



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**

**Código:** HCF-SUPER-FOR-3

**Revisão:** 1

**FICHA TÉCNICA PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR NÃO DISPONÍVEL NA INSTITUIÇÃO**

Revisado em 17/07/2025

Esta solicitação de exame complementar não faz parte do rol de exames disponíveis na Instituição. Logo, para o seu atendimento faz-se necessário o encaminhamento aos laboratórios particulares, elevando fortemente nossos custos. Assim, precisamos entender sua relevância para a assistência e promoção do bem-estar do paciente bem como realizar uma análise estatística da frequência de determinado exame, visando sua incorporação no rol de exames disponíveis da Instituição, caso esse se justifique.

**Superintendência.**

**Paciente:** \_\_\_\_\_

Registro Hospitalar: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**Exame solicitado:** \_\_\_\_\_

**Código do SIGTAP:** \_\_\_\_\_

**Médico Solicitante:** \_\_\_\_\_

Enfermaria ( ) Ambulatório ( )

Especialidade: \_\_\_\_\_

E-mail para contato: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Qual a possibilidade "à priori" do resultado vir alterado? Pequena ( ) Grande ( )

Foi requisitado para fins: Diagnóstico ( ) Terapêutico ( ) Ambos ( )

Resultado do exame de imagem anteriormente realizado e a justificativa da necessidade desse exame. No que o exame solicitado completaria o anterior?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Justificativa:** (deixe clara a relevância do pedido desse exame para a qualidade da assistência prestada a esse paciente e o porquê é indispensável, caso o seja):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Em que dimensão alterará a conduta clínica ou cirúrgica?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo do médico**