



FICHA DE AGENDAMENTO PARA MÉDICOS

DATA:	HORA:
NOME DO PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:
CPF (CAMPO OBRIGATÓRIO P/AGENDAMENTO):	
CONVÊNIO:	
NOME DO HOSPITAL:	
SETOR / LEITO:	
E-MAIL - ENVIO DO RESULTADO:	
E-MAIL - CONTATO DO HOSPITAL:	
INFORMAÇÕES E PREPAROS PARA COLETA	
MÉDICO SOLICITANTE:	CRM:
INDICAÇÃO CLÍNICA:	
PACIENTE FAZ USO DE ANTICOAGULANTE: () NÃO; () SIM – QUAL?	
PACIENTE REALIZOU EXAME DE IMAGEM: () NÃO; () SIM – QUAL?	
CONTAGEM DE PLAQUETAS:	INR:
OUTRAS RECOMENDAÇÕES MÉDICAS:	
PARA AMOSTRA JÁ COLETADA	
DATA E HORA DA COLETA:	
VIA DE ACESSO: () LOMBAR; () OUTRA VIA:	

ENVIAR O PEDIDO MÉDICO COM INDICAÇÃO CLÍNICA, CARIMBADO E ASSINADO E ESTA FICHA DEVIDAMENTE PREENCHIDA PARA O EMAIL: atendimento@neurolife.com.br

Obs: Em caso de dúvida sobre a solicitação de exames específicos no líquido, entrar em contato com nossa equipe técnica (Disponível 24 horas) (21) 98460-4459 



ATENDIMENTO: atendimento@neurolife.com.br

RESULTADOS: laboratorio@neurolife.com.br