



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE UNIDADES PRÓPRIAS



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ECOCARDIOGRAFIA

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 5- Criança menor que 7 anos () SIM () NÃO	
	2- Exame de Urgência/Emergência () SIM () NÃO	
	3- Paciente Hipertenso () SIM () NÃO	
	4- Estadiamento Oncológico () SIM () NÃO	
	Diagnóstico CID-10 _____	
	Indicação Clínica _____	
Exames Solicitados (máximo de 2 exames)	() Ecocardiografia Transesofágica () Duplex Scan Artérias Renais () Doppler de Membros Inferiores	
	() Ecocardiografia Transtorácica () Ecocardiograma com Doppler () Outros _____	
	() Duplex Scan de Aorta Abdominal () Doppler de Carótidas Vertebrais	
	() Duplex Scan de Artérias Ilíacas () Doppler de Membros superiores	
Data/Hora	Assinatura	Carimbo