



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL

FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)

SUS-SP

NOME DA UNIDADE REQUISITANTE _____ N° DE ORDEM _____

CÓDIGO UNIDADE _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

MATRÍCULA _____ EST. _____ R.G. _____ DC _____ SEQ. _____ DATA NASC. _____ SEXO _____

NOME _____ 12 () MASC. 25 () FEM.

MUNICÍPIO **Pirassununga - S.P.**

CÓD. MUNICÍPIO **3 9 | 3 | 0**

SUSPEITA CLÍNICA

DATA PRIMEIROS SINTOMAS _____

USO DE ATB:

OUTRO MEDICAMENTO:

CASO

COMUNICANTE

DE DOENÇA NOT. COMPULSÓRIAS

CÓDIGO: _____

SADT SOLICITADO

DIAGNÓSTICO CONTROLE

N° SESSÕES _____

MATERIAL ENVIADO:

1ª AMOSTRA

2ª AMOSTRA

DATA DA REQUISIÇÃO: _____

NOME DA UNIDADE QUE REALIZARÁ O SADT _____

ENCAMINHADO PARA: _____

ENDEREÇO: _____

CÓD. UNIDADE _____

TELEFONE: _____

ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____

CR _____

1926



Penulisan - mrg dan kals (TGA2 abdomen)
gms | dms

ASSINATURA DO PACIENTE

DATA

1 | _____

2 | _____

3 | _____

4 | _____

5 | _____

6 | _____

7 | _____

8 | _____

9 | _____

10 | _____

