



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE UNIDADES PRÓPRIAS



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

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	
	2- Exame de Urgência/Emergência () SIM () NÃO	
	3- Paciente em pós-operatório () SIM () NÃO	
	4- Paciente não cooperativo () SIM () NÃO	
	5- Exame de investigação diagnóstica () SIM () NÃO	
	6- Estadiamento Oncológico () SIM () NÃO	
7- Criança menor que 7 anos () SIM () NÃO		
Diagnóstico CID-10 _____		
Indicação Clínica _____		
Exames Solicitados (máximo 2 exames)	(a) Angioressonância Cerebral	
	(a) Art. Temporo-Mandibular (bilateral) (b) Seios da Face (c) Face (d) Mastóide	
	(a) Coluna Cervical Segmento _____	
	(a) Coluna Torácica Segmento _____	
	(a) Coluna Lombo-Sacra Segmento _____	
	(a) Crânio (b) Sela Turcica (c) Pares Cranianos	
	(a) Tórax	
	(a) Abdome superior (b) Abdome Total	
	(a) Membros Superiores (b) Art. Esterno Clavicular (c) Ombro (d) Cotovelo (e) Punho	
	(a) Membros Inferiores (b) Art. Coxo-Femoral (c) Joelho (d) Tornozelo (e) Pé	
	(a) Vias Biliares	
	Data/Hora	Assinatura