

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Informações adicionais para solicitação de Angiotomografia de Coronárias:**

1) Quanto aos sintomas:

( ) angina típica ( ) angina atípica ( ) dor não anginosa ( ) assintomático

2) Em caso de dor torácica aguda (sintomas compatíveis com síndrome coronariana aguda ou equivalente anginoso):

TIMI RISK: \_\_\_\_\_

Alterações isquêmicas no ECG? ( ) sim ( ) não

Marcadores de necrose miocárdica ( ) positivo ( ) negativo

3) Paciente com diagnóstico de IC recente? ( ) sim ( ) não

Caso positivo, há dúvida sobre a etiologia da IC mesmo após a realização de outros exames complementares?

( ) sim ( ) não

4) Há quadro clínico e exames complementares conflitantes, permanecendo dúvida diagnóstica mesmo após a realização de exames funcionais para avaliação de isquemia?

( ) sim ( ) não

Caso "sim", anexar cópia dos resultados dos exames funcionais.

5) Há suspeita de coronárias anômalas? ( ) sim ( ) não

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico responsável com Crm