

SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DE LAUDO

Nome do Paciente			
ID do paciente			
Data do exame		Procedência do paciente	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Leito Internação
Exame a ser revisado	Exame	Tipo (descrever)	
	<input type="checkbox"/> RAIO X		
	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA		

Relatar a inconsistência observada:

Médico solicitante _____ **CRM** _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo: _____