



Hospital Estadual Bauru

Av. Eng. Luís Edmundo C. Coube, 1-100

CEP: 17.033-360 Bauru/SP

Telefone: (14) 3103-7777

**ORIENTAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO
ULTRASSOM MÚSCULO-ESQUELÉTICO
E/OU DE ARTICULAÇÕES (Ombro, Cotovelo, Punho, Joelho, etc.)**

- Trazer obrigatoriamente os exames realizados anteriormente (ultrassom e raio-X).
- Trazer o pedido do exame.

DATA DO EXAME: ____ / ____ / ____ **HORÁRIO:** _____

Local: Bloco 3 - Serviço de Diagnóstico.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo ramal 3535.