

REQUISIÇÃO MÉDICA

PROJETO PRONON

Nome

Completo:

Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____

Endereço

Completo:

Justificativa:

Solicito exame de Cintilografia Miocárdica de Perfusão para paciente em tratamento Oncológico [descrever tipo da patologia], devido:

- () Detecção de isquemia miocárdica;
- () História prévia de coronariopatia;
- () Fatores de risco associado (idoso, diabético, hipertensão, dislipidemia etc.)

Nome do Médico e carimbo

CRM