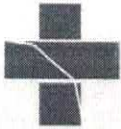


007.059.127



Sistema
Único de
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA - SER - SUS
COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE - CIB
CENTRAL REGIONAL DE REGULAÇÃO DE CÁTERES

FORMULÁRIO
DE SOLICITAÇÃO
DE EXAMES

Número

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

A) IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Paciente Internado () Local: _____

Paciente Ambulatorial: () Local: _____

B) DADOS CLÍNICOS (natureza da lesão, tempo de evolução, sintomas):

C) SINAIS SUGESTIVOS DE LESÃO NERVOSA:

1) Déficit motor (descrever a distribuição e intensidade)

2) Déficit sensitivo (descrever tipo, distribuição, intensidade. Preencher mapa no verso)

3. Segmentos a serem examinados.

() MSD () MSE () MID () MIE

() Outros: _____

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico