



GDF - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade de Saúde: _____

Registro Clínico

PEDIDO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

1. Nome: _____

2. Idade: _____ 3. Sexo: _____

4. Exame Solicitado: _____

5. Resumo da história clínica: _____

6. Exame clínico detalhado do paciente: _____

7. Patologia concomitante: ☐ sim ☐ não quais: _____

8 - Resultado de exames e procedimentos realizados para esclarecimento do diagnóstico: _____

9 - Hipóteses diagnósticas que motivaram a solicitação do exame (somente o CID): _____

10 - Justificativa da necessidade do exame: _____

____/____/____
Data

Localidade

STAFF Requisitante

Chefe da Unidade



GDF - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade de Saúde: _____

Registro Clínico

PEDIDO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

1. Nome: _____

2. Idade: _____ 3. Sexo: _____

4. Exame Solicitado: _____

5. Resumo da história clínica: _____

6. Exame clínico detalhado do paciente: _____

7. Patologia concomitante: ☐ sim ☐ não quais: _____

8 - Resultado de exames e procedimentos realizados para esclarecimento do diagnóstico: _____

9 - Hipóteses diagnósticas que motivaram a solicitação do exame (somente o CID): _____

10 - Justificativa da necessidade do exame: _____

____/____/____
Data

Localidade

STAFF Requisitante

Chefe da Unidade