

Questionário de Exames			
Nº: <small>(campo destinado a preenchimento da Medstar)</small>		Ano: <small>(campo destinado a preenchimento da Medstar)</small>	
DADOS DO PRODUTO			
Produto:			
Lote:		Apresentação:	
Data fabricação:		Data validade:	
Indicação do produto:			
DADOS DO PACIENTE/ RELATOR			
Identificação do paciente (nome ou iniciais):			
Relator:			
EXAMES CLÍNICOS			
1	EXAME I		
	Nome do exame:		
	Data do exame:		
	Resultado do exame:		
Valor de referência:			
2	EXAME II		
	Nome do exame:		
	Data do exame:		
	Resultado do exame:		
Valor de referência:			
3	EXAME III		
	Nome do exame:		
	Data do exame:		
	Resultado do exame:		
Valor de referência:			
4	EXAME IV		
	Nome do exame:		
	Data do exame:		
	Resultado do exame:		
Valor de referência:			
5	EXAME V		
	Nome do exame:		
	Data do exame:		
	Resultado do exame:		
Valor de referência:			
* Se houver a realização de outros exames, preencher o anexo quantas vezes for necessário. Outras observações adicionais:			
Responsável - SAC		Data:	