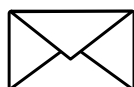


FICHA DE AGENDAMENTO PARA HOSPITAIS

DATA:	HORA:
DADOS DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:
RG:	CPF (CAMPO OBRIGATÓRIO P/AGENDAMENTO):
TELEFONE FIXO:	CELULAR:
EMAIL DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:	
CONVÊNIO:	MATRÍCULA:
TIPO DE PLANO:	
DADOS DO HOSPITAL	
NOME DO HOSPITAL:	
SETOR / LEITO:	
NOME E TELEFONE DA PESSOA DE CONTATO DO AGENDAMENTO:	
SENHA DE EXAME:	
SENHA DE INTERNAÇÃO:	
RESPONSÁVEL PELO MENOR	
NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	TELEFONE:
RG:	CPF (CAMPO OBRIGATÓRIO P/AGENDAMENTO):
INFORMAÇÕES E PREPAROS PARA COLETA DO LÍQUOR	
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 INFORMAÇÕES:	
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