



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Atenção à Saúde

## PEDIDO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

### Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ SES \_\_\_\_\_

Unidade Hospitalar: \_\_\_\_\_ Unidade de (especialidade): \_\_\_\_\_

Internado ☐ Sim ☐ Não Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Andar: \_\_\_\_\_

### Resumo da História Clínica e Exame Físico

### Fez TC ou Exame Radiológico

### Outros Exames Complementares

### Solicito Ressonância Magnética de

### Hipóteses Diagnósticas

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Especialidade do Médico Solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Solicitante

\_\_\_\_\_  
Chefe da Unidade Requisitante

**DATA DO EXAME** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**HORA:** \_\_\_\_\_