

Data: ____/____/____

Nome: _____

Prontuário: _____

Realizar exames:

- Angiotomografia Pulmonar Protocolo TEP
 - Cintilografia Miocárdica C/ Gálio-67
 - Colangiografia Transparieto-Hepática
 - CT de Abdome
 - Densitometria Mineral Óssea
 - Ecocardiograma com Doppler
 - Ecocardiografia: Transtorácica Transecofágico Estresse c/ Dobutamina
 - Espirometria Ergoespiometria
 - Eletrocardiograma Com laudo Sem laudo
 - Holter 24H
 - MIBI + Dipiridamol (Cintilografia do miocárdio)
 - Ressonância Magnética de _____
 - RX de Abdome Total RX Tórax PAe Perfil RX de _____
 - Teste Ergométrico
 - Tomografia Alta Resolução do Tórax sem Contraste Tomografia dos Seios da Face
 - Tomografia Computadorizada de _____
 - (Conforme critérios *solicitar creatinina previamente ao exame, validade 15 dias)**
 - USG de Abdome Total (Rins e vias urinárias/ dimensionar rins)
 - USG de Abdome Total USG de Abdome Superior USG de Próstata
 - USG do Abdome Superior com Doppler do Sistema Porta + arterial
 - USG de Abdome Inferior (Pâncreas transplantado)
 - USG de Abdome Inferior com Doppler (Pâncreas Transplantado com Doppler)
 - USG Renal e Trato Urinário (Rim Transplantado)
 - USG Renal e Trato Urinário com Doppler (Rim transplantado com Doppler)

 - Outros: _____
- **Biópsia: Enxerto Renal guiado por USG Hepática guiada por USG Endomiocárdica

Médico: _____

CRM: _____