



**Ultrasonografia  
MAMÁRIA**

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**Local**

( ) Hospital

( ) Policlínica

**Autorização**

\_\_\_\_\_  
Assinatura / carimbo

**Preparo**

TRAZER A ÚLTIMA MAMOGRAFIA OU  
ULTRA-SONOGRAMA DE MAMA

**Obs.: Caso perca o exame sem justificativa,  
será marcado após 30 dias.**