



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
UNIDADE DE RADIOLOGIA

## REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME : \_\_\_\_\_ REGISTRO : \_\_\_\_\_  
IDADE : \_\_\_\_\_ SEXO : \_\_\_\_\_ COR : \_\_\_\_\_ NATURALIDADE : \_\_\_\_\_  
PROCEDÊNCIA : \_\_\_\_\_ AMBULATÓRIO ☐ INTERNADO ☐

MÉDICO INDICADO A FAZER O EXAME : \_\_\_\_\_

EXAME SOLICITADO : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INDICAÇÕES CLÍNICAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONTRASTE ml

IODADO	BARITADO
CRM	MATRÍCULA

FILMES CASTOS

	ÚTEIS	PERDIDOS
14x17		
16x30		
20x30		
24x30		
30x40		
35x35		
TOTAL		

EXAME MARCADO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO