

51

Requisição de Exames
TUBERCULOSE

DATA DE ENTREGA

/ /

Nº GERAL

UNIDADE REQUISITANTE		DIR
NOME		Nº DA MATRICULA
ENDEREÇO		
DATA DE NASCIMENTO / /	IDADE	SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO

MATERIAL ENVIADO ☐ ESCARRO OUTRO: _____	
DIAGNÓSTICO ☐ 1ª AMOSTRA ☐ AMOSTRA	☐ CONTROLE DE TRATAMENTO
EXAME SOLICITADO ☐ BACILOSCOPIA ☐ CULTURA ☐ IDENTIFICAÇÃO ☐ TESTE DE SENSIBILIDADE	

RESULTADO

BACILOSCOPIA	
AMOSTRAS DE ORIGEM EXTRA-PULMONAR ☐ POSITIVA ☐ NEGATIVA ☐ NÃO-REALIZADO	
ESCARRO ☐ NÃO-REALIZADO ☐ NEGATIVA ☐ POSITIVA (+) ☐ POSITIVA (++) ☐ POSITIVA (+++)	

CULTURA	
☐ EM ANDAMENTO ☐ POSITIVA ☐ NÃO-REALIZADA ☐ NEGATIVA ☐ CONTAMINADA	

IDENTIFICAÇÃO E TESTE DE SENSIBILIDADE	
☐ EM ANDAMENTO ☐ NÃO-REALIZADA	

--	--

DATA / /	RESPONSÁVEL
-------------	-------------