

**FICHA TÉCNICA PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR
NÃO DISPONÍVEL NA INSTITUIÇÃO**

Esta solicitação de exame complementar não faz parte do rol de exames disponíveis na Instituição. Logo, para o seu atendimento faz-se necessário o encaminhamento aos laboratórios particulares, elevando fortemente nossos custos. Assim, precisamos entender sua relevância para a assistência e promoção do bem-estar do paciente bem como realizar uma análise estatística da frequência de determinado exame, visando sua incorporação no rol de exames disponíveis da Instituição, caso esse se justifique.

Superintendência.**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):

Em que dimensão alterará a conduta clínica ou cirúrgica?

Data ____/____/____.

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante