



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
UNIDADE DE RADIOLOGIA

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: Ermelinda Martins. REGISTRO: _____
IDADE: 72A SEXO: F COR: B NATURALIDADE: _____
PROCEDÊNCIA: _____ AMBULATÓRIO ☒ INTERNADO ☐

MÉDICO INDICADO A FAZER O EXAME: _____
EXAME SOLICITADO: Teste Escométrico

INDICAÇÕES CLÍNICAS: _____
RO7.4 + I10 + E03.9
+ E10 + R06.0 +
Alta ECG
BSB.

CONTRASTE ml	
IODADO	BARITADO
CRM	MATRÍCULA

	FILMES CASTOS	
	ÚTEIS	PERDIDOS
14x17		
16x30		
20x30		
24x30		
30x40		
35x35		
TOTAL		

25.6.24
DATA

Luiz Fernando M. Kucharski
Cardiologia
CRM - DF 12.451
ASSINATURA DO MÉDICO

EXAME MARCADO
DATA: ____/____/____
HORAS: _____