

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

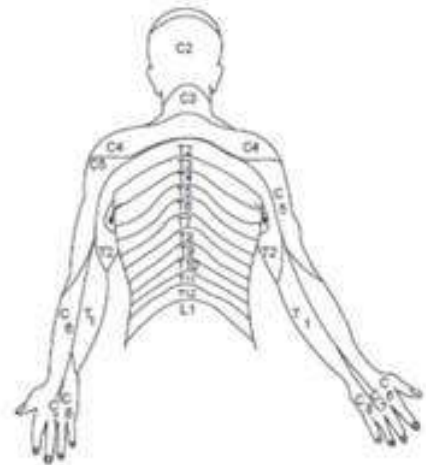
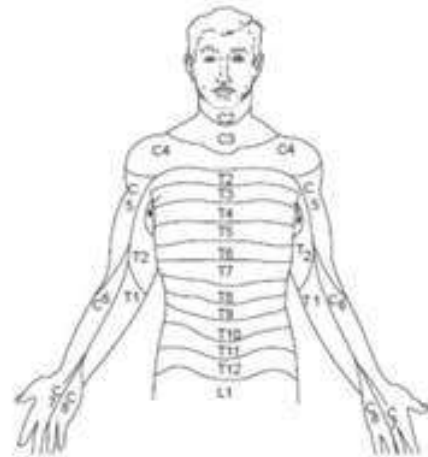
De que? _____

Há quanto tempo? _____

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

Qual o resultado? _____

Outras informações que julgar necessárias:



Itajubá, __/__/__ Ass.: _____