

NOME: _____

PRONTUÁRIO: _____ D. NASC.: ___/___/___

LEITO: _____ SETOR: _____

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA – SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1. SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Biópsia hepática | <input type="checkbox"/> Biópsia de pulmão / tórax |
| <input type="checkbox"/> Biópsia renal | <input type="checkbox"/> Biópsia abdominal |
| <input type="checkbox"/> Biópsia de pâncreas | <input type="checkbox"/> Drenagem de coleção _____ |
| <input type="checkbox"/> Crioablação _____ | <input type="checkbox"/> Infiltração _____ |
| <input type="checkbox"/> Radioablação _____ | <input type="checkbox"/> Alcoolização _____ |
| <input type="checkbox"/> Biópsia óssea | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

2. ANÁLISES SOLICITADAS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anatomopatológico - Formol Tamponado 10% | <input type="checkbox"/> Cultura para aeróbios – frasco próprio |
| <input type="checkbox"/> Imunofluorescência - à fresco (envio imediato) | <input type="checkbox"/> Cultura para anaeróbios - frasco próprio |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa de BK / baciloscopia - à fresco | <input type="checkbox"/> Cultura para fungos - à fresco (envio imediato) |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

3. EXAMES DE IMAGEM DISPONÍVEIS

- US – Data: ___/___/____
- TC – Data: ___/___/____
- RM – Data: ___/___/____

Médico responsável pela solicitação

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO INTERVENCIONISTA

4. PROGRAMAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Recuperação pós-procedimento: RPA: ___ horas Internação: ___ diária(s) Não

Anestesia programada: Local Sedação Geral

Método de imagem utilizado: USG TC USG + TC

Utilizará contraste iodado: Sim Não

É necessário coletar creatinina? Sim Não

É necessário coagulograma + plaquetas? Sim Não

É necessário jejum? Sim. Quantas horas? _____ Não

Médico responsável pela avaliação

Material especial a ser utilizado: _____

NOME: _____
PRONTUÁRIO: _____ D. NASC.: ___/___/___
LEITO: _____ SETOR: _____

SERVIÇO DE RADIOLOGIA

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA – SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1. SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Biópsia hepática | <input type="checkbox"/> Biópsia de pulmão / tórax |
| <input type="checkbox"/> Biópsia renal | <input type="checkbox"/> Biópsia abdominal |
| <input type="checkbox"/> Biópsia de pâncreas | <input type="checkbox"/> Drenagem de coleção _____ |
| <input type="checkbox"/> Crioablação _____ | <input type="checkbox"/> Infiltração |
| <input type="checkbox"/> Radioablação _____ | <input type="checkbox"/> Alcoolização _____ |
| <input type="checkbox"/> Biópsia óssea | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

2. ANÁLISES SOLICITADAS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anatomopatológico - Formol Tamponado 10% | <input type="checkbox"/> Cultura para aeróbios – frasco próprio |
| <input type="checkbox"/> Imunofluorescência - à fresco (envio imediato) | <input type="checkbox"/> Cultura para anaeróbios - frasco próprio |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa de BK / baciloscopia - à fresco | <input type="checkbox"/> Cultura para fungos - à fresco (envio imediato) |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

3. EXAMES DE IMAGEM DISPONÍVEIS

- US – Data: ___/___/___
 TC – Data: ___/___/___
 RM – Data: ___/___/___

Médico responsável pela solicitação

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO INTERVENCIONISTA

4. PROGRAMAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Recuperação pós-procedimento: RPA: ___ horas Internação: ___ diária(s) Não

Anestesia programada: Local Sedação Geral

Método de imagem utilizado: USG TC USG + TC

Utilizará contraste iodado: Sim Não

É necessário coletar creatinina? Sim Não

É necessário coagulograma + plaquetas? Sim Não

É necessário jejum? Sim. Quantas horas? _____ Não

Material especial a ser utilizado: _____

Médico responsável pela avaliação