



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE UNIDADES PRÓPRIAS



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ULTRA SONOGRAFIA

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- Estadiamento Oncológico ( ) SIM ( ) NÃO	
	6- Criança menor que 7 anos ( ) SIM ( ) NÃO	
Diagnóstico CID-10 _____		
Indicação Clínica _____		
Exames Solicitados ( máximo 2 exames)	( ) US Doppler colorido de vasos ( ) US de Bolsa Escrotal ( ) US Pélvica	
	( ) US Doppler de Fluxo Obstétrico ( ) US Mamária Bilateral ( ) US Transfontanela	
	( ) US Abdomen Superior ( ) US de Tireóide ( ) US Transvaginal	
	( ) US Abdomen Total ( ) US de Tórax ( Extracardiaca) ( ) Outros _____	
	( ) US Aparelho Urinário ( ) US Obstétrica	
	( ) US de Articulação ( ) US Obstétrica com Doppler Colorido e pulsado	
Data/Hora	Assinatura	Carimbo