



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

## Requisição de Exames Ultrassonográficos e Relatório

Nome : ..... Registro: .....

Idade: ..... Sexo: ..... Residência: .....

Data: ..... / ..... / .....

Exame(s) Solicitado(s): ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR

### Dados Clínicos:

HEPATOPATIA CRÔNICA - RASTREIO DE HEPATOCARCINOMA

.....  
Médico Requisitante/CRM

### RELATÓRIO ULTRASSONOGRÁFICO

Conclusão:

Médico Ultrassonografista/CRM

Convênio:

Ambulatório:

Quarto:

Leito: