**SOLICITAÇÃO DE EXAMES DO PRONTO SOCORRO**

**SADT – Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia**

***Protocolo Trauma***

Gasometria Venosa

***Troponina***

Amilase

Fosfatase Alcalina

TGO/TGP/δGT

Ca

Mg

***Hb + Ht***

***\*βHCG***

***\* sexo feminino***

***Protocolo Dor Torácica***

***Protocolo SEPSE***

***Hemograma***

***Glicemia***

***Ureia***

***Creatinina***

***Bilirrubinas***

***TP/TPPA***

 ***Na***

***K***

***Lactato Arterial***

***Gasometria Arterial***

***Urina I***

Data Solicitação

Médico ( assinatura e carimbo )

Obs. : Não serão aceitos pedidos incompletos. É obrigatório nome legível e CRM do médico solicitante

HCLPM 255 Rua Manoel de Oliveira s/nº - Bairro Mogilar – CEP : 08.773 – 120 – Mogi das Cruzes – SP – PABX : 3583- 2800

Exames

Exames

Laboratório

**01**

Sangue

**02**

Urina

 TC

 RX

 ECG

 US

 RM

EDA

Data Nasc.

M

F

Nome Paciente

 RH

Hipótese Diagnóstica

História Clínica

Vermelho

Verde -

Azul

Amarelo