

BPA INDIVIDUALIZADO - MEDICINA NUCLEAR  
SOLICITAÇÃO DE EXAMES / PROCEDIMENTOS

|                        |   |   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
|------------------------|---|---|---|---|--------------------------------------|---|---|---|---|---|-----|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|
| Nome : -               |   |   |   |   |                                      |   |   |   |   | tel:  |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| Prontuário             |   |   |   |   | CNS :                                |   |   |   |   |   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| Data Nasc.:            |   |   |   |   | CPF                                  |   |   |   |   | Sexo: M ( ) F ( )   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| Data do Atendimento :  |   |   |   |   |                                      |   |   |   |   | Município de Residência :   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| Código do Procedimento |   |   |   |   |                                      |   |   |   |   | Procedimento Solicitado   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 1                                    | 0 | 0 | 8 | 4 | Cintilografia Sincronizada de Camaras Cardiacas em situação de Repouso          | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 1                                    | 0 | 0 | 2 | 5 | Cintilografia de Miocardio p/ Aval.da Perf.em Situação de Estresse(Min.3 Proj)  | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 1                                    | 0 | 0 | 3 | 3 | Cintilografia de Miocardio p/ Aval.da Perf.em Situação de Repouso(Min.3 Proj)   | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 1                                    | 0 | 0 | 4 | 1 | Cintilografia de Miocardio p/ Localização de Necrose (Minimo 3 Projeções)       | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 5                                    | 0 | 0 | 1 | 9 | Cintilografia de Articulações e/ou Extremidades e/ou Osso                       | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 1                                    | 0 | 0 | 1 | 7 | Cintilografia de Coração c/ Galio 67  | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 9                                    | 0 | 0 | 1 | 0 | Cintilografia de Corpo Inteiro c/ Galio 67 p/ Pesquisa de neoplasias            | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 5                                    | 0 | 0 | 2 | 7 | Cintilografia de Esqueleto (Corpo Inteiro)                                      | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 0 | 1 | 2 | Cintilografia de Fígado e Baço(mínimo 5 imagens)                                | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 0 | 2 | 0 | Cintilografia de Fígado e Vias Biliares   | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 9                                    | 0 | 0 | 2 | 9 | Cintilografia de Glandula lacrimal(Dacriocintilografia)                         | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 0 | 3 | 9 | Cintilografia de Glandulas Salivares c/ ou s/ Estimulo                          | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 9                                    | 0 | 0 | 3 | 7 | Cintilografia de Mama(Bilateral)  | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 5                                    | 0 | 0 | 3 | 5 | Cintilografia de Ossos c/ ou s/ Fluxo Sanguineo (corpo Inteiro)                 | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 0 | 4 | 7 | Cintilografia de Pancreas   | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 3                                    | 0 | 0 | 1 | 8 | Cintilografia de Paratireoides  | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 6                                    | 0 | 0 | 1 | 4 | Cintilografia de Perfusao Cerebral c/ Talio(SPCTO)                              | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 7                                    | 0 | 0 | 1 | 0 | Cintilografia de Pulmao c/ Galio 67   | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 7                                    | 0 | 0 | 2 | 8 | Cintilografia de Pulmao p/ Pesquisa de Aspiração                                | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 7                                    | 0 | 0 | 3 | 6 | Cintilografia de Pulmao por Inalação (Mínimo 2 Projeções)                       | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 7                                    | 0 | 0 | 4 | 4 | Cintilografia de Pulmao por Perfusao(Mínimo 4 Projeções)                        | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 4                                    | 0 | 0 | 2 | 1 | Cintilografia de Rim c/ Galio 67  | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 5                                    | 0 | 0 | 4 | 3 | Cintilografia de Segmento Osseo c/ Galio 67                                     | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 8                                    | 0 | 0 | 1 | 5 | Cintilografia de Sistema Reticulo-Endotelial (Medula Ossea)                     | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 4                                    | 0 | 0 | 3 | 0 | Cintilografia de Testículo e Bolsa Escrotal                                     | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 3                                    | 0 | 0 | 2 | 6 | Cintilografia de Tireoide c/ ou s/ Captação                                     | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 3                                    | 0 | 0 | 3 | 4 | Cintilografia de Tireoide c/ Teste de Supressao/ Estimulo                       | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 1                                    | 0 | 0 | 5 | 0 | Cintilografia p/ Avaliação de Fluxo Sanguineo de Extremidades                   | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 0 | 6 | 3 | Cintilografia p/ Estudo de Transito Esofágico(Semi-Sólido)                      | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 0 | 7 | 1 | Cintilografia p/ Estudo de Transito Gástrico                                    | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 0 | 8 | 0 | Cintilografia p/ pesquisa de Diverticulose de Meckel                            | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 0 | 9 | 8 | Cintilografia p/ Pesquisa De Hemorragia Digestiva Ativa                         | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 1 | 0 | 1 | Cintilografia p/ Pesquisa De Hemorragia Digestiva Nao Ativa                     | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 1 | 1 | 0 | Cintilografia p/ Pesquisa de Refluxo Gastro-Esofágico                           | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 3                                    | 0 | 0 | 4 | 2 | Cintilografia p/ Pesquisa do Corpo Inteiro                                      | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 4                                    | 0 | 0 | 4 | 8 | Cintilografia p/ Pesquisa do Refluxo Vesico-Ureteral                            | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 1                                    | 0 | 0 | 6 | 8 | Cintilografia p/ Quantificacao de Shunt Extracardiaco                           | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 0 | 5 | 5 | Cintilografia pstudo de Transito Esofágico(líquido)                             | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 5 | 0 | 1 | 0 | 6                                    | 0 | 0 | 2 | 2 | Cintilografia Radioisotopica cerebral p/ Diagnostico de Morte Encefalica        | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 4                                    | 0 | 0 | 5 | 6 | Cintilografia Renal/ Renograma(Qualitativa e/ou Quantitativa)                   | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 1                                    | 0 | 0 | 7 | 6 | Cintilografia Sincronizada Camaras Card em situação de Esforço                  | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 4                                    | 0 | 0 | 6 | 4 | Cistocintilografia Direta   | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 4                                    | 0 | 0 | 7 | 2 | Cistocintilografia Indireta   | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 2                                    | 0 | 1 | 2 | 8 | Imuno-Cintilografia (Anticorpo Monoclonal)                                      | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 8                                    | 0 | 0 | 4 | 0 | Linfocintilografia  | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 3 | 0 | 3 | 1 | 2                                    | 0 | 0 | 5 | 3 | Tratamento de Dor Óssea c/ Samário(por paciente)                                | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 6                                    | 0 | 0 | 2 | 2 | Cisternocintilografia(Incluindo Pesquisa e/ ou Avaliação do Transito Liquorico) | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 3 | 0 | 4 | 0 | 9                                    | 0 | 0 | 1 | 8 | Iodoterapia Carcinor oma de Tireóide 15mCi                                      | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 3 | 0 | 3 | 1 | 2                                    | 0 | 0 | 7 | 0 | Tratamaneto de Hipertiroidismo Graves   | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 3 | 0 | 3 | 1 | 2                                    | 0 | 0 | 6 | 1 | Tratamento de Hipertiroidismo Plumer  | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 0                      | 2 | 0 | 8 | 0 | 4                                    | 0 | 0 | 1 | 3 | Captação de Iodo Radioativo em 24 horas   | ( ) |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| Indicação Clínica :-   |   |   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| CID 10                 |   |   |   |   | Nome, ass. e carimbo do Profissional |   |   |   |   | Autorização do Dir Médico ou NIR/HUAP   |     |  |  |  | Gestor Municipal |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
|                        |   |   |   |   |                                      |   |   |   |   |   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| CBO                    |   |   |   |   | CNS :                                |   |   |   |   |   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |
| 2                      | 2 | 3 | 1 | 4 | 4                                    |   |   |   |   |   |     |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |