



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES RADIOLÓGICOS CONTRASTADOS



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

RAÇA/COR

Masc.

Fem.

NOME DA MÃE

TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

TELEFONE DE CONTATO

DDD

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

GRUPO - DIAG POR IMAGEM - EXAME RADIOLOGICO CONTRASTADO

☐ 0204050014 - CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE DE ADULTO - 1316016

☐ 0204050146 - ESÔFAGO, HIATO, ESTOMAGO E DUODENO (EED) DE ADULTO-1316006

☐ 0204050154 - TRANSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO DE ADULTO-1316014

☐ 0204050170 - URETROCISTOGRAFIA – ADULTO-1316035

☐ 0204050189 -UROGRAFIA VENOSA C/ BEXIGA PRE E POS MICCAO – ADULTO-1316025

☐ 0204050014 -CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE DE CRIANCA-1316015

☐ 0204050146 - ESÔFAGO, HIATO, ESTOMAGO E DUODENO (EED) DE CRIANCA -1316005

☐ 0204050154 - TRANSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO DE CRIANCA - 1316013

☐ 0204050170 -URETROCISTOGRAFIA – INFANTIL-1316034

☐ 0204050189 -UROGRAFIA VENOSA C/ BEXIGA PRE E POS MICCAO – INFANTIL-1316024

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

HISTÓRIA CLÍNICA

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

DOCUMENTO

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)