



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA ECODOPLER

MUNICÍPIO REFERENCIADO

() CORAÇÃO () CARÓTIDAS / VERTEBRAIS PARA:

() ABDOME () _____

DATA:

MARCAÇÃO DO EXAME

Cód. 205

	DIA: / /	HORA / TURNO	LOCAL:	RUBRICA:
--	----------	--------------	--------	----------

1 - IDENTIFICAÇÃO

P A C I E N T E	NOME:				PRONTUÁRIO:
	SEXO:	IDADE:	NASC.: / /	TELEFONE:	MUNICÍPIO:
	ENDEREÇO:				CASA/APT:
	BAIRRO:		PONTO DE REFERENCIA:		

2 - HISTÓRIA CLÍNICA:

	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	-------------------------------

3 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

	<hr/> <hr/>
--	-------------

4 - MEDICAMENTOS EM USO

	<hr/> <hr/>
--	-------------

5 - EXAMES OBRIGATÓRIOS

	5.1 - E.C.G. (RESULTADO)
	<hr/> <hr/> <hr/>
	5.2 - RX TORAX. (RESULTADO)
	<hr/> <hr/> <hr/>

6 - OUTROS EXAMES

	<hr/> <hr/> <hr/>
--	-------------------

7 - JUSTIFICATIVA DO PEDIDO

	<hr/> <hr/> <hr/>
--	-------------------

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA

LOCALIDADE

	<hr/> CARIMBO CRM	<hr/> / /	
--	----------------------	--------------	--