



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

PEDIDO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

---Identificação-----

Nome: _____ Registro: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Unidade Hospitalar: _____

Internado ☐ Sim ☐ Não Enf.: _____ Leito: _____ Andar: _____

--- Resumo da História Clínica e Exame Físico -----

---- Fez CT ou Exame Radiológico -----

☐ Sim ☐ Não Qual? _____

Resultado: _____

--- Outros Exames Complementares -----

☐ Sim ☐ 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