



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE EXAME

Código: 35870785

Nome: CLAUDINO MOLINARI

Data de Nascimento: 16/04/1951

Cns: 704001197470570

Telefone: (11) 99794-4096 Comercial: Celular: (11) 99872-5029 Recado:

Prontuário: 01007238

Data Exame: 18-09-2025**Horário: 09:30****CHEGAR ÀS: 08:30**

Exame: TC TORAX

Local: AME SJ RIO PRETO

Endereço: RUA ANTONIO FUSCALDO, S/N
JARDIM FUSCALDO
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SPPonto de Referência: EM FRENTE A REPRESA MUNICIPAL, AO LADO DA BR 153
EM FRENTE A REPRESA MUNICIPAL

Orientação: TRAZER NOME DOS MEDICAMENTOS QUE FAZ USO DIARIAMENTE

ALERGIA: PACIENTES COM QUALQUER TIPO DE ALERGIA E/OU DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DEVERÃO REALIZAR PREPARO ANTIALÉRGICO.

SE FIZER USO DE BOMBINHA DEVERÁ TRAZER A BOMBINHA E REALIZAR O PREPARO ANTIALÉRGICO.

O PACIENTE QUE NÃO REALIZAR O PREPARO E/OU NÃO TROUXER BOMBINHA TERÁ QUE REMARCAR O EXAME.

PACIENTES QUE NÃO PODEM REALIZAR O EXAME COM CONTRASTE: ALERGIA AO CONTRASTE IODADO E PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL.

PACIENTES QUE NÃO PODEM REALIZAR O EXAME: GESTANTE E PESSOAS COM PESO ACIMA DE 160 KG

CLIENTES QUE POSSUAM DISPOSITIVOS/IMPLANTES METÁLICOS OU ELETRÔNICOS DEVEM APRESENTAR DOCUMENTO QUE COMPROVE A COMPATIBILIDADE COM O AMBIENTE MAGNÉTICO.

TRAZER EXAMES ANTERIORES, CASO POSSUA.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: PACIENTES MENOR DE 18 ANOS DEVE ESTAR COM DOCUMENTO E ACOMPANHADO PELO RESPONSÁVEL LEGAL.

ESTOU CIENTE QUE DEVO COMPARECER AO EXAME PORTANDO A GUIA DE SADT (PEDIDO DE EXAME) MÉDICO.

CASO O PACIENTE NÃO POSSA COMPARECER, FAVOR CANCELAR COM NO MÍNIMO DE 3 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ATRAVÉS DE MENSAGEM DE TEXTO NO WHATSAPP (17) 98215-2289 OU VIA LIGAÇÃO NO NÚMERO (17) 3202-1717.

NO CASO DA CONSULTA OU EXAME TER SIDO AGENDADO PELA UBS, SOLICITAR CANCELAMENTO AO MESMO.

MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO!

Preparo: JEJUM: 8 HS DE JEJUM

CRIANÇA EM ALIMENTAÇÃO EXCLUSIVA DE LEITE MATERNO É NECESSÁRIO JEJUM DE 2 HORAS

CRIANÇA EM ALIMENTAÇÃO DE LEITE NÃO MATERNO É NECESSÁRIO JEJUM DE 6 HORAS

MULHERES QUE ESTIVEREM AMAMENTANDO DEVERÃO SUSPENDER A AMAMENTAÇÃO POR UM PERÍODO DE 24 H APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME COM CONTRASTE ENDOVENOSO.

SUGESTÃO: COLETAR E ARMAZENAR ANTES DO EXAME, PARA POSTERIORMENTE SER USADO PELO BEBÊ

PACIENTES DIABÉTICOS: SE FIZER USO DE QUALQUER TIPO DE COMPRIMIDOS PARA DIABETES DEVERÁ SUSPENDÊ-LO POR 3 DIAS (SENDO 1 DIA ANTES DO EXAME, NO DIA DO EXAME E 1 DIA DEPOIS DO EXAME). SE FIZER USO DE INSULINA E O EXAME FOR DE MANHÃ, NÃO DEVERÁ USAR A INSULINA ANTES DO EXAME, CASO O EXAME SEJA NO PERÍODO DA TARDE, PODE USAR A INSULINA DA MANHÃ. EM CASO DE DÚVIDA O PACIENTE DEVERÁ PROCURAR O SEU MÉDICO.

PREPARO ANTIALÉRGICO: SEGUE ABAIXO NOSSO MODELO DE RECEITA:

ADULTO

1. PREDNISONA 20MG-06COMPRIMIDOS
TOMAR 2CP 18 HORAS ANTES DO EXAME
TOMAR 2CP 12 HORAS ANTES DO EXAME
TOMAR 2CP 06 HORAS ANTES DO EXAME2. PROMETAZINA 25MG
TOMAR 1CP 1 HORA ANTES DO EXAME

CRIANÇAS ACIMA DE 30 KG