

HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
SOLICITAÇÃO DE ELETROENCEFALOGRAMA

Data da Solicitação: ____/____/____. Data do Exame: ____/____/____. Horário: ____.

Nome do Paciente: _____. Leito: _____.

Matricula: _____. Idade: _____. Sexo: Masc. Fem.

Indicação do Exame: _____

Quadro Clínico: _____

.....
Nome e Carimbo do Médico

OBS: Preparo para a captação: lavar a cabeça com sabão de côco e secar. Não usar cremes gordurosos (É importante à cabeça estar limpa e seca).

HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
SOLICITAÇÃO DE ELETROENCEFALOGRAMA

Data da Solicitação: ____/____/____. Data do Exame: ____/____/____. Horário: ____.

Nome do Paciente: _____. Leito: _____.

Matricula: _____. Idade: _____. Sexo: Masc. Fem.

Indicação do Exame: _____

Quadro Clínico: _____

.....
Nome e Carimbo do Médico

OBS: Preparo para a captação: lavar a cabeça com sabão de côco e secar. Não usar cremes gordurosos (É importante à cabeça estar limpa e seca).