



Secretaria Municipal de Saúde de
Rio Verde- GO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE BIOPSIA GUIADA POR US



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

Masc.

SEXO

Fem.

RAÇA/COR

NOME DA MÃE

TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

GRUPO - BIOPSIA GUIADA POR US

- ☐ 0201010410 - BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR US -0820003
- ☐ 0201010470 - BIOPSIA DE TIREOIDE GUIADA POR US -0820001
- ☐ 0201010216 - BIOPSIA HEPATICA GUIADA POR US -0820005

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDARIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

HISTORIA CLINICA

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)