



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

I. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE):

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: _____
CNES: _____

II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/_____ SEXO: FEMININO () MASCULINO ()

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ CNS: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: () _____ TELEFONE CELULAR () _____

III. PROCEDIMENTO SOLICITADO:

() MMSS () MSD () MID () HEMIFACE
() MMII () MSE () MIE () GENIOGLOSSO OU LINGUA

IV. RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

CID: _____

V. EXISTÊNCIA DE PATOLOGIA CONCOMITANTE:

() AUTO-IMUNE () HAS () DM () TRAUMA NERVO PERIFÉRICO
() IRC () TCE () TRM () NEOPLASIA () DOENÇA DE HANSEN

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S) QUE MOTIVA(M) SOLICITAÇÃO DO EXAME:

DATA DA SOLICITAÇÃO: ___/___/_____

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE

CREMEB