

TRANSPLANTE CARDÍACO

Data: ___/___/___

Prontuário: _____

Nome: _____

Realizar exames:

- Eletrocardiograma
- Ecocardiograma transtorácico
- RX de tórax (PA em inspiração e expiração + lateral)
- Ultrassonografia com doppler colorido de vasos (somente em vasculopatas e idosos)
- Ultrassonografia de tórax (extracardiaca)
- Ultrassonografia de rins e vias**
- Ultrassonografia de abdome total**

Médico: _____

CRM: _____

Cód. TXC-0002

TRANSPLANTE CARDÍACO

Data: ___/___/___

Prontuário: _____

Nome: _____

Realizar exames:

- Eletrocardiograma
- Ecocardiograma transtorácico
- RX de tórax (PA em inspiração e expiração + lateral)
- Ultrassonografia com doppler colorido de vasos (somente em vasculopatas e idosos)
- Ultrassonografia de tórax (extracardiaca)
- Ultrassonografia de rins e vias**
- Ultrassonografia de abdome total**

Médico: _____

CRM: _____

Cód. TXC-0002