

GDF - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade de Saúde:\_

Registro Clínico

## PEDIDO DE EXAME - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

1. Nome:			
		3. Sexo:	
4. Exame Solicitado:			
5. Resumo da história cl	ínica:		
6. Exame clínico detalha	do do paciente:		
			,
7. Patologia concomitant	e: sim não	quais:	
8 - Resultado de exames	e procedimentos realiz	zados para esclarecimento do	diagnóstico:
9 - Hipóteses diagnóstica	as que motivaram a soli	icitação do exame (somente o	CID):
10 - Justificativa da nece	ssidade do exame:		
		,	
/	Localidade	STAFF Requisitante	Chefe da Unidade
	Localidade	- TAIT Requisitante	Chere da Onidade

	A	
- 3	$\Delta$	
4		

GDF - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unic	ahe	de	Saúd	0.

Registro Clínico

Unidade	de Saúde:	

PEDIDO DE	EXAME -	<b>TOMOGRAFIA</b>	COMPUTA	DORIZADA
-----------	---------	-------------------	---------	----------

1. Nome:			
2. Idade:		3. Sexo:	
4. Exame Solicitado:			
5. Resumo da história clír	nica:		
6. Exame clínico detalhad	o do paciente:		
			*
7. Patologia concomitante	e: sim não	quais:	
8 - Resultado de exames e	procedimentos realiza	ados para esclarecimento do c	liagnóstico:
(4)		para serial reminente de c	
9 - Hinóteses diagnósticas	gua mativaram a salis	illanta da susua (	NID.
5 - Impoteses diagnosticas	que motivaram a sono	citação do exame (somente o C	;ID):
10 1			
10 - Justificativa da neces	sidade do exame:		
		,	
//			
Data	Localidade	STAFF Requisitante	Chefe da Unidade