

[Click Here](#)







de interesse. 91. 91 QUADRIL AXIAL LATERAL (MÉTODO DANIELUS - MILLER) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Lateral do acetábulo, cabeça do fêmur, colo e área dos trocânteres. POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito dorsal, braços acima da cabeça, eleva a bacia com material radiotransparente de 3 a 5 cm, fletir a perna não afetada ao máximo possível para que não atrapalhe a visão da cabeça e ombro. Posicionar o eixo verticalmente paralelo ao colo do fêmur no sentido longitudinal. RC: Perpendicular direcionado ao colo do fêmur horizontalmente. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. QUADRIL AXIAL LATERAL MODIFICADO (MÉTODO CLEMENTS - NAKAYAMA) - ESPECIAL COM TRAUMA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Oblíqua do acetábulo, cabeça, colo e área dos trocânteres. 92. POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito dorsal, braços acima da cabeça, quadril afetado próximo a borda da mesa. Após a chassi na bandeja aberta verticalmente no sentido longitudinal ao colo, com inclinação de 15° em relação ao colo com o topo acima da crista ilíaca. RC: Perpendicular ao colo do fêmur. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. QUADRIL OBLÍQUAS POSTERIORES (MÉTODO DE JUDET) - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Borda superior e inferior do acetábulo e margem da cabeça do fêmur. POSIÇÃO DO PACIENTE: Semidecúbito dorsal com o corpo oblíquado de 35° a 40° para o lado afetado. RC: Perpendicular direcionado ao acetábulo. DFOFI: 100 cm COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. ARTICULAÇÃO SACROILÍACA AP AXIAL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Articulações sacroilíaca, L5-S1, sacro e cóccix. 93. 93 POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito dorsal, braços ao lado do corpo. RC: Cefálico de 30° a 35° direcionado de 4 a 5 cm abaixo do nível das EIAS. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: colimar toda área de interesse. ARTICULAÇÃO SACROILÍACA OBLÍQUAS POSTERIORES - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Articulação sacroilíaca afastada do filme, feitas em duas incidências para comparação. POSIÇÃO DO PACIENTE: Semidecúbito dorsal com o corpo oblíquado de 25° a 30°. OPD radiografa o lado esquerdo e OPE radiografa o lado direito. RC: Perpendicular direcionado ao nível das EIAS 2,5 cm medial. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. 94. 94 INCIDÊNCIAS RADIOGRÁFICAS DO ESQUELETO AXIAL - COLUNA VERTEBRAL 95. 95 COLUNA CERVICAL AP COM A BOCA ABERTA (TRANSORAL) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Corpo e dente de C2, corpo de C1 e articulação entre C1 e C2. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, dorso contra o bucky, braços ao lado do corpo, paciente com a boca aberta ao máximo possível mantendo uma linha imaginária que vai da arcada dentária superior à base inferior do pavilhão perpendicular ao filme. RC: Perpendicular direcionado ao filme. RC: Perpendicular direcionado ao filme. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. AP AXIAL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Vértebras de C3 a T3, corpos vertebrais, espaços vertebrais e processos espinhosos. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, braços ao lado do corpo, dorso contra o bucky e olhar no horizonte. RC: Cefálico de 15° a 20° direcionado a cartilagem 96. 96 tireóidea. Topo do chassi ao nível superior do pavilhão. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. LATERAL OU PERFIL (MÉTODO DE GRANDY) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Espaços articulares, corpos vertebrais e processos espinhosos. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, ombro contra o bucky, olhar no horizonte com o topo do chassi ao nível superior do pavilhão. RC: Perpendicular direcionado a cartilagem tireóidea ou 5° podálicos C7. DFOFI: 180 cm. COLIMAÇÃO: colimar toda área de interesse. OBLÍQUAS OAE e OAD ou OPD e OPE - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Corpos e forames vertebrais, espaço entre os pedículos e processos espinhosos. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, cabeça e corpo rodados a 45° com olhar no horizonte, em decúbito ventral assumir a posição de nadador. 97. 97 RC: Anteriores - de 15° a 20° podálico direcionado a cartilagem tireóidea; Posteriores - de 15° a 20° cefálico direcionado a cartilagem tireóidea. DFOFI: 180 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. 98. 98 LATERAL CERVICOTORÁCICA (método de twining) - PERFIL DO NADADOR ou MÉTODO DE POWLOW - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Corpos vertebrais de C4 a T3, espaços articulares e processos espinhosos. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, lado afetado próximo ao filme, fletir o cotovelo, apoiar antebraço sobre a cabeça e ombro contrário relaxado em depressão. RC: Perpendicular direcionado a C7 ou de 3° a 5° podálico. DFOFI: 180 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. LATERAL (PERFIL) EM DECUBITO DORSAL - BÁSICA (PACIENTE TRAUMATIZADO) - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Corpos vertebrais, espaços articulares e processos espinhosos. POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito dorsal sobre a mesa, chassi contra o ombro paralelo a coluna no sentido longitudinal ou colocar a marca em lado afetado próximo ao bucky, com os braços abaixados. RC: Perpendicular direcionado a cartilagem tireóidea. DFOFI: 180 cm se possível. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. LATERAL EM HIPERFLEXÃO OU HIPEREXTENSÃO - ESPECIAL 99. 99 ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Estudo funcional para demonstrar os movimentos das vértebras cervicais. POSIÇÃO DO PACIENTE: Em ortostática, abaixar o queixo ao máximo para hiperflexão e inclinar a cabeça para trás ao máximo para hiperextensão. RC: Perpendicular direcionado a cartilagem tireóidea. DFOFI: 180 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. AP OU PA PARA C1 E C2 - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Visualização do processo odontóide dentro do forame magno. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, decúbito dorsal ou ventral. PÉLO MÉTODO DE FUCH (1): Paciente em AP dorso contra a mesa ou bucky vertical. PÉLO MÉTODO DE JUDD(2): Paciente em PA contra a mesa de exames ou bucky vertical. Obs: Estudo da carneira crânio-raquiana ou goteira occipital RC: Perpendicular, paralelo a linha mentomeatal direcionado ao mento. 100. 100 DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. MÉTODO DE OTTONELLO - AP COM OSLCIAÇÃO DA MANDÍBULA (AUTOTOMOGRAFIA) - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Toda coluna cervical com borramento da mandíbula. 101. 101 POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, dorso contra a estativa, braços ao lado do corpo. Movimentar a mandíbula durante a exposição do RX assegure que a cabeça não se mova. RC: Perpendicular direcionado a cartilagem tireóidea. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. COLUNA TORÁCICA AP - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Corpos, articulações, e espaços vertebrais, processos transversos e espinhosos e sacro. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, decúbito ventral ou dorsal com os joelhos fletidos e braços ao lado do corpo. RC: Perpendicular direcionado ao nível das cristas ilíacas. 105. 105 DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar na margem superior e inferior do chassi e em 12 cm nas laterais. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. OBLÍQUAS OAD, OAE, OPD e OPE - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Articulações interofisárias abertas, OPD e OPE mostram a face inferior e OAD e OAE a superior. 106. 106 POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, semidecúbito ventral ou dorsal com o corpo rodado a 45°, nas anteriores assumir a posição de nadador. RC: Perpendicular direcionado em L3 ao nível de 3 a 4 cm acima da crista ilíaca. DFOFI: 100 cm; COLIMAÇÃO: Colimar na margem superior e inferior do chassi e a 15 cm nas laterais. Atenção, quando o paciente apresentar uma cifose acentuada, abrir mais a colimação. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração ou respiração lenta para borrar as costelas. OBLÍQUAS OAD, OAE, OPD e OPE - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Corpos vertebrais, articulações zigomórficas, com a coluna mais próxima do filme nas posteriores. POSIÇÃO DO PACIENTE: Alinhar o plano axilar médio ao raio central e linha da mesa. Rotacionar o paciente em 20° criando uma linha para borrar as relações à mesa de exames. Flexionar quadril, joelho e braço para estabilizar o paciente na posição. OBLÍQUA POSTERIOR EM DECUBITO-OPE ou OPD: O braço mais próximo da mesa deve estar elevado e anterior. O membro contralateral deverá estar para baixo e posterior; OBLÍQUA ANTERIOR EM DECUBITO-OAD ou OAE: O braço mais próximo da mesa deverá estar para baixo e posterior. O membro contralateral deverá estar elevado e anterior; 103. 103 OBLÍQUA ANTERIOR EM ORTOSTÁTICA: O paciente deverá ser posicionado em rotação de 20°. O membro próximo ao chassi deverá estar apoiado bucky vertical e o membro contralateral flexionado e apoiado na cabeça. RC: Perpendicular direcionado a T7, topo do chassi de 3 a 5 cm acima do ombro. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar na margem superior e inferior do chassi e em 15 cm nas laterais. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração ou respiração lenta para borrar as costelas. 104. 104 COLUNA LOMBAR AP ou PA - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Corpos vertebrais, articulações intervertebrais, processos transversos e espinhosos e sacro. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, decúbito ventral ou dorsal com os joelhos fletidos e braços ao lado do corpo. RC: Perpendicular direcionado ao nível das cristas ilíacas. 105. 105 DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar na margem superior e inferior do chassi e em 12 cm nas laterais. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. OBLÍQUAS OAD, OAE, OPD e OPE - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Articulações interofisárias abertas, OPD e OPE mostram a face inferior e OAD e OAE a superior. 106. 106 POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, semidecúbito ventral ou dorsal com o corpo rodado a 45°, nas anteriores assumir a posição de nadador. RC: Perpendicular direcionado em L3 ao nível de 3 a 4 cm acima da crista ilíaca. DFOFI: 100 cm; COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. OBS.: O PEDÍCULO QUANDO VISUALIZADO POSTERIORMENTE AO CORPO DA VERTEBRA INDICA OBLÍQUIDADE EXCESSIVA E ANTERIORMENTE ROTAÇÃO INSUFICIENTE. LATERAL OU PERFIL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Corpos vertebrais, articulações intervertebrais, processos espinhosos e sacro. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito lateral com os joelhos fletidos. 107. 107 RC: Perpendicular direcionado ao nível das cristas ilíacas. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar os quatos lados de interesse. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. TRANSIÇÃO LOMBOSSACRAL LATERAL OU PERFIL DE L5 / S1 - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Espaço articular de L4 - L5 e L5 - S1 POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito lateral, braços acima da cabeça e joelhos fletidos. RC: Centralizado 4 cm inferiormente à crista ilíaca e 5 cm posteriormente à EIAS. COM SUPORTE PARA COLUNA: raio central perpendicular; COM SUPORTE INSUFICIENTE: de 5 a 8 graus de angulação caudal. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar os quatos lados de interesse. 108. 108 RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. ARTICULAÇÃO SACROILÍACA AP AXIAL (FERGUSON) - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Articulações de L5 - S1 e sacroilíacas. POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito dorsal, e braços ao lado do corpo. RC: Cefálico a 30° para homem e 35° para mulher, direcionado a L5- S1. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar os quatos lados incluindo as sacroilíacas. 109. 109 RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. COLUNA TOTAL ESCOLIOSE AP OU PA - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Coluna torácica e lombar para avaliar curvatura lateral anormal (escoliose). POSIÇÃO DO PACIENTE: Em ortostática, braços ao lado do corpo, pés ligeiramente afastados. Filme 35 x 43 ou 35 x 90, posicionar a borda inferior do chassi 3 ou 5 cm abaixo da crista ilíaca. RC: Perpendicular direcionado a um ponto médio do chassi. DFOFI: 100 cm ou telerradiografia para chassi 35 x 90. 110. 110 COLIMAÇÃO: Colimar na margem superior e inferior do chassi e em15 cm nas laterais. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. OBS.: O PACIENTE DEVERÁ ESTAR DESCALÇO PARA REALIZAR ESSE EXAME. LATERAL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Coluna torácica e lombar para demonstrar possíveis espondilítes (deslocamento anterior de uma vértebra) ou graus de cifose e lordose. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, braços ao lado do corpo, pés afastados e face lateral contra bucky vertical. Borda inferior do chassi 3 a 5 cm abaixo da crista ilíaca. FILMES 35 x 43 ou 35 x 90. RC: Perpendicular direcionado a um ponto médio do chassi. DFOFI: 100 cm ou telerradiografia para filmes 35 x 90. 110. 110 COLIMAÇÃO: Colimar na margem superior e inferior do chassi e em15 cm nas laterais. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. OBS.: O PACIENTE DEVERÁ ESTAR DESCALÇO PARA REALIZAR ESSE EXAME E A REGIÃO DA CURVATURA ANORMAL DEVERÁ ESTAR ENCOSTADA NO BUCKY VERTICAL. AP COM ELEVAÇÃO DO LADO CONVEXO (MÉTODO DE FERGUSON) ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Coluna torácica e lombar para identificar curva deformante da curva compensatória. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou sentado com suporte de 8 a 10 cm em baixo do pé ou quadril do lado convexo da curva, braços ao lado do corpo. Borda inferior do chassi de 3 a 5 cm abaixo da crista ilíaca. RC: Perpendicular direcionado a um ponto médio do chassi. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar os quatos lados de interesse. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. 111. 111 AP OU PA COM INCLINAÇÃO (MÉTODO DE ABEL - PA) para escoliose ou fusão vertebral) ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Coluna torácica e lombar com inclinação lateral. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, braços ao lado do corpo, alinhar o plano médio sagital do paciente com o da mesa e curvar para a direita e esquerda o máximo possível. Borda inferior do chassi 3 a 5 cm abaixo a crista ilíaca. RC: Perpendicular direcionado a um ponto médio do chassi. DFOFI - 100 a 150 cm. COLIMAÇÃO: Colimar nas bordas do filme. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. LATERAL COM HIPEREXTENSÃO E HIPERFLEXÃO - para fusão vertebral (MÉTODO DE KNUFSON) ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Demonstrar a mobilidade da fusão vertebral. POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito dorsal ou ortostática sentado em um banco com o plano coronal alinhado ao filme. Hiperflexão - sem mover a polve colocar o paciente em posição fetal; Hiperextensão - sem mover a polve inclinar o paciente para trás o máximo possível. RC: Perpendicular direcionado de 3 a 4 cm acima da crista ilíaca. DFOFI: 100 cm. 112. 112 COLIMAÇÃO: Colimar os quatos lados da área de interesse. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. SACRO e CÓCCIX AP AXIAL DO SACRÔ (MÉTODO DE FERGUSON) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Vista frontal do sacro e L5 - S1. POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito dorsal com as pernas estendidas. RC: Cefálico a 15° direcionado entre a espinha ilíaca e a sínfise púbica. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar os quatos lados de interesse. 113. 113 RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. AP AXIAL DO CÓCCIX - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Cóccix livre de auto - superposição. POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito dorsal com as pernas estendidas. RC: Podálico de 10° a 15° direcionado 5 cm acima da sínfise púbica. COLIMAÇÃO: Colimar os quatos lados de interesse. RESPIRAÇÃO: Apnéia em expiração. LATERAL OU PERFIL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: L5-S1, sacro e cóccix. POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito lateral com joelhos fletidos. RC: Perpendicular direcionado ao nível da espinha ilíaca para o sacro e 5 cm inferior para o cóccix. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar os quatos lados de interesse. RESPIRAÇÃO - Apnéia em expiração. 114. 114 INCIDÊNCIAS RADIOGRÁFICAS DO ESQUELETO AXIAL 116. 116 OBLÍQUA ANTERIOR DIREITA - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Esterno superposto a área cardíaca. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, braços ao lado do corpo, paciente rodado de 15° a 20° com o lado direito tocando o bucky e topo do chassi a 4 cm acima da incisura jugular. RC: Perpendicular direcionado a um ponto médio entre a coluna vertebral e a lateral esquerda do paciente e entre a incisura jugular e o apêndice xifóide. DFOFI:100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar rigorosamente os quatos lados. RESPIRAÇÃO: Expir durante expiração lenta com técnica para melhor detalhe. LATERAL OU PERFIL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Todo o esterno em perfil. POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito dorsal ou ortostática com os ombros para trás com a lateral contra o filme. RC: Perpendicular direcionado ao meio do esterno. DFOFI: 180 cm. COLIMAÇÃO: Colimar os quatos lados de interesse. RESPIRAÇÃO: Apnéia em inspiração. 117. 117 ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR PA-BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Vista frontal das articulações esternoclaviculares. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, braços ao lado do corpo. RC: Perpendicular direcionado ao nível de T2 - T3. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. RESPIRAÇÃO: Apnéia em inspiração. ARTICULAÇÕES ESTERNOCLAVICLAIRES - OBLÍQUAS ANTERIORES 118. 118 ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Vista das articulações mais próximas do filme sem superposição das costelas. POSIÇÃO DO PACIENTE: Decúbito ventral com rotação do tórax de 15° a 20°, posição de nadador. RC: Perpendicular direcionado ao nível de T2 - T3. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar toda área de interesse. RESPIRAÇÃO: Apnéia em inspiração. CAIXA TORÁCICA COSTELAS POSTERIORES AP - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Costelas acima e abaixo do diafragma. POSIÇÃO DO PACIENTE: COSTELAS ACIMA DO DOAFRAGMA: Ortostática com braços ao lado do corpo com o topo chassi 5 cm acima dos ombros. COSTELAS ABAIXO DO DOAFRAGMA: Decúbito dorsal com a base do chassi ao nível das cristas ilíacas. RC: Perpendicular direcionado a T7 quando acima do diafragma e entre o apêndice xifóide e a base da caixa torácica quando abaixo do diafragma. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens da caixa torácica. RESPIRAÇÃO: PARA COSTELAS ACIMA DO DIAFRAGMA: Apnéia em inspiração. PARA COSTELAS ABAIXO DO DIAFRAGMA: Apnéia em expiração. 119. 119 COSTELAS ANTERIORES PA - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Vista frontal das costelas anteriores. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, braços ao lado do corpo e rodados para frente com o chassi 5 cm acima dos ombros. RC: Perpendicular direcionado a T7. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens da caixa torácica. RESPIRAÇÃO: Apnéia em inspiração. OBLÍQUAS POSTERIORES E 120. 120 ANTERIORES - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Vistas das curvas laterais das costelas. OBLÍQUAS POSTERIORES: O lado afetado fica próximo ao filme. OBLÍQUAS ANTERIORES: o lado afetado fica afastado do filme. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito com o paciente rodado a 45° em relação ao filme. PACIENTE EM ORTOSTÁTICA: Lesão em costelas acima do diafragma. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL: Lesão para costelas abaixo do diafragma. RC: Perpendicular direcionado entre a margem lateral do paciente e a coluna ao nível de T7 quando acima do diafragma com o topo do filme 5 cm acima do ombro e a meio caminho entre o apêndice xifóide e a parte inferior da caixa torácica quando abaixo do diafragma com a margem inferior do filme ao nível das cristas ilíacas. DFOFI:100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as bordas do filme. RESPIRAÇÃO: ACIMA DO DIAFRAGMA: Apnéia em inspiração. ABAIXO DO DIAFRAGMA: Apnéia em expiração. OBS.: Lesões do lado direito OPD e OAE. Lesões do lado esquerdo OPE e OAD. 121. 121 No posicionamento para costelas se o paciente apresentar lesões no arco costal anterior direito, o posicionamento será em OBLÍQUA ANTERIOR ESQUERDA. Ao encostar o lado esquerdo no bucky, a imagem radiográfica final será do lado afetado do paciente. Esse mesmo raciocínio serve para quando o lado lesionado for o esquerdo. Com o lado direito encostado no bucky, o lado lesionado (esquerdo) será retratado na imagem final. A REGRA DO LADO DE INTERESSE MAIS PRÓXIMO AO FILME NÃO É VÁLIDA PARA AS OBLÍQUAS ANTERIORES. Se a lesão do paciente está nas costelas posteriores, o lado afetado será colocado mais perto do filme. Exemplo: LESÃO NO ARCO COSTAL POSTERIOR DIREITO: posicionamento em oblíqua posterior esquerda; A REGRA DO LADO DE INTERESSE MAIS PRÓXIMO AO FILME É VÁLIDA PARA AS OBLÍQUAS POSTERIORES. 123. 123 INCIDÊNCIAS RADIOGRÁFICAS PARA ESQUELETO AXIAL 124. 124 CRÂNIO AP AXIAL (método de Towne, Breton, Reverchica ou fronto nasal) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Occipital, pirâmides petrosas, forame magno e clínoides posteriores. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, braços ao lado do corpo, abaixar o queixo para colocar LIOM ou LOM perpendicular ao filme. RC: Podálico a 37° direcionado a glabella para LIOM e 30° direcionado a 6 cm acima da glabella para LOM. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens externas do crânio. PA AXIAL ou NUÇO FRONTAL (método de HAAS, alternativa) - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Occipital, pirâmides petrosas, forame magno e clínoides posteriores. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, frontal e nariz tocando a mesa, mãos pronadas ao lado do rosto e fletir o pescoço para colocar LIOM ou LOM perpendicular ao filme. RC: Cefálico 25° a LOM ou 18° a LOM passando ao nível do conduto auditivo. DFOFI:100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens externas do crânio. 125. 125 LATERAL OU PERFIL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Parietais, sela túrcica, clínoídes e asa do esfenóide. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou semidecúbito dorsal, face lateral tra o filme, alinhar LIP perpendicular ao filme e LIOM perpendicular a borda lateral do filme. RC: Perpendicular direcionado 5 cm acima do conduto auditivo. DFOFI:100 cm. COLIMALÇÃO: Colimar as margens externas do crânio. PA AXIAL (método de CALDWELL) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Asas do esfenóide, frontal, seios frontais e etmoidais, fissuras orbitais, margem orbital e crista gali. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, frontal e nariz tocando o bucky, mãos pronadas ao lado do rosto com o queixo fletido para colocar a LOM perpendicular ao filme. RC: Podálico a 15° saindo no náso ou de 25° a 30° para visualizar melhor as fissuras orbitais e margem orbital. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens externas do crânio. 126. 126 PA-BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Frontal, crista gali, cristas petrosas, asas do esfenóide e seios frontais e etmoidais. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, face anterior próxima ao filme e abaixar o queixo para colocar a LIOM ou LOM perpendicular ao filme. RC: Perpendicular direcionado para sair na glabella para LOM e no náso para LIOM. Obs.: O RC para LIOM as cristas petrosas serão visualizadas nos terços médios inferiores das órbitas. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens externas do crânio. SUBMENTOVERTICE (método de HIRTZ) OU AXIAL - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Forame oval, conduto auditivo, seios da face, mastóides, cristas petrosas, palato duro, forame magno e occipital. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, decúbito dorsal ou sentado, topo da cabeça contra o filme, hiperextender o pescoço até que a LIOM fique paralela ao filme. RC: Perpendicular ao filme e a LIOM direcionado, centralizado ao plano médio sagital passando 2 cm anterior ao conduto auditivo. DFOFI:100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens externas do crânio. 127. 127 SELA TURCA LATERAL OU PERFIL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Sela, processos clínoídes, dorso e clívus. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, lateral do crânio contra o bucky. LIP perpendicular ao filme e LIOM perpendicular a borda do filme. RC: Perpendicular direcionado 2 cm superior e anterior ao MAE. DFOFI - 100 cm. COLIMAÇÃO - Colimar em 10 cm². AP AXIAL (MÉTODO DE REVERCHON) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Dorso da sela, clínoídes, forame magno e occipital. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, abaixar o queixo para colocar LIOM perpendicular ao filme. RC: Podálico a 37° para dorso da sela e clínoídes posteriores e 30° para clínoídes anteriores direcionado a glabella. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar em 10 cm². 128. 128 AXIAL PA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Dorso da sela, cristas petrosas e clínoídes. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, frontal e nariz contra o bucky e mãos pronadas ao lado do rosto paralela a LOM. RC: Cefálico de 10° a 25° saindo na glabella. DFOFI - 100 cm. COLIMAÇÃO - Colimar em 10 cm². OSSOS DA FACE LATERAL OU PERFIL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Asas do esfenóide, sela, zigoma, mandíbula e tetos orbitais. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, lateral contra o bucky. RC: Perpendicular direcionado ao zigoma. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: colimar a área da face. 129. 129 PARIETOCANTIAL (método de WATERS - mentonaso) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Borda inferior da órbita, maxilas, septo nasal e zigomáticos. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, hiperextender o queixo tocando o bucky mantendo a LMM perpendicular ao filme. RC: Perpendicular ao filme saindo no acântion. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar a área da mandíbula. 136. 136 MANDÍBULA AP AXIAL (método de TOWNE) - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Arcos zigomáticos do lado de interesse. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, topo da cabeça contra o filme, pescoço hiperextendido para colocar LIOM paralela ao filme com a cabeça rodada e inclinada em 15° para o arco afetado. RC: Perpendicular direcionado ao arco de interesse. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: colimar as bordas do arco de interesse. ARCO ZIGOMÁTICO AP AXIAL (TOWNE modificado) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Arcos zigomáticos POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, abaixar o queixo para colocar LIOM ou LOM perpendicular ao filme. RC: Podálico 37° a LIOM ou 30° a LOM ao nível dos arcos. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: colimar as margens do crânio. 134. 134 OSSOS DA FACE - FORAMES ÓPTICOS PARIETO ORBITAL (método de RHESE) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Corte transversal dos canais ósticos. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, com ponto de referência apoiar o queixo, nariz e bochecha contra a mesa, mantendo a linha sagital do paciente 53° com o filme e a LAM perpendicular ao filme. RC: Perpendicular ao filme direcionado a face inferior da órbita. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar em 10 cm². OBS.: EXAME COMPARATIVO DAS DUAS ORBITAS OSSOS DA FACE - MANDÍBULA AXIAL LATERAL (BELLOT) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Ramos, corpo e mento da mandíbula próximo ao filme. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, decúbito dorsal ou decúbito lateral, colocar a cabeça em posição lateral e rodada com o pescoço estendido. Rotação em 30° demonstra o corpo; Rotação em 45° demonstra o mento; Rotação de 10° a 15° para estudo geral. 135. 135 RC: Cefálico a 25° direcionado a região de interesse. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar rigorosamente a área da mandíbula. PA E PA AXIAL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: PA - ramos mandibulares e porção lateral do corpo; PA AXIAL - ramos proximais, faces laterais do corpo e condólios. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, colocar a LOM perpendicular ao filme direcionado para sair na junção dos lábios; PA AXIAL - cefálico de 20° a 25° direcionado para sair no acântion. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar a área da mandíbula. 136. 136 MANDÍBULA AP AXIAL (método de TOWNE) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Condólios e fossas temporomandibulares. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, LIOM ou LOM perpendicular ao filme. RC: Podálico de 35° a 40° direcionado a glabella saindo a meio caminho entre o meato e gônio. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar a área da mandíbula. SUBMENTOVERTICE - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Mandíbula, processos coronóide e condilóide. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, hiperextender o pescoço até que a LIOM esteja paralela ao filme com o topo da cabeça contra o filme. RC: Perpendicular direcionado a meio caminho entre os ângulos da mandíbula. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar a área da mandíbula. 137. 137 AP AXIAL (método de TOWNE modificado) ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Processos condilóides e fossa temporomandibulares. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, com LIOM ou LOM perpendicular ao filme. RC: Podálico 42° a LIOM ou 35° a LOM direcionado ao nível das ATMs. DFOFI :100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens das ATMs. OSSOS DA FACE - ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR OBLÍQUA AXIAL LATERAL (MÉTODO DE LAW MODIFICADO) - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Articulação temporomandibular com a boca aberta e fechada. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, face de interesse próximo ao filme, manter LIOM 138. 138 perpendicular à borda do filme e rodar a cabeça em 15° em direção ao filme. RC: Podálico a 15° direcionado 4 cm acima do mento saindo na ATM próxima ao filme. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens da ATM rigorosamente. AXIAL LATERAL (SCHULLER) - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Articulações temporomandibulares com a boca aberta e fechada. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, face examinada próxima ao filme, LIOM perpendicular a borda do filme com a cabeça em uma lateral verdadeira. RC: Podálico de 25° a 30° direcionado 1,3 cm anterior e 5 cm superior ao meato oposto e saindo na ATM próxima ao filme. DFOFI: 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar rigorosamente as margens da ATM. FACE - SEIOS PARANASAIS LATERAL OU PERFIL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Seios esfenoidais, frontais, etmoidais e maxilas superpostos. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática com a face lateral próxima ao filme em uma lateral verdadeira. RC: Perpendicular direcionado a meio caminho entre o canto externo da órbita e o meato. DFOFI - 100 cm. 139. 139 COLIMAÇÃO: Colimar incluindo todos os seios. PA (método de CALDWELL) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Seios frontais, etmoidais e maxilas. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, face anterior próxima ao filme com as mãos pronadas ao lado do rosto, manter a LIOM em 8° em relação ao filme ou LOM em 15°. RC: Perpendicular ao filme direcionado para sair no náso. DFOFI - 100 cm. PARIOCANTIAL (método de WATERS - mentonaso) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Seios maxilas, frontais e fossas nasais. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, face anterior próxima ao filme, mantendo a LMM perpendicular ao filme. RC: Perpendicular direcionado para sair no náso. 140. 140 DFOFI - 100 cm. COLIMAÇÃO - colimar as margens dos seios. SUBMENTOVERTICE (HIRTZ) - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Seios frontais, maxilas, esfenoidais e etmoidais e fossas nasais. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, hiperextender o pescoço com o topo da cabeça próxima ao filme mantendo a LIOM paralela ao filme. RC: Perpendicular ao filme entre os ângulos da mandíbula. DFOFI - 100 cm. COLIMAÇÃO - colimar as margens dos seios. 141. 141 PARIETOCANTIAL COM A BOCA ABERTA - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Seios maxilas, frontais e esfenoidais visualizados dentro da boca e fossas nasais. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática, face anterior próxima ao filme mantendo LMM perpendicular ao filme com a boca aberta. RC: Perpendicular direcionado para sair no acântion. DFOFI - 100 cm. COLIMAÇÃO - colimar as margens dos seios. MASTÓIDES OBLÍQUA AXIAL LATERAL - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Vista lateral das células aéreas da mastóide próxima ao filme. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral face lateral de interesse próximo ao filme. LIOM perpendicular à 142. 142 borda do filme com a cabeça rodada a 15° em direção ao filme. RC: Podálico a 15° direcionado a extremidade mastóide inferior. DFOFI - 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar em 10 cm². OBLÍQUA AXIAL ANTERIOR (métodos de STENVERS) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Osso petroso em perfil, labirinto ósseo, cavidade timpânica e células mastóideas. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, face lateral de interesse próxima ao filme. LIOM perpendicular à borda do filme com a cabeça rodada e inclinada em 45° em direção ao filme. RC: Cefálico a 12° direcionado para sair na extremidade próxima ao filme. DFOFI - 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar em 10 cm². AP AXIAL (método de TOWNE) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Pirâmides petrosas, células da mastóide e labirinto ósseo. 143. 143 POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal mantendo a LIOM ou LOM perpendicular ao filme. RC: Podálico a 37° para LIOM ou 30° para LOM direcionado a 5 cm acima da glabella saindo ao nível do meato. DFOFI - 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens externas do crânio. AXIAL LATERAL (método de SCHULLER) - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Células da mastóide e labirinto ósseo mais próximo ao filme. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito ventral, face lateral de interesse próxima ao filme, LIOM perpendicular à borda do filme com a cabeça rodada e inclinada em 45° para o arco afetado. RC: Perpendicular direcionado ao arco de interesse. DFOFI - 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar em 10 cm². OBLÍQUA AXIAL POSTERIOR (método de ARCELLIN ou STENVERS invertido) - ESPECIAL 144. 144 ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Vista completa da porção petrosa mais afastada, alinhada paralela ao filme. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal. LIOM perpendicular ao filme, rodar a cabeça para o lado oposto de interesse. RC: Podálico a 10° direcionados 2,5 cm anterior e 2 cm superior ao meato próximo de interesse. DFOFI - 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens de interesse rigorosamente. AXIAL LATERAL OBLÍQUA (método de MAYER e modificado de OWEN) - ESPECIAL ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Vista da porção petrosa mais próxima do filme, células mastóideas, antro e labirinto ósseo. POSIÇÃO DO PACIENTE: Ortostática ou decúbito dorsal, LIOM perpendicular ao filme com a cabeça rodada a 45° para o lado de interesse para MAYER ou de 30° a 40° para OWEN. RC: Podálico a 45° para MAYER ou de 30° a 40° para OWEN direcionado 7,5 cm acima do arco superciliar passando 2,5 cm anterior ao meato mais próximo do filme. DFOFI - 100 cm. 145. 145 COLIMAÇÃO: Colimar em 10 cm². OSSOS TEMPORAIS e PIRÂMIDES PETROSAS AP AXIAL (TOWNE) e SUBMENTOVERTICE (HIRTZ) - BÁSICA ESTRUTURAS MAIS DEMONSTRADAS: Pirâmides petrosas bilaterais, canais auditivos, labirinto ósseo e cavidade timpânica. POSIÇÃO DO PACIENTE: AP AXIAL - ortostática ou decúbito dorsal com o queixo abaixado para colocar LIOM perpendicular ao filme; SUBMENTOVERTICE - ortostática ou decúbito dorsal, com topo da cabeça próxima ao filme colocando a LIOM paralela ao filme. RC: AP AXIAL - podálico a 37° direcionado à da glabella passando 2,5 cm anterior ao meato; SUBMENTOVERTICE - perpendicular direcionado ao nível dos ângulos da mandíbula. DFOFI - 100 cm. COLIMAÇÃO: Colimar as margens do crânio. 146. 146 ROTINAS BÁSICAS DE POSICIONAMENTO SEGUNDO O TRATADO DE TÉCNICAS RADIOLÓGICAS. TORAX - PA e LATERAL VIAS AEREAAS SUPERIORES - AP e LATERAL ABDOME - AP em DECUBITO DORSAL RAA - TORAX PA, ABDOME em DECUBITO DORSAL e ABDOME em AP ORTOSTÁTICA 147. 147 DEDOS DA MÃO DO 2º AO 5º - PA, LATERAL e OBLÍQUA POLEGAR - AP, LATERAL e OBLÍQUA MÃO - PA, LATERAL e OBLÍQUA MÃO e PUNHO PARA IDADE OSSEEA - PA COMPARATIVA PUNHO - PA, LATERAL e OBLÍQUA ANTEBRAÇO - AP e LATERAL COTOVELO - AP e LATERAL OMBRO - AP COM ROTAÇÃO EXTERNA e INTERNA OMBRO em TRAUMATISMO - AP COM ROTAÇÃO NEUTRA, LATERAL ESCAPULAR ou TRANSORÁCICA CLAVÍCULA - AP e AP AXIAL ART. ACROMIO-CLAVICULAR - AP BILATERAL COM E SEM ESTRESSE ESCAPULA - AP e LATERAL 148. 148 DEDOS DOS PÉS - AP, LATERAL e OBLÍQUA PE - AP, LATERAL e OBLÍQUA CALCÂNEO - AXIAL e LATERAL TORNOZELO - AP, AP DO ENCAIXE, LATERAL e OBLÍQUA PERNA - AP e LATERAL JOELHO - AP, LATERAL e OBLÍQUA PATELA - PA, LATERAL e TANGENCIAL FOSSA INTERCONDILAR - PA AXIAL FÊMUR - AP e LATERAL PELVE (BACIA) - AP e AP PERNA DE RÁ, PARA TRAUMATISMO APENAS AP QUADRIL - AP e AXIAL LATERAL ART. SACRO-ILÍACA - AXIAL AP e OBLÍQUAS COLUNA CERVICAL - AXIAL AP, TRANSORAL, LATERAL e OBLÍQUAS 149. 149 COLUNA DORSAL OU TORÁCICA - AP e LATERAL COLUNA LOMBAR - AP, LATERAL OBLÍQUAS SACRO e CÓCCIX - AXIAL AP e LATERAL ROTINA PARA ESCOLIOSE - AP e LATERAL SELA TURCICA - AXIAL AP e LATERAL OSSOS DA FACE - CALDWELL, WATERS e LATERAL OSSOS NASAIS - WATERS e LATERAL 150. 150 ARCOS ZIGOMÁTICOS - AXIAL AP SUBMENTOVERTICE e TANGENCIAL FORAME ÓPTICO - RHESE, CALDWELL e WATERS MANDÍBULA - AXIAL LATERAL, PA e AXIAL AP ATMS - AXIAL LATERAL e OBLÍQUA AXIAL LATERAL SEIOS DA FACE - CALDWELL, WATERS e LATERAL MASTÓIDES - OBLÍQUA AXIAL LATERAL, OBLÍQUA AXIAL ANTERIOR e AXIAL AP 100%(1)100% acharam este documento útil (1 voto)488 visualizaçõesO documento fornece uma introdução sobre radiologia, abordando conceitos como: 1) O papel do técnico em radiologia e suas responsabilidades; 2) Os principais equipamentos radiológicos como ...Selma Maria do Nascimento Titulo e descrição aprimorados por IASalvarSalvar INTRDUÇÃO A INCIDÊNCIAS RADIOLÓGICAS para ler100%100% acharam este documento útil, undefined