



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		

____/____/____
DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

EXAME MARCADO

DATA: ____/____/____

HORAS: _____