



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância Em Saúde

SOLICITAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

EXAME SOLICITADO: _____

OUTROS _____ DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: () Adulto Gestante ? (): Tempo Gestação _____ DPP ? () S=SIM/N=NÃO

NOME: _____

SEXO: () F= M= DATA NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE _____ ENDEREÇO:

_____ BAIRRO

_____ MUNICÍPIO _____

DADOS DO SOLICITANTE

PROCEDENCIA: UNIDADE _____ TEL: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: _____

CRM _____ (nome e carimbo)

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DO EXAME/ PROCEDIMENTO

QUADRO CLÍNICO: (Historia clinica, quadro atual e tratamento prévio)

EXAME CLINICO : Dados relevantes-

DOENÇA COEXISTENTES () Hipertensão arterial () DPOC () Infecção respiratória

() Doenças hematológicas () Doença renal () Doença cardíaca () Doença gástrica

Outras _____

MEDICAÇÕES EM USO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS(Imagem, laboratoriais) -Enviar cópia-

LOCAL DO EXAME: () IETAP HE SANTA MARIA ()

DATA AGENDAMENTO: _____

UNIDADE DESTINO _____

Contato da Unidade _____ Tel: _____

DATA DO EXAME: ____/____/____ HORA _____

TRANSPORTE UTILIZADO PARA LOCAL DO EXAME: _____

DATA DE CHEGADA : ____/____/____ HORA _____ INFORMANTE _____