



Ressonância Magnética

Formulário para ressonância magnética

Unimed 
Franca

1. Motivo:

☐

Dor crônica / aguda sem diagnóstico claro

☐

Avaliação de condição neurológica
(ex.: acidente vascular cerebral, esclerose múltipla)

☐

Suspeita de tumor

☐

Avaliação de condições ortopédicas
(ex.: lesões musculoesqueléticas, hérnia de disco)

☐

Avaliação de lesão após trauma

☐

Avaliação de condições cardíacas
(ex.: miocardiopatias, disfunções cardíacas)

☐

Outros (especificar): _____

2. Descrição de quadro clínico atual e tempo de evolução dos sintomas:

3. Exame físico (detalhar achados específicos de justifiquem a solicitação):

4. Outros exames realizados relacionados à mesma patologia (ex.: Raio-X, tomografia, ultrassom etc.):

5. O paciente já realizou alguma ressonância magnética anterior relacionada ao quadro clínico?

☐

Sim

☐

Não

Caso afirmativo, qual foi a data do exame anterior? ____/____/____

Qual o motivo para repetir o exame? _____

Em caso de dúvidas, acione os canais de contato da Unimed Franca:

SAC: 0800 940 1177 | WhatsApp: (16) 99322-2340

www.unimedfranca.com.br

Rua General Carneiro, 1595 - Centro - Franca/SP - CEP: 14400-500

Baixe nosso app



Siga nossas redes sociais

@unimedfranca

