

SOLICITAÇÃO DE PESQUISA MICOBACTÉRIA – TB

UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: HOSPITAL PROF. DR. ALÍPIO CORRÊA NETTO

NOME:

NOME DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

RAÇA:

DOCUMENTO:

CARTÃO SUS:

ESTADO CIVIL:

TELEFONE:

NATURALIDADE:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

ESTADO:

CEP:

DATA DE SOLICITAÇÃO:

PRONTUÁRIO:

CLÍNICA:

ENFERMARIA/LEITO:

MATERIAL ENVIADO

☐ Escarro

☐ Líquido pericárdico

☐ Fezes

☐ Líquido peritoneal

☐ Lavado broncoalveolar

☐ Líquido pleural

☐ Lavado gástrico

☐ Líquido sinovial

☐ Linfonodos

☐ Líquido cefalorraquidiano

☐ Líquido Ascítico

☐ Urina

☐ Biopsia de tecidos

☐ PAAF

☐ DIAGNÓSTICO DE CASO NOVO

☐ 1º AMOSTRA ☐ 2º AMOSTRA ☐ 3º AMOSTRA

☐ DIAGNÓSTICO DE CASO RETRATAMENTO

☐ 1º AMOSTRA ☐ 2º AMOSTRA ☐ 3º AMOSTRA

☐ CONTROLE DE TRATAMENTO

MÊSES EM TRATAMENTO:

Etiqueta do pedido

Solicitação entregue em:

Assinatura e Carimbo do profissional responsável