

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE APOIO DIAGNÓSTICO

DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE		
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL MUNICIPAL PROFº DR. CORRÊA NETTO	TELEFONE: (11) 5178-2000	COORDENADORIA: LESTE
MÉDICO	CRM	DATA

DADOS DO PACIENTE				
NOME DO PACIENTE				
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	PESO	DOCUMENTO	TELEFONE
ENDEREÇO				
MUNICÍPIO			ESTADO	CEP

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
HISTÓRIA CLÍNICA
EXAMES ANTERIORES

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS			
Qual é o estado de consciência atual?	☐ CONSCIENTE ☐ CONFUSO ☐ COMA	É capaz de caminhar sem assistência?	☐ SIM ☐ NÃO
Como está a ventilação respiratória?	☐ AR AMBIENTE ☐ OXIGÊNIO ☐ ENTUBADO	Possui marcapasso?	☐ SIM ☐ NÃO
Consegue permanecer deitado(a) por um longo período?	☐ SIM ☐ NÃO	Possui alguma prótese?	☐ SIM ☐ NÃO
Possui alguma alergia?	☐ SIM ☐ NÃO	Possui cateter central?	☐ SIM ☐ NÃO
É diabético(a)?	☐ SIM ☐ NÃO	Possui cateter peridural?	☐ SIM ☐ NÃO
Utiliza algum anticoagulante?	☐ SIM ☐ NÃO	Possui alguma sonda?	☐ SIM ☐ NÃO
Sofre de claustrofobia?	☐ SIM ☐ NÃO	Está utilizando bomba de infusão?	☐ SIM ☐ NÃO
Está grávida? Se sim, qual o tempo de gestação?	☐ SIM ☐ NÃO	Possui veia periférica acessível?	☐ SIM ☐ NÃO
Possui algum implante de metal? Se sim, onde?	☐ SIM ☐ NÃO	Há necessidade de anestesia? Se sim, qual a indicação?	☐ SIM ☐ NÃO
O paciente está internado? Se sim, em qual leito? e qual clínica?	☐ SIM ☐ NÃO		

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO