



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE UNIDADES PRÓPRIAS



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

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- Apresenta qualquer alergia () SIM () NÃO		
	6- Exame de investigação diagnóstica () SIM () NÃO		
7- Estadiamento Oncológico () SIM () NÃO			
8- Criança menor que 7 anos () SIM () NÃO			
9- História de Reação a contraste Iodado () SIM () NÃO			
10- Paciente asmático ou bronquite crônica () SIM () NÃO			
Diagnóstico CID-10 _____			
Indicação Clínica _____			
Exames Solicitados (máximo 2 exames)	(a) Crânio (b) Sela Turcica (c) AngioTC de crânio (d) órbita		
	(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) Pescoço (b) Partes Moles (c) Laringe (d) Tireóide (e) Faringe		
	(a) Tórax		
	(a) Abdome superior (b) Abdome Total		
	(a) Membros Superiores (b) Art. Esterno Clavícula (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	Carimbo