



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

SOLICITAÇÃO DE ESTUDO HEMODINÂMICO

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Exame solicitado: _____

Resumo clínico: _____

KILLIP ☐ I ☐ II ☐ III

Eletrocardiograma: _____

Teste de esforço: _____

Ecocardiograma: _____

Exames laboratoriais:

Hb _____ Ht _____ Leucócitos _____ Plaquetas _____

Lipidograma _____ Glicemia _____

Creatinina _____ Ureia _____ EAS _____

Grupo Sanguíneo _____ Fator Rh _____ INR _____ TTPA _____ TS _____

CK _____ CK-MB _____ CK-MB (massa) _____ Troponina _____

Medicações em uso: _____

Outras informações: _____

_____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO SOLICITANTE
