

PEDIDO DE INFORMAÇÃO CLÍNICA / RELATÓRIO CLÍNICO



Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Leiria
Rua das Olhalvas
2400-197 Leiria

Despacho:

___/___/___

Nome do Requerente _____
portador do cartão de identificação n.º _____ emitido pelo Arquivo de Identificação de
_____ em ___/___/___, vem requerer a V/Exa se digne:

- Fornecer exames complementares de diagnóstico (**completar identificação no verso**)
- Fornecer relatório de exames complementares de diagnóstico
- Fornecer cópia de certificado de óbito
- Passar relatório clínico referente à assistência prestada em:

Internamento _____

Consulta Externa _____

Urgência n.º _____

N.º Arquivo _____ Utente n.º _____

Do utente (titular da informação) _____

Residente em _____

_____ Código Postal _____ - _____

Contacto: _____, que se destina a _____

No caso de terceiros a solicitar relatório médico, justificar a legitimidade e interesse do pedido ^{a)}

_____.

Indicar, também, o nome e morada do médico a quem deve ser enviada a informação clínica _____

_____.

Espera deferimento.

Leiria, ___ de _____ de _____, o requerente, _____
(assinatura igual à do documento exibido)

Observações: _____

Confirmo a assinatura supra,

Data

Funcionário

a) Terceiros com interesse direto, pessoal e legítimo.

___/___/___

Exames compl. Diagn. Terap.

Imagiologia

Anatomia Patologica

Patologia Clínica

Gastrenterologia

Ginecologia/Obstetricia

Oftalmologia

Urologia

Outro _____

Colar etiqueta de identificação do utente

Preencher só se exames imagiológicos posteriores a 2005.01.31. Se exames anteriores a esta data, preencher impresso para acesso a título devolutivo.

Exames pedidos	Data da realização
TC	____/____/____
Ecografia	____/____/____
Raios x	____/____/____
Outros:	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____

CD-ROM
 Fornecido pelo Hospital (*)
 Fornecido pelo Requerente

Pelicula radiográfica (*)

Quantidade de películas impressas: _____ Formato das películas: _____

Data de reprodução: ____/____/____ _____

Responsável pela cópia dos exames

Nome: _____ N.º Mec.º _____

(*) – Custos de reprodução – Preço por unidade, conforme Artigo 14º do Regulamento de Acesso aos Documentos Administrativos do Hospital:

CD-ROM _____ 8,36 €

Impressão de películas _____ 10,00 €

Fotocópias - Formato A4 } (entre 1 e 50 fotocópias) _____ 0,06 €

(superior a 50 fotocópias) _____ 0,04 €