



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
GRUPO DE REGULAÇÃO
FORMULÁRIO DE ACESSO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

RECOMENDAÇÕES

Este protocolo deve ser preenchido, datado e assinado pelo médico assistente do paciente, que deve estar identificado com nome e número de inscrição no CRM. Descrever o quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, descrevendo ou anexando também resultados de exames prévios, justificativa da relevância de solicitação perante a hipótese diagnóstica, proposta de tratamento na confirmação da HD mais provável.

Atentar ao Protocolo (filipeta) da unidade executante, quanto às orientações relacionadas a Creatinina e Ureia.

CRITÉRIOS DE AUTORIZAÇÃO (Inserir em anexo)

Este Formulário / Laudo APAC / Exame Realizado / História Clínica / Relatório Exame Físico

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO SOLICITANTE

Unidade: Telefone NIR:
Médico Solicitante: CRM:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Código SIRESP:
Data Nascimento: Idade: Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
Peso (Máx.:170kg): Altura: Circunferência Abdominal (Máx.: 1,36cm):
Valor conforme exame laboratorial **UREIA** Valor conforme exame laboratorial **CREATININA**

EXAMES DE IMAGEM JÁ REALIZADO (Anexar Laudo)

☐ RAO X ☐ Ultrassonografia ☐ Tomografia ☐ Ressonância – indicar a data

Indicar abaixo o motivo da solicitação da ressonância, quando insuficiência dos exames anteriores:

EXAME SOLICITADO (CONFORME NOMENCLATURA PADRONIZADA NA SESSP) Quando necessário lateralidade esquerda e direita, deverá inserir 02 (duas) solicitações

EXAME

SEDAÇÃO: ☐ NÃO ☐ SIM CLASSIFICAÇÃO ASA: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

LATERALIDADE: ☐ ESQUERDA ☐ DIREITA ☐ NÃO SE APLICA

JUSTIFICATIVA DO EXAME SOLICITADO

☐ CONDUTA DIAGNÓSTICA

☐ CONDUTA TERAPÊUTICA

☐ Lesão ☐ Tumor ☐ Pré Cirúrgico ☐ Pós Cirúrgico ☐ Doença Vascular ☐ Doença Aorta/Vasos

Descrição do Diagnóstico

CID Principal: CID Secundário: CID Causas Associadas:

IMPLANTES METÁLICOS E OUTROS

Indicar a presença de dispositivos (METÁLICOS E OUTROS)

Informar: TEMPO DE USO MATERIAL E LOCALIZAÇÃO

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico solicitante

¹ Nota informativa

¹ Os protocolos são disponibilizados na página eletrônica da Secretaria de Estado da Saúde, através do link <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/aceso-rapido/regulacao>. Os protocolos podem ser consultados pelos profissionais para conhecimento a respeito das principais indicações, requisitos mínimos necessários para a solicitação do exame, contraindicações, dentre outras informações.