

Data: ___/___/___

Prontuário: _____

Nome: _____

Realizar exames:

- Eletrocardiograma
- Ecocardiograma transtorácico
- RX de tórax PA e Perfil
- Ultrassonografia de abdome total
- Ultrassonografia de doppler de enxerto renal
- Ultrassom de enxerto renal

Médico: _____

CRM: _____

Cód. TXR-0010

Data: ___/___/___

Prontuário: _____

Nome: _____

Realizar exames:

- Eletrocardiograma
- Ecocardiograma transtorácico
- RX de tórax PA e Perfil
- Ultrassonografia de abdome total
- Ultrassonografia de doppler de enxerto renal
- Ultrassom de enxerto renal

Médico: _____

CRM: _____

Cód. TXR-0010