



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

 **(47) 3514-5000**
 **(47) 99659-4745**

- EXAME REALIZADO APENAS NA UNIDADE ITAJAÍ.
- Para seu maior conforto, queira por gentileza agendar um horário.
- Orçamentos serão confirmados no ato do exame, mediante a apresentação da requisição.

Exame agendado dia: ___/___/___ Horário: _____

Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Fone: _____

Solicitante: _____

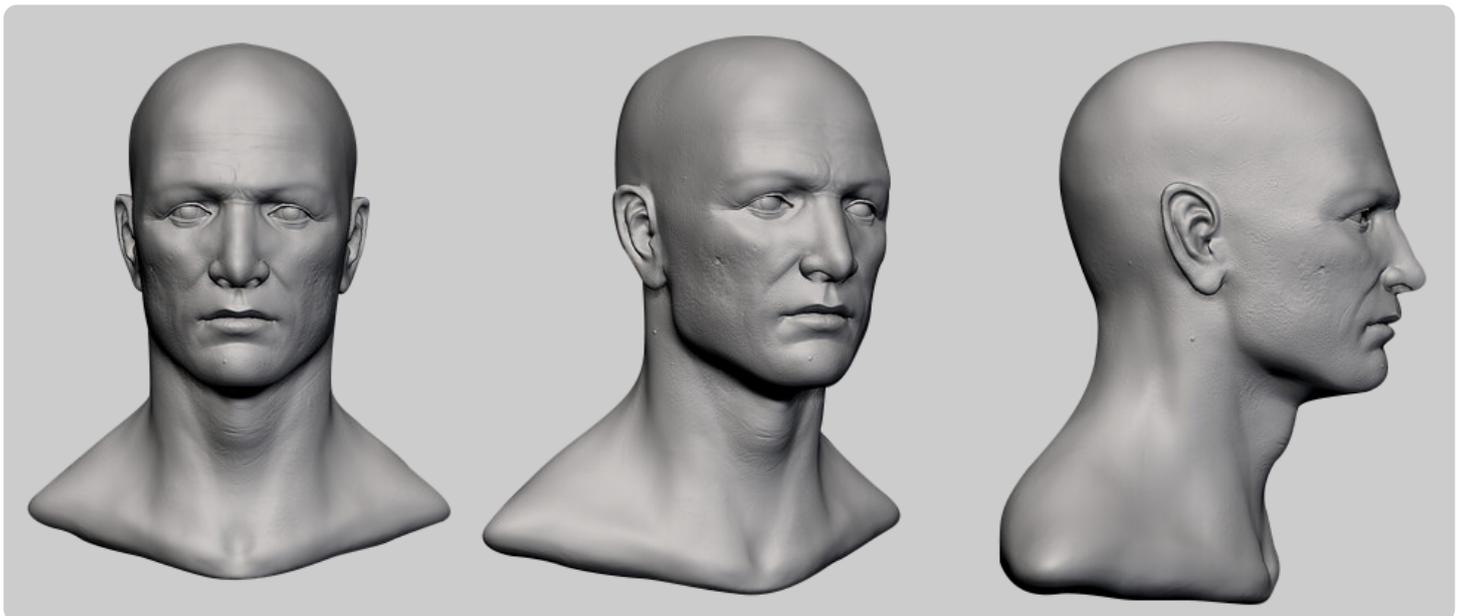
Data Solicitação: _____ Fone: _____

Ultrassonografia

FINALIDADE DO EXAME

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Corpo adiposo bucal (Bola de Bichat) | <input type="checkbox"/> ATM |
| <input type="checkbox"/> Glândulas Salivares | <input type="checkbox"/> Processo inflamatório/infeccioso |
| <input type="checkbox"/> Parótida <input type="checkbox"/> Submandibular <input type="checkbox"/> Sublingual | <input type="checkbox"/> Patologia |
| <input type="checkbox"/> Mapeamento Vascular (pré-HOF) | <input type="checkbox"/> Avaliação da espessura dérmica |
| <input type="checkbox"/> Avaliação de preenchimento (pós-HOF) | <input type="checkbox"/> Avaliação da tela subcutânea para a lipo de papada |
| <input type="checkbox"/> Mapeamento de materiais preenchedores prévio (informar se há alguma suspeita clínica e informar a área) | <input type="checkbox"/> Outras finalidades _____ |
| <input type="checkbox"/> USG Service Procedimentos Guiados (profissional vai ao consultório) | |

REGIÃO DO EXAME



Descrição da região:

Dados clínicos:

Assinatura e Carimbo