

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Cód.: \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( ) Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

Qual o motivo da realização do exame?

\_\_\_\_\_

Sofreu algum traumatismo? ( ) sim ( ) não

Tem formigamento (parestesia) nas costas? ( ) sim ( ) não

Já fez cirurgia da coluna cervical? ( ) sim ( ) não

De que? \_\_\_\_\_

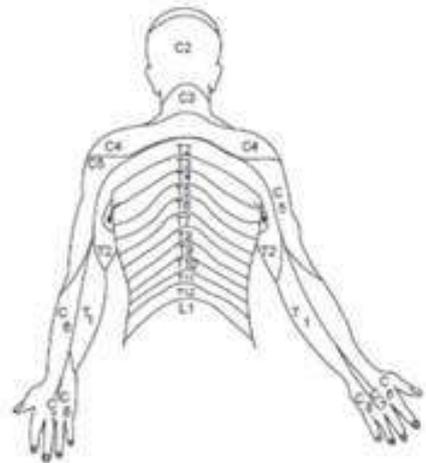
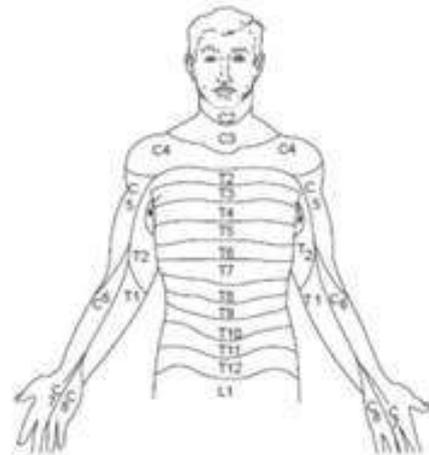
Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Já fez este exame antes? ( ) sim ( ) não

Qual o resultado? \_\_\_\_\_

Outras informações que julgar necessárias:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Itajubá, \_\_/\_\_/\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_