



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE UNIDADES PRÓPRIAS



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA

Identificação do Paciente	Nome _____		
	Nome da Mãe _____		
	Data de Nascimento _____ Telefone de Contato _____ Celular _____		
	CPF _____ Sexo () Masculino () Feminino		
	Endereço _____		
	Bairro _____ Cidade _____ CEP _____		
Solicitante	Unidade Solicitante _____ Município _____ Telefone _____		
	Médico Solicitante _____ CRM _____		
	Especialidade _____		
	Nome do Solicitante _____		
	CPF do Solicitante _____ Cartão SUS do Solicitante _____		
Indicação Clínica	1- Paciente Internado () SIM () NÃO 6- Criança menor que 7 anos () SIM () NÃO		
	2- Exame de Urgência/Emergência () SIM () NÃO		
	3- Paciente em pós-operatório () SIM () NÃO		
	4- Paciente não cooperativo () SIM () NÃO		
	5- Estadiamento Oncológico () SIM () NÃO		
	Diagnóstico CID-10 _____		
	Indicação Clínica _____		
Exame Solicitado (máximo de 2 exames)	() ATM Bilateral () Sela Turcica () Esófago		
	() Crânio (PA / Lateral / Oblíqua) () Coluna Cervical (AP / Lateral / TO / Oblíquas) () Mediastino		
	() Laringe () Coluna Torácica (AP / Lateral) () Tórax (PA / Perfil)		
	() Mastóides / Rochedo (Bilateral) () Coluna Tóraco-Lombar () Tórax (PA / PA Padrão OIT)		
	() Maxilar (PA / Oblíquas) () Coluna Lombo-Sacra () Braço (cotovelo/ Mão)		
	() Ossos da Face () Coração e Vasos da Base (PA / Lateral) () Clavícula		
	() região Orbitária () Costelas (Hemitórax) () Outros _____		
	() Seios da Face () Esterno () Outros _____		
	Data/Hora	Assinatura	Carimbo