

**SUS****SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE****PREFEITURA MUNICIPAL SECRETARIA
DE ARROIO DOS RATOS MUNICIPAL
DE SAÚDE****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE ECOCARDIOGRAMA
BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER****DADOS DO SERVIÇO/UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE**

IDENTIFICAÇÃO: ☐ SUS (Público) ☐ SUS (Conveniado)		CÓDIGO DO SIA/SUS
NOME		TELEFONE ()
MUNICÍPIO		ESTADO

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

NOME	ASSINATURA E CARIMBO
ESPECIALIDADE	
NÚMERO DO C.R.M.	DATA / /

DADOS DO PACIENTE

NOME		PESO	ALTURA
DATA DE NASCIMENTO / /	IDADE	SEXO () Masculino () Feminino	
ENDEREÇO			Nº
BAIRRO	ESTADO	CEP	TELEFONE ()
MUNICÍPIO		PROFISSÃO	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS CLÍNICOS: _____

MEDICAMENTOS: _____

FATORES DE RISCO: _____

ECG DE REPOUSO:
OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

EXAME SOLICITADO:

SEU EXAME FOI MARCADO PARA O INSTITUTO DE CARDIOLOGIA: Av. Princesa Isabel, 395. Porto Alegre
DATA: ____/____/____ HORA: _____ SALA: _____ FONE: 230-3620 / 230-3621**ORIENTAÇÕES:**

- 1) Vestuário: HOMENS calça e camisa / MULHERES saia ou calça e blusa
- 2) Trazer todos os exames ecocardiográficos prévios, o último ECG e o último e o último RX de tórax.