



Hospital do
Coração

HCor

REQUISIÇÃO DE EXAMES DO CD

NOME: _____ IH: _____

DATA: ____/____/____ APTO: _____ CATEGORIA: _____

IDADE: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ SEXO: _____

TEM EXAME ANTERIOR? SIM ☐ NÃO ☐

DIAGNÓSTICO: _____

TIPO DE EXAME OU ORGÃO A SER RADIOGRAFADO: _____

JUSTIFICATIVA: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____