



PREFEITURA DE SOROCABA
Secretaria da Saúde
Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia - SADT
REQUISIÇÃO DE EXAMES DE ULTRA-SOM

Carimbo da unidade solicitante e CNES.

POLICLÍNICA MUNICIPAL DE SOROCABA - DR. EDWARD HALUF
Avenida Senador Roberto Simonsen, 987
Fone: (15) 3219-2200
CNES: 2708760

Cartão SUS do paciente (CNS):

Nome do paciente:

Izabel do Souto

Data Nascimento

Sexo

☐ M

☐ F

Raça/cor:

☐ branca

☐ parda

☐ indígena

☐ preta

☐ amarela

☐ sem inf.

Município de residência do paciente:

Nº prontuário:

138311

Exame de ultra-som:

Código

1. Anamnese e duração dos sintomas

USG para abdome

Paciente queixando-se de
dor na região superior

2. Exame físico:

3. Hipótese diagnóstica:

Heim

(11)

4. Em caso de urgência, justificar:

5. Subsídios adicionais que espera obter para elucidação diagnóstica e orientação na conduta terapêutica:

Dr. Alexandre Russo
Cirurgião Geral
CRM-SP 93579

Carimbo e assinatura do profissional solicitante:

Data da solicitação

CID

Carimbo e assinatura do profissional autorizante:

Data da autorização

Setor (UAC, DAB, Gabinete, etc.):

Carimbo da Unidade executante e CNES.

Data da realização do USG:

Carimbo e assinatura do profissional executante:

Caráter do atendimento:

☐ Urgência

☐ Eletivo

Assinatura do Paciente: