

Município	Data de entrada do material	PROTOCOLO (usado pelo laboratório)
-----------	-----------------------------	---------------------------------------

REQUISICÃO DE EXAMES TUBERCULOSE

NOME: \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 15 DÍGITOS

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

UNIDADE REQUISITANTE: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL REQUISITANTE: \_\_\_\_\_

Material: ( ) escarro ( ) outro

RESULTADO DO HIV ( ) POSITIVO ( ) NEGATIVO ( ) NÃO INFORMADO

<p><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p>TESTE RÁPIDO MOLECULAR - PCR</p> <p><b>PARA USO DO LABORATÓRIO EXECUTOR</b></p> <p>ASPECTO DA AMOSTRA</p> <p>INÍCIO DO TRATAMENTO: ____/____/____</p>	<p><b>BACILOSCOPIA</b></p> <p>CONTROLE DE TRATAMENTO</p> <p><b>PREENCHIMENTO PELA UNIDADE SOLICITANTE</b></p> <p>INÍCIO DO TRATAMENTO: ____/____/____</p> <p><b>PARA USO DO LABORATÓRIO EXECUTOR</b></p> <p>ASPECTO DA AMOSTRA</p>
<p><b>RESULTADO</b></p> <p><b>RIFAMPICINA</b></p> <p>( ) NÃO DETECTADA</p> <p>( ) DETECTADA</p> <p>( ) INDETERMINADA</p> <p>CARGA BACILAR</p> <p>( ) BAIXO</p> <p>( ) MUITO BAIXO</p> <p>( ) MÉDIO</p> <p>( ) ALTO</p> <p>( ) MUITO ALTO</p>	<p><b>RESULTADO</b></p> <p>( ) AUSÊNCIA DE B.A.A.R. NA AMOSTRA</p> <p>( ) ENCONTRADO B.A.A.R em 100 CAMPOS EXAMINADOS</p> <p>( ) POSITIVA PARA B.A.A.R. +</p> <p>( ) POSITIVA PARA B.A.A.R. ++</p> <p>( ) POSITIVA PARA B.A.A.R. +++</p>
EXAMES COMPLEMENTARES	
<p>( ) CULTURA</p> <p>JUSTIFICATIVA _____</p> <p>Telefone do RESPONSÁVEL para contato no caso de EXAME POSITIVO _____</p>	
<p>Data: ____/____/____ ( ) _____</p>	

Município	Data de entrada do material	PROTOCOLO (usado pelo laboratório)
-----------	-----------------------------	---------------------------------------

REQUISICÃO DE EXAMES TUBERCULOSE

NOME: \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 15 DÍGITOS

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

UNIDADE REQUISITANTE: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL REQUISITANTE: \_\_\_\_\_

Material: ( ) escarro ( ) outro

RESULTADO DO HIV ( ) POSITIVO ( ) NEGATIVO ( ) NÃO INFORMADO

<p><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p>TESTE RÁPIDO MOLECULAR - PCR</p> <p><b>PARA USO DO LABORATÓRIO EXECUTOR</b></p> <p>ASPECTO DA AMOSTRA</p> <p>INÍCIO DO TRATAMENTO: ____/____/____</p>	<p><b>BACILOSCOPIA</b></p> <p>CONTROLE DE TRATAMENTO</p> <p><b>PREENCHIMENTO PELA UNIDADE SOLICITANTE</b></p> <p>INÍCIO DO TRATAMENTO: ____/____/____</p> <p><b>PARA USO DO LABORATÓRIO EXECUTOR</b></p> <p>ASPECTO DA AMOSTRA</p>
<p><b>RESULTADO</b></p> <p><b>RIFAMPICINA</b></p> <p>( ) NÃO DETECTADA</p> <p>( ) DETECTADA</p> <p>( ) INDETERMINADA</p> <p>CARGA BACILAR</p> <p>( ) BAIXO</p> <p>( ) MUITO BAIXO</p> <p>( ) MÉDIO</p> <p>( ) ALTO</p> <p>( ) MUITO ALTO</p>	<p><b>RESULTADO</b></p> <p>( ) AUSÊNCIA DE B.A.A.R. NA AMOSTRA</p> <p>( ) ENCONTRADO B.A.A.R em 100 CAMPOS EXAMINADOS</p> <p>( ) POSITIVA PARA B.A.A.R. +</p> <p>( ) POSITIVA PARA B.A.A.R. ++</p> <p>( ) POSITIVA PARA B.A.A.R. +++</p>
EXAMES COMPLEMENTARES	
<p>( ) CULTURA</p> <p>JUSTIFICATIVA _____</p> <p>Telefone do RESPONSÁVEL para contato no caso de EXAME POSITIVO _____</p>	
<p>Data: ____/____/____ ( ) _____</p>	