



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO! MARCAÇÃO E REGULAÇÃO



REQUISIÇÃO DE EXAMES RADIOLÓGICOS

UNIDADE SOLICITANTE

ENDEREÇO:

DADOS DO PACIENTE

NOME (OBRIGATÓRIO):

NOME DA MÃE (OBRIGATÓRIO):

CPF (OBRIGATÓRIO):

CARTÃO DO SUS (OBRIGATÓRIO):

JUSTIFICATIVA DO EXAME (OBRIGATÓRIO)

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (OBRIGATÓRIO)

RADIOLOGIA DA FACE

SEIOS DA FACE

RADIOLOGIA DA COLUNA CERVICAL

CERVICAL AP (ANTEROPosterior)

PERFIL (LATERAL)

OBLÍQUAS (DIREITA E ESQUERDA)

FLEXÃO E EXTENSÃO

TRANSORAL (BOCA ABERTA) (PARA
VISUALIZAR O ATLAS E O ÁXIS – C1 E C2)

RADIOLOGIA DA COLUNA TORÁCICA

AP (Ântero-Posterior)

PERFIL (LATERAL)

RADIOLOGIA DE COLUNA
LOMBOSSACRA

AP (Ântero-Posterior)

PERFIL (LATERAL)

OBLÍQUAS (DIREITA E ESQUERDA) (PARA
AVALIAR ESPONDILÓLISE)

FLEXÃO E EXTENSÃO (PARA ANÁLISE DE
INSTABILIDADE)

RADIOLOGIA DA COLUNA SACRAL

AP (ANTEROPosterior)

PERFIL (LATERAL)

RADIOGRAFIA DO CÓCCIX EM AP E PERFIL

RADIOLOGIA DO ABDOME

RADIOGRAFIA SIMPLES DE ABDOME DECÚBITO
DORSAL (SUPINO)

RADIOGRAFIA SIMPLES DE ABDOME DECÚBITO
LATERAL

RADIOGRAFIA SIMPLES DE ABDOME EM PÉ
(ORTOSTÁTICO)

RADIOGRAFIA DE ABDOME AGUDO

SUPINO

ORTOSTÁTICO

TÓRAX EM PA

RADIOLOGIA DOS MEMBROS SUPERIORES

MÃO – AP (ANTERO-
POSTERIOR)

MÃO – OBLÍQUIO

MÃO – PERFIL

PUNHO – PA

PUNHO – LATERAL

PUNHO – OBLÍQUIO

ANTEBRAÇO –
AP

ANTEBRAÇO –
LATERAL

COTOVELO – PA-
AP

COTOVELO –
LATERAL

COTOVELO –
OBLÍQUIA

BRAÇO (ÚMERO)
– PA-AP

BRAÇO
(ÚMERO) –
LATERAL

OMBRO

CLAVÍCULA

ESCAPULAR PROJEÇÃO

RADIOLOGIA DOS MEMBROS
INFERIORES

PÉ – PA-AP

PÉ – OBLÍQUIA

PÉ – LATERAL

TORNOZELO –
PA-AP

TORNOZELO –
LATERAL

TORNOZELO – OBLÍQUIA (MORTALHA)

PERNA (TÍBIA E FÍBULA) – PA-AP

PERNA (TÍBIA E FÍBULA) – LATERAL

JOELHO – PA-AP

JOELHO –
LATERAL

JOELHO –
OBLÍQUIO

JOELHO –
AXIAL

FÊMUR – PA-AP

FÊMUR –
LATERAL

QUADRIL – PA-
AP

QUADRIL –
PERFIL

BACIA – PA-AP

ULTRASSONOGRAMAS

Data (OBRIGATÓRIO): ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO COM O CRM