

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2011
111 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde



NÚMERO: 050/2011

DATA: 27/12/2011

ASSUNTO: Prescrição Imagiológica da Cabeça e Pescoço: Tomografia Computadorizada Crânio-encefálica

PALAVRAS-CHAVE: Tomografia; Crânio; Encéfalo

PARA: Médicos do Sistema Nacional da Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do seu Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

I – NORMA

1. Está indicada a realização de tomografia computadorizada crânio-encefálica nas seguintes situações:
 - a) nos doentes com cefaleia que apresentem as seguintes características:
 - i. cefaleia persistente e localizada, recorrente e na mesma localização;
 - ii. cefaleia associada a náuseas e vômitos, confusão mental e obnubilação ou outras perturbações de consciência (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C);
 - iii. cefaleia localizada e associada a febre/síndrome infeccioso;
 - iv. cefaleia associada a sinais meníngeos (rigidez da nuca, sinal de *Kernig*, sinal de *Brudzinski*) (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C);
 - v. cefaleia associada a edema papilar (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C);
 - vi. cefaleia súbita e violenta, eventualmente desencadeada em situação de esforço (eventualmente associada a rigidez da nuca) (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C);
 - vii. cefaleia associada a hemorragia sub-hialóideia (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C);
 - viii. cefaleia associada a enxaqueca, quando ocorre um episódio de maior intensidade e persistência (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C);
 - ix. na enxaqueca associada a perturbações neurológicas ou na enxaqueca com “aura” e persistente (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C);
 - x. cefaleia após queda ou pancada com traumatismo na cabeça (mesmo que não violenta), particularmente em doentes idosos (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C);

- x. cefaleias associadas a patologia cerebrovascular (hematoma cerebral, trombose dos seios venosos, encefalopatia hipertensiva, hemorragia subaracnóideia, etc.) (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C);
 - xii. cefaleia da arterite temporal (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C);
 - xiii. cefaleia cervicogénica (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C);
 - xiv. cefaleia ortostática (hipotensão de líquido) (Grau de recomendação IIa, Nível de evidência C).
- b) nos doentes com défices neurológicos focais que apresentem as seguintes características:
- i. hemiparesia;
 - ii. hemiplegia facial (paresia facial central), braquial ou crural;
 - iii. hemianestesia;
 - iv. défice funcional de nervo craniano:
 - (i). perturbações do olfato;
 - (ii). alteração da acuidade visual sem causa oftalmológica, alterações campimétricas;
 - (iii). diplopia, défice da óculo-motricidade, nistagmo, estrabismo, ptose palpebral, alterações dos reflexos pupilares;
 - (iv). alterações da sensibilidade dolorosa da face, alteração dos reflexos corneano e/ou masseteriano, alterações dos músculos mastigadores;
 - (v). alterações da motricidade facial, alterações do gosto;
 - (vi). alterações da acuidade auditiva, perturbações do equilíbrio;
 - (vii). disfagia, perturbações da deglutição, fonação ou da articulação verbal, rouquidão por paresia de corda vocal não relacionada com a estrutura em si;
 - (viii). alterações da força do esternocleidomastóideo ou do trapézio.
 - v. outras alterações detectadas no exame neurológico (força muscular, coordenação motora, exame da sensibilidade, reflexos, etc.);
 - vi. afasia de *Wernicke* ou afasia de *Broca*.
- c) nos doentes com traumatismo crânio-encefálico que apresentem as seguintes características:
- i. traumatismo crânio-encefálico com perda de consciência (Grau de recomendação I, Nível de evidência A);
 - ii. traumatismo crânio-encefálico seguido de cefaleias pós-traumáticas, alterações da consciência e/ou vômitos (Grau de recomendação I, Nível de evidência A);

- iii. queda ou traumatismo na cabeça, mesmo que não violento, particularmente em doentes idosos, seguida de cefaleias ou alterações do estado de consciência (Grau de recomendação I, Nível de evidência A).
- d) nos doentes com epilepsia que apresentem as seguintes características:
 - i. crises parciais (focais ou complexas);
 - ii. crises generalizadas (ausências, mioclónicas ou tónico-clónicas).
- e) nos doentes com algias faciais decorrentes de nevralgia do nervo trigémeo;
- f) nos doentes com perturbações cognitivas relacionadas com perturbações de memória e/ou linguagem, nomeadamente:
 - i. focais (amnésia, afasia primária progressiva, formas fluente ou não-fluente, indiferença/heminegligência);
 - ii. difusas (por exemplo, síndromes confusionais de causa não tóxica ou metabólica e demências primárias, degenerativas, ou secundárias).
- g) nos doentes com amnésia global transitória sem fator desencadeante e que regride após umas horas;
- h) nos doentes com hidrocefalia de pressão normal que apresentem ataxia da marcha, incontinência urinária e demência;
- i) nos doentes com vertigens e outras perturbações do equilíbrio que apresentem as seguintes características:
 - i. vertigem associada a acufenos e hipoacusia;
 - ii. vertigem de causa central, nas lesões do cerebelo ou tronco cerebral;
 - iii. desequilíbrio na marcha.
- j) nos doentes com perturbações auditivas, nomeadamente surdez ou acufenos, que apresentem as seguintes características:
 - i. surdez neuro-sensorial unilateral progressiva, em patologia do ângulo ponto-cerebeloso (pode estar associada a vertigens e acufenos);
 - ii. surdez de transmissão (ou de condução), em patologia do ouvido médio;
 - iii. acufenos objetivos (excluir estenoses carotídeas ou malformações vasculares) e subjetivos (excluir schwannoma do nervo vestibulo-coclear ou causas otológicas);
 - iv. acufeno pulsátil.
- k) nos doentes com ataxia que apresentem incoordenação motora de origem cerebelosa;
- l) nos doentes com paralisia facial periférica e hemiespasmo facial que apresentem as seguintes características:
 - i. paralisia facial periférica, excluída paralisia de *Bell*;

- ii. hemiespasma facial ou “tique” facial.
- m) nos doentes com perturbações visuais que apresentem as seguintes características:
- i. perturbações visuais de causa não oftalmológica;
 - ii. associadas a alterações endócrinas e alterações campimétricas (lesões optoquiásticas, nomeadamente tumores do eixo hipotálamo-hipofisário);
 - iii. associadas a alterações endócrinas, proptose e alterações da oculomotricidade, nomeadamente alterações da musculatura extrínseca ocular (doença de *Graves*).
- n) nos doentes com perturbações endócrinas que apresentem as seguintes patologias:
- i. hiperprolactinemia;
 - ii. galactorreia-amenorreia;
 - iii. doença de *Cushing*;
 - iv. acromegalia.
- o) nos doentes com perturbações do movimento que apresentem as seguintes características:
- i. tremor do parkinsonismo (associação a rigidez, bradicinésia, instabilidade postural);
 - ii. mioclonias patológicas;
 - iii. movimentos coreicos (por exemplo, Coreia de *Huntington*).
- p) nos doentes com hipertensão intracraniana que apresentem as seguintes características:
- i. cefaleias;
 - ii. náuseas e vómitos;
 - iii. perturbações da visão;
 - iv. sonolência;
 - v. edema papilar no exame do fundo do olho.
- q) nos doentes com síndrome meníngeo que apresentem as seguintes características:
- i. cefaleia associada a sinais meníngeos (rigidez da nuca, sinal de *Kernig* ou sinal de *Brudzinski*);
 - ii. nos doentes com alterações da personalidade que apresentem perturbações da atenção, apatia e desinibição.
- r) em pediatria, em situações particulares, designadamente no estudo das craniossinostoses, mastóides (ouvidos), seios paranasais, traumatismo crânio-encefálico e, eventualmente, controlos de hidrocefalias.
2. No traumatismo crânio-encefálico grave ou moderado, a tomografia computadorizada crânio-encefálica deve ser executada na maior brevidade possível (Grau de recomendação I, Nível de evidência A).

3. A repetição da tomografia computadorizada crânio-encefálica deve ser ponderada nas seguintes situações:
 - a) acidente vascular cerebral ou traumatismo crânio-encefálico, quando ocorre agravamento não esperado do quadro clínico inicial;
 - b) avaliação do estado neurológico em doentes sedados e ventilados, quando não é clinicamente aconselhável a reversão da sedação.
4. Doentes em que estaria recomendada ressonância magnética, para a qual haja contra-indicação médica formal, poderão realizar tomografia computadorizada crânio-encefálica desde que seja considerado adequado em consulta especializada.
5. A requisição de tomografia computadorizada crânio-encefálica terá que estar acompanhada da informação clínica adequada para demonstrar a necessidade do exame e permitir uma avaliação correta, nomeadamente:
 - a) história clínica relevante;
 - b) informação adicional relativa à razão específica para o pedido do exame.
6. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo.
7. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

II – CRITÉRIOS

Na requisição de TCCE, têm que ser tomadas as seguintes medidas diagnósticas, de tratamento ou de encaminhamento:

- a) Avaliação imagiológica das cefaleias:
 - i. na cefaleia persistente e localizada, identificar “lesão ocupando espaço” ou malformação arteriovenosa;
 - ii. na cefaleia associada a náuseas e vômitos, confusão mental e obnubilação ou outras perturbações de consciência, identificar “lesão ocupando espaço” e hipertensão intracraniana;
 - iii. na cefaleia localizada e associada a febre/síndrome infecciosa, identificar lesões inflamatórias ou infeções do sistema nervoso central;
 - iv. na cefaleia associada a sinais meníngeos (rigidez da nuca, sinal de *Kernig* ou sinal de *Brudzinski*), identificar lesões associadas a meningo-encefalite;
 - v. na cefaleia associada a edema papilar, identificar hipertensão intracraniana;
 - vi. na cefaleia súbita e violenta, eventualmente desencadeada em situação de esforço (eventualmente associada a rigidez da nuca), identificar hemorragia subaracnóideia e envio imediato para serviço de urgência hospitalar;
 - vii. na cefaleia associada a hemorragia sub-hialóideia, providenciar o envio imediato para serviço de urgência hospitalar;

- viii. na cefaleia após queda ou traumatismo na cabeça (mesmo que não violenta), particularmente em doentes idosos, excluir hematoma subdural;
 - ix. cefaleia ortostática (hipotensão de líquido), identificar presença de fístula de líquido.
- b) Avaliação imagiológica dos défices neurológicos focais:
- i. os sintomas focais podem resultar de lesões únicas, múltiplas ou difusas;
 - ii. as alterações dos nervos cranianos podem ser sintomas referidos pelo doente (alteração da acuidade visual, diplopia, disfagia, por exemplo), ou podem ser detectadas pelo clínico quando realiza o exame neurológico;
 - iii. muitas destas alterações podem não demonstrar lesões estruturais na TCCE podendo ser necessária a investigação por outros métodos de diagnóstico, designadamente a RM.
- c) Avaliação imagiológica da epilepsia:
- i. na investigação da epilepsia podem não ser demonstradas lesões estruturais na TCCE, podendo ser necessária a investigação por outros métodos de diagnóstico, designadamente a RM, com protocolos adequados (por exemplo, a esclerose mesial ou anomalias do desenvolvimento cortical).
- d) Avaliação imagiológica da dor facial:
- i. excluir “lesão ocupando espaço” ou esclerose múltipla (neste caso a TCCE não é o exame com maior acuidade diagnóstica, podendo ser negativa em doentes com grande carga lesional visível em RM).
- e) Avaliação imagiológica das perturbações cognitivas:
- i. nas demências, a TCCE pode permitir a identificação de atrofia focal de predomínio lobar, simétricas ou assimétricas, que podem caracterizar quadros demenciais específicos, embora a investigação na maioria dos casos seja completada com estudo por RM;
 - ii. permite excluir hidrocefalia de pressão normal.
- f) Avaliação imagiológica da amnésia global transitória:
- i. identificar lesão vascular, uma vez que, na maioria dos casos, a TCCE é negativa, através da RM que pode demonstrar lesões no hipocampo.
- g) Avaliação imagiológica das vertigens e outras perturbações do equilíbrio:
- i. a vertigem posicional paroxística benigna, a vertigem na labirintite vírica ou na neuronite vestibular e na doença de *Menière* são negativas na TCCE;
 - ii. na labirintite vírica e na neuronite vestibular podem ser detetadas alterações através da RM.
- h) Avaliação imagiológica da surdez e acufenos:

- i. na surdez neuro-sensorial unilateral súbita por oclusão da artéria coclear comum a TCCE é negativa;
 - ii. na surdez de transmissão (ou de condução), em patologia do ouvido médio, deverá ser requisitada a TC do ouvido;
 - iii. nos casos de acufenos decorrentes de quemodectomas jugulo-timpânicos, malformações vasculares ou proeminência dos golfos jugulares.
- i) Avaliação imagiológica da ataxia:
- i. nos doentes com ataxia que apresentem incoordenação motora de origem cerebelosa acompanhada de incoordenação motora de origem cerebelosa, excluir lesões do cerebelo.
- j) Avaliação imagiológica da paralisia facial periférica e hemiespasma facial:
- i. na paralisia facial periférica, excluída paralisia de *Bell*, excluir lesões do tronco cerebral, do ângulo ponto-cerebeloso ou do trajecto petroso do nervo facial;
 - ii. no hemiespasma facial ou “tique” facial, excluir ansas vasculares produzindo contacto com o nervo facial.
- k) Avaliação imagiológica das perturbações visuais:
- i. excluir lesões das vias ópticas;
 - ii. na nevrite ótica associada a esclerose múltipla a TCCE tem interesse limitado;
 - iii. as alterações na doença de *Graves* requerem estudo das órbitas.
- l) Avaliação imagiológica das perturbações endócrinas:
- i. excluir lesões do eixo hipotálamo-hipofisário.
- m) Avaliação imagiológica das perturbações do movimento:
- i. no tremor do parkinsonismo (associação a rigidez, bradicinésia, instabilidade postural), identificar lesões dos gânglios da base ou do tronco cerebral, uma vez que a TCCE tem interesse limitado;
- n) Avaliação imagiológica da hipertensão intracraniana:
- i. identificar lesão expansiva endocraniana, hidrocefalia ou edema cerebral.
- o) Avaliação imagiológica do síndrome meníngeo:
- i. identificar lesões em contexto de meningoencefalite ou de hemorragia subaracnóideia.
- p) Avaliação imagiológica das alterações da personalidade:
- i. para exclusão de lesões estruturais, designadamente lesões pré-frontais nas alterações da personalidade;
 - ii. também pode ser útil a exclusão de lesões estruturais em quadros depressivos e de perturbações mentais.

III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores, que constam nos bilhetes de identidade que se encontram em Anexo e dela fazem parte integrante:
 - i. % de inscritos com cefaleias a quem foi prescrita uma TCCE;
 - ii. % de inscritos com trombose/acidente vascular cerebral a quem foi prescrita uma TCCE;
 - iii. % do valor com TCCE no total de TC cabeça e pescoço.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) Os objetivos de realização de exames imagiológicos são:
 - i. esclarecer um diagnóstico incerto apesar de uma história clínica e exame neurológico completo;
 - ii. confirmar um diagnóstico presumido clinicamente e como parte da avaliação e planeamento terapêutico.
- b) A TCCE constitui um método de investigação valioso, particularmente em situações agudas devido ao elevado custo associado à imagem por RM.
- c) A imagem adquirida por TCCE está associada a elevados níveis de radiação, devendo ser evitada a sua repetição e limitado o uso em crianças e em grávidas.
- d) A repetição da TCCE deve ser, sempre, ponderada em consulta especializada e ter em conta o peso da informação a obter na tomada de decisões clínicas, o que exclui os casos de suspeita de hemorragia intracerebral em 99% dos casos, se realizada na primeira semana. Este método imagiológico permite a deteção de 98% das hemorragias subaracnoídeas se realizada nas primeiras 48h.
- e) No traumatismo crânio-encefálico ligeiro deverá ser realizado de acordo com norma específica para imagiologia nesta patologia (e.g. protocolo nacional de tomografia computadorizada).

f) Nos tumores, a TCCE é sensível para a deteção de lesões supratentoriais.

V – APOIO CIENTÍFICO

- A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- Luís Antunes e Vitor Tedim Cruz (coordenação científica), Rita Dessai (coordenação executiva), Fernando Guerra e Jorge Pereira.
- A presente Norma foi visada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição das sociedades científicas.
- Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no *site* desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
e.g.	<i>exempli gratia (Latim)</i> , significa “por exemplo”
RM	Ressonância magnética
TC	Tomografia computadorizada
TCCE	Tomografia computadorizada crânio-encefálica

BIBLIOGRAFIA

Cohen AB, Klein JP, Mukundan S. *A guide to imaging for common neurological problems*. BMJ 2010; 16(341):c4113.

European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee, ESO Writing Committee. *Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008*. Cerebrovasc Dis 2008; 25(5):457-507.

Kidwell CS, Chalela JA, Saver JI, et al. *Comparison of MRI and CT for detection of acute intracerebral hemorrhage*. JAMA 2004; (292):1823-1830.

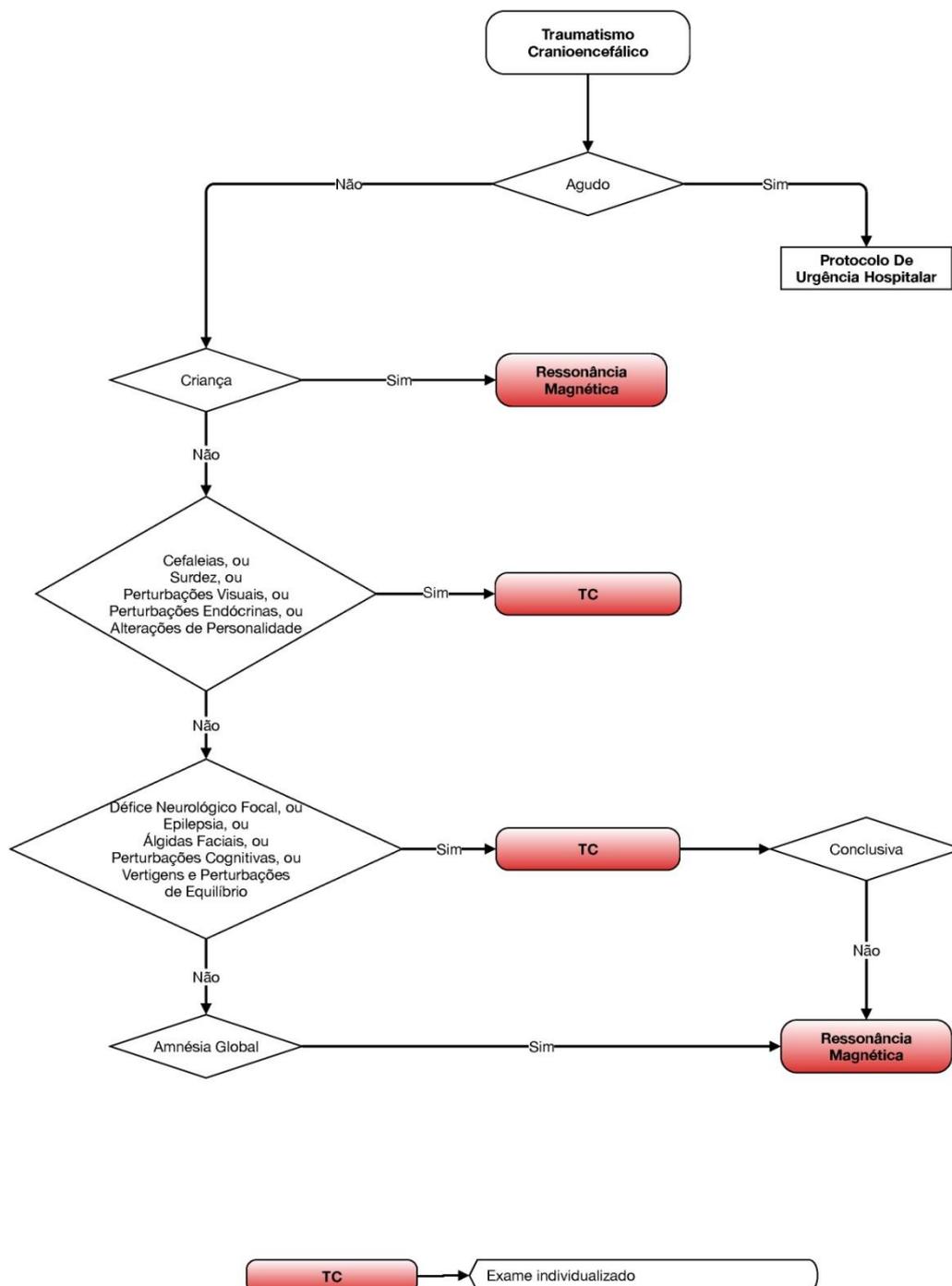
The Royal College of Radiologists. *Making the Best Use of Clinical Radiological Services. Referral Guidelines*. London: The Royal College of Radiologists; 2007.

Wardlaw JM, Keir SL, Seymour J, et al. *What is the best imaging strategy for acute stroke?* Health Technology Assessment 2004; 8(1).

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



Anexo II: Bilhete de identidade dos indicadores

Designação	Percentagem de inscritos com cefaleias a quem foi prescrita uma TCCE		
Dimensão	Efectividade	Entidade gestora	ACES
Norma	Tomografia Crânio-encefálica	Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES / ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de inscritos
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Crítérios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter pelo menos uma prescrição de TC crânio (cod. tabela SNS 16010 ou cod. tabela convenções 295.0). <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter diagnóstico de cefaleias (N01) sinalizado como activo na sua lista de problemas. 		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	N.º de inscritos, com diagnóstico de cefaleias, com pelo menos uma prescrição de TCCE	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
B - Denominador	N.º de inscritos com diagnóstico de cefaleias	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

Designação	Percentagem de inscritos com trombose/acidente vascular cerebral a quem foi prescrita uma TCCE		
Dimensão	Efectividade	Entidade gestora	ACES
Norma	Tomografia Crânio-encefálica	Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES / ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem de inscritos
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
CrITÉrios de inclusão	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denominador; - Ter pelo menos uma prescrição de TC crânio (cod. tabela SNS 16010 ou cod. tabela convenções 295.0). <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter inscrição no ACES, no período em análise; - Ter diagnóstico de trombose/AVC (K90) sinalizado como activo na sua lista de problemas. 		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	N.º de inscritos, com diagnóstico de trombose/AVC, com pelo menos uma prescrição de TCCE	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
B - Denominador	N.º de inscritos, com diagnóstico de trombose/AVC	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

Designação	Percentagem do valor com TCCE no total de TC cabeça e pescoço		
Dimensão	Eficiência	Entidade gestora	ACES
Norma	Tomografia Crânio-encefálica	Período aplicável	Ano
Objectivo	Aplicar a Norma da DGS		
Descrição do indicador	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
Frequência de monitorização	Trimestral	Unidade de medida	Percentagem
Responsável pela monitorização	ACES / ARS	Fórmula	A / B x 100
		Output	Percentagem
Prazo entrega reporting	Dia 25 do mês n+1	Valor de referência	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
Órgão fiscalizador	ARS	Meta	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
CrITÉrios de inclusão	<p>Numerador: - Valor total da prescrição de TC crânio (cod. tabela SNS 16010 ou cod. tabela convenções 295.0).</p> <p>Denominador: - Valor total da prescrição de TC cabeça e pescoço (cod. tabela SNS 16010, 16020, 16030, 16210, 16220, 16230, 16240, 16270 ou cod. tabela convenções 295.0, 720.0, 721.8, 722.6, 296.8, 723.4, 724.2, 725.0).</p>		
Observações			
Factor crítico			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
A - Numerador	Valor total da prescrição de TCCE	SI USF/UCSP	€
B - Denominador	Valor total da prescrição de TC cabeça e pescoço	SI USF/UCSP	€