PREPARO DE ULTRASSONOGRAFIA

- **PACIENTE**: _____
- **EXAME MARCADO PARA: _____/_____/_____ às _____h (horário previsto)**
- **MÉDICO: _____CONVÊNIO: _____**

✓ **NO DIA DO EXAME: _____/_____/_____**

- **Jejum para sólidos de 06horas**
- **Água de coco, água, chás e sucos claros poderão ser ingeridos no período do jejum.**

ATENÇÃO:

➲ **NO DIA DO EXAME, DEVE TRAZER A SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO.**

- **INFORMAÇÕES OU DÚVIDAS: (75) 3211-3560**
- **RESPONSÁVEL PELA MARCAÇÃO DO EXAME: _____ WhatsApp: _____**
  (Também estarei disponível para ajuda-lo (a))
- **LOCAL ONDE SERÁ REALIZADO O EXAME:** GASTROS BAHIA DAY HOSPITAL – Rua Aristides Novis, n 102 – Kalilândia. Telefone: (75) 3211-3555 – WhatsApp: (75) 98884-0001

Diretor Técnico:
Dr. Wagner Guimarães Fogagnoli
CRM: 12.892