

REGISTRO E COMUNICAÇÃO DE RESULTADO CRÍTICO

DEVERÃO SER COMUNICADOS IMEDIATAMENTE A EQUIPE MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Data do Exame: ____/____/____ Hora do Exame: ____: ____

RESULTADO CRÍTICO

☐ Pneumoperitônio

☐ Hidro Pneumoperitônio

☐ Pneumotórax

☐ Hemorragias Intracranianas

☐ Trombose Venosa Profunda

☐ Oclusão/Suboclusão intestinal

☐ TEP

☐ Outros

CONTATO MÉDICO – SETOR DE ORIGEM

Médico Contato: _____

Setor: _____

Data do Contato: ____/____/____ Hora do Contato: ____: ____

Técnico de Enf/Téc de Radiologia: _____

Médico que recebeu a informação do achado crítico: _____

DEVERÃO SER COMUNICADOS IMEDIATAMENTE A EQUIPE MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Data do Exame: ____/____/____ Hora do Exame: ____: ____

RESULTADO CRÍTICO

☐ Pneumoperitônio

☐ Hidropneumoperitônio

☐ Pneumotórax

☐ Hemorragias Intracranianas

☐ Trombose Venosa Profunda

☐ Oclusão/Suboclusão intestinal

☐ TEP

☐ Outros

CONTATO MÉDICO – SETOR DE ORIGEM

Médico Contato: _____

Setor: _____

Data do Contato: ____/____/____ Hora do Contato: ____: ____

Técnico de Enf/Téc de Radiologia: _____

Médico que recebeu a informação do achado crítico: _____