



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 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