



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital das Clínicas da Faculdade de
Medicina de Marília
HCFAMEMA



SOLICITAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR NÃO REALIZADO NA INSTITUIÇÃO

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS PARA A REGULAÇÃO:

Este pedido de exame complementar não faz parte do rol de exames disponíveis na Instituição atualmente, devendo ser encaminhado para laboratórios particulares, elevando fortemente nossos custos. Necessitamos entender sua relevância para a assistência, promoção do bem estar do paciente e realização de estatística da frequência de sua requisição, visando implantá-lo localmente, caso se justifique e quando possível.

Superintendência.

Nome do Paciente: _____

Registro Hospitalar: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Exame Solicitado: _____

Médico solicitante: _____

Enfermaria Ambulatório

Especialidade: _____

E-mail para contato: _____

Telefones para contato: _____

Qual a possibilidade "à priori" do resultado vir alterado? Pequena Grande

Foi requisitado para fins: Diagnóstico Terapêutico Ambos

Resultado do exame de imagem anteriormente realizado e a justificativa da necessidade desse exame. No que o exame solicitado completaria o anterior?

Justificativa: (deixe clara a relevância do pedido desse exame para a qualidade da assistência prestada a esse paciente e o porquê o mesmo é indispensável, caso o seja):



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital das Clínicas da Faculdade de
Medicina de Marília
HCFAMEMA



Justificativa (continuação):

Em que dimensão alterará a conduta clínica ou cirúrgica?

Data:

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

PARECER, APÓS ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO:

Data ___/___/___.

Assinatura e Carimbo do Médico Regulator

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO(S) EXAME(S):

Data ___/___/___.

Assinatura e Carimbo do Autorizador