

**SOLICITAÇÃO DE ENDOSCOPIA**

NOME: _____

IDADE: _____

FF: _____

EQUIPE DE REFERÊNCIA: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

UNIDADE SOLICITANTE: _____

INDICAÇÃO (HIPÓTESE DIAGNÓSTICA): _____

CID 10: _____

ASSINALE SOMENTE AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS**VERMELHO**

<input type="checkbox"/>	Sinais de alerta	<input type="checkbox"/>	Procedimentos terapêuticos específicos
<input type="checkbox"/>	Estado geral do paciente (síndrome consuptiva)	<input type="checkbox"/>	Pré - operatório de transplantes
<input type="checkbox"/>	Acompanhamento evolutivo de diagnósticos anteriores e seguimento de patologias com potencial de transformação maligna		

AMARELO

<input type="checkbox"/>	Sintomas persistentes após tratamento clínico, sem endoscopia prévia	<input type="checkbox"/>	Úlceras duodenais complicadas
<input type="checkbox"/>	Pacientes com DRGE, sem endoscopia prévia	<input type="checkbox"/>	Úlceras gástricas
<input type="checkbox"/>	Esofagites erosivas com complicações (úlceras, barrett, estenoses)	<input type="checkbox"/>	Pólipos gástricos hiperplásticos
<input type="checkbox"/>	Investigação de hipertensão portal	<input type="checkbox"/>	Pós - gastrectomia por doença maligna
<input type="checkbox"/>	Seqüela de esofagites cáusticas / químicas	<input type="checkbox"/>	Pré - operatório de cirurgia bariátrica (obesidade mórbida)
<input type="checkbox"/>	Esofagites erosivas graus C e D da classificação de Los Angeles	<input type="checkbox"/>	Pré - operatório de colecistectomia

VERDE

<input type="checkbox"/>	Sintomas persistentes após tratamento clínico, com endoscopia prévia	<input type="checkbox"/>	Controle de erradicação do <i>H. Pylori</i>
<input type="checkbox"/>	Pacientes com DRGE, com endoscopia prévia	<input type="checkbox"/>	Pós - gastrectomia por doença benigna
<input type="checkbox"/>	Gastrites e úlceras duodenais	<input type="checkbox"/>	Pós - operatório de cirurgia bariátrica (obesidade mórbida)

ANTECEDENTES PESSOAIS

<input type="checkbox"/>	Hipertenso - observar controle de pressão arterial	<input type="checkbox"/>	Etilista
<input type="checkbox"/>	Diabético insulino - dependente	<input type="checkbox"/>	Uso de AINES
<input type="checkbox"/>	Tabagista		
<input type="checkbox"/>	Endoscopia anterior (laudo):		
<input type="checkbox"/>	Cirurgia gástrica anterior (indicação / há quanto tempo):		
<input type="checkbox"/>	Neoplasia		
<input type="checkbox"/>	RX contrastado EED (laudo)		
<input type="checkbox"/>	Ultrasson / tomografia (laudo)		

ANTECEDENTE FAMILIAR

<input type="checkbox"/>	Neoplasia		
--------------------------	-----------	--	--

OBS. Para serviços conveniados, é necessário preencher também a requisição em SADT

Campinas, _____ de _____ de _____ .