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: _____

MOD. 45.05 - COD. COMPUTADOR 40269 - FORMATO 140 x 175 mm

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: _____

MOD. 45.05 - COD. COMPUTADOR 40269 - FORMATO 140 x 175 mm