



PEDIDO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

---Identificação -----	
Nome: _____ Registro: _____	
Sexo: _____ Idade: _____ Unidade Hospitalar: _____	
Internado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Enf.: _____ Leito: _____ Andar: _____	
--- Resumo da História Clínica e Exame Físico -----	
--- Fez CT ou Exame Radiológico -----	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____	
Resultado:	
--- Outros Exames Complementares -----	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____	
Resultado:	
--- Solicito R.M. De -----	
---Hipóteses Diagnósticas -----	

Data _____ / _____ / _____ Especialidade do Médico Solicitante: _____

Médico Solicitante Ass./ Carimbo

Chefe da Unidade Requisitante Ass./ Carimbo

DATA DO EXAME _____ / _____ / _____ **HORA:** _____

Obs.: TRAZER EXAMES DE RX – CINTILOGRAFIAS E/OU ECOGRAFIAS ANTERIORES