

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
SETOR DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA

SOLICITAÇÃO DE BRONCOSCOPIA

NOME: _____
SEXO: _____ IDADE: _____ COR: _____
NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____

INDICAÇÃO CLÍNICA:

EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAMES RADIOLÓGICOS:

MARCADO PARA: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

ASS:

CRM

DATA: ____ / ____ / ____