

DATA DO EXAME: \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_ / HORÁRIO: \_\_\_\_\_ HORA

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

### PREPARO DE EXAME

#### ULTRASSON OBSTÉTRICA COM DOOPLER COLORIDO E PULSADO

#### **PARA QUE O EXAME SEJA REALIZADO O PACIENTE DEVE:**

- Seguir rigorosamente os preparos de véspera e dia do exame

#### **NO DIA DO EXAME**

- Até 3 MESES de Gestação;
- Tomar 05 copos de água, manter a bexiga cheia até realização do exame.

#### **OBSERVAÇÃO**

Caso o paciente não puder comparecer para realizar o exame ele deverá avisar, com antecedência para que possamos ofertar a vaga para outro paciente.