



Data da Solicitação

## IDENTIFICAÇÃO

Nome, Idade, Sexo \_\_\_\_\_

Indicação do Exame

Informações Complementares: gestação, parto, desenvolvimento, antecedentes familiares, tempo de doença, evolução.

Médico Solicitante

---

**Informações direcionadas aos pacientes:** Assim que receber este pedido do seu médico, por favor entre em contato com a Clínica de Morfometria Cerebral através do Whatsapp (62) 99950 9408 para orientações e esclarecimentos que se façam necessários. Obs.: Este pedido não tem validade junto ao convênio. **Ele deverá ser entregue na recepção da clínica de imagem, antes da realização do exame.**

**Informação direcionada à recepção da clínica de imagem:** Favor encaminhar este pedido ao tecnologista antes do início do exame, para que o mesmo proceda à escolha do protocolo adequado.

**Informações reservada aos tecnologistas:** Dúvidas quanto à consulta de protocolos e disponibilidade das imagens, favor acessar o site [www.morfometriacerebral.com](http://www.morfometriacerebral.com) e se dirigir ao item Clínicas de Imagem, na barra de navegação. Em caso de necessidade, entrar em contato através do Whatsapp (62) 99950 9408