

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Data da Cirurgia: ____/____/____

Convênio: _____

COLE A ETIQUETA AQUI

DADOS DO CONTRASTE

Registro: _____ Data do Procedimento: ____/____/____ Contraste: _____

Lote: _____ Validade: ____/____/____ Volume infundido: _____ ml.

REAÇÕES ADVERSAS: () SIM () NÃO

SE SIM, QUAL?

CONDUTA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:
