



# **EBSERH** PEDIDOS DE EXAMES ESPECIAIS

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

TIPO DE EXAME: \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA: AMBULATORIAL ( ) INTERNADO ( ) CLÍNICA \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SEXO: MASCULINO ( ) FEMININO ( )

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO DETALHADO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RESULTADO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS ANTERIORES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DE EXAME \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**MÉDICO SOLICITANTE**  
**ASS. E CARIMBO**

\_\_\_\_\_  
**CHEFE DO SERVIÇO**  
**ASS. E CARIMBO**

\_\_\_\_\_  
**RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO**  
**ASS. E CARIMBO**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**DATA DA AUTORIZAÇÃO**