postinfecțioasă în bilanțul preimplant și pentru controlul postimplant; în urgență în surditatea posttraumatică sau postmeningită bacteriană.		2	2
Pediatrie	Sistem nervos central	Traumatism cranio-cerebral la copil (pentru traumatisme non-accidentale / maltratare -vezi subcapitolul Pediatrie-Apatrat locomotor: Traumatism nonaccidental)	E	Ecografie transfontanelară	Doar în cazuri particulare	C	Ecografia transfontanelară poate să nu identifice hematoame pericerebrale (sub- sau extradurale) sau contuzii parenchimatose, adesea periferice în acest context.	Ecografia transfontanelară nu este suficientă pentru a exclude o leziune. În cazurile cu modificări neurologice, ecografia poate constitui o etapă intermediară și eventual suficientă pentru aprecierea gravității, înaintea CT.	0	0
Pediatrie	Sistem nervos central	Traumatism cranio-cerebral la copil (pentru traumatisme non-accidentale / maltratare -vezi subcapitolul Pediatrie-Apatrat locomotor: Traumatism nonaccidental)	M	IRM cranian	Doar în cazuri particulare	B	IRM poate fi indicat secundar, în caz de agravare clinică cu discordanță față de CT (pentru identificarea leziunilor axonale difuze) sau pentru precizarea prognosticului. IRM este indicat la copii cu vârsta sub 2 ani în caz de suspiciune de traumatism neaccidental.		0	0

Pediatrie	Sistem nervos central	Traumatism cranio-cerebral la copil (pentru traumatisme non-accidentale / maltratare -vezi subcapitolul Pediatrie-Apatrat locomotor: Traumatism nonaccidental)	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	La copil, leziunile la nivelul capului sunt relativ frecvente. În majoritatea cazurilor nu sunt grave, fără a se impune investigarea imagistică sau spitalizarea. Dacă au existat pierdere a stării de conștiență, semne sau simptome neurologice (altele decât un simplu episod de vomă) sau dacă anamneza este insuficientă sau incoerentă, investigația imagistică este indispensabilă (CT).	CT-ul cerebral este indicat dacă *: - scor Glasgow <15; pierderi ale stării de conștiență, somnolență; fractură de craniu (cu înfundare, fractură de bază de craniu sau diastatică); fontanelă bombată; semne neurologice de focar. CT-ul cerebral poate fi indicat în anumite cazuri **: - mecanism accident rutier (pieton, biciclist sau pasager auto cu viteză mare), cădere de la >0.9 m, lovire de/cu un obiect contondent cu impact puternic; suspiciune de traumatism non-accidental; pierderea stării de conștiență mai mult de 5 secunde, amnezie >5 minute, modificări de comportament (anamnestic), cefalee severe sau agravată; vărsături repetate (>3) sau după interval liber; echimoză/edem sau plagă >5 cm (vârstă sub 1 an); hematom epicranian (exceptând frontal); convulsii posttraumatice; coagulopatii * în caz de traumatism sever (GSC<9), se explorează și joncțiunea cranio-cervicală până la nivel C3 ** urmărirea clinică este o alternativă la evaluarea CT de primă intenție, reducând la jumătate necesarul de examinări CT, implicit iradierea.	2	2
Pediatrie	Sistem nervos central	Traumatism cranio-cerebral la copil (pentru traumatisme non-accidentale / maltratare -vezi subcapitolul Pediatrie-Apatrat locomotor: Traumatism nonaccidental)	G	Radiografie de craniu	Neindicat	B	Radiografia de craniu este indicată exclusiv în contextul unei suspiciuni de traumatism neaccidental.		1	1
Pediatrie	Sistem nervos central	Tumori -vezi Capitolul-Subcapitolul: Cancer-Tumori cerebrale și medulare					Vezi Capitolul-Subcapitolul: Cancer-Tumori cerebrale și medulare			

Pediatrie	Torace, pulmon, cord	Dispnee expiratorie, Astm	G	Rg toracică	Doar în cazuri particulare	B	Dacă o radiografie efectuată în perioada intercritică se dovedește normală, repetarea acesteia nu este utilă, cu excepția cazului în care pacientul are febră, hipoxie sau dispnee brutală neexplicată (cauza poate fi inhalarea unui corp străin).		1	1
Pediatrie	Torace, pulmon, cord	Infecție respiratorie acută joasă (febrila)	G	Rg toracică (pulmonară)	Doar în cazuri particulare	A	Radiografiile toracice sunt indicate doar în cazul simptomelor persistente/agravate sub tratament și a formelor grave din momentul debutului. Trebuie recomandată efectuarea unei radiografii toracice în caz de febră de origine necunoscută, copiii putând dezvolta pneumonii fără semne toracice. Dacă radiografia toracică arată o pneumonie simplă și evoluția este favorabilă, nu mai este necesară reevaluarea radiologică.	In infecțiile de căi respiratorii superioare (afebrile), rg. este Neindicată	1	1
Pediatrie	Torace, pulmon, cord	Inhalare de corp străin (suspiciune)	G	Rg toracică	Indicat	B	Radiografia toracică este indicată, dar frecvent este normală. Dacă există o suspiciune clinică importantă de aspirație de corpi străini, bronhoscoopia este obligatorie.		1	1
Pediatrie	Torace, pulmon, cord	Inhalare de corp străin (suspiciune)	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	CT-ul este indicat doar în cazuri particulare, când suspiciunea clinică de aspirație este redusă și radiografia este neconcludentă la un pacient simptomatic.		2	2
Pediatrie	Torace, pulmon, cord	Pleurezie	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia poate confirma prezența unei pleurezii în cantitate mică precum și a aspectului sau cloazonat. De asemenea, ajută la abordarea terapeutică și poate ghida o eventuală puncție.		0	0
Pediatrie	Torace, pulmon, cord	Pleurezie	G	Rg toracică	Indicat	C	Radiografia toracică în ortostatism poate depista pleurezia.		1	1
Pediatrie	Torace, pulmon, cord	Pleurezie	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	CT-ul toracic este util în evaluarea parenchimului pulmonar după evacuarea unei pleurezii în cantitate mare. CT-ul toracic identifică empiemul.		2	2
Pediatrie	Torace, pulmon, cord	Stridor acut	G	Rg cervicală - profil și toracică - fata	Doar cu aviz specializat	B	Radiografia nu este utilă decât în cazul unei suspiciuni de corp străin sau de abces retrofaringian.		1	1
Pediatrie	Torace, pulmon, cord	Suflu cardiac	G	Rg toracică	Doar cu aviz specializat	C	Radiografia de torace este rareori utilă unui copil asimptomatic cu suflu cardiac (poate ajuta la diferențierea unei boli cu substrat cardiac de una non-cardiacă)	In funcție de contextul clinic, este în general indicată ecocardiografia. Rg. poate aduce informații suplimentare (în particular despre circulația pulmonară).	1	1
Pediatrie	Torace, pulmon, cord	Tuse cronică	G	Rg toracică (pulmonară)	Indicat	C	Dacă este efectuată o primă radiografie toracică, repetarea nu este utilă decât în caz de atelectazie. În fața unei atelectazii rebele trebuie luată în discuție efectuarea unei endoscopii bronșice. Suspiciunea de mucoviscidoză necesită specificare și orientare spre un specialist.	Tusea prelungită după o infecție de căi respiratorii (2-4 săptămâni) nu trebuie diagnosticată drept tuse cronică.	1	1
Pediatrie	Torace, pulmon, cord	Tuse cronică	T	CT	Doar cu aviz specializat	C	CT-ul poate fi util în suspiciunea clinică sau radiologică de mucoviscidoză sau altă patologie bronho-pulmonară cronică.		2	2

Pediatrie	Uro-nefrologie	Criptorhidie	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia poate ajuta la confirmarea prezenței unui testicul în canalul inghinal. Ea trebuie să exploreze sistematic și aparatul urinar înalt.		0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Criptorhidie	M	IRM	Doar cu aviz specializat	C	IRM-ul poate ajuta la depistarea unui testicul intra-abdominal, dar în momentul de față investigația de referință este laparoscopia.		0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Dilatație de căi urinare (depistare întâmplătoare)	E	Ecografie	Indicat	A	Ecografia permite diagnosticul pozitiv și măsurarea dilatației căilor urinare; ea permite localizarea obstacolului și aprecierea taliei și morfologiei renale. În caz de hidronefroză de grad I sau II se recomandă monitorizare ecografică.		0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Dilatație de căi urinare (depistare întâmplătoare)	N	Scintigrafie renală (99mTc-MAG3, 99mTc-DTPA)	Indicat	A	Scintigrafia renală dinamică cu 99mTc-MAG3 (în primele 6 luni de viață de preferat) sau 99mTc-DTPA (după vârsta de nou născut) poate fi realizată de primă intenție. Ea precizează funcția renală relativă și permite o analiză morfofuncțională a arborelui urinar.		3	4
Pediatrie	Uro-nefrologie	Dilatație de căi urinare (depistare întâmplătoare)	M	Uro-RM	Doar în cazuri particulare	B	Uro-IRM-ul este util pentru evaluarea anatomiei și funcției aparatului urinar.	În majoritatea cazurilor, ecografia și scintigrafia oferă toate datele necesare. De luat în discuție IRM în caz de ecografie neconcludentă sau scintigrafie indisponibilă.	0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Dilatație de căi urinare (depistare întâmplătoare)	T	Uro-CT	Doar în cazuri particulare	B	Uro-CT cu doză mică în cazul în care nu exista posibilitatea efectuării de Uro-RM		2	2
Pediatrie	Uro-nefrologie	Dilatație de căi urinare (depistare întâmplătoare)	X	Cistografie	Doar în cazuri particulare	B	Uretro-cistografia mictională trebuie utilizată în cazuri particulare (dilații de tract urinar persistente și semnificative - în situațiile când este necesar diagnosticul diferențial dintre refluxul vezico-ureteral și o stenoză).		2	2
Pediatrie	Uro-nefrologie	Dilatație de căi urinare (depistare întâmplătoare)	G	RRVS, UIV	Neindicat	C	Radiografia simplă nu se efectuează de rutină (excepție - suspiciune calculi renali, respectiv colică sugestivă sau antecedente personale sau heredo-colaterale). Urografia este în general neindicată (eventual utilă dacă nu pot fi efectuate scintigrafia sau IRM/CT -după caz).		1	2
Pediatrie	Uro-nefrologie	Dilatație pielică neonatală	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia este indicată la cei cu risc înalt, în urgențe postnatale (anurie, mase tumorale abdominale) sau după 72 de ore de viață, la nou-născuții cunoscuți cu dilatații de tract urinar în timpul vieții fetale. În funcție de rezultat pot fi necesare un control ecografic în primele 3 luni sau o explorare adițională cistografică.	Se poate utiliza și cisto-sonografia mictională cu substanță de contrast.	0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Dilatație pielică neonatală	M	Uro-IRM	Doar cu aviz specializat	B	Uro-IRM-ul morfologic, fără substanța de contrast poate evidenția substratul anatomic al dilatației de tract urinar (stenoza de joncțiune pelvi-ureterală, stenoza uretero-vezicală), atunci când ecografia nu este concludentă.		0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Dilatație pielică neonatală	N	Scintigrafie renală (99mTc-MAG3, 99mTc-DTPA)	Doar cu aviz specializat	B	După vârsta de 6 luni poate fi efectuată o scintigrafie renală cu 99mTc-MAG3 sau 99mTc-DTPA, dar trebuie discutată într-un cadru specializat.	Indicația este discutabilă în absența infecțiilor urinare.	2	3

Pediatrie	Uro-nefrologie	Dilatație pielică neonatală	X	Uretro-Cistografia mictionala	Doar cu aviz specializat	A	Uretro-cistografia mictională trebuie utilizată în cazuri particulare (dilații de tract urinar persistente și semnificative -în situațiile când este necesar diagnosticul diferențial dintre reflux vezico-ureteral și o stenoză) sau pentru a diagnostica o valvă de uretră posterioară.	Se poate utiliza și cisto-sonografia mictională cu substanță de contrast.	2	2
Pediatrie	Uro-nefrologie	Enurezis	E	Ecografie reno-vezicala	Doar în cazuri particulare	B	În fața unui enurezis izolat, la copilul cu control mictional întârziat, imagistica nu este utilă în primă intenție. Apariția unui enurezis recent necesită efectuarea unei ecografii reno-vezicale.	Enurezisul poate fi considerat fiziologic până la vârsta de 12 ani, dacă au fost excluse cauzele posibile.	0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Evaluarea funcției renale	N	Scintigrafie renală (99mTc-MAG3, 99mTc-DTPA)	Indicat	A	Pentru măsurarea funcției renale relative, examenul de referință este scintigrafia renală cu 99mTc-MAG3 și 99mTc-DTPA. Pentru măsurarea clearance-ului, traserul de referință pentru măsurarea debitului filtrării glomerulare este 51Cr-EDTA.	Alte modalități imagistice pot fi utilizate, în lipsa scintigrafiei (IRM, eventual CT, la nevoie UIV).	2	2
Pediatrie	Uro-nefrologie	Infecție urinară dovedită	E	Ecografia	Indicat	A	Ecografia este metoda imagistică cea mai utilă în primă intenție, pentru infecții înalte (febrile). În general neindicată în cazul unui unic/prim episod de infecție joasă (afebrilă), la copii în vârstă de peste 1 an		0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Infecție urinară dovedită	X	Cistografie	Doar în cazuri particulare	A	Cistografia nu este indicată după un prim episod de pielonefrită documentată, dacă ecografia +/- scintigrafia sunt normale. Se poate indica în caz de infecție înaltă (febrilă), sau chiar în caz de cistite persistente/recurente, la vârstă sub 5 ani și mai ales sub 1 an.		2	2
Pediatrie	Uro-nefrologie	Infecție urinară dovedită	M	Uro-IRM	Doar cu aviz specializat	B	Uro-IRM-ul este util pentru evaluarea anatomiei și funcției aparatului urinar, în cazuri particulare -cu ecografie neconcludentă.		0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Infecție urinară dovedită	N	Scintigrafie/ SPECT (99mTc-DMSA)	Doar cu aviz specializat	A	Scintigrafia cu 99mTc-DMSA poate fi utilă la 6 luni după o pielonefrită acută severă pentru căutarea de leziuni sechelare (cicatrici corticale), la copil cu vârstă peste 3 luni.		3	3
Pediatrie	Uro-nefrologie	Infecție urinară dovedită	G	RRVS, UIV	Neindicat	C	Radiografia simplă nu se efectuează de rutină (excepție - suspiciuni calculi renali, respectiv colică sugestivă sau antecedente personale sau heredo-colaterale). Urografia este în general neindicată (eventual utilă dacă nu pot fi efectuate scintigrafia sau IRM/CT -după caz).		1	2
Pediatrie	Uro-nefrologie	Pierderi urinare permanente diurne și nocturne	E	Ecografie	Indicat	B	La o fată cu control al micțiunii, prezența pierderilor urinare permanente trebuie să determine căutarea unei uropatii (duplicație pielo-ureterală completă cu implant ureteral ectopic, subsfincterian).		0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Pierderi urinare permanente diurne și nocturne	G	Radiografie a coloanei lombo-sacrate	Doar în cazuri particulare	B	Radiografia coloanei lombo-sacrate poate fi utilă la copiii cu examen neuromuscular anormal, mai ales în cazul existenței de semne de vezică neurologică, dar IRM-ul rahidian este examinarea de preferat.		2	2
Pediatrie	Uro-nefrologie	Pierderi urinare permanente diurne și nocturne	M	Uro-IRM	Doar cu aviz specializat	B	Uro-IRM-ul poate fi util pentru localizarea unui rinichi hipodisplazic sau a unui pelon superior nesecretant în cazul unei duplicații pielo-ureterale, dacă explorările precedente nu au permis diagnosticul, sau pentru a vizualiza implantarea ureterului ectopic. În cazul în care Uro-IRM-ul nu se poate efectua, se poate face uro-CT (cu doză redusă), dar trebuie luată în considerare doza de iradiere.		0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Pierderi urinare permanente diurne și nocturne	T	Uro-CT	Doar cu aviz specializat	B	În cazul în care Uro-IRM-ul nu se poate efectua, se poate face uro-CT (cu doză redusă), dar trebuie luată în considerare doza de iradiere.		2	2

Pediatrie	Uro-nefrologie	Pierderi urinare permanente diurne și nocturne	X	UIV	Doar cu aviz specializat	B	UIV poate fi utilă doar pentru confirmarea unui ureter ectopic, dacă nu există posibilitatea efectuării Uro-IRM sau Uro-CT.		2	2
Pediatrie	Uro-nefrologie	Reflux vezico- ureteral (RVU)	E	Cistosonografia	Indicat	C	Cistosonografia micțională cu substanță de contrast este utilă în monitorizarea copiilor cu reflux vezico-ureteral. Dacă este disponibilă, este preferabilă cistografiei, neimplicând iradiere.	Poate fi folosită în locul cistografiei și pentru diagnosticul inițial al refluxului, având o sensibilitate apropiată (mai puțin pentru anomaliile de uretră).	0	0
Pediatrie	Uro-nefrologie	Reflux vezico- ureteral (RVU)	X	Cistografie	Indicat	A	Cistografia retrogradă sau suprapubiană este examenul de referință pentru stabilirea diagnosticului pozitiv de reflux vezico-ureteral. Ea permite în egală măsură un studiu anatomic precis al uretrei.	Cistosonografia cu contrast este o alternativă cu sensibilitate apropiată pentru diagnosticul de reflux vezico-ureteral. Are performanțe mai reduse în evaluarea uretrei.	2	2
Pediatrie	Uro-nefrologie	Reflux vezico-ureteral (RVU)	N	Scintigrafie	Indicat	A	Scintigrafia renală dinamică cu 99mTc-DMSA (nu este folosită la copii sub 2 luni) realizată în fază acută (la o săptămână după pielonefrită) pune în evidență leziunile corticale. O scintigrafie renală normală are o valoare prognostică favorabilă puternică a evoluției RVU. Scintigrafia cu 99 mTc- DMSA nu este folosită la copiii sub 2 luni; este investigația de referință pentru evaluarea cicatricilor renale la sugarii mai mari de 6 luni de viață.	Cistografia izotopică este o alternativă mai puțin iradiantă decât cistografia radiologică pentru RVU. Este preferabilă cistosonografia micțională cu substanță de contrast, neiradiantă și cu sensibilitate comparabilă.	1	2

Pediatrie	Uro-nefrologie	Scrot tumefiat / dureros	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	C	Diagnosticul de torsiune de cordon spermatic este clinic. Examenul imagistic nu trebuie să întârzie intervenția chirurgicală, care este prioritară. Ecografia Doppler poate fi utilizată în cazul în care semnele clinice sunt neconcludente (testicul postpubertar)	În caz de orhi-epididimită, hidrocel, varicocele, torsiune de apendice epididimar, diagnosticul este de asemenea clinic; ecografia poate completa diagnosticul (tratamentul chirurgical nefiind urgent sau nefiind indicat).	0	0
Cancer	Adenopatii cervicale	Bilanțul adenopatiilor cervicale fără cancer primitiv cunoscut	M	IRM regiune cervicală	Indicat	B	Bilanțul clinic, endoscopic și radiologic trebuie să fie cât mai complet posibil. Trebuie să includă un examen PET-CT sau CT regiune cervicală, dar și toraco-abdomino-pelvin și un examen IRM cervical (o atenție deosebită trebuie acordată bazei limbii și lojelor amigdaliene).	Pentru adenopatiile cu caractere inflamatorii, la copil, sau într-un context sugestiv pentru infecție, nu este necesară imagistica de primă intenție.	0	0
Cancer	Adenopatii cervicale	Bilanțul adenopatiilor cervicale fără cancer primitiv cunoscut	N	PET -CT (F18-FDG)	Indicat	B	Pentru diagnosticarea tumorii primitive în caz de metastaze fără un cancer primitiv cunoscut; identifică tumora primitivă în > 80% din cazuri; poate evidenția diseminarea tumorală ce nu au fost evidențiate prin celelalte metode	Pentru adenopatiile cu caractere inflamatorii, la copil, sau într-un context sugestiv pentru infecție, nu este necesară imagistica în primă intenție.	4	4
Cancer	Adenopatii cervicale	Bilanțul adenopatiilor cervicale fără cancer primitiv cunoscut	T	CT regiune cervicală	Indicat	B	Bilanțul clinic, endoscopic și radiologic trebuie să fie cât mai complet posibil. Trebuie să includă un examen PET-CT sau CT regiune cervicală, dar și toraco-abdomino-pelvin și un examen IRM cervical (o atenție deosebită trebuie acordată bazei limbii și lojelor amigdaliene).	Pentru adenopatiile cu caractere inflamatorii, la copil, sau într-un context sugestiv pentru infecție, nu este necesară imagistica în primă intenție.	3	3

Cancer	cancer anal	diagnostic		Explorari imagistice	Neindicat	?	diagnosticul cancerului anal se realizeaza prin examen clinic si biopsie proctoscopica		0	3
Cancer	cancer anal	Monitorizare	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Caracterizare lezini echivoce la distanta fata de tumora primara.		4	4
Cancer	cancer anal	stadializare	M	IRM	Indicat	C	examinarea cea mai utilă pentru evaluarea extensiei locale in sfincter, planseu pelvian si structuri adiacente		0	0
Cancer	cancer anal	stadializare	T	CT	Indicat	B	examinarea de electie pentru metastazeganglionare, hepatice, pulmonare		3	3
Cancer	cancer anal	stadializare	E	Ecografie abdominala	Doar în cazuri particulare	B	ecografia hepatica - alternativa la CT dar cu acuratete mai mica		0	0
Cancer	cancer anal	stadializare	G	Radiografia toracica	Doar în cazuri particulare	B	radiografia pulmonara- alternativa la CT dar cu acuratete mai mica		1	1
Cancer	cancer anal	stadializare	E	Ecografie endoanala	Doar cu aviz specializat	B	stadializare tumorilor mici, superficiale; in combinatie cu IRM		0	0
Cancer	cancer anal	stadializare	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	C	caracterizeaza noduli locoregionale, detectarea metastaze, maiales la CT echivoc. Ghidarea planului de radioterapie		4	4
Cancer	cancer anal	urmarire	M	IRM	Indicat	B	metoda de electie pentru restadializarea post-terapeutică sau depistarea recurenței locale		0	0
Cancer	cancer anal	urmarire	T	CT	Indicat	B	examinarea de electie pentru depistarea metastazelor ganglionare, hepatice, pulmonare		3	3
Cancer	cancer anal	urmarire	E	Ecografie endoanala	Doar cu aviz specializat	B	stadializare tumorilor recurente		0	0
Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Diagnostic	G	Radiografie toracică	Indicat	A	Indicat de urgență în: hemoptizie; tuse persistentă > 3 săptămâni; dispnee; durere toracică; răgușeală; pierdere ponderală; hipocratism digital; adenopatie; o radiografie normală nu exclude diagnosticul		1	1
Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Diagnostic	T	CT torace	Indicat	A	CT-ul are o sensibilitate mai bună decât radiografia toracică pentru tumori mici; depisteaza tumori în stadii precoce.		2	2
Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Neoplasm bronhopulmonar - bilanț preterapeutic	N	PET-CT (F18-FDG)	Indicat	A	Performanțele PET-CT F18-FDG sunt ridicate în aprecierea extensiei ganglionare locoregionale și a metastazelor la distanță a tuturor leziunilor primitive pulmonare hipermetabolice, carcinoamelor microcelulare și non-microcelulare. Performanțele PET-CT sunt mai reduse în absența activității metabolice crescute a leziunii primitive și pentru depistarea localizărilor secundare cerebrale.		4	4
Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Neoplasm bronhopulmonar - diagnostic - suspiciune clinică	I	Puncție biopsie CT-ghidată	Doar în cazuri particulare	B	Indicată în cazul unei bronhoscopii negative sau realizată per primam în leziunile periferice. Absența celulelor tumorale la biopsie și diagnosticul alternativ nu permite eliminarea completă a diagnosticului de cancer.	RI - PC6	2	2
Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Neoplasm bronhopulmonar - diagnostic - suspiciune clinică	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Performanțele diagnostice ale PET-CT F18-FDG sunt excelente, mai ales pentru nodulii mai mari de 1 cm. O leziune fără activitate metabolică crescută trebuie supravegheată radiologic. O leziune hipermetabolică trebuie biopsiată, cu excepția aspectului CT caracteristic unei etiologii infecțioase/inflamatorii. De asemenea PET-CT este indicat pentru stabilirea prognosticului bazat pe activitatea metabolică a cancerelor pulmonare fără celule mici.		4	4
Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Neoplasm bronhopulmonar - stadializare	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Indicat	B	Permite evaluarea intr-o singura imagine a întregului schelet osos, cu detecția metastazelor osoase și modificarea stadializării și conduitei terapeutice.		2	2

Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Neoplasm bronhopulmonar - supraveghere	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Indicat în completarea urmăririi prin CT, în cazul prezenței unei anomalii nedeterminate sau în cazul unor elemente clinice sau biologice ce ridică suspiciunea unei recidive. Indicat în evaluarea eficacității terapeutice (chimioterapie, terapii țintite). Permite evaluarea prognosticului pacientului în funcție de amplitudinea răspunsului la tratament. Măsoară volumul tumoral ținută înainte și după tratament apreciind eficacitatea acestuia.		4	4
Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Nodul pulmonar, aflat în contact cu peretele toracic	I	Biopsie ghidată ecografic	Doar cu aviz specializat	A	Se contraindica efectuarea în caz de coagulopatie, suspiciune de insuficiența respiratorie, plaman unic chirurgical, lipsa de cooperare din partea pacientului.	RI - PC6	0	0
Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Pacient cu tumora pulmonara	I	Biopsie ghidată CT	Doar cu aviz specializat	A	Se recomanda biopsiere pentru studii moleculare	RI - PC6	2	3
Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Stadializare	M	IRM cerebral	Indicat	A	Pentru detecția unor eventuale metastaze cerebrale. Sensibilitate mai bună ca a examinării CT cerebrale.		0	0
Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Stadializare	T	CT cerebral, torace și abdomen	Indicat	A	Permite studiul extensiei loco-regionale: adenopatii mediastinale, invazie parietală, starea suprarenalelor și ficatului.		3	3
Cancer	Cancer bronho-pulmonar	Stadializare	M	IRM toracal / mediastinal	Doar în cazuri particulare	C	Poate fi util la pacienții cu tumoră de apex (Pancoast-Tobias) și pentru studiul raporturilor vasculare în mediastin. La bolnavii intoleranți la produșii de contrast iodat		0	0
Cancer	Cancer de col uterin	Diagnostic	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Diagnosticul este clinic; IRM în cazuri complexe.		0	0
Cancer	Cancer de col uterin	Recidive	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	IRM informatii mai bune decat CT despre abdomen si pelvis; realizarea unei biopsii este mai ușor ghidată însă sub control CT. CT preferat pentru evaluarea toracelui.		0	0
Cancer	Cancer de col uterin	Recidive	T	CT (abdomen, pelvis)	Doar cu aviz specializat	B	Realizarea unei biopsii este mai ușor ghidată sub control CT. CT preferat pentru evaluarea toracelui.		3	3
Cancer	Cancer de col uterin	Stadializare	M	IRM (abdomen, pelvis)	Indicat	B	pentru stadiul clinic IB sau mai mare; cea mai exacta modalitate de stadializare locala; evalueaza si ureterele, limfonodulii abdominali.		0	0
Cancer	Cancer de col uterin	Stadializare	T	CT	Indicat	B	stadializarea extensiei toraco- abdominale		3	3
Cancer	Cancer de colon	Diagnostic	T	Colonoscopia CT	Indicat	A	Colonoscopia este metoda de electie; colonoscopia virtuală CT are sensibilitate comparabilă cu colonoscopia pentru detecție; este folosită în programe de screening.		3	3
Cancer	Cancer de colon	Diagnostic	G	clisma baritată în dublu contrast	Doar în cazuri particulare	B	mai puțin sensibilă; doar în cazurile în care nu se poate efectua colonoscopia;		3	3
Cancer	Cancer de colon	Monitorizare	T	CT	Indicat	B	Căutarea recidivelor loco-regionale, ganglionare sau a metastazelor hepatice și pulmonare		3	3
Cancer	Cancer de colon	Monitorizare	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	B	Căutarea metastazelor hepatice		0	0
Cancer	Cancer de colon	Monitorizare	G	Radiografie toracica	Doar în cazuri particulare	B	Căutarea metastazelor pulmonare		1	1
Cancer	Cancer de colon	Monitorizare	N	PET -CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Detectarea recidivelor tumorale (restadializare), mai ales în prezența markerilor tumorali crescuți. Caracterizarea imaginilor neconcludente în imagistica convențională. Monitorizarea răspunsului la tratament.		4	4

Cancer	Cancer de colon	Stadializare	T	CT	Indicat	B	CT torace abdomen pelvis - metoda de electie pentru evaluare loco-regională T, ganglionară, hepatică, pulmonară și osoasă.		3	3
Cancer	Cancer de colon	Stadializare	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	B	mai puțin sensibilă decât CT pentru căutarea metastazelor hepatice.		0	0
Cancer	Cancer de colon	Stadializare	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	B	mai puțin sensibilă decât CT pentru căutarea metastazelor pulmonare		1	1
Cancer	Cancer de colon	Stadializare	M	IRM	Doar în cazuri particulare	C	pentru metastaze hepatice, dacă se ia în considerare rezecția hepatică		0	0
Cancer	Cancer de colon	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Efectuarea bilanțului de extensie al bolii: evaluarea metastazelor inaparente CT, a adenopatilor loco-regionale și din alte etaje ale corpului.		4	4
Cancer	Cancer de corp uterin	Diagnostic	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia asociată cu examen Doppler, este examenul de primă intenție pentru identificarea și caracterizarea unei leziuni endocavitare, precedând histeroscopia / chiuretajul diagnostic, la paciente cu sângerare postmenopauza. IRM poate ajuta în cazuri complexe		0	0
Cancer	Cancer de corp uterin	Diagnostic	M	IRM	Indicat	B	Ecografia asociată cu examen Doppler, este examenul de primă intenție pentru identificarea și caracterizarea unei leziuni endocavitare, precedând histeroscopia / chiuretajul diagnostic, la paciente cu sângerare postmenopauza. IRM poate ajuta în cazuri complexe		0	0
Cancer	Cancer de corp uterin	Stadializare	M	IRM	Indicat	A	IRM-ul este tehnica imagistică optimă pentru evaluarea extensiei locoregionale.		0	0
Cancer	Cancer de corp uterin	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	C	Evaluează extensia ganglionară pelvină și metastatică la distanță a cancerelor în stadiu avansat sau a sarcoamelor, cu scopul realizării bilanțului preoperator.		4	4
Cancer	Cancer de corp uterin	Stadializare	T	CT	Neindicat	A	-	-	3	3
Cancer	cancer de rect	diagnostic		Explorari imagistice	Neindicat	?	diagnosticul cancerului rectal se realizeaza prin examen clinic si endoscopic		0	3
Cancer	cancer de rect	stadializare	M	IRM pelvis	Indicat	B	investigatia de electie pentru stadializare locală preoperatorie: extensia transmurală, relația tumorii cu fascia mezorectală, invazia vasculară, adenopatii loco-regionale		0	0
Cancer	cancer de rect	stadializare	T	CT	Indicat	B	examinarea de electie pentru metastazele ganglionare, hepatice, pulmonare		3	3
Cancer	cancer de rect	stadializare	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	B	ecografia hepatica - alternativa la CT dar cu acuratete mai mica		0	0
Cancer	cancer de rect	stadializare	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	C	Caracterizarea nodulilor locoregionali, detectarea metastazelor, în special în cazul unui examen CT echivoc, dacă se are în vedere ablația metastazelor. Ghidarea planului de radioterapie.		4	4
Cancer	cancer de rect	stadializare	E	Ecografie endorectala	Doar cu aviz specializat	B	evaluarea tumorilor in stadiu mic, pentru confirmarea indicației de rezecție locală		0	0
Cancer	cancer de rect	stadializare	G	Radiografia pulmonara	Neindicat	B	radiografia pulmonara are acuratețe mult mai mică decât CT în detecția metastazelor pulmonare		1	1
Cancer	cancer de rect	urmarire si restadializare	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Evaluarea maselor tumorale reziduale, în cazul unor examene de imagistică convențională echivoce. Detectarea unor leziuni inaparente pe examenul CT, cu scopul restadializării tumorale.		4	4
Cancer	cancer de rect	urmarire si restadializare	T	CT	Indicat	B	torace, abdomen, pelvis - depistarea recidivei loco-regionale sau a metastazelor hepatice și pulmonare		3	3
Cancer	cancer de rect	urmarire si restadializare	E	Ecografie	Doar în cazuri	B	ecografia hepatica - alternativa la CT dar cu acuratete mai mica		0	0

					particulare						
Cancer	cancer de rect	urmarire si restadializare	G	Radiografia pulmonara	Doar în cazuri particulare	B	radiografia pulmonara- alternativa la CT dar cu acuratete mai mica			1	1
Cancer	cancer de rect	urmarire si restadializare	E	Ecografie endorectala	Doar cu aviz specializat	B	pentru diagnosticul recurenței locale			0	0
Cancer	cancer de rect	urmarire si restadializare	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	depistarea recurenței locale, aprecierea răspunsului la radio/chimioterapie			0	0
Cancer	Cancer esofagian	Diagnostic	X	Tranzit esofagian	Doar în cazuri particulare	B	Endoscopia este metoda de elecție pentru stabilirea diagnosticului. Tranzitul esofagian baritat este indicat în diagnosticul disfagiei înalte, dar și pentru ghidarea tratamentului prin aprecierea lungimii precize a leziunii și a gradului de stenoză (endoprotezare).			2	2
Cancer	Cancer esofagian	Stadializare	E	Eco- endoscopie	Indicat	B	Indicată după CT pentru stadializarea de tip T și N la pacienții cu tumori considerate rezecabile și fără metastaze; permite punctie biopsie ecoghidata.			0	0
Cancer	Cancer esofagian	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Indicat	B	Util în cadrul bilanțului preoperator pentru depistarea metastazelor. Util pentru aprecierea eficacității terapeutice			4	4
Cancer	Cancer esofagian	Stadializare	T	CT	Indicat	B	Indicat de primă intenție pentru stadializarea TNM, util mai ales pentru stadiile avansate (majoritatea pacienților), situație în care poate exclude tratamentul chirurgical și permite planificarea tratamentului neoadjuvant sau paliativ.			3	3
Cancer	Cancer gastric	Diagnostic	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	alternativa diagnostica daca nu se poate practica endoscopia; foarte util pentru evaluarea modificarilor submucoase			3	3
Cancer	Cancer gastric	Diagnostic	X	Tranzit eso- gastro-duodenal in dublu contrast	Doar în cazuri particulare	B	Endoscopia este prima metodă propusă în majoritatea cazurilor, deoarece permite detectarea cancerelor superficiale și efectuarea de biopsii. TEGD se indica atunci cand nu poate fi practicata endoscopia			2	2
Cancer	Cancer gastric	Stadializare	D	Ecoendoscopie	Indicat	B	Ecoendoscopia este performantă pentru precizarea extensiei locoregionale T si N. Este indicată în caz de suspiciune de linită, de cancer superficial și înainte de tratamentul neo-ajuvant.			0	0
Cancer	Cancer gastric	Stadializare	T	CT	Indicat	B	Necesar pentru depistarea metastazelor abdominale, pelvine și toracice precum și evaluarea extensiei abdominale. Poate fi completat cu ecoendoscopie care este performantă în evaluarea extensiei loco-regionale.			3	3
Cancer	Cancer laringian si al hipofaringelui	Bilanțul extensiei locale	M	IRM	Indicat	B	Performanțe mai bune comparativ cu CT în caracterizare tisulară, evaluarea extensiei loco-regionale și a invaziei cartilajinoase. Examinare sensibilă la artefacte de mișcare și deglutiție; nu permite efectuarea de studii dinamice.			0	0
Cancer	Cancer laringian si al hipofaringelui	Bilanțul extensiei locale	T	CT	Indicat	B	Examinare dinamică ce poate include manevre de fonație, studiul bazei craniului în special a structurilor osoase.			2	2
Cancer	Cancer laringian si al hipofaringelui	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Indicat	B	Depistarea metastazelor locoregionale si la distanta. Aprecierea eficacitatii terapeutice.			4	4
Cancer	Cancer laringian si al hipofaringelui	Stadializare	T	CT regiune cervicală și torace	Indicat	B	CT toracic pentru bilanțul metastazelor indicat intotdeaunaș eventual achiziție și la nivelul abdomenului superior. Va fi efectuat dacă nu s-a recomandat PET-CT cu achiziție postcontrast în timp venos			3	3

Cancer	Cancer laringian si al hipofaringelui	Supravegherea cancerelor tratate	N	PET-CT (F18-FDG)	Indicat	B	Detectia recidivelor tumorale, mai ales in prezenta markerilor tumorali crescuti. Valoare predictiva negativa foarte mare.		4	4
Cancer	Cancer laringian si al hipofaringelui	Supravegherea cancerelor tratate	T	CT regiune cervicală și torace	Indicat	B	Între 3 - 6 luni; se cauta rest / recidivă tumorală		3	3
Cancer	Cancer laringian si al hipofaringelui	Supravegherea cancerelor tratate	M	IRM regiune cervicală	Doar în cazuri particulare	B	Între 3 - 6 luni; se cauta rrest / recidivă tumorală		0	0
Cancer	Cancer ovarian	Diagnostic	E	Ecografie	Indicat	B	Cea mai mare parte a leziunilor sunt diagnosticate clinic și prin examen ecografic abdominal și endo-vaginal asociat cu Doppler		0	0
Cancer	Cancer ovarian	Diagnostic	M	IRM (abdomen, pelvis)	Doar cu aviz specializat	B	Pentru formele dureroase, voluminoase sau complicate, IRM-ul poate fi util diagnosticului. IRM-ul este o tehnică ce trebuie efectuată ca a 2-a intenție și poate ajuta la precizarea naturii leziunii și mai ales a malignității acesteia; leziuni anexiale cu aspect nedeterminat ecografic; stabilește mai bine decât ecografia prezența caracterelor benigne in masele complexe.		0	0
Cancer	Cancer ovarian	Monitorizare	T	CT (abdomen, pelvis)	Indicat	B	Examenul clinic și dozarea plasmatică a CA 125 sunt utilizate sunt utilizate pentru căutarea unei recăderi; evaluarea răspunsului terapeutic; imagistica normalp nu exclude recurența.		3	3
Cancer	Cancer ovarian	Monitorizare	M	IRM (abdomen, pelvis)	Doar cu aviz specializat	B	Evaluarea răspunsului terapeutic și la căutarea și localizarea recidivei tumorale; planificare operatorie		0	0
Cancer	Cancer ovarian	Monitorizare	N	PET - CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	cresterea CA 125 cu examene CT si IRM normale.		4	4
Cancer	Cancer ovarian	Stadializare	T	CT (abdomen, pelvis)	Indicat	B	Definirea pacientilor care pot beneficia de chimioterapie/ operatie citoreductive.		3	3
Cancer	Cancer ovarian	Stadializare	M	IRM (abdomen, pelvis)	Doar cu aviz specializat	B	IRM-ul este o alternativă la examenul CT, daca există contraindicații CT, graviditate sau pentru cazuri neclare.		0	0
Cancer	Cancer ovarian	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	C	În caz de dificultate de investigare,identificarea unei eventuale extensii locale sau metastaze la distanță.		4	4
Cancer	Cancer pancreatic	Detectare	E	Ecografie	Indicat	B	Alegerea tehnicii diagnostice depinde de morfotipul pacientului. Ecografia este utilizată de obicei la pacienții supli, dar examinarea CT este mult mai utilă în caracterizarea întregului parenchim pancreatic, în special la pacienții supraponderali. Ecoendoscopia este utilă în detecția și caracterizarea tumorilor de mici dimensiuni și în ghidarea biopsiei.		0	0
Cancer	Cancer pancreatic	Detectare	M	IRM	Indicat	C	Examinarea IRM prezintă performanțe comparabile cu examinarea CT privind detecția leziunilor tumorale pancreatice.		0	0
Cancer	Cancer pancreatic	Detectare	T	CT	Indicat	B	Utilă în depistarea leziunilor de mici dimensiuni și caracterizarea leziunilor focale pancreatice. bilanțul extensiei tumorilor mici.		3	4
Cancer	Cancer pancreatic	Detectare	M	CPRM	Doar cu aviz specializat	C	Examinarea CPRM este utilă în caracterizarea căilor biliare, în special la pacienții cu icter, precum și în caracterizarea ductului pancreatic.		0	0
Cancer	Cancer pancreatic	Stadializare	M	IRM	Indicat	B	Util în evaluarea metastazelor la pacienții cu tumori pancreatice rezecabile, dar cu extensie la distanță incertă. Secvența CPRM este utilă în caracterizarea arborelui biliar.		0	0
Cancer	Cancer pancreatic	Stadializare	T	CT	Indicat	B	Permite o caracterizare optimă loco-regională, inclusiv a invaziei vasculare, permițând clasificarea leziunilor în operabile, operabile "borderline" sau inoperabile.		3	3

Cancer	Cancer pancreatic	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Reconstrucțiile de tip angiografic (angio-CT) sunt utile în caracterizarea invaziei vasculare. Stadializarea pacientilor cu indicatie chirurgicala	4	4
Cancer	Cancer prostatic	Diagnostic	E	Ecografie endorectală cu biopsie ecoghidata	Indicat	B	la pacientii cu suspiciune clinica, ecografia endorectală este indicată pentru ghidarea puncției - biopsie prostatice transrectale. Ecografia singura nu este specifica iar punctia este obligatorie.	0	0
Cancer	Cancer prostatic	Diagnostic	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	suspiciune clinica + biopsie ecoghidata negativa;	0	0
Cancer	Cancer prostatic	Stadializare	M	IRM	Indicat	B	Examinarea preferata pentru stadializarea extensiei locale pentru care este cea mai sensibila si specifica metoda; poate evidientia extensia tumorală pelviana si ganglionara.	0	0
Cancer	Cancer prostatic	Stadializare	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Indicat	B	Pentru detectarea metastazelor osoase la pacienti cu risc. Indicația de scintigrafie osoasă depinde de concentrația plasmatică de PSA, de tipul histologic al tumorii, de extensia tumorală și de semnele de alarmă osoase (de exemplu dureri).	2	2
Cancer	Cancer prostatic	Stadializare	T	CT	Doar în cazuri particulare	C	fara rol in stadializarea locala; indicat pentru evaluara adenopatiilor abdominopelviene sau metastaze la distanta.	3	3
Cancer	Cancer testicular	Diagnostic	E	Ecografie scrotală	Indicat	B	depisteaza prezenta unei mase; arată natura intra sau extratesticulară a unei mase diagnosticată clinic; urmarirea maselor pseudotumorale.	0	0
Cancer	Cancer testicular	Diagnostic	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	caracterizarea maselor nedeterminate;	0	0
Cancer	Cancer testicular	Monitorizare	T	CT	Indicat	B	torace abdomen timp de 2 ani; evaluarea raspunsului la tratament in faze avansate;	3	3
Cancer	Cancer testicular	Monitorizare	G	radiografia toracica	Doar în cazuri particulare	B	pentru urmarirea pacientilor cu tumori germinale nonseminomatoase stadiul I; daca CT nu este disponibil.	1	1
Cancer	Cancer testicular	Monitorizare	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	adenopatii abdominale	0	0
Cancer	Cancer testicular	Monitorizare	N	PET -CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Evidențierea unor mase tumorale restante dupa efectuarea tratamentului, în prezența creșterii izolate a concentrației plasmatică a markerilor tumoral, cu examene imagistice convenționale normale.	4	4
Cancer	Cancer testicular	Stadializare	T	CT (torace, abdomen, pelvis)	Indicat	B	CT-ul este examenul principal și va fi realizat ca examen de referință în momentul diagnosticului bolii.	3	3
Cancer	Cancer testicular	Stadializare	N	PET -CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Caracterizarea leziunilor neevidentiate pe examenul CT standard si a posibilelor metastaze la distanta.	4	4
Cancer	Cancer testicular	Stadializare	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	poate detecta adenopatiile abdominale cu acuratete similara celei a CT	0	0
Cancer	Cancer tiroidian	Diagnostic	E	Ecografie	Indicat	B	Asociata cu puncție citologică cu ac fin	0	0
Cancer	Cancer tiroidian	Stadializare	E	Ecografie	Indicat	B	Extensia tumori mari, metastaze, alte tumori endocrine (MEN)	0	0
Cancer	Cancer tiroidian	Stadializare	M	IRM regiune cervicală	Indicat	B	Extensia tumori mari, adenopatii, metastaze, alte tumori endocrine (MEN)	0	0
Cancer	Cancer tiroidian	Stadializare	N	Scintigrafie (Iod 131)	Indicat	B	Scintigrafie corp întreg - detectare tumorilor reziduale/ recurente in carcinoamul tiroidian diferentiat.	4	4

Cancer	Cancer tiroidian	Stadializare	T	CT regiune cervicală	Indicat	B	Extensia tumori mari, metastaze, alte tumori endocrine (MEN)		2	2
Cancer	Cancer tiroidian	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Deteția recidivelor tumorale, în prezența creșterii markerilor tumorali (tireoglobulina, Ac. antitireoglobulina, TSH), în prezența unei scintigrafii WB cu I131 normale.		4	4
Cancer	Cancer tiroidian	Supravegherea cancerelor tratate	E	Ecografie	Indicat	A	<u>Precoce</u> (< 1 an postoperator); dacă scintigrafia postoperatorie nu relevă relicvate tiroidiene; se realizează la 8-12 luni posttiroidectomie, la pacienții în remisie biologică; dacă scintigrafia postoperatorie indică suspiciunea de focare restante; ghidează citopuncția leziunilor suspecte cu dozarea in situ a tiroglobulinei (Tg); dacă postoperator concentrația de Tg este anormal crescută; <u>Tardiv</u> (> 1an postoperator) în caz de remisie completă, clinică, biologică și ecografică (1 examen) - 1 examinare / an la risc intermediar și 1 examinare / 3 ani la risc mic de recidivă; de prima intenție în absența remisiei complete; bilanț ganglionar în cancerele medulare		0	0
Cancer	Cancer tiroidian	Supravegherea cancerelor tratate	M	IRM osteo-medular cu secvență de difuzie	Indicat	B	IRM osteomedular în caz de imagine osoasă suspectă sau calcitonină anormal crescută (cc. medular)		0	0
Cancer	Cancer tiroidian	Supravegherea cancerelor tratate	N	PET-CT (F18-FDG)	Indicat	B	Dacă scintigrafia postoperatorie indică suspiciunea de focare restante; dacă postoperator concentrația de Tg este anormal crescută. Deteția metastazelor non-iodofixante; tardiv (> 1an postoperator) în caz de remisie incompletă. In caz de suspiciune de metastaze ale unui cancer medular sau slab diferentiat/nediferentiat.		4	4
Cancer	Cancer tiroidian	Supravegherea cancerelor tratate	T	CT cervicotoracic	Indicat	B	daca scintigrafia postoperatorie indica suspiciunea de focare restante; daca postoperator concentrația de Tg este anormal crescuta; tardiv (> 1an postoperator) in caz de remisie incompleta; bilanț preoperator în cancerele medulare; IRM osteomedular in caz de imagine osoasa suspecta sau calcitonina anormal crescuta (cc. medular)		2	2
Cancer	Cancer tiroidian	Supravegherea cancerelor tratate	N	Scintigrafie cu iod - 131	Doar în cazuri particulare	B	In prezenta anticorpilor anti-tiroglobulina; a nu se efectua dacă se are în vedere terapie cu iod - 131; în cursul terapiei cu iod pentru recăderi; a scheletului pentru imagini suspecte osoase în caz de cancer medular.		2	2
Cancer	Cancer vezical	Diagnostic	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	B	Pot detecta tumori mari la pacienții cu simptome sugestive. Pot contribui la planificarea operației la anumiți pacienți.		0	0
Cancer	Cancer vezical	Diagnostic	T	CT (incl Ecografie iv uroCT)	Doar în cazuri particulare	B	Pot detecta tumori mari la pacienții cu simptome sugestive; uro CT poate detecta tumori < 5 mm. Pot contribui la planificarea operației la anumiți pacienți.		3	3
Cancer	Cancer vezical	Diagnostic	X	UIV	Neindicat	C	Cistoscopia este investigația esențială pentru diagnosticul tumorilor vezicale.		2	2
Cancer	Cancer vezical	Stadializare	M	IRM	Indicat	B	CT foarte utilă în evaluarea extensiei extramurale, în pelvis, metastaze abdominale, toracice. UroCT pentru tumori uroteliale înalte; IRM - mai utilă decât CT în evaluarea invaziei locale.		0	0
Cancer	Cancer vezical	Stadializare	T	CT	Indicat	B	CT foarte utilă în evaluarea extensiei extramurale, în pelvis, metastaze abdominale, toracice. UroCT pentru tumori uroteliale înalte; IRM - mai utilă decât CT în evaluarea invaziei locale.		3	3
Cancer	Cancer vezical	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Rol redus in stadializare; poate detecta metastaze oculate loco-regionale sau la distanta.		4	4
Cancer	Cancer vezical	Stadializare	X	UIV	Neindicat	C	-	-	2	2

Cancer	Cancerul de căi aero-digestive superioare (cavitate bucală, orofaringe)	Stadializare	E	Ecografie	Indicat	B	Aspirația biopsie ecoghidată ameliorează stadializarea N.		0	0
Cancer	Cancerul de căi aero-digestive superioare (cavitate bucală, orofaringe)	Stadializare	M	IRM regiune cervicală	Indicat	B	Diagnosticul este stabilit prin examene clinic + endoscopic și examenul histologic al materialului biptic. IRM foarte utilă în bilanțul de extensie locală, afectarea medularei osoase mandibulare. Stadializare pentru limfadenopatie cervicală caz în care IRM este mai bun decât CT.		0	0
Cancer	Cancerul de căi aero-digestive superioare (cavitate bucală, orofaringe)	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Indicat	B	Dectecția unor metastaze loco-regionale și la distanță și ghidarea planului de radioterapie.		4	4
Cancer	Cancerul de căi aero-digestive superioare (cavitate bucală, orofaringe)	Stadializare	T	CT regiune cervicală și torace	Indicat	B	Diagnosticul este stabilit prin examene clinic + endoscopic și examenul histologic al materialului biptic. CT pentru liza osoasă. Stadializare pentru limfadenopatie cervicală; IRM mai bun decât CT; aspirația biopsie ecoghidată ameliorează stadializarea N; Un CT de torace trebuie realizat în același timp cu CT-ul cervical.		2	2
Cancer	Cancerul de căi aero-digestive superioare (cavitate bucală, orofaringe)	Supravegherea cancerelor tratate	M	IRM regiune cervicală	Indicat	B	Între 3 - 6 luni; se cauta relicvat tumoral		0	0
Cancer	Cancerul de căi aero-digestive superioare (cavitate bucală, orofaringe)	Supravegherea cancerelor tratate	N	PET-CT (F18-FDG)	Indicat	B	Dectecarea recurentelor locale sau la distanță, dacă alte tehnici imagistice sunt echivoce; Pentru limitarea riscul de rezultate fals pozitive (țesut inflamator postterapeutic), se preferă efectuarea examenului la cel puțin 3 luni după tratament.		4	4
Cancer	Cancerul de căi aero-digestive superioare (cavitate bucală, orofaringe)	Supravegherea cancerelor tratate	T	CT regiune cervicală și torace	Indicat	B	Între 3 - 6 luni; se cauta relicvat tumoral		2	2

Cancer	Cancerul nazofaringian	Diagnostic	M	IRM regiune cervicală	Indicat	B	Diagnosticul este stabilit prin examene endoscopice și examenul histologic al materialului biptic; indicat în cancere nazofaringiene mascate de hipertrofie de vegetații adenoide și dificil de vizualizat la examenul fibroscopic; efectuat ca examinare de primă intenție.	0	0
Cancer	Cancerul nazofaringian	Diagnostic	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Util în cazuri cu biopsiile nondiagnostice, orientează rebiopsierea (alegerea unei regiuni active metabolic din cadrul tumorii care să poată oferi informații diagnostice în cea mai mare măsură).	4	4
Cancer	Cancerul nazofaringian	Stadializare	M	IRM regiune cervicală	Indicat	B	IRM-ul este indicat în primă intenție pentru bilanțul extensiei locale a acestor cancere; bilanț ganglionar, nazosinusal, perineural și al afectării spațiilor profunde	0	0
Cancer	Cancerul nazofaringian	Stadializare	N	PET-CT (F18-FDG)	Indicat	B	Stadializarea cancerelor avansate (T3-T4) sau a celor agresive (grad 2-3) sau pentru detectarea unor metastaze care pot influența planul terapeutic	4	4
Cancer	Cancerul nazofaringian	Stadializare	T	CT cervico-toracal	Indicat	B	CT-ul este util pentru vizualizarea extensiei osoase. Este în acest caz un examen complementar IRM-ului și se efectuează ca a doua intenție; poate fi realizat în același timp și un CT pulmonar; înlocuiește IRM dacă acesta nu este disponibil sau e contraindicat.	2	2
Cancer	Cancerul nazofaringian	Supraveghere	M	IRM cerebral și regiune cervicală	Indicat	B	IRM-ul este examenul de primă intenție pentru depistarea recidivelor locale sau intracraniene post radioterapie.	0	0
Cancer	Cancerul nazofaringian	Supraveghere	N	PET-CT (F18-FDG)	Indicat	B	Fiabilitate excelentă pentru punerea în evidență a recidivelor; valoare predictivă negativă foarte mare.	4	4
Cancer	Cancerul parotidian	Diagnostic	E	Ecografie	Indicat	B	Caracterizarea maselor parotidiene; metoda de elecție dacă e necesară o puncție citologică ecoghidată. Abordare dificilă a lobului profund parotidian.	0	0
Cancer	Cancerul parotidian	Diagnostic	M	IRM regiune cervicală	Indicat	B	IRM-ul este net preferabil CT-ului; metodă complementară ecografiei în evaluarea lobului profund parotidian; dacă e necesară stabilirea caracterului unic sau multiplu al leziunilor și a localizării lor exacte (lob superficial, lob profund). Examenul IRM este justificat în monitorizarea tumorilor operate. (CT - calcificări intratumorale, modificări inflamatorii; bilanț de extensie osoasă de vecinătate.)	0	0
Cancer	Cancerul parotidian	Diagnostic	T	CT regiune cervicală	Doar în cazuri particulare	B	Examinarea CT evidențiază calcificări intratumorale, modificări inflamatorii; bilanț de extensie osoasă de vecinătate. IRM-ul este net preferabil CT-ului; metodă complementară ecografiei în evaluarea lobului profund parotidian; dacă e necesară stabilirea caracterului unic sau multiplu al leziunilor și a localizării lor exacte (lob superficial, lob profund). Examenul IRM este justificat în monitorizarea tumorilor operate.	2	2
Cancer	Cancerul parotidian	Diagnostic	N	PET - CT (F18-FDG)	Neindicat	B		3	3
Cancer	Cancerul parotidian	Stadializare	E	Ecografie	Indicat	B	Pentru tumori mici, la examinatori experimentați, ecografia glandelor salivare și a limfonodurilor cervicale este singura examinare necesară pentru stadializare.	0	0
Cancer	Cancerul parotidian	Stadializare	M	IRM regiune cervicală	Indicat	B	IRM preferabilă CT pentru stadializare locoregională; IRM examen de elecție pentru extensie perineurală și intracraniană.	0	0
Cancer	Cancerul parotidian	Stadializare	T	CT	Indicat	B	IRM preferabilă CT pentru stadializare locoregională; IRM examen de elecție pentru extensie perineurală și intracraniană.	0	0
Cancer	Cancerul parotidian	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Detectia unor adenopatii metastatice loco-regionale și la distanță.	4	4
Cancer	Cancerul renal	Diagnostic	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia este un examen sensibil pentru detectarea maselor renale ce depășesc 2 cm și eficace pentru caracterizarea unei formațiuni chistice sau solide. Agenții de contrast permit caracterizarea chisturilor complexe.	0	0

Cancer	Cancerul renal	Diagnostic	T	CT	Indicat	B	CT-ul este sensibil în detectarea și caracterizarea maselor renale mai mari de 0,75 cm; examinare principală pentru caracterizarea maselor renale chistice complexe; UroCT - examinarea de elecție pentru detectarea tumorilor uroteliale (bazineț, uretere).		3	3
Cancer	Cancerul renal	Diagnostic	X	UIV	Doar în cazuri particulare	C	Detectarea tumorilor uroteliale dacă CT nu este disponibil		2	2
Cancer	Cancerul renal	Diagnostic	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	La fel de sensibilă ca și CT; pentru caracterizarea maselor incomplet evaluate CT; dacă există contraindicații la iod.		0	0
Cancer	Cancerul renal	Monitorizare	G	radiografie toracica	Indicat	B	La pacienții cu risc scăzut de recurență (T1/T2), la intervale regulate, timp de 5 ani postoperator		1	1
Cancer	Cancerul renal	Monitorizare	T	CT (abdomen și torace)	Indicat	B	CT-ul este recomandat ca examen de rutină pentru monitorizarea postterapeutică la pacienții cu risc intermediar / ridicat de recurență		3	3
Cancer	Cancerul renal	Monitorizare	N	PET - CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Rol limitat, cazuri problematice.		4	4
Cancer	Cancerul renal	Stadializare	M	IRM	Indicat	B	IRM - pentru soluționarea unor probleme apărute în evaluarea CT (gradul de afectare vasculară); dacă există contraindicații la iod.		0	0
Cancer	Cancerul renal	Stadializare	T	CT	Indicat	B	CT - investigația de elecție; detectarea de metastaze pulmonare și la distanță.		3	3
Cancer	Cancerul renal	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Nu prezintă avantaje în stadializarea tumorală; Ajută la realizarea unui bilanț de extensie: evaluarea metastazelor în cazul unor examene CT/IRM neconcludente		4	4
Cancer	Cancerul renal	Suspiciune carcinom cu celule renale	I	Biopsie percutană ecoghidată	Doar cu aviz specializat	B	Orice formațiune tisulară renală hipercaptantă este considerată suspectă, până la proba contrarie. Biopsia percutană poate fi efectuată fie sub ghidaj ecografic, fie CT, în funcție de particularitățile anatomice sau morfotip.	RI - PB6	0	0
Cancer	Cancerul renal	Tumoră renală	I	Ablatie prin microunde	Doar cu aviz specializat	?	Oferă o zonă de ablație mai mare, într-un interval mai scurt de timp.	RI - PC1	0	0
Cancer	Cancerul renal	Tumoră renală	I	Ablatie prin radiofrecvență (RFA)	Doar cu aviz specializat	A	Reprezintă o alternativă la chirurgie, la pacienții în stadiul T1a, mai ales la pacienții cu alte comorbidități	RI - PC1	0	0
Cancer	Cancerul renal	Tumoră renală	I	Crioablație	Doar cu aviz specializat	?		RI - PC1	0	0
Cancer	Ficat, colecist și pancreas	Colangiocarcinom și cancerul veziculei biliare - Diagnostic	E	Ecografie	Indicat	B	Utilă în diagnosticul inițial și în bilanțul lezional local.		0	0
Cancer	Ficat, colecist, pancreas	Cancer pancreatic	D	ERCP	Doar cu aviz specializat	C	Examinarea CPRM este utilă în caracterizarea căilor biliare, în special la pacienții cu icter, precum și în caracterizarea ductului pancreatic.	RI - PC8	3	3
Cancer	Ficat, colecist, pancreas	Carcinom hepato-celular	I	Chimio-embolizare conventională și cu drug eluting beads.	Doar cu aviz specializat	B	Chimio-embolizarea are un efect antitumoral demonstrat la pacienții cu stadiu B conform BCLC (fără invazie vasculară sau extensie extrahepatică), dar poate de asemenea decompensa o insuficiență hepato-celulară. Este luată în discuție la pacienții care nu pot beneficia de tratament chirurgical sau cu radiofrecvență. Este de asemenea utilizată la unii pacienți cu tumori neuroendocrine multiple. În caz de tromboză de portă, fiind contraindicată chimio-embolizarea, există posibilitatea de tratament cu lipiodol marcat cu iod-131 (Lipiodol).	RI - PB6	3	4
Cancer	Ficat, colecist, pancreas	Carcinom hepato-celular	I	Radioembolizare și radioterapie externă	Doar cu aviz specializat	B	Datorită efectului embolic redus al microsferelor Y90 se poate folosi la pacienții cu tromboza de vena portă.	RI - PB6	4	4
Cancer	Ficat, colecist, pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Biopsie ghidată imagistic	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic sau cancerul de veziculă biliară avansat local/ inoperabil	RI - PC6	0	3

Cancer	Ficat, colecist, pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Drenaj biliar extern, intern si endoprotezare percutană	Doar cu aviz specializat	B	Metode indicate pentru reducerea icterului, în cadrul managementului bolii local avansate, inoperabile	RI - PC4	3	4
Cancer	Ficat, colecist, pancreas	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Radioembolizare cu microsferi Y-90	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic avansat local sau metastatic	RI - PB6	4	4
Cancer	Ficat, colecist, pancreas	Colangiocarcinom si cancerul veziculei biliare - Diagnostic	M	IRM	Indicat	B	Utilă în bilanțul extensiei locale și hepatice; extensia longitudinală stabilește indicația terapeutică, chirurgicală, endoprotezare endoscopică, drenaj biliar.	Evaluarea IRM este metoda de electie in caracterizarea si stadializarea colangiocarcinomului (variante intrahepatica si cea care implica CB mari) precum si in evaluarea preterapeutica a cancerului vezicular biliar	0	0
Cancer	Ficat, colecist, pancreas	Colangiocarcinom si cancerul veziculei biliare - Diagnostic	T	CT abdominal	Indicat	B	Util în diagnosticul leziunii tumorale biliare, precum și în bilanțul extensiei locale și la distanță		3	3
Cancer	Ficat, colecist, pancreas	Colangiocarcinom si cancerul veziculei biliare - Diagnostic	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	Realizarea bilanțului extensiei loco-regionale și la distanță la candidații pentru cura chirurgicală. Pentru reevaluare locala postoperatorie și evidențierea recidivelor.		4	4
Cancer	Ficat, colecist, pancreas	Detectare	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	C	Examinarea CPRM este utilă în caracterizarea căilor biliare, în special la pacienții cu icter, precum și în caracterizarea ductului pancreatic.	RI - PC-D	3	3
Cancer	Ficat, colecist, pancreas	Hepatocarciom	I	Chemoembolizare intraarterială	Doar cu aviz specializat	A	Pentru hepatocarcinomul clasificat BCLC B	RI - PB6	2	3
Cancer	Limfom	Biopsie de masă mediastinală	I	Biopsie ghidată CT	Doar cu aviz specializat	B	Este puțin practică în raport cu biopsia chirurgicală.	RI - PC1	3	3
Cancer	Limfom	Diagnostic	E	Ecografie	Indicat	B	Diagnosticul este pus în general prin biopsia excizionala unui ganglion periferic; metodele imagistice sunt utilizate pentru ghidarea punctiei biopsie, mai ales la cazuri cu comorbiditati.		0	0
Cancer	Limfom	Diagnostic	T	CT	Indicat	B	Diagnosticul este pus în general prin biopsia excizionala unui ganglion periferic; metodele imagistice sunt utilizate pentru ghidarea punctiei biopsie, mai ales la cazuri cu comorbiditati.		3	3
Cancer	Limfom	Monitorizare	G	radiografia toracica	Indicat	B	evaluare initiala a raspunsului terapeutic in macroadenopatie toracica; urmarirea de durata postterapeutica		1	1
Cancer	Limfom	Monitorizare	T	CT	Indicat	B	Dimensiunea leziunilor după tratament trebuie sa fie măsurată CT pentru determinarea răspunsului la tratament. Se efectuează în boala Hodgkin, pentru controlul zonelor invadate la stabilirea bilanțului inițial de extensie. Dacă există o suspiciune clinică de recidivă sau de progresie, este bine ca examenul CT să fie reefectuat sau mai bine cuplat cu TEP cu18FDG (torace, abdomen și pelvis, mai ales pentru limfoamele nonhodgkiniene).		3	3
Cancer	Limfom	Monitorizare	T	CT	Indicat	B	dimensiunea limfonodulara la CT este criteriu al raspunsului terapeutic; daca se obtine remisia completa, ritmicitatea urmaririi este dictata probabilitatea de		3	3

							recadere				
Cancer	Limfom	Monitorizare	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	pentru evaluarea afectării SNC			0	0
Cancer	Limfom	Monitorizare	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar în cazuri particulare	B	PET - CT este recomandat pentru evaluarea bolii reziduale în boala Hodgkin, LNH agresive și pentru evaluarea precoce a răspunsului terapeutic. Rolul în LNH de grad mic este incert.			4	4
Cancer	Limfom	Stadializare	N	PET - CT (F18-FDG)	Indicat	B	Foarte sensibil și specific, indicat pentru stadializarea limfoamelor Hodgkin și non-hodgkin de grad înalt.			4	4
Cancer	Limfom	Stadializare	T	CT	Indicat	B	Examinarea torace-abdomen-pelvis este rutină. În funcție de localizarea leziunilor, trebuie explorate de asemenea capul și gâtul.			3	3
Cancer	Limfom	Stadializare	E	Ecografie	Doar în cazuri particulare	B	Ecografia indicată pentru evaluarea ganglionilor cervicali, tiroida, testicul, mase tisulare periferice.			0	0
Cancer	Limfom	Stadializare	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	IRM folosită pentru afectarea SNC, medulara precum și a maduvei osoase.			0	0
Cancer	Melanom malign	Monitorizare	T	CT	Indicat	B	Cel mai accesibilă modalitate de detectare a metastazelor; pacienții cu excizie largă și biopsie negativă a ganglionului sentinela nu necesită urmărirea imagistică periodică			3	3
Cancer	Melanom malign	Monitorizare	M	IRM whole body	Doar cu aviz specializat	C	Detectarea metastazelor în funcție de indicația clinică			0	0
Cancer	Melanom malign	monitorizare	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	C	Detectarea unor recidive tumorale și monitorizarea răspunsului la tratament.			4	4
Cancer	Melanom malign	Stadializare	E	Ecografia	Indicat	B	Diagnosticul pozitiv se realizează prin biopsie excizională; detectarea limfadenopatiilor regionale; ghidarea puncției bioptice ganglionare; caracterizarea leziunilor hepatice nedeterminate la CT.			0	0
Cancer	Melanom malign	stadializare	N	limfoscintigrafia ganglionului sentinela	Indicat	B	Evidențierea primei stații ganglionare în care drenează tumora, cu scopul biopsiei ganglionare sau evidării chirurgicale cu viză curativă.			2	2
Cancer	Melanom malign	Stadializare	T	CT	Indicat	B	Pentru detectarea metastazelor; indicată după biopsie pozitivă a ganglionului sentinela sau când există semne/simptome care indică probabilitatea metastazelor			3	3
Cancer	Melanom malign	Stadializare	M	IRM whole body	Doar în cazuri particulare	C	Detectarea metastazelor simptomatice/asimptomatice la melanoame cu risc înalt (cerebral), mai ales dacă se are în vedere operația pentru metastază solitară sau boală oligometastatică.			0	0
Cancer	Melanom malign	stadializare	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Dacă se are în vedere operația pentru metastaza solitară sau boala oligometastatică.			4	4
Cancer	Metastaze cu tumora primară necunoscută	Diagnostic	G	Radiografie toracică	Indicat	B	Cancerul pulmonar ocult este frecvent. O radiografie fără modificări nu exclude un cancer pulmonar.			1	1
Cancer	Metastaze cu tumora primară necunoscută	Diagnostic	E	Ecografia	Doar în cazuri particulare	B	Dacă se suspectează cancer tiroidian sau testicular			0	0

Cancer	Metastaze cu tumora primară necunoscută	Diagnostic	G	Mamografia	Doar în cazuri particulare	B	Detectarea cancerelor mamare oculte		1	1
Cancer	Metastaze cu tumora primară necunoscută	Diagnostic	M	IRM mamar / whole body	Doar în cazuri particulare	B	Detectarea cancerului mamar cu metastaze axilare în pofida mamografiei si ecografiei normale; cancerre din zona cranio-cervicală		0	0
Cancer	Metastaze cu tumora primară necunoscută	Diagnostic	T	CT torace, abdomen și pelvis	Doar în cazuri particulare	B	Modalitatea inițială de evaluare cea mai accesibilă; ajută la ghidarea biopsiei.		3	3
Cancer	Metastaze cu tumora primară necunoscută	diagnostic	N	PET-CT (F18-FDG)	Doar cu aviz specializat	B	Screening-ul unei tumori primare necunoscute, atunci când boala metastatică este descoperită ca primă manifestare a cancerului sau când pacientul prezintă sindrom paraneoplazic; util în special în cancererele din zona cranio-cervicala și a toracelui.		4	4
Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Diagnostic	E	ecografia	Indicat	B	evaluarea inițială a maselor extraosoase, cu sau fără afectare osoasă de vecinătate; utilă pentru stabilirea indicației biopsiei.		0	0
Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Diagnostic	G	Radiografie standard	Indicat	B	Examinarea inițiala în suspiciune de tumoră osoasă, stabilește necesitatea biopsiei.		1	1
Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Diagnostic	M	IRM	Indicat	B	Sensibilă în evaluarea afectării măduvei osoase, a leziunilor omise, a extensiei în țesuturile moi a tumorilor osoase, precum și a invadării osoase de către tumori periosoase.		0	0
Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Diagnostic	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Indicat	B	Confirmarea sau excluderea unor tumori osoase primare sau secundare; detectia metastazelor osoase in cazul tumorilor primare osoase.		2	2
Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Diagnostic	T	CT	Indicat	B	Evaluarea inițială a maselor extraosoase, cu sau fără afectare osoasă de vecinătate; utilă pentru stabilirea indicației biopsiei.		3	3
Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Diagnostic	N	PET-CT (F18-FDG sau F18-NaF)	Doar cu aviz specializat	C	Diferentierea intre leziuni maligne si benigne. Util in ghidarea biopsiei osoase.		4	4
Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Formatiuni tumorale lipomatoase suspecte	I	Biopsie percutană	Doar cu aviz specializat	?	Leziuni lipomatoase cu diametrul mai mare de 4cm. De obicei se pot realiza sub ghidaj ecografic, cele profunde pot necesita ghidaj CT. Biopsia excizionala ar trebui sa fie limitata la situatiile clinice precum tumori subcutanate mici sau leziuni cu aspect IRM diagnostic.	RI - PC6	0	3
Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Masă cervicală cu punct de plecare necunoscut	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	C	Pentru numeroși autori, prelevarea citologică trebuie repetată (2 determinări), dacă rezultatul primului examen este normal (benign).	RI - PC-D	0	0

Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Stadializare	M	IRM	Doar cu aviz specializat	C	CT-ul permite detectarea metastazelor pulmonare. IRM-ul permite un bilanț mai bun al extensiei loco-regionale.		0	0
Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Stadializare	N	PET -CT (F18-FDG sau F18-NaF)	Doar cu aviz specializat	C	Sensibila in detectarea tumorilor primare si a metastazelor osoase.		4	4
Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Stadializare	N	Scintigrafie osoasă (99mTc- HDP, 99mTc-HMDP, 99mTc-MDP) WB si SPECT-CT	Doar cu aviz specializat	C	Indicata in tumorile care se asociaza cu leziuni omise sau produc metastaze osoase la distanta (osteosarcom).		2	2
Cancer	Tumori ale aparatului locomotor	Stadializare	T	CT toracic	Doar cu aviz specializat	C	CT-ul permite detectarea metastazelor pulmonare. IRM-ul permite un bilanț mai bun al extensiei loco-regionale.		1	1
Cancer	Tumori cerebrale și medulare	Stadializare, planificare operatorie	M	IRM funcțional	Doar cu aviz specializat	C	IRM funcțional poate fi util în planificare preoperatorie.		0	0
Cancer	Tumori cerebrale și medulare	urmarire	N	PET - CT (F18-FDG), C11-metionina	Doar cu aviz specializat	B	Poate fi utila in diferentierea recurentei tumorale de necroza radica; captare crescuta a FDG fata de cortex in tumorile de grad inalt si intermediar; la tumorile de grad mic 11C metionina poate fi utila pentru a defini extinderea tumorii.		4	4
Cancer	Tumori cerebrale și medulare	Diagnostic	M	IRM cerebral / medular	Indicat	B	IRM - examinare de elecție; CT poate omite tumori mici cu informații suboptimale în fosa posterioră și la nivel medular; contrast necesar totdeauna pentru diagnosticul metastazelor.		0	0
Cancer	Tumori cerebrale și medulare	Diagnostic	T	CT cerebral	Indicat	B	IRM - examinare de elecție; CT poate omite tumori mici cu informații suboptimale în fosa posterioră și la nivel medular; contrast necesar totdeauna pentru diagnosticul metastazelor.		2	2
Cancer	Tumori cerebrale și medulare	Stadializare, planificare operatorie	M	IRM cerebral și AngioRM / IRM medular	Doar în cazuri particulare	C	IRM cerebral cu AngioRM - indicat la tumori vasculare sau bine vascularizate.		0	0
Cancer	Tumori cerebrale și medulare	Stadializare, planificare operatorie	T	Angio CT	Doar în cazuri particulare	C	Angio CT indicat la tumori vasculare sau bine vascularizate.		2	2
Cancer	Tumori cerebrale și medulare	Stadializare, planificare operatorie	A	Angiografie conventionala	Doar cu aviz specializat	C	angiografie conventionala - indicat la tumori vasculare sau bine vascularizate; se efectueaza in centre specializate de neurostiinte.	RI - PA-D	3	3
Cancer	Tumori cerebrale și medulare	Stadializare, planificare operatorie	A	Angiografie convențională	Doar cu aviz specializat	C	Angiografie convențională - examen indicat la tumori vasculare sau bine vascularizate.		3	3
Cancer	Tumori cerebrale și medulare	Urmărire	M	IRM cerebral / medular	Indicat	B	Pre - și postcontrast; IRM preferabil; secvețele de spectroscopie și perfuzie pot fi utile; urmărirea se realizează cu același protocol și dacă este posibil pe același aparat. Frecvența urmării depinde de tipul histologic, localizare, tratament și protocoalele oncologice.		0	0

Cancer	Tumori cerebrale și medulare	Urmărire	T	CT cerebral	Indicat	B	CT de considerat ca alternativă; în funcție de tipul tumorii, mai ales la tumorile de fosă posterioară pediatrică, este necesară reconstrucția sagitală a coloanei.		2	2
Cancer	Tumori maligne primare hepatice	Detectare	E	Ecografie	Indicat	B	Ecografia permite detectarea majorității tumorilor. Contrastul US permite caracterizarea leziunilor		0	0
Cancer	Tumori maligne primare hepatice	Detectare	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	pentru a caracteriza un nodul evidențiat ecografic.		0	0
Cancer	Tumori maligne primare hepatice	Detectare	T	CT	Doar cu aviz specializat	B	pentru a caracteriza un nodul evidențiat ecografic.		3	3
Cancer	Tumori maligne primare hepatice	Stadializare	M	IRM	Indicat	B	Sunt metodele cele mai sensibile pentru caracterizarea dpdv numeric și ca localizare a nodulilor. Examenul IRM este metoda optima și are o sensibilitate mai mare datorită produșilor de contrast specific. CT se utilizează când nu se poate efectua IRM.		0	0
Cancer	Tumori maligne primare hepatice	Stadializare	T	CT	Indicat	B	Sunt metodele cele mai sensibile pentru caracterizarea dpdv numeric și ca localizare a nodulilor. Examenul IRM este metoda optima și are o sensibilitate mai mare datorită produșilor de contrast specific. CT se utilizează când nu se poate efectua IRM.		3	3
Cancer	Tumori maligne secundare hepatice	Detectare	E	Ecografie	Indicat	B	eficientă în depistarea metastazelor > 2 cm; caracterizarea leziunilor, contrast; ghidarea biopsiei; nu permite excluderea cu certitudine a metastazelor		0	0
Cancer	Tumori maligne secundare hepatice	Detectare	T	CT	Indicat	B	mai sensibilă decât eco; detectează metastaze mici; indicată la US negativ + suspiciune clinică înaltă; evaluează concomitent și alte organe		3	3
Cancer	Tumori maligne secundare hepatice	Detectare	M	IRM	Doar cu aviz specializat	B	caracterizarea leziunilor echovoce		0	0
Cancer	Tumori maligne secundare hepatice	Detectare	M	PET-CT	Doar cu aviz specializat	B	indicată când se planuiește rezecția; detectează boala extrahepatică; caracterizarea leziunilor echovoce.		4	4
Traumatisme	Abdomen	Traumatism abdominal cu hemoragie severă	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Embolizarea trebuie să vizeze teritoriul hemoragic, reperat angiografic sub forma unui extravazării de substanță de contrast.	RI - PB3	3	4
Traumatisme	Abdomen	Traumatism abdominal major și/sau de bazin	E	Ecografie abdomino-pelvină	Indicat	B	Ecografia efectuată în urgență permite depistarea lichidului liber intraabdominal.		0	0
Traumatisme	Abdomen	Traumatism abdominal major și/sau de bazin	G	Radiografie abdominală și/sau de bazin	Indicat	B	Radiografiile toracice și de bazin în incidență de față trebuie efectuate în serviciul de urgență. Radiografia exclude un epanșament pleural. Fracturile pelvine care produc o creștere de volum a bazinului, sunt frecvent asociate cu pierderi sanguine importante.		2	2

Traumatisme	Abdomen	Traumatism abdominal major și/sau de bazin	T	CT abdomino-pelvin	Indicat	B	Trebuie efectuat de fiecare dată când este posibil, pentru depistarea leziunilor parenchimatoase, vasculare, de tub digestiv sau mezenter, musculo-scheletale. Examinarea CT nu trebuie să întârzie intervenția chirurgicală de urgență dacă pacientul este instabil.		3	3
Traumatisme	Abdomen	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme hepatice hemodinamic instabile	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La un pacient hemodinamic foarte instabil care nu raspunde la umplere hemodinamicacondui ta trebuie sa fie chirurgicala in prima intentie.	RI - PB3	4	4
Traumatisme	Abdomen	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme hepatice hemodinamic stabile	I	Arteriografie cu embolizare	Indicat	B	Indicată de urgență dacă a) se evidențiază extravazare de produs de contrast la CT (= sângerare activă); b) după laparotomie, persistă sângerarea arterială la un pacient stabil hemodinamic sau instabil, dar care răspunde bine la umplere. In caz de persistență a unei sângerari arteriale inaccesibile unui gest chirurgical de hemostază, embolizarea poate fi indicată ca gest de a doua intenție - gesturi terapeutice multidisciplinare . Embolizarea trebuie sa fie distala si selectiva.	RI - PB3	4	4
Traumatisme	Abdomen	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme renale hemodinamic instabile	I	Arteriografie cu embolizare	Doar în cazuri particulare	B	La un pacient hemodinamic foarte instabil si care nu raspunde la umplere tratamentul trebuie sa fie chirurgical in prima intentie. La un pacient hemodinamic stabil sau instabil care reactioneaza bine la umplere daca nu exista extravazarea produsului de contrast la CT.	RI - PB3	4	4
Traumatisme	Abdomen	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme splenic hemodinamic instabile	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La pacienti hemodinamic foarte instabili care nu raspund la embolizare conduita terapeutica trebuie sa fie chirurgicala in urgenta (prognostic vital in joc).	RI - PB3	4	4
Traumatisme	Abdomen	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme splenic hemodinamic stabile	I	Arteriografia cu embolizare	Indicat	B	Indicata daca apar: a) extravazare de produs de contrast identificata la CT b) fara extravazare de produs de contrast identificabil prin CT. La un pacient stabil hemodinamic sau instabil, dar care raspunde bine la umplere, embolizarea este indicata de urgent la CT (sangerare activa). Poate fi discutata in scop profilactic la un pacient stabil fara sangerare activa in caz de : traumatism de grad ridicat 3 cu hemoperitoneu abundent care necesita transfuzii repetate sau de prezenta precoce de tip pseudoanevrism sau combinat in functie de tipul de leziune de starea hemodinamica a pacientului. Embolizarea arterei splenice poate fi realizata in regiunea proximala - traumatisme grave- distale - afectare plurisistemica pseudoanevrismala sau combinata in functie de tipul de leziune de starea pacientului si de experienta operatorului.	RI - PB3	4	4
Traumatisme	Abdomen	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa- traumatisme renale hemodinamic stabile	I	Arteriografie cu embolizare	Indicat	B	Arteriografia este indicata la pacientii hemodinamic stabili sau instabili, dar care raspund bine la umplere hemodinamica cu un traumatism de gradul I- IV ,dar in egala masura pentru gradul V atunci cand extravazarea produsului de contrast poate fi identificata prin CT (sangerare activa) mai ales atunci cand este asociata cu hemoperitoneu semnificativ. Embolizarea este efectuata daca sangerarea este obiectivata arteriografic. Embolizarea trebuie sa fie selectiva pentru a delimita pierderea parenchimului renal.	RI - PB3	4	4
Traumatisme	Aparat digestiv	Traumatism abdominal grav cu hemoragie severă- traumatism hepatic- hemodinamic instabil- embolizare în urgență	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La un pacient foarte instabil hemodinamic, care nu răspunde la reumplere vasculară, abordarea de primă intenție trebuie să fie chirurgicală (packing).		4	4
Traumatisme	Aparat digestiv	Traumatism abdominal grav cu hemoragie severă- traumatism hepatic- hemodinamic stabil- embolizare în urgență	I	Arteriografie cu embolizare	Indicat	B	Indicată dacă: a) la examenul CT se evidențiază extravazare de substanță de contrast[B]; b) după laparotomie dacă persistă sângerarea arterială[C]. La un pacient stabil hemodinamic sau instabil dar care răspunde bine la reumplerea vasculară, embolizarea este indicată de primă intenție dacă la examenul CT se evidențiază extravazare de substanță de contrast (sângerare activă). În cazul în care persistă sângerarea arterială inaccesibilă unei hemostaze chirurgicale, embolizarea poate fi indicată ca și a doua intenție (abordare multidisciplinară). Embolizarea trebuie să fie distală și selectivă[C].		4	4

Traumatisme	Aparat digestiv	Traumatism abdominal grav cu hemoragie severă-traumatism renal-hemodinamic instabil-embolizare în urgență	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La un pacient foarte instabil hemodinamic, care nu răspunde la reumplere vasculară, abordarea de primă intenție este cea chirurgicală. La un pacient stabil hemodinamic sau instabil dar care răspunde bine la reumplerea vasculară dacă la examenul CT nu există extravazare de substanță de contrast.	4	4
Traumatisme	Aparat digestiv	Traumatism abdominal grav cu hemoragie severă-traumatism renal-hemodinamic stabil-embolizare în urgență	I	Arteriografie cu embolizare	Indicat	?	Arteriografia este indicată la pacienți stabili hemodinamic sau instabili dar care răspund bine la reumplerea vasculară, cu un traumatism renal de gradul I-IV dar și pentru anumite traumatisme gradul V[B], atunci când examenul CT evidențiază extravazarea substanței de contrast (sângerare activă) și mai ales dacă aceasta este asociată cu un hemoperitoneu semnificativ[C]. Embolizarea se face atunci când arteriografia pune în evidență sângerarea[C]. Embolizarea trebuie să fie selectivă pentru a limita pierderea parenchimatooasă renală[C].	4	4
Traumatisme	Aparat digestiv	Traumatism abdominal grav cu hemoragie severă-traumatism splenic-hemodinamic instabil-embolizare în urgență	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La un pacient foarte instabil hemodinamic, care nu răspunde la reumplere vasculară, este indicată abordarea chirurgicală în urgență (este în joc prognosticul vital).	4	4
Traumatisme	Aparat digestiv	Traumatism abdominal grav cu hemoragie severă-traumatism splenic-hemodinamic stabil-embolizare în urgență	I	Arteriografie cu embolizare	Indicat	B	Indicată dacă: a) la examenul CT se evidențiază extravazare de substanță de contrast[B]; b) la examenul CT nu se evidențiază extravazare de substanță de contrast[C]. La un pacient stabil hemodinamic sau instabil dar care răspunde bine la reumplerea vasculară, embolizarea este indicată de urgență dacă la examenul CT se evidențiază extravazare de substanță de contrast (sângerare activă). Poate fi discutată profilactic la un pacient stabil cu sângerare activă în următoarele cazuri: traumatism de gradul 3 cu hemoperitoneu masiv, hemoragie ocultă care necesită transfuzii repetate sau prezența precoce a unui pseudoanevrism. Embolizarea arterei splenice poate fi realizată prin abord proximal (traumatisme grave), abord distal (pseudoanevrism) sau combinat în funcție de tipul leziunii, statusul hemodinamic al pacientului și experiența operatorului[C].	4	4
Traumatisme	Aparat urogenital	Ruptura vezicală (traumatism)	T	CT abdomino-pelvin cu fază tardivă	Indicat	C	CT multifazic efectuat pentru bilanțul unui politraumatism nu identifică ruptura vezicală, numai dacă se efectuează și o fază tardivă. Faza tardivă evidențiază o extravazare intra- sau extraperitoneală care poate fi întârziată. Cistografia anterogradă după administrarea intravenoasă de contrast iodată trebuie efectuată după o bună umplere a vezicii urinare. Umplerea insuficientă a vezicii poate să nu evidențieze extravazările. Hiperdiureza poate facilita acest examen al vezicii dacă condițiile clinice permit acest lucru. Opacifierea retrogradă cu clamparea sondei Foley permite o bună umplere a vezicii urinare și trebuie realizată cu prudență.	3	3
Traumatisme	Aparat urogenital	Ruptura vezicală (traumatism)	X	Cistografie retrogradă	Indicat	C	Sensibilitate bună. Dificil de obținut incidențe oblice la politraumatizați. Se va efectua cu prudență și cu aviz specializat pentru a nu agrava o leziune uretrală asociată.	2	2
Traumatisme	Aparat urogenital	Ruptură de uretră (traumatism)	X	Cistografie și uretrografie micțională	Indicat	C	În cadrul bilanțului inițial este indicată cistografia prin cateter suprapubian pentru identificarea leziunilor colului vezical. Tardiv, această cistografie permite o uretrografie micțională, și dacă micțiunea este posibilă, permite precizarea tipului de ruptură în funcție de pasajul în partea proximală a uretrei. În caz contrar, dacă nu este posibilă micțiunea, uretrografia retrogradă permite analiza pierderii de substanță și a diastazei.	2	2
Traumatisme	Aparat urogenital	Ruptură de uretră (traumatism)	M	IRM al uretrei	Doar cu aviz specializat	C	IRM nu este indicat în faza acută a traumatismului. Este indicat în evaluarea tardivă a unei rupturi complete a uretrei posterioare, fără nici un pasaj, pentru a evalua importanța diastazei și a decalajului celor două părți uretrale.	0	0
Traumatisme	Aparat urogenital	Ruptură de uretră (traumatism)	X	Uretrografie retrogradă	Doar cu aviz specializat	C	Uretrografia fără cateterizare este indicată de urolog (în funcție de decizia reparatorie chirurgicală precoce) între ziua 3 și 10, dacă o realiniere precoce este discutată. Examen de referință pentru clasificarea leziunilor uretrale (întindere, contuzie, ruptura parțială sau completă).	2	2

Traumatisme	Aparat urogenital	Ruptură de uretră (traumatism)	T	CT abdomino-pelvin cu fază tardivă	Neindicat	C	CT este indicat în cazul politraumatizaților și pentru evidențierea leziunilor asociate.		3	3
Traumatisme	Aparat urogenital	Traumatism renal-diagnostic	T	CT abdomino-pelvin (fără pregătire prealabilă ,timp arterial, parenchimos și excretor)	Indicat	C	CT este tehnica de referință pentru evaluarea pacienților stabili. Este util pentru detectarea sângerărilor vasculare active, tulburărilor de perfuzie renală, leziunilor parenchimotoase (decalaj interfragmentar), leziunilor de căi excretorii, hematoamelor și urinoamelor, leziunilor asociate abdominale și pelvine.	CT este tehnica de elecție pentru pacienții cu traumatisme majore+/- hipotensiune, +/- hematurie macroscopică. Trebuie efectuat CT tardiv (fază excretorie) pentru evaluarea sistemului colector. În cazul pacienților grav răniți la care nu se poate efectua examenul CT se poate recurge la urografia intravenoasă; aceasta este mai puțin acurată decât CT și nu evaluează traumatismele părților moi intraabdominale dar poate fi utilizată pentru evidențierea fracturilor, perforației sau leziunilor pediculare renale.	3	3

Traumatisme	Aparat urogenital	Traumatism renal-diagnostic	E	Ecografia aparatului urinar	Doar în cazuri particulare	C	Nu face bilanțul exact al leziunilor parenchimoase, vasculare și de căi excretorii.1) Permite verificarea prezenței ambilor rinichi și a eventualelor malformații sau tumori renale. 2) Detectarea epansamentului intraperitoneal (hemoragie). 3) Monitorizarea traumatismelor minore.	Ecografia poate fi folosită pentru evaluarea inițială (triaj) a pacienților cu suspiciune de leziune renală dar ecografia negativă nu exclude prezența leziunii renale.	0	0
Traumatisme	Aparat urogenital	Traumatism renal-diagnostic	M	IRM abdominal	Doar în cazuri particulare	C	IRM nu este indicat în urgență. La distanță, furnizează informații morfologice și funcționale. Poate aduce aceleași informații ca și CT în cazul tulburărilor de perfuzie, leziunilor parenchimoase (diastază), leziunilor de căi excretorii, hematoamelor și urinoamelor. IRM este mai dificil de efectuat la politraumatizați (accesibilitate, supraveghere, durata examenului).		0	0
Traumatisme	Aparat urogenital	Traumatism renal-diagnostic	A	Arteriografia renala	Doar cu aviz specializat	B	Arteriografia este indicată în cazuri particulare, în urgență, pentru hemoragii necontrolate (sângerare activă la CT și status hemodinamic instabil) și în disecțiile posttraumatice ale arterei renale dacă se consideră posibilă recuperarea funcțională (durata ischemiei).		2	2
Traumatisme	Aparat urogenital	Traumatism scrotal	E	Ecografie Doppler scrotală	Doar cu aviz specializat	C	În cazul unei bursite acute traumatice este recomandat un control urologic în urgență. Ecografia Doppler poate fi efectuată la recomandarea urologului.		0	0
Traumatisme	Aparat urogenital	Traumatism scrotal	M	IRM pelvin	Neindicat	C	IRM nu este indicat în practica curentă. În cazuri particulare, poate fi indicat pentru bilanțul fracturilor testiculare.		0	0
Traumatisme	Aparat urogenital	Traumatism scrotal	N	Scintigrafie scrotală	Neindicat	C	Scintigrafia nu este indicată în practica curentă.		1	1
Traumatisme	Bazin și sacru	Politraumatism: hemoragie gravă asociată unei fracturi de bazin	I	Arteriografie cu embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Indicată de primă intenție în absența vizualizării ecografice a punctului de plecare a hemoragiei abdominale[C]; în cazul intervenției chirurgicale imediate (politraumatism cu instabilitate hemodinamică), embolizarea poate fi propusă după meșajul preperitoneal (pre-peritoneal packing), în cazul persistenței sângerării arteriale inaccessibile chirurgical[C]; este indicată în cazul extravazării substanței de contrast la examenul CT. Embolizarea poate fi proximală (ocluzie hipogastrică uni- sau bilaterală) sau selectivă în funcție de statusul hemodinamic al pacientului, în funcție de pierderile sanguine inițiale, de numărul de surse hemoragice identificate arteriografic[B]; embolizarea ar putea fi repetată în cazul recidivei hemoragice după încetarea vasospasmului[B]; de asemenea este indicată în toate cazurile, fiind importantă stabilizarea pelvină asociată (clampare, fixator extern) înainte de oprirea hemoragiei venoase[C]. Este tratamentul de elecție la pacienții cu stare hemodinamică instabilă și hemoragie pelvină demonstrată.	RI - PB3	3	4
Traumatisme	Bazin și sacru	Traumatism izolat de bazin	T	CT de bazin	Indicat	A	Explorare imagistică de elecție pentru bilanțul leziunilor osoase.		3	3
Traumatisme	Bazin și sacru	Traumatism izolat de bazin	G	Radiografie de bazin	Doar în cazuri particulare	A	Radiografia de bazin în incidență de față este indicată în traumatismele minore și la pacientul traumatizat, instabil. Prezența unei leziuni la traumatizatul instabil trebuie să ridice problema unei embolizări. Radiografiile nu sunt indicate dacă este luată în considerare efectuarea unui CT toraco-abdomino-pelvin în urgență. Reconstrucțiile 2D,3D și MPR groase ale bazinului sunt mult mai performante decât radiografia standard.		2	2
Traumatisme	Bazin și sacru	Traumatism izolat de bazin	M	IRM de bazin	Doar în cazuri particulare	B	Explorare imagistică de elecție în fracturile oculte.		0	0

Traumatisme	Cap	Traumatism cranio-encefalic (penntru copii -vezi capitolul Pediatrie)	N	PET-CT (F18-FDG) si SPECT-CT (99mTc-HMPAO)	Doar cu aviz specializat	C	În faza cronică a traumatismelor craniene PET-CT cu fluorodeoxiglucoză (FDG) sau implicit tomoscintigrafia de perfuzie cerebrală (SPECT) pot fi realizate pentru evaluarea unui bilanț al sechelelor.	4	4
Traumatisme	Cap	Traumatism cranio-encefalic (penntru copii -vezi capitolul Pediatrie)	N	PET-CT (F18-FDG) si SPECT-CT (99mTc-HMPAO)	Doar cu aviz specializat	C	În faza cronică a traumatismelor craniene PET cu fluorodeoxiglucoză (FDG) sau implicit tomoscintigrafia de perfuzie cerebrală (SPECT) pot fi realizate pentru evaluarea unui bilanț al sechelelor.	4	4
Traumatisme	Cap	Traumatism cranio-encefalic (pentru copii -vezi capitolul Pediatrie)	T	CT cerebral	Indicat	A	În caz de traumatism cranian CT este examenul de primă intenție și este recomandat pentru: a) pacienți cu pierderea cunoștinței sau amnezie posttraumatică dacă este prezent doar unul din următoarele elemente: cefalee, vărsături, vârsta peste 60 de ani, intoxicație alcoolică sau cu droguri, deficit de memorie pe termen scurt, traumatisme supraclaviculare, crize convulsive, scor Glasgow sub 15, deficit neurologic, coagulopatie; b) pacienți fără pierderea cunoștinței sau amnezie posttraumatică dacă unul din următoarele elemente este prezent: deficit neurologic, vărsături, cefalee severă, vârsta peste 65 de ani, suspiciune de fractură de bază de craniu, scor Glasgow sub 15, coagulopatie, traumatism cu mecanism periculos (ejecție din automobil, pieton lovit de automobil, cădere de mai mult de 5 trepte, etc).	2	2
Traumatisme	Cap	Traumatism cranio-encefalic (pentru copii -vezi capitolul Pediatrie)	M	IRM cerebral	Doar în cazuri particulare	B	Nu exista indicație pentru efectuarea IRM în faza acută a unui traumatism cranian (chiar și ușor). IRM este mai sensibil decât CT pentru detectarea leziunilor axonale difuze și a leziunilor de trunchi cerebral (acestea ar putea avea o valoare prognostică).	0	0
Traumatisme	Cap	Traumatism cranio-encefalic (pentru copii -vezi capitolul Pediatrie)	G	Radiografie de craniu	Neindicat	?		1	1
Traumatisme	Coloană cervicală	Cervicalgii posttraumatice	G	Radiografie standard	Indicat	B	Radiografiile simple trebuie să evidențieze toată coloana cervicală până la nivel T1/T2.	1	1
Traumatisme	Coloană cervicală	Cervicalgii posttraumatice	M	IRM	Doar în cazuri particulare	B	Un examen CT (pentru leziunile osoase) sau IRM (pentru leziunile de părți moi) pot fi necesare, la recomandarea unui specialist, mai ales dacă radiografia este neconcludentă sau leziunile sunt complexe.	0	0
Traumatisme	Coloană cervicală	Cervicalgii posttraumatice	T	CT	Doar în cazuri particulare	B	Un examen CT (pentru leziunile osoase) sau IRM (pentru leziunile de părți moi) pot fi necesare, la recomandarea unui specialist, mai ales dacă radiografia este neconcludentă sau leziunile sunt complexe.	2	2

Traumatisme	Coloană cervicală	Cervicalgii posttraumatice cu bilanț inițial normal	G	Radiografia coloanei cervicale	Indicat	B	Radiografiile dinamice în flexie-extensie trebuie efectuate sub control radiosopic. Sunt indicate dacă bilanțul reevaluării standard, de față și profil în ortostatism este normal. Amplitudinea mișcărilor trebuie să rămână în zona nedureroasă cu amplitudini de minim 30 de grade flexie și extensie. În caz de negativitate, radiografiile dinamice se pot repeta la distanță sau se pot completa cu o examinare IRM.	Dacă nu se poate efectua examenul IRM, sunt utile incidentele radiografice în flexie/extensie, numai dacă pacientul poate fi mobilizat (în anumite cazuri aceste radiografii pot fi efectuate la minimum 10 zile după traumatism). CT este mai acurat, comparativ cu radiografia, în depistarea leziunilor vertebrale cervicale oculte.	1	1
Traumatisme	Coloană cervicală	Cervicalgii posttraumatice cu bilanț inițial normal	M	IRM coloană cervicală	Doar în cazuri particulare	C	IRM poate pune în evidență leziuni ale segmentului mobil al coloanei. O ruptură discală și/sau de ligament longitudinal posterior este în favoarea unei leziuni instabile a coloanei vertebrale.	IRM este investigația de elecție care pune în evidență leziuni ligamentare, medulare și de părți moi. Un aspect IRM normal poate exclude cu certitudine leziunile coloanei cervicale.	0	0
Traumatisme	Coloană cervicală	Pacient conștient, cu leziune la nivelul capului și/sau feței	G	Radiografie coloană cervicală	Doar în cazuri particulare	B	Radiografiile simple sunt utile dacă există: 1) modificări ale stării de conștiență 2) intoxicație 3) manifestări neurologice focale 4) punct dureros cervical		1	1
Traumatisme	Coloană cervicală	Pacient inconștient cu traumatism cranian	G	Radiografie coloană cervicală	Indicat	B	Radiografiile simple trebuie să evidențieze toată coloana cervicală până la nivel T1/T2. Aceste clișee sunt dificil de realizat din moment ce trebuie evitată mobilizarea coloanei cervicale. Dacă regiunea cranio-vertebrală sau joncțiunea cervico-toracală nu sunt perfect puse în evidență sau dacă există o suspiciune de fractură, este indicat un examen CT.		1	1
Traumatisme	Coloană cervicală	Pacient inconștient cu traumatism cranian	T	CT	Indicat	B	Cum în acest context este indicat un examen CT cranian, radiografiile simple de coloană cervicală pot fi înlocuite de o explorare CT care să cuprindă regiunile cranio-vertebrale și cervico-toracice. Trebuie evitată orice mobilizare a coloanei cervicale.		2	2

Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical benign	G	Radiografia coloanei cervicale	Doar în cazuri particulare	A	Se aplică regulile de predicție clinică NEXUS și/sau C-CSR. În cazul în care sunt indicate, radiografiile simple ar trebui să evidențieze coloana cervicală în totalitate până la T1/T2. Nu există argumente pentru a înlocui radiografia cu examenul CT.	1	1
Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical cu simptome algice, dar bilanț radiografic normal; suspiciune de leziune ligamentară	G	Radiografii dinamice	Doar cu aviz specializat	B	Radiografiile dinamice în flexie-extensie trebuie efectuate sub control scopic. Mișcările trebuie realizate de pacient, fără ajutor extern, sub control medical. În caz de examen negativ, radiografiile dinamice pot fi repetate la distanță.	1	1
Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical cu simptome algice, dar bilanț radiografic normal; suspiciune de leziune ligamentară	M	IRM	Doar cu aviz specializat	C	IRM-ul poate pune în evidență leziuni ligamentare.	0	0
Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical sever cu afectare neurologică	T	CT coloană cervicală	Indicat	B	CT este foarte eficient pentru evaluarea leziunilor osoase, în special cele ale articulațiilor cervico-occipitale și ale arcurilor posterioare.	2	2
Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical sever cu afectare neurologică	M	IRM coloană cervicală	Doar în cazuri particulare	B	IRM este indicat în cazul unei examinări CT normale, pentru detectarea compresiei medulare. IRM tinde să supraevalueze leziunile ligamentare.	0	0
Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical sever cu afectare neurologică	G	Radiografia coloanei cervicale	Neindicat	A	Radiografiile sunt în mod frecvent dificil de realizat în decubit dorsal. Adeseori bilanț incomplet al leziunilor. Risc crescut de rezultate fals negative.	1	1
Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical sever cu deficit neurologic	M	IRM	Indicat	B	IRM-ul constituie metoda cea mai eficientă și mai sigură de evidențiere a unei leziuni medulare intrinseci, a unei compresii medulare, afectare ligamentară (deși IRM-ul poate supraevalua o leziune ligamentară) sau fracturi vertebrale la diferite niveluri. Dacă nu se poate efectua examenul IRM trebuie luată în considerare efectuarea unei mielografii CT.	0	0
Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical sever cu deficit neurologic	T	CT	Indicat	B	CT-ul este util pentru bilanțul leziunilor osoase, mai ales al celor de arc vertebral și în cadrul nevralgiilor cervico-brahiale.	2	2
Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical sever cu deficit neurologic	G	Radiografie standard	Doar în cazuri particulare	B	Radiografiile simple rămân indicate, mai ales la investigarea luxațiilor sau leziunilor osoase cu deplasare care trebuie reduse în urgență.	1	1
Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical sever/grav fără afectare neurologică	T	CT coloană cervicală	Indicat	B	Superioritatea incontestabilă a CT, comparativ cu radiografiile standard, în special la pacienții cu vârsta peste 65 de ani.	2	2
Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical sever/grav fără afectare neurologică	M	IRM coloană cervicală	Doar în cazuri particulare	B	Poate fi efectuată în caz de suspiciune de entorsă gravă. Aceeași indicație ca și în cazul cervicalgiei posttraumatice cu bilanț inițial normal.	0	0
Traumatisme	Coloană cervicală	Traumatism cervical sever/grav fără afectare neurologică	G	Radiografia coloanei cervicale	Neindicat	B	Radiografiile sunt în mod frecvent dificil de realizat în decubit dorsal. Adeseori bilanț incomplet al leziunilor. Risc crescut de rezultate fals negative.	1	1
Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Dureri toracale sau lombare posttraumatice cu deficit neurologic	M	IRM	Indicat	B	IRM-ul constituie metoda cea mai eficientă și mai sigură de evidențiere a unei leziuni medulare intrinseci, a unei compresii medulare, afectări ligamentare sau fracturi vertebrale etajate. Dacă CT-ul este negativ, IRM-ul este indicat în urgență.	0	0
Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Dureri toracale sau lombare posttraumatice cu deficit neurologic	T	CT	Indicat	B	Examen de elecție pentru bilanțul leziunilor osoase și aprecierea efectului asupra canalului vertebral și foramenelor de conjugare.	3	3
Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Dureri toracale sau lombare posttraumatice cu deficit neurologic	G	Radiografie standard	Neindicat	B	Cu toate că radiografia standard rămâne examenul inițial, CT-ul și IRM-ul joacă un rol din ce în ce mai important.	2	2

Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Dureri toracale sau lombare posttraumatice fără deficit neurologic sau imposibilitate de evaluare a pacientului	G	Radiografie standard	Indicat	B	Nu trebuie ezitat să se ceară un bilanț radiografic în caz de durere, cădere importantă, accident violent, dacă există alte fracturi vertebrale sau dacă pacientul este imposibil de evaluat clinic. Se recurge din ce în ce mai mult la CT și IRM.		2	2
Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Traumatism coloană toraco-lombară cu deficit neurologic	T	CT coloană toraco-lombară	Indicat	B	CT-ul este examinarea imagistică de elecție pentru bilanțul leziunilor osoase și a repercurșiunilor acestora asupra canalului spinal și a gaurilor intervertebrale.	CT cu sau fără reconstrucții multiplanare oferă analiza detaliată a leziunilor osoase.	3	3
Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Traumatism coloană toraco-lombară cu deficit neurologic	M	IRM coloană toraco-lombară	Doar în cazuri particulare	B	IRM-ul constituie metoda cea mai eficace pentru evidențierea unei leziuni medulare intrinseci, a unei compresii medulare sau a fracturilor vertebrale la nivele multiple. Este indicat de urgență în cazul în care CT-ul este normal.	IRM-ul întregii coloane este indicat în prezența leziunilor la nivele multiple sau a leziunilor ligamentare și ale cozii de cal.	0	0
Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Traumatism coloană toraco-lombară cu deficit neurologic	G	Radiografie coloană toraco-lombară	Neindicat	B	Radiografiile standard nu sunt indicate.	Radiografia este prima investigație, dar CT sau IRM sunt esențiale pentru o evaluare completă.	2	2
Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Traumatism minor coloană toraco-lombară	G	Radiografie coloană toraco - lombară	Indicat	B	Regulile de predicție clinică pentru coloana cervicală nu sunt transpozabile la nivelul coloanei toraco-lombare.	Examenul clinic este concludent pentru această regiune. Dacă pacientul este conștient, asimptomatic, fără semne neurologice probabilitatea unui diagnostic radiologic diferit, care să schimbe conduita terapeutică este redusă.	1	1

Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Traumatism sever coloană toraco-lombară fără deficit neurologic	T	CT coloană toraco-lombară	Indicat	B	CT-ul este examinarea imagistică de elecție pentru bilanțul leziunilor osoase. Acesta este indicat în cazul traumatismelor de înaltă energie, a tulburărilor neurologice, a tulburărilor stării de conștiență, a leziunilor traumatiche extraarahnoidiene putându-le diferenția, în prezența semnelor clinice de fractură vertebrală, în caz de sensibilitate dureroasă a liniei corespunzătoare proceselor spinoase, în prezența semnelor de intoxicație.	Dacă radiografia sugerează instabilitate sau fractura zidului posterior, CT sau IRM sunt esențiale. Dacă există multiple leziuni care necesită CT, reconstrucțiile CT ale coloanei toracice fac inutilă examinarea radiografică.	3	4
Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Traumatism sever coloană toraco-lombară fără deficit neurologic	M	IRM coloană toraco-lombară	Doar în cazuri particulare	B	IRM-ul este examenul imagistic de elecție pentru bilanțul leziunilor disco-ligamentare. În caz de instabilitate a coloanei vertebrale, IRM-ul poate fi util pentru stabilirea indicației operatorii.		0	0
Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Traumatism sever coloană toraco-lombară fără deficit neurologic	G	Radiografie coloană toraco-lombară	Neindicat	B	Clisee adesea dificil de efectuat. Bilanț frecvent incomplet. Risc crescut de rezultate fals-negative. Risc de omitere a leziunilor în politraumatism.	Importanța diagnostică a radiografiei este redusă dacă există durere sau sensibilitate în urma unui traumatism semnificativ prin cădere, a unui accident rutier cu impact major și a prezenței altor fracturi vertebrale, sau atunci când nu este posibilă evaluarea clinică a pacientului.	1	1
Traumatisme	Coloană toraco-lombară	Traumatism: absența durerii și deficitului neurologic	G	Radiografie standard	Neindicat	A	Examenul clinic este fiabil la acest nivel. Dacă pacientul este conștient, orientat temporo-spațial și asimptomatic, probabilitatea unei leziuni este redusă.		2	2

Traumatisme	Corp străin	Ingestie de corp străin, situat la nivel faringian sau esofagian înalt	G	Radiografie părți moi cervicale de profil	Doar în cazuri particulare	B	Dacă corpul străin nu este vizualizat la examenul orofaringian. Mulți corpi străini în special alimentari (oase de pește) nu se vizualizează pe radiografie. Radiografia poate pune în evidență semne indirecte (îngroșarea părților moi, incluziuni aerice) care orientează spre topografia corpului străin.	Dacă examinarea clinică a orofaringelui este negativă, poate fi utilă radiografia cervicală laterală de părți moi pentru decelarea corpului străin intrafaringian și laringian. Poate fi dificilă diferențierea corpului străin de calcificări cartilajinoase. Radiografia toracică poate evidenția atât prezența corpului străin opac esofagian și traheo-bronșic cât și eventuale complicații (colaps).	1	1
Traumatisme	Corp străin	Ingestie de corp străin, situat la nivel faringian sau esofagian înalt	T	CT regiune cervicală și torace	Doar în cazuri particulare	B	CT este mai sensibilă decât radiografia simplă pentru vizualizarea corpurilor străini. CT înlocuiește radiografia atunci când este suspectată clinic o complicație (perforație, abces).	CT poate fi utilă pentru excluderea unui corp străin sau a complicațiilor la pacientul cu simptomatologie persistentă de ingestie de corp străin după o endoscopie negativă.	2	2
Traumatisme	Corp străin	Ingestie de corp străin, situat la nivel faringian sau esofagian înalt		Explorari imagistice	Neindicat	?	Examenul cavității orofaringiene trebuie efectuat de primă intenție deoarece permite vizualizarea majorității corpurilor străini alimentari ingerați. Poate fi completat de o faringoscopie. Atunci când aceste examinări nu au permis reperarea și extracția corpurilor străini pot fi necesare alte metode de diagnostic.		0	0

Traumatisme	Corp străin	Traumatism de părți moi cu suspiciune de corp străin (metal, sticlă, lemn pictat, ghimpe)	E	Ecografie de părți moi	Indicat	B	În caz de radiografie negativă sau în caz de necunoaștere a naturii corpului străin, este indicat examenul ecografic specializat deoarece acesta evidențiază perfect corpii străini radiotransparenți.	Ecografia poate evidenția tenosinovita adiacentă sau granulomul de corp străin și este utilă în ghidajul îndepărtării corpului străin.	0	0
Traumatisme	Corp străin	Traumatism de părți moi cu suspiciune de corp străin (metal, sticlă, lemn pictat, ghimpe)	G	Radiografie de părți moi	Indicat	B	Indicată pentru identificarea corpurilor străine radioopace.	Sticla este radioopacă. Dacă este posibil prima dată trebuie îndepărtată îmbrăcămintea murdară, pătată de sânge.	1	1
Traumatisme	Față și orbite	Leziune facială centrală	T	CT regiune cervicală	Indicat	B	Realizează bilanțul osos complet și evaluarea complicațiilor cu indicație de tratament de urgență, precum și a eventualelor leziuni cerebrale parenchimotoase asociate.	Cooperarea pacientului este esențială pentru acuratețea diagnosticului.	2	2
Traumatisme	Față și orbite	Leziune facială centrală	G	Radiografia oaselor faciale	Neindicat	?	Sensibilitate redusă.	Pentru managementul traumatismelor complexe poate fi recomandat un examen CT cu doza redusă, după o discuție prealabilă cu chirurgul maxilo-facial.	1	1
Traumatisme	Față și orbite	Leziuni orbitare (suspiciune de corp străin)	E	Ecografia orbitelor	Indicat	A		Ecografia poate fi indicată pentru corpii străini radiotransparenți sau atunci când radiografia este dificilă.	0	0

Traumatisme	Față și orbite	Leziuni orbitare (suspiciune de corp străin)	G	Radiografia orbitelor	Indicat	A		Radiografia simplă de orbite este indicată pentru excluderea unui corp străin metallic, imaginile radiologice cu diferite poziții ale globilor oculari sunt utile numai pentru confirmarea poziției exacte intraoculare a corpului străin deja evidențiat. Radiografia postero-anterioară este utilă înaintea IRM pentru excluderea unui corp străin metallic. Dacă acesta este confirmat, se recomandă CT.	1	2
Traumatisme	Față și orbite	Leziuni orbitare (suspiciune de corp străin)	T	CT	Doar cu aviz specializat	C		Examenul CT este indicat atunci când radiografia este negativă (în cazul unei înalte suspiciuni de corp străin care poate fi nemetalic), în cazul prezenței corpurilor străini multipli sau pentru stabilirea localizării exacte intra- sau extraoculare a unui corp străin deja evidențiat.	2	2

Traumatisme	Față și orbite	Traumatism mandibular	G	Ortopantomogramă (Radiografia panoramică)	Indicat	C	Examinarea este insuficientă pentru evaluarea anumitor fracturi mandibulare, în particular simfizare sau sagitale. Analiza articulației temporo-mandibulare și a condililor este uneori dificilă.	Deși radiografia panoramică este adecvată pentru evaluarea traumatismelor mandibulare necomplicate, CT are acuratețe crescută, în particular pentru traumatismele complexe. Radiografia panoramică nu este indicată pacienților cu leziuni multiple sau necooperanți.	1	1
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism mandibular	G	Radiografie de maxilar inferior	Indicat	C	Examinarea este insuficientă pentru evaluarea anumitor fracturi mandibulare, în particular simfizare sau sagitale. Analiza articulației temporo-mandibulare și a condililor este uneori dificilă.	Deși radiografia este adecvată pentru evaluarea traumatismelor mandibulare necomplicate, CT are acuratețe crescută, în particular pentru traumatismele complexe.	1	1
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism mandibular	T	CT regiune cervicală	Indicat	B	Sensibilitate crescută. Utilă pentru evaluarea articulației temporo-mandibulare, evaluarea traumatismelor dentare asociate, reconstrucții tridimensionale preoperatorii.		2	2
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism mandibular	T	Tomografie volumetrică cu fascicul conic (Cone beam CT)	Doar cu aviz specializat	C	Acest examen este în curs de evaluare datorită dozelor reduse de iradiere și caracterului tridimensional al imaginii.	Cone beam CT are acuratețe superioară radiografiei panoramice. IRM poate fi utilă în cazul fracturilor severe de condil mandibular pentru evaluarea leziunilor discale și capsulare.	1	1

Traumatisme	Față și orbite	Traumatism nazal	T	CT regiune cervicală	Doar în cazuri particulare	B	Indicat în caz de leziune traumatică cranio-facială asociată.		2	2
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism nazal	G	Radiografie de profil	Neindicat	?			1	1
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism orbital: leziune penetrantă	T	CT de orbite	Indicat	B	Detectează 100% corpii străini intraorbitari radio-opaci și îi localizează în raport cu nervul și cu globul ocular.	Este util în special în cazul suspiciunii de corpi străini intraorbitari de mici dimensiuni sau nemetalici (slab radioopaci), nedecelabili clinic dar cu semne clinice evidente de penetrare oculară.	2	2
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism orbital: leziune penetrantă	M	IRM de orbite	Doar în cazuri particulare	B	Se efectuează în cazul suspiciunii de leziuni neuro-meningiene și vasculare asociate. IRM este contraindicat înaintea efectuării unui examen CT pentru excluderea prezenței corpurilor străini feromagnetici.	În cazul suspiciunii clinice clare de corp străin nemetalic (lemn) IRM poate fi necesar după epuizarea celorlalte investigații imagistice, în scopul localizării sau identificării corpului străin.	0	0
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism orbital: leziune penetrantă	E	Ecografia orbitelor	Doar cu aviz specializat	B	Precizează localizarea corpurilor străini detectați la examenul CT și efectuează bilanțul leziunilor oculare asociate.	Ecografia este utilă pentru corpii străini intraoculari anteriori dar este contraindicată în ruptura globului ocular.	0	0
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism orbital: leziune penetrantă	G	Radiografia orbitelor	Neindicat	?	Sensibilitate redusă.		1	1

Traumatisme	Față și orbite	Traumatism orbital: leziune produsă de un corp contondent	T	CT de orbite	Indicat	B	Realizează un bilanț complet, în special în cazul conturului și planșeului orbital. Se efectuează în urgență în caz de tulburări de oculomotricitate.	Examenul CT este indicat în caz de suspiciune clinică de fractură neevidențiată radiografic și pentru stabilirea conduitei operatorii. CT ar trebui să fie investigația de primă intenție în cazul unei fracturi evidente clinic sau al unui traumatism facial major, pentru evaluarea completă a leziunilor și stabilirea strategiei chirurgicale.	2	2
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism orbital: leziune produsă de un corp contondent	M	IRM de orbite	Doar în cazuri particulare	B	Dacă examenul CT nu oferă date precise referitoare la conținutul globului ocular și a căilor vizuale, mai ales a nervului optic. Este contraindicată în cazul suspiciunii de corp străin feromagnetic.	IRM (doar cu aviz specializat) poate fi luat în considerare la copii, pentru evitarea iradierii globului ocular. Este util pentru evidențierea hernierii de părți moi orbitare, dar este inferior CT pentru evidențierea traectelor de fractură.	0	0
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism orbital: leziune produsă de un corp contondent	E	Ecografia orbitelor	Doar cu aviz specializat	B	Bilanțul leziunilor intraoculare.	Ecografia poate fi o alternativă, mai ales atunci când există expertiză locală.	0	0

Traumatisme	Față și orbite	Traumatism orbitar: leziune produsă de un corp contondent	G	Radiografia oaselor feței	Neindicat	?	Sensibilitate redusă.		1	1
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism stâncă temporală	T	CT de stâncă temporală	Indicat	B	Stadializează fractura și permite identificarea complicațiilor (luxații ale lanțului osicular, fracturi ale ferestrelor timpanice sau tegmen timpani, fistula labirintică).		2	2
Traumatisme	Față și orbite	Traumatism stâncă temporală	M	IRM cerebral	Doar în cazuri particulare	B	Indicat în bilanțul preterapeutic al leziunilor neuro-meningiene temporale asociate.		0	0
Traumatisme	Membru inferior	Fractură de stres	G	Radiografie standard	Indicat	B	Doza I sau II în funcție de regiunea anatomică examinată. Deși adesea radiografiile inițiale sunt normale, radiografiile simple sunt indicate. Uneori se recurge la ecografie pentru vizualizarea fracturilor.	Radiografia este indicată, deși în general nu este cost-eficientă.	1	2
Traumatisme	Membru inferior	Fractură de stres	M	IRM	Neindicat în primă intenție	B	Ca investigație de a doua intenție, permite detectarea leziunilor atunci când radiografiile simple sunt normale.	IRM este cea mai sensibilă și specifică metodă pentru diagnosticul fracturii de stres atunci când radiografia este normală sau echivocă.	0	0
Traumatisme	Membru inferior	Fractură de stres	N	Scintigrafie osoasă	Neindicat în primă intenție	B	Ca investigație de a doua intenție, permite detectarea leziunilor atunci când radiografiile simple sunt normale.	Scintigrafia este o metodă alternativă în cazul fracturilor de stres oculute dar datorită expunerii la radiații trebuie folosită doar pentru pacienții care nu pot efectua IRM, mai ales în cazul controalelor. CT poate fi utilă ca și alternativă la IRM pentru a evidenția modificările osoase dar are sensibilitate mai redusă.	2	2

Traumatisme	Membru inferior	Traumatism al genunchiului	G	Radiografie de genunchi	Doar în cazuri particulare	A	Radiografiile se justifică dacă unul dintre criteriile Ottawa este prezent, respectiv: durere localizată la palpate la nivelul capului fibulei sau al patelui; imposibilitatea de flexie a genunchiului la peste 90 de grade; pacient cu vârsta peste 55 de ani; incapacitate de sprijin monopodal sau de a efectua 4 pași după traumatism sau în timpul consultației. Dacă este necesar, radiografiile pot fi completate de un examen CT sau IRM.	Radiografia este indicată în cazul traumatismelor închise sau prin cădere, în prezența criteriilor Ottawa. CT, IRM sau ecografia pot fi efectuate pentru a obține informații suplimentare. CT este utilă pentru fracturi intraarticulare, IRM pentru leziuni ligamentare/menisc/leziuni osoase oculte și ecografia pentru anumite leziuni ale mecanismului de extensie și a ligamentului colateral medial.	1	1
-------------	-----------------	----------------------------	---	-------------------------	----------------------------	---	--	--	---	---

Traumatisme	Membru inferior	Traumatism al gleznei	G	Radiografie de gleznă	Doar în cazuri particulare	A	Radiografiile se justifică dacă unul dintre criteriile Ottawa este prezent, respectiv : durere localizată a gleznei, la palpare la nivelul feței posterioare a maleolei mediale și laterale, pe o distanță de 6 cm pornind de la vârful maleolelor; pacienți cu vârsta peste 55 de ani; incapacitate de sprijin monopodal sau incapacitatea de a face 4 pași după traumatism sau în timpul consultației.	Radiografia este indicată în cazul traumatismelor închise sau prin cădere, în prezența criteriilor Ottawa (incapacitate de sprijin imediată și în departamentul de urgență, sensibilitate dureroasă pe marginea posterioară sau la vârful oricărei maleole) .Leziunile de părți moi și fracturile oculte pot fi evidențiate de examenul CT, IRM sau ecografic în cazul unei radiografii normale, cu aviz radiologic.	1	1
-------------	-----------------	-----------------------	---	-----------------------	----------------------------	---	--	--	---	---

Traumatisme	Membru inferior	Traumatism al piciorului	G	Radiografia piciorului	Doar în cazuri particulare	A	Radiografiile sunt justificate când unul dintre criteriile Ottawa este prezent: durere osoasă la palpate și/sau incapacitate de sprijin. În cazul radiografiilor neconcludente sau al fracturilor complexe ale piciorului, este util un examen CT.	Evidențierea unei leziuni a antepiciorului rareori afectează managementul terapeutic. De obicei nu este necesară efectuarea radiografiei piciorului și a gleznei în același timp; ambele se efectuează doar în cazul unei suspiciuni întemeiate. Dacă radiografia nu se efectuează și simptomatologia persistă, se recomandă reevaluare la o săptămână.	1	1
Traumatisme	Membru inferior	Traumatism al piciorului	N	Scintigrafia osoasă	Neindicat în primă intenție	B	Ca investigație de a doua intenție, permite detectarea leziunilor, atunci când radiografiile simple sunt normale.	IRM este util pentru diagnosticarea și clasificarea fracturilor osoase de stres. Pentru leziuni complexe se recomandă examen CT sau IRM.	2	2

Traumatisme	Membru inferior	Traumatism al șoldului	G	Radiografie de șold	Indicat	B	Radiografia de bazin în incidență de față și profil centrată pe articulația șoldului este în general suficientă pentru diagnostic.	Examenul clinic poate fi neconcludent. Trebuie căutate fracturile de col femural, care pot rămâne neevidențiate la prima radiografie simplă, chiar dacă clișeele (inclusiv incidență de profil) sunt de calitate.	2	2
Traumatisme	Membru inferior	Traumatism al șoldului	M	IRM de șold	Doar în cazuri particulare	B	Examinare de elecție pentru fracturile oculte.	Dacă există suspiciune clinică înaltă și radiografia este normală sau echivocă, se recomandă IRM pentru evidențierea fracturilor femurale proximale oculte sau a leziunilor de părți moi. Scintigrafia osoasă este utilă pentru fracturile de stres dar este mai puțin specifică decât IRM iar la vârstnici devine pozitivă doar după 2-3 zile.	0	0
Traumatisme	Membru inferior	Traumatism al șoldului	T	CT de șold	Doar în cazuri particulare	C	Bilanțul fracturilor incomplete. Performant pentru diagnosticul fracturilor oculte. Ecografia poate fi utilă pentru diagnosticul hemartrozei, înaintea efectuării examenului CT.	CT este o alternativă atunci când IRM este contraindicat sau în lipsa echipamentului IRM.	3	3

Traumatisme	Membru superior	Traumatism de cot	G	Radiografie de cot	Indicat	B	Hemartroza poate fi singurul semn radiografic al unei fracturi neevidențiable pe radiografia standard de față și profil. În locul repetării radiografiei sau a incidențelor speciale, pot fi indicate ecografia/CT/IRM.	Radiografia este cea mai bună investigație inițială pentru a evidenția traiectele de fractură și/sau colecțiile asociate. IRM sau CT pot evidenția fracturile oculte. CT este util pentru caracterizarea fracturilor complexe. IRM este util în special pentru evaluarea leziunilor de stres.	1	1
Traumatisme	Membru superior	Traumatism de pumn	G	Radiografie de pumn	Indicat	B	Radiografiile în incidențe de față și profil sunt suficiente dacă fractura este evidentă clinic. În caz de dubiu este necesară efectuarea incidențelor speciale (scafoid, pisiform, etc). Ecografia este utilă în depistarea fracturilor oculte prin evidențierea unei colecții intra-articulare.	Dacă se suspicionează o fractură de scafoid este necesară efectuarea a 4 incidențe seriate. Dacă în urma examenului clinic amănunțit și a radiografiei diagnosticul este neconcludent, IRM este acurat și cost-eficient. CT și scintigrafia osoasă pot reprezenta examinări alternative.	1	1
Traumatisme	Membru superior	Traumatism de pumn	M	IRM de pumn	Doar în cazuri particulare	B	Examen de elecție pentru diagnosticul fracturilor oculte.		0	0
Traumatisme	Membru superior	Traumatism de pumn	N	Scintigrafie osoasă	Doar în cazuri particulare	B	Scintigrafia osoasă are indicație secundară, în cazul în care durerile sunt persistente iar radiografiile și CT-ul sunt normale.		2	2

Traumatisme	Membru superior	Traumatism de pumn	T	CT de pumn	Doar în cazuri particulare	B	Examen de elecție pentru bilanțul fracturilor. Performant în diagnosticul fracturilor oculte.		1	1
Traumatisme	Membru superior	Traumatism de umăr	G	Radiografie de umăr	Indicat	B	Anumite traumatisme au o exprimare semiologică discretă. Trebuie realizate incidente speciale în funcție de datele clinice.	Sunt necesare minim 2 incidente ortogonale.	1	1
Traumatisme	Membru superior	Traumatism de umăr	M	IRM de umăr	Doar în cazuri particulare	B	Imagistica de elecție pentru fracturile oculte și leziunile asociate de părți moi (coafa rotatorilor). O ecografie pentru obiectivarea fisurilor sau a leziunilor tendinoase poate fi luată în considerare înainte de efectuarea IRM.		0	0
Traumatisme	Membru superior	Traumatism de umăr	T	CT de umăr	Doar în cazuri particulare	B	Complementar, dar adesea indispensabil în vederea indicației chirurgicale.	Ecografia, IRM și CT sunt utile în cazul leziunilor complexe de părți moi.	2	2
Traumatisme	Politraumatism	Politrauma (cu imobilizare prelungită)	I	Filtru vena cava	Indicat	B	Pacientii cu politraume ce impun imobilizarea prelungită la pa, în principal fracturi ale oaselor lungi, bazinului și coloanei vertebrale; Pacientii politrauma ce nu pot primi anticoagulante datorită riscului crescut de sângerare	RI - PB4	1	2
Traumatisme	Politraumatism	Politraumatism	E	Ecografie	Indicat	B	Examinarea ecografică FAST efectuată în urgență la patul pacientului participă în bilanțul inițial pentru îndrumarea pacientului spre blocul operator sau spre embolizare. Ecografia pleurală poate indica drenajul unui epanșament pleural, hemo- sau pneumotorace.	Ecografia țintită poate detecta rapid traumatismele abdominale majore dar nu este la fel de sensibilă ca și CT și nu trebuie să întârzie examinarea CT dacă acesta se poate efectua în urgență.	0	0

Traumatisme	Politraumatism	Politraumatism	G	Radiografie toracică și de bazin	Indicat	B	Radiografia toracică și de bazin în incidență de față sunt indicate pentru excluderea unui epanșament pleural sau a unei fracturi instabile de bazin. Radiografiile coloanei vertebrale cervicale nu sunt indispensabile dacă coloana este protejată de un guler cervical.	În cazul traumatismelor majore, amenințătoare de viață radiografia toracică este indicată pentru diagnosticul imediat al pneumotoracelui și evaluarea poziției sondei de intubație orotraheale. Fracturile pelvine cu instabilitatea inelului pelvin sunt frecvent asociate cu pierderi sangvine majore. Dacă examenul CT se poate efectua de urgență nu este necesară radiografia cervicală și de bazin.	2	2
-------------	----------------	----------------	---	----------------------------------	---------	---	--	---	---	---

Traumatisme	Politraumatism	Politraumatism	T	CT	Indicat	B	Se recomandă efectuarea CT ori de câte ori este posibil, în funcție de starea clinică. Nu trebuie însă să întârzie o intervenție de urgență.	CT este utilă în special pentru excluderea hemoragiei mediastinale și a leziunilor aortice. Examenul CT al întregului corp(whole body) detectează leziuni clinic oculte, înlocuiește nevoia efectuării radiografiilor cervicale și de bazin și crește șansele de supraviețuire în traumatismele majore. IRM poate fi dificil de efectuat la pacienții cu leziuni severe dar poate fi util atunci când există leziuni neurologice posibil datorate leziunilor vertebrale cervicale.	3	4
Traumatisme	Sistem vascular	Politraumatism: hemoragie gravă asociată unei fracturi de bazin - embolizare de urgență	I	Arteriografie cu embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Indicată de primă intenție în absența vizualizării ecografice a punctului de plecare a hemoragiei abdominale[C]; în cazul intervenției chirurgicale imediate (politraumatism cu instabilitate hemodinamică), embolizarea poate fi propusă după meșajul preperitoneal (pre-peritoneal packing), în cazul persistenței sângerării arteriale inaccesibilă chirurgical[C]; este indicată în cazul extravazării substanței de contrast la examenul CT. Embolizarea poate fi proximală (ocluzie hipogastrică uni- sau bilaterală) sau selectivă în funcție de statusul hemodinamic al pacientului, în funcție de pierderile sanguine inițiale, de numărul de surse hemoragice identificate arteriografic[B]; embolizarea ar putea fi repetată în cazul recidivei hemoragice după încetarea vasospasmului[B]; de asemenea este indicată în toate cazurile, fiind importantă stabilizarea pelvină asociată (clampare, fixator extern) înainte de oprirea hemoragiei venoase[C].		3	4
Traumatisme	Sistem vascular	Traumatism al aortei toracice	G	Radiografie toracică	Indicat	B	Se efectuează în principal pentru a exclude alte complicații traumatiche asociate.		1	1

Traumatisme	Sistem vascular	Traumatism al aortei toracice	T	Angio-CT aortă toracică, abdominală și axe ilio-femorale	Indicat	B	CT fără/cu contrast intravenos este investigația cea mai eficientă și accesibilă. Permite efectuarea bilanțului de ansamblu al leziunilor asociate: vertebrale, craniene, viscerale. Permite în plus alegerea unei endoproteze în funcție de anatomia pacientului.		2	3
Traumatisme	Sistem vascular	Traumatism al aortei toracice	E	Ecografie transesofagiană	Doar în cazuri particulare	B	Ecografia transesofagiană este utilă și sensibilă pentru diagnosticul în extremă urgență dacă pacientul necesită intervenție chirurgicală imediată. În majoritatea cazurilor acest examen este înlocuit de CT care aduce informații în plus despre leziunile asociate.		0	0
Traumatisme	Sistem vascular	Traumatism al aortei toracice	I	Angiografia aortei toracice	Doar cu aviz specializat	B	Angiografia este utilă numai în cazul tratamentului de endoprotezare care, în prezent, este alternativa de referință.		2	2
Traumatisme	Sistem vascular	Traumatism al aortei toracice	M	IRM toracic	Neindicat	?	IRM este o tehnică performantă dar limitată în urgențe datorită dificultăților de ordin practic.		0	0
Traumatisme	Torace	Traumatism costal	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	C	Identificarea unei fracturi costale nu modifică algoritmul de tratament. Radiografia toracică de față și eventual de profil este totuși indicată pentru depistarea complicațiilor pleuroparenchimotoase. Ecografia identifică perfect fracturile costale, condrocostale și condrosternale. Radiografia cutiei toracice nu este indicată de primă intenție. CT este indicat doar în traumatismele severe și grave. A se vedea de asemenea fractura de stres.		1	1
Traumatisme	Torace	Traumatism toracic major	E	Ecografie toracică	Indicat	C	Realizată în camera de urgență permite drenajul unui epanșament lichidian liber (pleural, pericardic) dacă pacientul este instabil.		0	0
Traumatisme	Torace	Traumatism toracic major	G	Radiografie toracică	Indicat	B	Permite un gest imediat (drenajul hemotoracelui sau evacuarea pneumotoracelui).		1	1
Traumatisme	Torace	Traumatism toracic major	T	CT toracic	Indicat	B	Este net superior radiografiei standard. Stabilește atitudinea terapeutică în cazul leziunilor mediastinale și pleuro-pulmonare.	CT este înalt sensibil pentru detectarea pneumotoracelui, leziunilor pulmonare, mediastinale și colecțiilor fluide. Poate detecta de asemenea sângerarea activă determinând conduita terapeutică. Este indicat și în cazul unor posibile leziuni abdominale asociate.	3	3

Traumatisme	Torace	Traumatism toracic minor cu durere toracică persistentă	G	Radiografie toracică	Doar în cazuri particulare	C	Radiografia poate fi indicată pentru depistarea unui epanșament pleural. A se vedea de asemenea la traumatisme minore ale coloanei toraco-lombare, traumatism costal izolat.	Identificarea unei fracturi costale simple nu modifică de obicei algoritmul de tratament dar dacă există o complicație (pneumotorace, suspiciune de infecție) radiografia este utilă.	1	1
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Anevrism aortă abdominală	A	Aortografie directă	Neindicat	C		RI - PB-D	2	3
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Anevrism de aortă abdominală	I	Protezare endovasculară	Doar cu aviz specializat	C	Tratamentul endovascular al anevrismelor aortei abdominale este o procedură rezervată în prezent bolnavilor cu risc chirurgical ridicat și urmează un protocol de realizare și evaluare bine stabilit	RI - PB2	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Anevrism aortă toracală	A	Angiografie aortică directă / invazivă	Doar în cazuri particulare	B	În mare parte înlocuită de Angio-CT, folosită în planning chirurgical și în timpul intervențiilor percutanate (plasare de endoproteze transfemorale).	RI - PB-D	3	3
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Anevrism aortă toracală	I	Protezare endovasculară	Doar cu aviz specializat	C	Tratamentul endovascular al anevrismelor toracice este o procedură înalt specializată. Ținând cont de riscurile chirurgicale, inclusiv cel al circulației extracorporale, rezultatele preliminarilor arată un interes pentru acest procedeu ca tratament inițial.	RI - PB2	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Sindrom aortic acut	A	Arteriografie	Neindicat	C		RI - PB-D	2	3
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Disecție aortică-Tratamentul sdr. de malperfuzie	I	Fenestrare, endoprotezare	Doar cu aviz specializat	B	Ischemiile secundare unei disecții trebuie tratate de preferință pe cale endovasculară.	RI - PB2	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Embolie pulmonară	A	Angiografie invazivă	Neindicat	C	Angiografia pulmonară nu mai reprezintă tehnica de referință în diagnosticul emboliei pulmonare, locul său fiind preluat de CT-ul toracic cu contrast (angiografia CT).	RI - PB-D	3	3
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Embolie pulmonară	I	Insertia unui filtru în vena cavă inferioară	Doar cu aviz specializat	B	În caz de tromboză venoasă a membrilor inferioare sau venelor pelvine, inserarea unui filtru în VCI este indicat doar în câteva cazuri particulare: recidivă de embolie pulmonară în ciuda unui tratament anticoagulant eficace, extensie a emboliei pulmonare sub tratament anticoagulant sau embolie pulmonară la pacient cu contraindicație de tratament anticoagulant.	RI - PB4	2	2
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Insuficiența cardiacă	A	Angiografie invazivă	Doar în cazuri particulare	A	Măsurarea volumelor și fracției de ejeție dacă ecografia și IRM nu se pot efectua	RI - PB-D	2	2
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Pericardită constrictivă	A	Cateterism cardiac drept	Indicat	A		RI - PB-D	0	0
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Sindrom coronarian acut	A	Coronarografie directă / invazivă	Indicat	B	Evaluare coronariană sau vase de by-pass bună, posibilități de evaluare dinamică (sonda FFR), cuantificare stenoze, tratament.	RI - PB-D	3	3

Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Boala coronariană cronică și evaluare post IMA	A	Coronarografie directă / invazivă	Indicat	B	Evaluarea precisă a statusului coronarian, a stenozelor (localizare, extensie, grad). Evaluare pre și postintervenție (stent, by pass auto sau alograft)	RI - PB-D	3	3
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Suspiciune de cardiomiopatie aritmogenă de ventricul drept, aritmii	A	Angiografia de ventricul drept	Doar în cazuri particulare	B	Nu este integrat în algoritmul de diagnostic CAVD dar poate fi util la pacienții la care eco și IRM sunt incomplete sau contraindicate	RI - PB-D	0	0
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Stenoza carotidiană asimptomatică	A	Arterografie cervico-encefalica	Doar cu aviz specializat	B	În cazul discordanței dintre tehnicile noninvazive. Delimitați mai clar între stenoza subocluzivă și ocluzie.	RI - PA-D	2	3
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Stenoză carotidiană asimptomatică	I	Angioplastie carotidiană [C]	Doar în cazuri particulare	?	Stenoza 60% asimptomatică - nu există indicație demonstrată de angioplastie cu stent (se poate propune dacă intervenția chirurgicală este contraindicată). Stenoza radica sau restenozarea postchirurgicală - angioplastia este o alternativă.	RI - PA3	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Stenoză carotidiană simptomatică	I	Angioplastie carotidiană	Doar cu aviz specializat	B	Tratamentul recomandat pentru stenozele carotidiene rămâne pentru majoritatea cazurilor endarterectomia. Indicațiile potențiale ale tratamentului endovascular interesează pacienții cu risc chirurgical important, după cum au fost definite de studiul Sapphire: vârstă peste 80 ani, insuficiență cardiacă de clasă III/IV și o fracție de ejeecție ventriculară stângă sub 30%, intervenție chirurgicală pe cord deschis cu mai puțin de 6 săptămâni înainte, infarct miocardic recent (la peste 24 ore și mai puțin de 4 săptămâni), angor instabil (clasa CCS III/IV), boală pulmonară severă, ocluzie carotidiană controlaterală, paralizie de nerv laringeu, intervenție chirurgicală sau iradiere a gâtului, antecedente de endarterectomie carotidiană sau acces chirurgical dificil și pacienții care intră în studiile randomizate (chirurgie versus angioplastie).	RI - PA3	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Stenoza artera vertebrala simptomatică	I	Dilatate/ proteză endovasculară a AV	Indicat	B	La pacienți cu stenoze >50% în segmentele extracraniene, cu evenimente ischemice repetitive în ciuda unui tratament medicamentos optim	RI - PA3	2	3
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Stenoza/ocluzie artera subclavie asimptomatică	I	Dilatate/ proteză endo- vasculară a AS	Indicat	C	Indicată la pacienți cu sau planificați pentru by-pass coronarian cu utilizare de graft mamar intern ipsilateral sau la pacienți cu fistula A-V ipsilaterală pentru dializă; poate fi luată în calcul la pacienți cu stenoze bilaterale de artere subclavii pentru monitorizarea acurată a valorilor tensionale	RI - PB1	2	3
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Stenoza/ocluzie artera subclavie simptomatică	I	Dilatate/ proteză endovasculară a AS	Indicat	C	Stentarea cu eficacitate și patență superioare angioplastiei (dilatării)	RI - PB1	2	3
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Hipertensiune arterială consecutiv unei fibrodizplazii de arteră renală	I	Angioplastie renală percutană	Doar cu aviz specializat	B	Alegerea între angioplastie și reparație chirurgicală depinde de complexitatea și localizarea leziunii.	RI - PB1	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Hipertensiune arterială asociată cu o stenoză ateromatoasă	I	Angioplastie renală percutană/ proteză endo- vasculară	Doar în cazuri particulare	A	Hipertensiunea asociată cu o stenoză ateromatoasă a arterei renale trebuie să fie tratată clinic. Angioplastia percutană/proteza endovasculară poate fi utilă la pacienții selecționați, cu hipertensiune necontrolată medicamentos.	RI - PB1	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Insuficiență renală consecutiv unei stenoze ateromatoase	I	Angioplastie renală percutană/ proteză endo- vasculară	Neindicat	B	Aceste proceduri trebuie rezervate pentru pacienți atent selecționați.	RI - PB1	3	4

Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Ischemie cronică mezenterică	I	Dilatare/ proteză endovasculară a AMS	Indicat	B	La pacienți selecționați, această intervenție este sigură și aduce rezultate clinice interesante.	RI - PB1	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Arteriopatii periferice simptomatice (arteriopatiile asimptomatice nu necesită evaluare imagistică!)	A	Angiografie directă / invazivă	Doar cu aviz specializat	A	Evaluare preterapeutică, performanță bună a evaluării gradului de stenoza, evaluare dinamică. E înlocuită de rutină de Angio-CT.		2	2
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Ischemie acută și subacută a membrilor inferioare de cauză embolică	I	Fibrinoliză/ trombo-aspirație	Indicat	B	Fibrinoliza medicamentoasă este indicată în anumite cazuri ca de ex by-pass sau tromboze precoce. Trombospirația poate fi indicată în cazul emboliilor recente (de ex. poplitee). Cele două tehnici pot fi asociate. Sunt în evaluare în prezent materiale referitoare la trombectomie.	RI - PB1	2	2
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Ischemie de membru inf. (stenoză iliacă)	I	Angioplastie +/- endoprotezare	Indicat	B	Decizia de endoprotezare după angioplastie depinde de mai mulți factori, mai ales de o stenoză reziduală și/sau un gradient de presiune rezidual la nivelul zonei tranzitate cât și de localizarea, lungimea și caracteristicile leziunii.	RI - PB1	2	2
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Ischemie de membru inf. (ocluzie iliacă)	I	Protezare endovasculară	Indicat	B	Atitudinea de endoprotezare de la început a leziunilor ocluzive iliace este în general admisă.	RI - PB1	2	2
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Ischemie de membru inferior (ocluzie femurală)	I	Angioplastie femurală superficială/ poplitee	Indicat	B	Tratamentul medical este de primă intenție. Indicațiile de revascularizare sunt în funcție de stadiul clinic (claudicație sau ischemie critică, stadiu 3 și 4) și de caracteristicile leziunii. Angioplastia percutană femurală superficială și/sau poplitee este eficientă pentru restabilirea permeabilității pe termen scurt, dar pentru evitarea recurgerii la by-pass chirurgical, sunt necesare frecvent angioplastii iterative. Procentele de permeabilitate primară sunt mai bune după angioplastie decât după bypass. Poziționarea unei endoproteze poate fi indicată în caz de ocluzie, de ischemie critică și în eșecurile angioplastiei.	RI - PB1	2	2
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Ischemie de membru inferior (ocluzia arterelor gambei)	I	Angioplastie tibio-peronieră	Doar cu aviz specializat	B	Dacă există o leziune steno-ocluzivă localizată la nivelul trunchiului tibio-peronier, angioplastia poate fi recomandată ca tratament de primă linie la pacienții cu ischemie critică. Procedura nu este indicată inițial în caz de claudicație simplă.	RI - PB1	2	2
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Malformații vasculare	A	Angiografie directă / invazivă	Doar în cazuri particulare	C	Uneori necesară pentru bilanț preterapeutic.	RI - PB-D	2	3
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Malformație arterio-venoasă pulmonară	I	Angiografie pulmonară cu embolizare	Doar cu aviz specializat	B	Tratamentul prin embolizare este propus sistematic ca primă intenție.	RI - PB2	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Fistula de hemodializă	I	Fistulografie cu angioplastie	Indicat	B	Diagnostic și tratament al complicațiilor fistulei de hemodializă.	RI - PB4	2	2
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Ocluzie venoasă la pacienți cu fistula AV de dializa	I	Angioplastie +/- endoprotezare	Doar cu aviz specializat	C	Procedura permite salvarea fistulei de dializa dacă este efectuată cât mai precoce, preferabil înainte de producerea ocluziei. Monitorizarea debitului fistulei este recomandată pentru terapia Endovasculară a stenozelor și prevenirea ocluziilor	RI - PB4	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Stenoza venoasă la pacienți cu fistula AV de dializa	I	Angioplastie +/- endoprotezare	Doar cu aviz specializat	?		RI - PB4	3	4

Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Obstrucție de Venă cavă superioară	I	Endoprotezare de VCS	Doar cu aviz specializat	B	Pacienții cu obstrucție malignă de VCS au o speranță de viață scurtă. Simptomele lor sunt severe și incomplet rezolutive sub radioterapie. Endoprotezarea este o procedură paleiativă simplă, efectuată sub anestezie locală. După poziționarea endoprotezei, majoritatea pacienților rămân asimptomatici. O recidivă simptomatică survine la aprox. 10% din pacienți și poate fi tratată printr-o nouă procedură. Poziționarea unei endoproteze trebuie să fie tratamentul primar al unei obstrucții de cavă superioară de origine tumorală, mai ales dacă există riscul ca tumora să nu răspundă rapid la chimiradioterapie. Alternativele la endoprotezare (angioplastie și intervenție chirurgicală) sunt indicate la pacienții cu stenoze benigne și la cei cu o speranță de viață mai mare.	RI - PB4	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Tromboză venoasă pelvină	A	Flebografie pelvină	Doar în cazuri particulare	C	Evaluare dinamică și bilanț preterapeutic.	RI - PB-D	2	3
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Tromboza venoasă profundă acută	I	Fibrinoliză sistemică	Neindicat	B	Contraindicție	RI - PB4	0	0
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Tromboza venoasă profundă acută	I	Fibrinoliză locală / trombo-aspirație	Doar cu aviz specializat	C	Clot removal by endovenous techniques may be considered for patients with symptomatic acute iliofemoral DVT to prevent or reduce post-thrombotic syndrome, ideally for patients with onset of symptoms within 21 days, good functional status, reasonable life expectancy and low risk of bleeding (IIb, B, weak, moderate). Endovenous techniques may be reasonable as first-line therapy for early thrombus removal (IIb, C, weak, low)	RI - PB4	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Tromboza venoasă profundă acută	I	Protezare endovasculară	Doar cu aviz specializat	C	At the time of clot removal, stenting of the iliac venous system, with self-expanding metallic stents, may be considered in cases of clinically significant stenosis or extrinsic compression (IIb, C, weak, low). Stenting of the infrainguinal veins is not recommended (III, C, weak, low)	RI - PB4	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Tromboza venoasă profundă acută	I	Filtru vena cava	Doar în cazuri particulare	C	Pacienți adulți cu orice TVP proximală acută (sau EP acută) cu contraindicații la anticoagulare sau cu sângerări active ar trebui să primească un filtru IVC (Clasa I; Nivel de dovezi B)	RI - PB4	1	2
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Varicocel	I	Embolizare	Indicat	A	Embolizarea este un tratament eficient în cazul hipofertilității sau de manifestări clinice ale varicocelului, cu complicații mai puține decât tratamentul chirurgical.	RI - PB4	3	4
Radiologie intervențională	Aparat cardiovascular	Traumatism al aortei toracice	A	Angiografia aortei toracice	Doar cu aviz specializat	B	Angiografia este utilă în cazul tratamentului de endoprotezare care, în prezent, este alternativa de referință.	RI - PB-D	2	2
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Disfuncții ale articulației temporo-mandibulare	I	Artrografie articulației temporo-mandibulare	Neindicat	B	Artrografia temporo-mandibulară este în prezent înlocuită de examenul IRM.	RI - PC8	2	3
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Abces subfrenic	I	Drenaj percutanat	Indicat	C	Este metoda de elecție, prin ghidaj ecografic sau uneori CT.	RI - PC4	0	2
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Abces pelvin	I	Drenaj ghidat	Indicat	B	Pot fi utilizate mai multe căi de abord: percutan, transperineal, transrectal, transvaginal, fesier, în funcție de localizarea anatomică, determinată de un CT prealabil. Ghidajul, ecografic sau tomografic, trebuie adaptat.	RI - PC4	3	3
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Hepatopatie cronică difuză	I	Biopsie hepatică transjugulară	Doar în cazuri particulare	?	La pacienți cu hepatopatii cronice, cu coagulopatii.	RI - PC6	2	3

Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Caracterizarea unei leziuni hepatice descoperita accidental in examenul ecografic standard	I	Biopsie ghidata imagistic (ecografie, CT) a leziunii hepatice	Doar în cazuri particulare	A	Indicata in situatiile in care aspectul imagistic (CT si IRM cu contrast) este neconcludent pentru incadrarea lezionala, este caracteristic pentru carcinom hepatocelular la pacientii non-cirofici sau pentru metastaze hepatice cu punct de plecare necunoscut/incert	RI - PC-D	0	2
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Tumoră hepatică ce necesită biopsie	I	Biopsie hepatică ghidată	Indicat	A	Metoda de ghidaj (ecografie, CT) este variabilă în funcție de centrul în care se efectuează, de topografia leziunii și de indicații. Necesită verificarea în prealabil a hemostazei.	RI - PC1	0	3
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Hepatocarcinom	I	Chemoembolizare intraarterială	Doar cu aviz specializat	A	Pentru hepatocarcinomul clasificat BCLC B	RI - PB6	2	3
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Tumoră hepatică nerezecabilă	I	Radiofrecvență percutană	Doar cu aviz specializat	B	Criteriile de reușită țin de numărul și de dimensiunea leziunilor. Indicație trebuie discutată la pacienții la care nu se poate practica rezecția chirurgicală a tumorii.	RI - PC1	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Radioembolizare cu microsferă Y-90	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic avansat local sau metastatic	RI - PB6	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Drenaj biliar extern, intern și endoprotezare percutană	Doar cu aviz specializat	B	Metode indicate pentru reducerea icterului, în cadrul managementului bolii local avansate, inoperabile	RI - PC4	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Biopsie ghidată imagistic	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic sau cancerul de veziculă biliară avansat local/ inoperabil	RI - PC6	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Colecistită acută	I	Colecistostomie percutană	Doar în cazuri particulare	B	Este utilă în diagnosticul anumitor colecistite alitiazice. Drenajul este indicat la pacienții fragili. Colecistectomia este discutată în al doilea plan.	RI - PC3	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Icter	I	ERCP	Doar în cazuri particulare	B	Utilă când se efectuează cu scop terapeutic (sfincterotomie, montare de proteză, extracție de calcul). Indicațiile în scop pur diagnostic au devenit excepționale, având în vedere performanțele diagnostice ale cholangio-IRM-ului și/sau ale echoendoscopiei (aproape întotdeauna realizate înaintea ERCP).	RI - PC8	3	3
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Patologie biliară (în particular litiazică)	I	ERCP	Doar în cazuri particulare	B	Metodă utilă în scop terapeutic.	RI - PC8	3	3
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Obstrucție biliară înaltă	I	Colangiografie percutană cu sau fără drenaj	Doar în cazuri particulare	B	Metoda de abord depinde de cauza obstrucției, de localizarea sa exactă și de competență. Bilanțul morfologic al afectării biliare poate fi efectuat prin CPRM, care permite discutarea prealabilă a necesității unui drenaj.	RI - PC4	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Obstrucție biliară joasă	I	Colangiografie percutană cu sau fără drenaj	Doar în cazuri particulare	B	În general, abordul endoscopic este preferat pentru obstrucțiile joase. Totuși abordul percutan este o alternativă, în funcție de competențele locale, uneori cu funcție complementară abordului endoscopic.	RI - PC3	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Suspiciune de fistulă biliară-antecedente chirurgicale recente	I	Colangiografia prin opacifierea directă a căilor biliare	Doar în cazuri particulare	B	Tehnici cu viză: a) diagnostică rezervate explorării intraoperatorii în cazurile de litiază coledociană sau leziune iatrogenă de cale biliară și explorării postoperatorii precoce la pacienții cu drenaj biliar extern pe tub T; în a doua situație, opacifierea căilor biliare pe tubul de dren poate fi urmată de radiografie abdominală sau examen CT abdominal superior; b) terapeutică pentru extracția calculilor restanți, tratamentul stenozelor sau fistulelor (prin endoprotezare) cu abord percutan (pe tubul de dren chirurgical sau prin colangiografie percutană transhepatică) sau endoscopic.	RI - PB8	3	3
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Pancreatită acută	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	C	Scop terapeutic în caz de angiocolangită severă.	RI - PC8	3	3

Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Pancreatită cronică	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	B	Pentru tratamentul stenozelor ductale semnificative.	RI - PC8	3	3
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Tumora pancreasului exocrin	I	ERCP	Doar cu aviz specializat	B	Prezintă un rol terapeutic - montarea unei proteze biliare.	RI - PC8	3	3
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Ascită prin hipertensiune portală	I	TIPS	Doar în cazuri particulare	B	Eficacitatea este slabă, mai ales la pacienții în stadiu Child C sau cu insuficiență renală asociată, datorită riscului ridicat de complicații.	RI - PC2	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Sângerare gastro-intestinală ocultă -bilanț	A	Arteriografia	Neindicat	?		RI - PC-D	3	3
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Sângerare gastro-intestinală acută	A	Angiografie digestivă	Indicat	B	Trebuie realizată în perioada de sângerare activă, la hemoragiile necontrolate terapeutic. Are ca scop evidențierea cu precizie a sediului sângerării pentru ghidarea chirurgiei sau realizarea unui gest terapeutic endovascular (embolizare).	RI - PB-D	3	3
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Hemoragie digestivă gravă din varice esofagiene	I	TIPS	Doar în cazuri particulare	A	Tratamentul medicamentos și cel endoscopic trebuie încercate în primă intenție. Șuntul portosistemic intrahepatic transjugular (TIPS) este indicat doar în caz de eșec al primelor două metode.	RI - PC2	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Hemoragie digestivă inferioară gravă	I	Angiografie cu sau fără embolizare	Indicat	B	Embolizarea este decisă în funcție de localizarea sângerării și de cauza probabilă.	RI - PB3	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Hemoragie digestivă înaltă cronică	I	Angiografie cu sau fără embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Este doar discutată în anumite cazuri particulare după un bilanț imagistic complet.	RI - PB3	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Hemoragie digestivă înaltă gravă, fără cauză evidentă	I	Angiografie cu sau fără embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Stabilizarea stării hemodinamice a pacientului e esențială. Trebuie făcut un bilanț endoscopic prealabil. Extravazarea de produs de contrast e vizibilă doar în cazul unui debit hemoragic suficient de mare. Embolizarea este decisă când poate fi realizată fără un risc major.	RI - PB3	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Hemoroizii	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	?	Literatura științifică disponibilă este săracă, prezintă interes pentru studii de cercetare clinică. Este eficienta în controlul sângerărilor produse de hemoroizii interni de grad 1-2	RI - PB7	2	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Nutriție enterală	I	Gastrostomie percutană	Doar cu aviz specializat	B	Folosirea acestei metode depinde de competențele locale și poate asocia un ghidaj percutan și endoscopic.	RI - PC4	3	4
Radiologie intervențională	Aparat digestiv	Traumatism abdominal cu hemoragie severă	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Embolizarea trebuie să vizeze teritoriul hemoragic, reperat angiografic sub forma unui extravazări de substanță de contrast.	RI - PB3	3	4
Radiologie intervențională	Aparat endocrin	Hiperaldosteronismului primar (sdr. Conn)	A	Cateterism	Doar cu aviz specializat	B	În cazurile neconcludente poate fi necesară pentru diagnostic recurgerea la cateterism venos sub control radiosopic pentru realizarea de recoltări.	RI - PB-D	2	3
Radiologie intervențională	Aparat endocrin	Nodul tiroidian palpabil și gușă eutiroidiană (concentrație normală de TSH) - fază diagnostică. În caz de disfuncție a se vedea Hipertiroidia sau Hipotiroidia!	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	A	Examenul citologic cu ac fin este examenul de referință pentru diagnosticul cancerului. Acesta poate fi realizat cu sau fără ghidare ecografică, în funcție de caracteristicile clinice și imagistice ale nodulului de puncționat. Nodulii dificil de palpat, micronodulii la subiecții cu risc (iradiere cervicală, cancere familiale) trebuie să fie puncționați sub ghidaj ecografic	RI - PC6	0	0

Radiologie intervențională	Aparat endocrin	Supravegherea pe termen lung a nodulilor tiroidieni de peste 10 mm și a gușilor	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	C	Pentru numeroși autori, prelevarea citologică trebuie repetată (2 determinări), dacă rezultatul primului examen este normal (benign).	RI - PB6	0	0
Radiologie intervențională	Aparat endocrin	Hipertiroidie	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	A	Examenul citologic cu ac fin este examenul de referință pentru diagnosticul cancerului. Acesta poate fi realizat cu sau fără ghidare ecografică, în funcție de caracteristicile clinice și imagistice ale nodulului de puncționat.	RI - PC - D	0	0
Radiologie intervențională	Aparat endocrin	Hipotiroidie la adult (pentru copil a se vedea si capitolul Pediatrie)	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	A	Examenul citologic cu ac fin este examenul de referință pentru diagnosticul cancerului. Acesta poate fi realizat cu sau fără ghidare ecografică, în funcție de caracteristicile clinice și imagistice ale nodulului de puncționat. Nodulii dificil de palpat, micronodulii la subiecții cu risc (iradiere cervicală, cancere familiale) trebuie să fie puncționați sub ghidaj ecografic	RI - PC - D	0	0
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Leziune de părți moi de natură nedeterminată	I	Biopsie percutană	Doar cu aviz specializat	B	Această procedură nu se efectuează înaintea unui bilanț biologic și morfologic (radiografii simple, CT, RM, scintigrafie). Utilitatea și modalitățile de efectuare (biopsie versus abord direct, zona de biopsiat, calea de abord - ținând cont de riscul de diseminare tumorală, modalitatea de ghidaj, prelucrarea materialului bioptic) trebuie discutate cu echipa care se ocupă de tratamentul ulterior. Aceste investigații e bine să se realizeze într-un centru specializat.	RI - PC6	2	3
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Leziune osoasă focală de natură nedeterminată	I	Biopsie osoasă percutană	Doar cu aviz specializat	B	Această procedură nu se efectuează înaintea unui bilanț biologic și morfologic (radiografii simple, CT, RM, scintigrafie). Utilitatea și modalitățile de efectuare (biopsie versus abord direct, zona de biopsiat, calea de abord, modalitatea de ghidaj, prelucrarea materialului bioptic) trebuie discutate cu echipa care se ocupă de tratamentul ulterior. Aceste investigații e bine să se realizeze într-un centru specializat.	RI - PC6	2	3
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Leziuni tumorale sau pseudotumorale de părți moi	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Interesul și modalitățile de efectuare a acestor proceduri (injectare de substanțe sclerozante, de ciment acrilic, embolizare) trebuie discutate cu echipa terapeutică. Aceste proceduri e bine să se realizeze într-un centru specializat.	RI - PB5 / PB6	0	2
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Rahialgie / Radiculargie	I	Infiltrație cu derivați corticoizi	Doar cu aviz specializat	B	Infiltrațiile rahidiene radioghidate sau sub tomograf, cu derivați corticoizi, reprezintă o alternativă terapeutică în cazul insuficienței tratamentului medical sau se efectuează pentru a ajuta reperiile clinice. Locul de injectare și tipul de corticoid vor fi aleși în funcție de clinică și de bilanțul imagistic.	RI - PC5	2	2
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Rahialgie Radiculargie	I	Infiltrație cu derivați corticoizi	Doar cu aviz specializat	B	Infiltrațiile rahidiene radioghidate sau sub tomograf, cu derivați corticoizi, reprezintă o alternativă terapeutică în cazul insuficienței tratamentului medical sau se efectuează pentru a ajuta reperiile clinice. Locul de injectare și tipul de corticoid vor fi aleși în funcție de clinică și de bilanțul imagistic.	RI - PC7	2	2
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Suspiciune de spondilodiscită infecțioasă	I	Biopsie disco-vertebrală	Doar cu aviz specializat	C	Biopsia disco-vertebrală trebuie realizată în fața oricărei suspiciuni de spondilodiscită (cu excepția situației în care hemoculturile sunt pozitive) după bilanțul imagistic (RM, CT) și înaintea oricărui tratament antibiotic.	RI - PC6	2	3
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Tasare vertebrală malignă dureroasă	I	Vertebroplastie percutană	Doar cu aviz specializat	B	Această metodă paleiativă se aplică pacienților cu durere rebelă la tratamentul obișnuit. Decizia de vertebroplastie va fi luată în echipă mixtă, după bilanțul morfologic complet (RM, CT, scintigrafie osoasă) efectuat pentru evaluarea fezabilității acestei tehnici.	RI - PC5	3	3
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Tasare vertebrală osteoporotică dureroasă	I	Vertebroplastie percutană	Doar cu aviz specializat	B	Această metodă terapeutică se aplică pacienților cu durere rebelă la tratamentul obișnuit. Decizia de vertebroplastie trebuie luată în echipă mixtă, după bilanțul morfologic complet (RM, CT, scintigrafie osoasă) efectuat pentru a demonstra caracterul mecanic al tasării. Există o alternativă la această procedura (cifoplastia cu balonaș gonflabil).	RI - PC5	3	3

Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Tendinopatii calcifiante simptomatice a musculaturii rotatorii humerale	I	Puncție- infiltrație ghidată prin reperarea imagistică a calcificărilor tendinoase	Doar cu aviz specializat	B	Puncția-infiltrație ghidată imagistic (radiografie sau ecografie) a calcificărilor tendinoase ale musculaturii rotatorii humerale reprezintă o alternativă terapeutică în caz de eșec al tratamentului medical sau fizioterapic. Indicația sa versus ablația artroscopică sau chirurgicală trebuie discutată cu clinicienii. Această tehnică poate fi aplicată în egală măsură și în cazul altor localizări.	RI - PC7	0	2
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Dureri articulare sau periarticulare (artic. mari)	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	?	Embolizarea pediculilor arteriali ce alimentează zonele de hiperemie și blush vascular reprezintă o procedură experimentală cu rezultate foarte promitoare în privința controlului durerii și a siguranței terapeutice	RI - PB7	2	2
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Dureri articulare sau periarticulare (artic. mari)	I	Infiltrații intraarticulare ghidate imagistic	Doar cu aviz specializat	C	Infiltrațiile cortizonice în artropatii sau bursopatii, ghidate imagistic (radiografie, CT sau ecografie) reprezintă o alternativă terapeutică ce trebuie discutată cu clinicienii, la fel ca și infiltrațiile test cu anestezic local sau injecțiile intraarticulare cu derivați de acid hialuronic.	RI - PC7	2	2
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Afecțiune sinovială de natură nedeterminată (artic. mari)	I	Biopsie sinovială percutană	Doar cu aviz specializat	C	O biopsie sinovială poate fi indicată în caz de incertitudine persistentă după bilanțul biologic și imagistic (mai ales RM). Alegerea între biopsia percutană și cea artroscopică va fi efectuată după discuția cu clinicienii.	RI - PC6	3	4
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Formațiune tumorală de parti moi – bilanț diagnostic	I	Biopsie	Doar cu aviz specializat	B	Trebuie efectuată în toate cazurile după o întâlnire pluridisciplinară, în centre specializate. Poate fi chirurgicală sau ghidată imagistic.	RI - PC6	0	0
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Formațiune tumorală osoasă primitivă – bilanț diagnostic	I	Biopsie	Doar cu aviz specializat	B	Examen IRM înainte de biopsie. Se realizează sub ghidaj ecografic, CT, radiosopic sau chirurgical.	RI - PC6	0	0
Radiologie intervențională	Aparat locomotor	Sindrom dureros post protezare	I	Artrografie	Doar cu aviz specializat	B	În caz de dubiu diagnostic sau în caz de suspiciune de infecție.	RI - PC8	1	1
Radiologie intervențională	Aparat respirator	Diagnostic de nodul sau masă pulmonară	I	Biopsie ghidată CT	Doar cu aviz specializat	B	Biopsia pulmonară ghidată CT, efectuată în cazuri bine selecționate, are o rată mică de complicații și un randament diagnostic înalt pentru leziunile pulmonare maligne inaccesibile la fibroscopie. Ecografia poate fi utilizată pentru ghidarea biopsiei nodulilor subpleurali.	RI - PC6	3	3
Radiologie intervențională	Aparat respirator	Infiltrat pulmonar focal persistent, de etiologie neprecizată	I	Biopsie ghidată CT	Doar cu aviz specializat	B	Comisie mixtă cu pneumolog.	RI - PC6	2	3
Radiologie intervențională	Aparat respirator	Leziuni nodulare pulmonare multiple	I	Biopsie ghidată CT	Indicat	B	Mai ales la pacienții cu antecedente personale patologice oncologice	RI - PC6	2	3
Radiologie intervențională	Aparat respirator	Leziuni pulmonare cu necroză centrală	I	Biopsie ghidată CT	Doar cu aviz specializat	B	Se recomandă examen PET CT cu 18F-fluoro0deoxyglucoza pentru a determina zona de biopsiere.	RI - PC6	3	4
Radiologie intervențională	Aparat respirator	Leziuni vasculare pulmonare	I	Biopsie ghidată CT	Neindicat	A	Nu se recomandă efectuarea unei biopsii transtoracice, în caz de suspiciune de leziune vasculară	RI - PC6	1	1
Radiologie intervențională	Aparat respirator	Hemoptizie	I	Angiografie bronșică +/- embolizare	Doar în cazuri particulare	B	Angiografia bronșică cu embolizare, poate salva, atunci când este posibilă, viața pacienților cu hemoptizie masivă.	RI - PB3	3	3
Radiologie intervențională	Aparat respirator	Malformație arterio-venoasă pulmonară	I	Angiografie pulmonară cu embolizare	Doar cu aviz specializat	B	Tratamentul prin embolizare este propus sistematic ca primă intenție.	RI - PB2	3	4
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Anomaliile de placentatie	I	Embolizare	Doar în cazuri particulare	?	Procedura de embolizare se face cu bureți de fibrina și permite reducerea semnificativă a hemoragiei în postpartum. Este necesară o echipă medicală mixtă într-o locație adecvată care să permită transferul rapid al pacientei în sala de naștere și cea de angiografie	RI - PB7	2	2

Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Sarcina ectopica	I	Embolizare	Doar în cazuri particulare	?	Literatura științifică disponibilă este săracă, prezintă interes pentru studii de cercetare clinică.	RI - PB7	3	4
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Avorturi spontane multiple	I	HSG	Doar cu aviz specializat	C	Histerosalpingografia poate fi indicată pentru studierea morfologiei uterului și cavității uterine.	RI - PC8	2	2
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Infertilitate feminină	I	HSG	Doar cu aviz specializat	B	În absența dilatației tubare vizibilă ecografic, histerosalpingografia este indicată pentru evaluarea permeabilității tubare; ea poate completa studiul morfologiei cavității uterine.	RI - PC8	2	2
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Metroragii postmenopauzale / Menometroragii	I	HSG	Neindicat	C	Histerografia este din ce în ce mai puțin utilizată, mai ales în perioada postmenopauzală, ținând cont de dezvoltarea ecografiei și histeroscopiei.	RI - PC8	2	2
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Hemoragii acute în sfera genitală	I	Embolizare	Indicat	B	Procedura permite controlul imediat al meno-metroragiilor acute și este indicată în caz de eșec al celorlalte metode de control al hemoragiei (medicamentos / mesare / chiuretaj). Histerectomia trebuie evitată, la ea se va apela doar dacă pacienta nu poate fi transferată într-un serviciu de radiologie intervențională	RI - PB3	2	3
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Hemoragii cronice în sfera genitală	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Procedura permite controlul temporar al sangerarilor cronice din sfera genitală și este indicată în caz de eșec al celorlalte metode de control al hemoragiei (medicamentos / mesare / chiuretaj). Este necesară cura afecțiunii de bază ce produce sangerarea cronică (tumorală / hematologică etc)	RI - PB3	2	3
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Leiomiomul uterin	I	Embolizare	Indicat	A	Pe baza studiilor și meta-analizelor existente (grad relevantă 1A) procedura de embolizare a fost inclusă de ACOG între procedurile de primă alegere în terapia fibroamelor uterine. Numărul, dimensiunile și poziția fibroamelor nu reprezintă criterii de excludere. Contraindicația cazului este stabilită de medicul radiolog intervenționist pe baza investigațiilor clinice și imagistice efectuate	RI - PB5	3	4
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Polifibromatoza uterină	I	Embolizare	Indicat	A	Pe baza studiilor și meta-analizelor existente (grad relevantă 1A) procedura de embolizare a fost inclusă de ACOG între procedurile de primă alegere în terapia fibroamelor uterine. Numărul, dimensiunile și poziția fibroamelor nu reprezintă criterii de excludere. Contraindicația cazului este stabilită de medicul radiolog intervenționist pe baza investigațiilor clinice și imagistice efectuate	RI - PB5	2	3
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Adenomioza uterină	I	Embolizare	Indicat	B	Toate formele de adenomioză (difuză, focală, mixtă) sunt tratate eficient prin embolizare.	RI - PB5	2	2
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Malformațiile arterio-venoase pelvine	I	Angiografie cu sau fără embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Angiografia trebuie să confirme diagnosticul pus prin alte metode imagistice și să stabilească conduita terapeutică optimă (embolizare cu adevizi / embolizare cu spirale sau plug-uri vasculare / chirurgie).	RI - PB2	3	4
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Fistulele arterio-venoase pelvine	I	Angiografie cu sau fără embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Angiografia trebuie să confirme diagnosticul pus prin alte metode imagistice. Embolizarea se va face dacă debitul fistulei este semnificativ sau are potențial să devină semnificativ. Histerectomia nu este de primă alegere în această patologie	RI - PB2	3	4
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Varicele periuterine	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Varicele periuterine sunt deseori subdiagnosticate. Terapia lor prin scleroterapie / embolizare cu spirale este singura soluție terapeutică eficientă în această patologie	RI - PB4	3	4
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Nefropatie de etiologie neprecizată	I	Biopsie percutană sub ghidaj imagistic	Doar cu aviz specializat	C		RI - PC6	3	4
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Viabilitate grefon renal	I	Biopsie percutană ecoghidată	Doar cu aviz specializat	C		RI - PC6	0	0
Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Obstrucție urinară înaltă ac. sau cronică	I	Nefrostomie percutană	Indicat	C	În caz de eșec al derivației pe cale retrogradă.	RI - PC4	3	4

Radiologie intervențională	Aparat urogenital	Hiperplazie benigna de prostata	I	Embolizare	Indicat	A	Embolizarea arterei prostatice (PAE) poate fi efectuată ca o alternativă la opțiunile chirurgicale la pacienții cu un volum al prostatei de minim 35 mL fără o limită superioară de dimensiune. Au indicație și pacienții cu comorbidități (de exemplu, pacienți ce primesc anticoagulare continuă sau terapie antiplachetară), la care metodele chirurgicale pot fi asociate în aceste cazuri cu un risc crescut de sângerare postoperatorie, în special la pacienții cu volum de prostată mai mare de 65 mL. În plus, PAE poate fi adecvat pacienților mai tineri, activi sexual care au îngrijorări cu privire la ejaculare retrogradă (o frecvență consecință a TURP la peste 75% dintre pacienți), disfuncția erectilă sau incontinența urinară, complicații frecvente ale chirurgiei.	RI - PB5	3	4
Radiologie intervențională	Oncologie	Tumori cerebrale și medulare - Stadializare, planificare operatorie	A	Angiografie conventionala	Doar cu aviz specializat	C	angiografie conventionala - indicat la tumori vasculare sau bine vascularizate; se efectueaza in centre specializate de neurostiinte.	RI - PA-D	3	3
Radiologie intervențională	Oncologie	Neoplasm mamar	I	Biopsie percutanată	Indicat	A	Diagnosticul de malignitate poate fi afirmat în baza unei prelevări tisulare (biopsie histologică tru-cut sau macrobiopsie). Indicată pentru toate leziunile încadrate BI-RADS 4 și 5, pentru stabilirea diagnosticului de certitudine și a conduitei terapeutice ulterioare	RI - PC6	2	2
Radiologie intervențională	Oncologie	Adenopatie axilară suspectă	I	Biopsie ganglionară	Doar în cazuri particulare	C	În cazurile în care mamografia si ecografia nu pun în evidență o leziune mamară suspectă	RI - PC6	0	2
Radiologie intervențională	Oncologie	Formațiune mediastinală	I	Biopsie ghidată CT	Doar cu aviz specializat	B	Este puțin practică în raport cu biopsia chirurgicală.	RI - PC1	3	3
Radiologie intervențională	Oncologie	Neoplasm bronhopulmonar - diagnostic - suspiciune clinică	I	Puncție biopsie CT-ghidată	Doar în cazuri particulare	B	Indicată în cazul unei bronhoscopii negative sau realizată per primam în leziunile periferice. Absența celulelor tumorale la biopsie și diagnosticul alternativ nu permite eliminarea completă a diagnosticului de cancer.	RI - PC6	2	2
Radiologie intervențională	Oncologie	Nodul pulmonar, aflat în contact cu peretele toracic	I	Biopsie ghidată ecografic	Doar cu aviz specializat	A	Se contraindica efectuarea în caz de coagulopatie, suspiciune de insuficienta respiratorie, plaman unic chirurgical, lipsa de cooperare din partea pacientului.	RI - PC6	0	0
Radiologie intervențională	Oncologie	Tumora pulmonara	I	Biopsie ghidată CT	Doar cu aviz specializat	A	Se recomanda biopsiere pentru studii moleculare	RI - PC6	2	3
Radiologie intervențională	Oncologie	Cancer pancreatic	D	ERCP	Doar cu aviz specializat	C	Examinarea CPRM este utilă în caracterizarea căilor biliare, în special la pacienții cu icter, precum și în caracterizarea ductului pancreatic.	RI - PC8	3	3
Radiologie intervențională	Oncologie	Formațiune hepatică	D	ERCP	Doar cu aviz specializat	C	Examinarea CPRM este utilă în caracterizarea căilor biliare, în special la pacienții cu icter, precum și în caracterizarea ductului pancreatic.	RI - PC-D	3	3
Radiologie intervențională	Oncologie	Carcinom hepato-celular	I	Chimio- embolizare conventionala si cu drug eluting beads.	Doar cu aviz specializat	B	Chimio-embolizarea are un efect antitumoral demonstrat la pacientii cu stadiu B conform BCLC (fara invazie vasculara sau extensie extrahepatica), dar poate de asemenea decompensa o insuficiență hepato-celulară. Este luată în discuție la pacienții care nu pot beneficia de tratament chirurgical sau cu radiofrecvență. Este de asemenea utilizată la unii pacienți cu tumori neuroendocrine multiple. În caz de tromboză de portă, fiind contraindicată chimio-embolizarea, există posibilitatea de tratament cu lipiodol marcat cu iod-131 (Lipiodis).	RI - PB6	3	4
Radiologie intervențională	Oncologie	Carcinom hepato-celular	I	Radioembolizare si radioterapie externa	Doar cu aviz specializat	B	Datorita efectului embolic redus al microsferelor Y90 se poate folosi la pacientii cu tromboza de vena porta.	RI - PB6	4	4
Radiologie intervențională	Oncologie	Hepatocarcinom	I	Chemoembolizare intraarterială	Doar cu aviz specializat	A	Pentru hepatocarcinomul clasificat BCLC B	RI - PB6	2	3

Radiologie intervențională	Oncologie	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Radioembolizare cu microsferă Y-90	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic avansat local sau metastatic	RI - PB6	4	4
Radiologie intervențională	Oncologie	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Drenaj biliar extern, intern și endoprotezare percutană	Doar cu aviz specializat	B	Metode indicate pentru reducerea icterului, în cadrul managementului bolii local avansate, inoperabile	RI - PC4	3	4
Radiologie intervențională	Oncologie	Cholangiocarcinom și cancer al colecistului	I	Biopsie ghidată imagistic	Doar cu aviz specializat	B	Pentru colangiocarcinomul intrahepatic sau cancerul de veziculă biliară avansat local/ inoperabil	RI - PC6	0	3
Radiologie intervențională	Oncologie	Formațiuni tumorale lipomatoase suspecte de părți moi	I	Biopsie percutană	Doar cu aviz specializat	?	Leziuni lipomatoase cu diametrul mai mare de 4cm. De obicei se pot realiza sub ghidaj ecografic, cele profunde pot necesita ghidaj CT. Biopsia excizională ar trebui să fie limitată la situațiile clinice precum tumori subcutanate mici sau leziuni cu aspect IRM diagnostic.	RI - PC6	0	3
Radiologie intervențională	Oncologie	Formațiuni de părți moi, cervicală, cu punct de plecare necunoscut	I	puncție citologică cu ac fin ghidată ecografic (PCAFGE)	Indicat	C	Pentru numeroși autori, prelevarea citologică trebuie repetată (2 determinări), dacă rezultatul primului examen este normal (benign).	RI - PC-D	0	0
Radiologie intervențională	Oncologie	Suspiciune carcinom cu celule renale	I	Biopsie percutană ecoghidată	Doar cu aviz specializat	B	Orice formațiune tisulară renală hipercaptantă este considerată suspectă, până la proba contrară. Biopsia percutană poate fi efectuată fie sub ghidaj ecografic, fie CT, în funcție de particularitățile anatomice sau morfotip.	RI - PB6	0	0
Radiologie intervențională	Oncologie	Tumoră renală	I	Ablatie prin radiofrecvență (RFA)	Doar cu aviz specializat	A	Reprezintă o alternativă la chirurgie, la pacienții în stadiul T1a, mai ales la pacienții cu alte comorbidități	RI - PC1	0	0
Radiologie intervențională	Oncologie	Tumoră renală	I	Crioablație	Doar cu aviz specializat	?		RI - PC1	0	0
Radiologie intervențională	Oncologie	Tumoră renală	I	Ablatie prin microunde	Doar cu aviz specializat	?	Oferă o zonă de ablație mai mare, într-un interval mai scurt de timp.	RI - PC1	0	0
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Accident vascular cerebral constituit (AVC)	A	Angiografie	Doar cu aviz specializat	B	Nu este de primă intenție. Indicat pentru detectarea și evaluarea gradului de stenoza intracraniană, pentru evidențierea unei oculuzii distale sau a unui vasospasm.	RI - PA-D	2	2
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Afectarea bazei craniului și nervilor cranieni (cu excepția nervilor optici 23A și a nervilor acustici 13A și 14A)	A	Angiografie	Doar cu aviz specializat	C	În anumite situații - excluderea unei fistule durale de ex.	RI - PA-D	2	2
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Cefalee acute brutale	A	Angiografie	Doar cu aviz specializat	A	Nu este examen de primă intenție. Se efectuează dacă angiCT/RM sunt negative.	RI - PA-D	2	2
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Aneurism intracranian rupt	A	Angiografie diagnostică și tratament endovascular	Doar cu aviz specializat	A	Alegerea tratamentului depinde de bilanțul morfologic (angiografie 3D), vârsta pacientului, starea clinică preoperatorie, necesitând o echipă multidisciplinară. Tratamentul endovascular va fi privilegiat.	Ri - PA - D	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Aneurism intracranian rupt	I	Tratament endovascular	Doar cu aviz specializat	B	Tratamentul endovascular este o alternativă la tratamentul chirurgical. Alegerea tratamentului se bazează pe un bilanț morfologic precis (angiografie 3D), pe vârsta pacientului, pe starea clinică preoperatorie. Decizia terapeutică implică o echipă mixtă - neuroradiolog intervenționist, neurochirurg și neuroanestezist. Tratamentul endovascular va fi privilegiat.	RI - PA1	3	4

Radiologie intervențională	Sistem nervos	Aneurism cerebral	I	Embolizare	Indicat	A	<p>Tratamentul endovascular este o alternativă la tratamentul chirurgical. Alegerea tratamentului se bazează pe un bilanț morfologic precis (angiografie 3D), pe vârsta pacientului, pe starea clinică preoperatorie. Decizia terapeutică implică o echipă mixtă - neuroradiolog intervenționist, neurochirurg și neuroanestezist. În cazul în care indicațiile de clipare chirurgicală sau embolizare au șanse egale de reușită se preferă embolizarea dar se va lua decizia și în funcție de opțiunea pacientului/familiei.</p> <p>Criterii favorabile tratamentului endovascular prin coiling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - localizare: circulația posterioară - colet îngust al aneurismului - forma unilobară a aneurismului - alți factori în favoarea tratamentului endovascular: vârsta peste 70 de ani, absența hematomului intraparenchimos - Situații particulare de rezolvare endovasculară: stentarea la nivelul coletului aneurismului se recomandă în cazurile în care coletul aneurismului este larg (mai mare de 2/3 din diametrul total) - se poate lua decizia de utilizare a dispozitivelor flow-diverter sau a coiling-ului susținut de stent în artera parentală în funcție de dispozitivele existente în spital <p>Criterii favorabile clipării neurochirurgicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - localizare: artera cerebrală medie, artera pericaloasă - aneurism de dimensiuni mari și/sau colet larg al aneurismului - ramuri arteriale cu origine în sacul aneurismal 	3	4
----------------------------	---------------	-------------------	---	------------	---------	---	---	---	---

Radiologie intervențională	Sistem nervos	AVC ischemic acut	I	Trombectomie mecanica	Indicat	A	<p>a. Pacienții eligibili pentru tromboliză intravenoasă trebuie să primească Actilyse chiar dacă se ia în considerare tratamentul endovascular</p> <p>b. Pacienții ar trebui să beneficieze de trombectomie mecanică cu stent retriever (Clasă I A) sau alte dispozitive de aspirație a trombului (Clasă II B) dacă întrunesc toate criteriile:</p> <p>(1) scor mRS anterior accidentului vascular cerebral de 0 sau 1</p> <p>(2) ocluzie simptomatică a arterei carotide interne (ACI) sau a segmentului M1 al arterei cerebrale medii (ACM)</p> <p>(3) vârsta ≥ 18 ani</p> <p>(4) scor NIHSS ≥ 6 puncte</p> <p>(5) scor ASPECTS ≥ 6 puncte</p> <p>(6) tratamentul poate fi inițiat (punție arterială) în primele 6 ore de la debutul simptomelor</p> <p>c. Utilizarea trombectomiei mecanice cu stent retriever poate fi acceptabilă pentru pacienți cu AVC ischemic acut atent selecționați la care tratamentul poate fi inițiat (punție arterială) în primele 6 ore de la debutul simptomelor și care au ocluzie simptomatică a segmentului M2 al ACM sau a segmentului M3 al ACM, sau a arterelor cerebrale anterioare (ACA), arterelor vertebrale (AV), arterei bazilare (AB) sau arterelor cerebrale posterioare (ACP) - (Clasă II B).</p> <p>d. Deși beneficiile sale nu sunt clare, utilizarea trombectomiei mecanice cu stent retriever poate fi acceptabilă la pacienți cu AVC ischemic acut la care tratamentul poate fi inițiat (punție arterială) în primele 6 ore de la debutul simptomelor și care au scor mRS anterior accidentului vascular cerebral >1 punct, ASPECTS <6 puncte sau NIHSS <6 puncte și ocluzie simptomatică a arterei carotide interne sau ACM proximale (M1).</p> <p>e. Pentru a efectua tratament endovascular la pacienții aflați în intervalul 6-24 de ore de la debutul simptomatologiei AVC, selecția trebuie efectuată cu respectarea strictă a criteriilor din studiile DAWN și DEFUSE-3</p> <p>f. Pentru pacienții cu ocluzie demonstrată imagistic de arteră bazilară, având în vedere severitatea prognosticului, se poate avea în vedere efectuarea tratamentului endovascular într-o fereastră de timp de maxim 12 ore, în funcție de particularitățile clinice și imagistice ale fiecărui pacient.</p>	RI - PA2	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Tromboza venoasa a sinusurilor vasculare cerebrale	I	Trombectomie mecanica	Doar în cazuri particulare	B	<p>Tratamentul endovascular al trombozei venoase cerebrale este de obicei rezervată cazurilor asociate cu tromboza extensiva și a lipsei ameliorării clinice sau a agravării simptomelor pe fondul tratamentului cu anticoagulante. În realizarea procedurii se pot utiliza tehnicile de trombaspirație, trombectomie mecanica cu stentriever, precum și angioplastie cu stent.</p>	RI - PA2	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Vasospasmul cerebral acut	I	Angioplastie cu balon	Doar în cazuri particulare	B	<p>Tratament de prevenție: Nimodipină 60 mg/4 ore p.os. Dacă administrarea orală este imposibilă se va administra iv. în doză similară</p> <p>Tratamentul vasospasmului cerebral :</p> <p>- terapia 3"H" (hipertensiune, hemodiluție, hiperhidratare)</p> <p>- în cazuri selecționate de echipa de medici neurolog, neurochirurg, radiolog intervențional și ATI se pot aplica și următoarele măsuri terapeutice:</p> <p>o Nimodipină intra-arterial pe cateter de angiografie</p> <p>o Angioplastie percutană cu balon în cazul vasospasmului rezistent la măsurile terapeutice standard</p>	RI - PA2	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Stenoza arteriala intracraniana	I	Angioplastie cu stent	Indicat	A	<p>În ciuda managementului medicamentos, stenozele arteriale intracraniene au un risc ridicat de producere și recurență a accidentului vascular cerebral ischemic. Pe baza datelor existente în literatura, ghidurile actuale recomandă angioplastia cu stent ca tratament inițial pentru pacienții cu stenoze intracraniene simptomatice.</p>	RI - PA5	3	4

Radiologie intervențională	Sistem nervos	Stenoza venoasa intracraniana	I	Angioplastie cu stent	Indicat	A	Stenozele venoase intracraniene au un risc ridicat de producere si recurenta a accidentului vascular cerebral ischemic. Pe baza datelor existente in literatura, ghidurile actuale recomanda angioplastia cu stent ca tratament initial pentru pacientii cu stenoze intracraniene simptomatice.	RI - PA3	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Malformatie arterio-venoasa cerebrala	I	Embolizare	Indicat	A	Au fost dezvoltate trei instrumente terapeutice, adesea complementare, pentru tratarea completa a malformatiilor arterio-venoase cerebrale. Prima este rezecția microchirurgicala. Aceasta poate fi efectuata în primul rând sau dupa embolizarea endovasculara pentru a reduce riscurile de sângerare în timpul intervenției chirurgicale si pentru a facilita îndepartarea completa si necomplicata. Al doilea este Gama Knife. Acest lucru se poate face, de asemenea, în principal sau dupa embolizare, pentru a reduce volum nidusului si potential pentru a îmbunătăți rata de obliterare nidala. Metoda principala este reprezentata de embolizarea endovasculara . Desi acesta este cel mai adesea folosit ca precursor al microchirurgiei sau radiochirurgiei, exista cazuri în care poate fi o terapie definitiva.	RI - PA4	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Malformatie arterio-venoasa spinala	I	Embolizare	Indicat	A	Opțiunile de tratament ale malformatiilor si fistulelor spinale sunt determinate de mărimea vaselor. Embolizarea endovasculara reprezinta prima linie de tratament în majoritatea cazurilor. Microchirurgia poate fi preferată dacă aferenta sau aferentele arteriale au dimensiuni prea reduse pentru navigația prin microcatheter.	RI - PA6	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Fistula arterio-venoasa cerebrala	I	Embolizare	Indicat	A	Au fost dezvoltate trei instrumente terapeutice, adesea complementare, pentru tratarea completa a fistulelor arterio-venoase cerebrale: interventia microchirurgicala, Gama Knife si embolizarea pe cale endovasculara. Metoda principala este reprezentata de embolizarea endovasculara care poate fi o terapie definitiva.	RI - PA4	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Tumori hipervascularizate cerebrale	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Embolizarea preoperatorie poate reduce în siguranta si eficient pierderile de sânge în timpul intervenției chirurgicale.	RI - PA7	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Tumori hipervascularizate spinale	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Embolizarea preoperatorie poate reduce în siguranta si eficient pierderile de sânge în timpul intervenției chirurgicale.	RI - PA7	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Tumori hipervascularizate din sfera ORL	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Managementul hemoragiei acute si a tumorilor vasculare ale capului si gâtului este adesea complex si necesita o abordare multidisciplinara. Embolizarea perioperatorie a tumorilor vasculare poate ajuta la reducerea sângerarilor intraoperatorii si a timpilor operatori.	RI - PA7	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Hematom cranian subdural	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Hematomul subdural cronic este unul dintre cele mai frecvente diagnoastice neurochirurgicale la adulți. Afecțiune este în mod fundamental provocata de afectarea vaselor de sânge meningeale. In cazuri selctionate se poate opta pentru managementul neuroendovascular minim invaziv, respectiv a embolizării endovasculare.	RI - PA8	3	4
Radiologie intervențională	Sistem nervos	Hemoragie acuta in sfera ORL	I	Embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Managementul hemoragiei acute si a tumorilor vasculare ale capului si gâtului este adesea complex si necesita o abordare multidisciplinara. Embolizarea perioperatorie a tumorilor vasculare poate ajuta la reducerea sângerarilor intraoperatorii ai a timpilor operatori.	RI - PA8	3	4
Radiologie intervențională	Traumatisme	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme hepatice hemodinamic instabile	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La un pacient hemodinamic foarte instabil care nu raspunde la umplere hemodinamicacondui ta trebuie sa fie chirurgicala în prima intentie.	RI - PB3	4	4
Radiologie intervențională	Traumatisme	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme hepatice hemodinamic stabile	I	Arteriografie cu embolizare	Indicat	B	Indică de urgență dacă a) se evidențiază extravazare de produs de contrast la CT (= sângerare activă); b) după laparotomie, persistă sângerarea arterială la un pacient stabil hemodinamic sau instabil, dar care răspunde bine la umplere. In caz de persistență a unei sângerari arteriale inaccesibile unui gest chirurgical de hemostază, embolizarea poate fi indicată ca gest de a doua intenție - gesturi terapeutice multidisciplinare . Embolizarea trebuie sa fie distala si selectiva.	RI - PB3	4	4

Radiologie intervențională	Traumatisme	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme renale hemodinamic instabile	I	Arteriografie cu embolizare	Doar în cazuri particulare	B	La un pacient hemodinamic foarte instabil și care nu răspunde la umplere tratamentul trebuie să fie chirurgical în prima intenție. La un pacient hemodinamic stabil sau instabil care reacționează bine la umplere dacă nu există extravazarea produsului de contrast la CT.	RI - PB3	4	4
Radiologie intervențională	Traumatisme	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa- traumatisme renale hemodinamic stabile	I	Arteriografie cu embolizare	Indicat	B	Arteriografia este indicată la pacienții hemodinamic stabili sau instabili, dar care răspund bine la umplere hemodinamică cu un traumatism de gradul I- IV ,dar în egala măsură pentru gradul V atunci când extravazarea produsului de contrast poate fi identificată prin CT (sangerare activă) mai ales atunci când este asociată cu hemoperitoneu semnificativ. Embolizarea este efectuată dacă sangerarea este obiectivată arteriografic. Embolizarea trebuie să fie selectivă pentru a delimita pierderea parenchimului renal.	RI - PB3	4	4
Radiologie intervențională	Traumatisme	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme splenice hemodinamic instabile	I	Arteriografie cu embolizare	Neindicat	B	La pacienți hemodinamic foarte instabili care nu răspund la embolizare conduita terapeutică trebuie să fie chirurgicală în urgență (prognostic vital în joc).	RI - PB3	4	4
Radiologie intervențională	Traumatisme	Traumatisme grave ale abdomenului cu hemoragie severa - traumatisme splenice hemodinamic stabile	I	Arteriografia cu embolizare	Indicat	B	Indicată dacă apar: a) extravazare de produs de contrast identificată la CT b) fara extravazare de produs de contrast identificabil prin CT. La un pacient stabil hemodinamic sau instabil, dar care răspunde bine la umplere, embolizarea este indicată de urgență la CT (sangerare activă). Poate fi discutată în scop profilactic la un pacient stabil fara sangerare activă în caz de : traumatism de grad ridicat 3 cu hemoperitoneu abundent care necesită transfuzii repetate sau de prezenta precoce de tip pseudoanevrism sau combinat în funcție de tipul de leziune de starea hemodinamică a pacientului. Embolizarea arterei splenice poate fi realizată în regiunea proximală - traumatisme grave- distale - afectare plurisistematică pseudoanevrismală sau combinată în funcție de tipul de leziune de starea pacientului și de experiența operatorului.	RI - PB3	4	4
Radiologie intervențională	Traumatisme	Politraumatism: hemoragie gravă asociată unei fracturi de bazin	I	Arteriografie cu embolizare	Doar cu aviz specializat	C	Indicată de primă intenție în absența vizualizării ecografice a punctului de plecare a hemoragiei abdominale[C]: în cazul intervenției chirurgicale imediate (politraumatism cu instabilitate hemodinamică), embolizarea poate fi propusă după meșajul preperitoneal (pre-peritoneal packing), în cazul persistenței sângerării arteriale inaccesibilă chirurgical[C]; este indicată în cazul extravazării substanței de contrast la examenul CT. Embolizarea poate fi proximală (ocluzie hipogastrică uni- sau bilaterală) sau selectivă în funcție de statusul hemodinamic al pacientului, în funcție de pierderile sanguine inițiale, de numărul de surse hemoragice identificate arteriografic[B]; embolizarea ar putea fi repetată în cazul recidivei hemoragice după încetarea vasospasmului[B]; de asemenea este indicată în toate cazurile, fiind importantă stabilizarea pelvină asociată (clampare, fixator extern) înainte de oprirea hemoragiei venoase[C]. Este tratamentul de elecție la pacienții cu stare hemodinamică instabilă și hemoragie pelvină demonstrată.	RI - PB3	3	4
Radiologie intervențională	Traumatisme	Politrauma (cu imobilizare prelungită)	I	Filtru vena cava	Indicat	B	Pacienții cu politraume ce impun imobilizarea prelungită la pa, în principal fracturi ale oaselor lungi, bazinului și coloanei vertebrale; Pacienții politrauma ce nu pot primi anticoagulante datorită riscului crescut de sangerare	RI - PB4	1	2