



Secretaria de Estado de Saúde
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA NOEL NUTELS



Nº da Amostra

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS
CULTURA E TESTE DE SENSIBILIDADE DE TUBERCULOSE

LCNN/GQ
DOC. 360.014/06

1. UNIDADE DE ATENDIMENTO DO PACIENTE:

1.1 TELEFONE DE CONTATO: () -

2. PACIENTE: 2.1 Número de prontuário ou SINAN:

2.2 Nome do Paciente:

2.3 Nome da Mãe:

2.4 Endereço: Rua, Nº, Complemento:

Bairro: Município: CEP: -

2.5 Data de Nascimento: / / 2.6 Sexo: ☐ Fem ☐ Masc

3. EXAME SOLICITADO: ☐ Cultura ☐ Identificação ☐ Teste de sensibilidade

4. INDICAÇÃO: ☐ Controle de Tratamento ☐ Diagnóstico

5. DADOS CLÍNICOS: ☐ Baciloscopia Negativa ☐ Baciloscopia Positiva
☐ Re-tratamento
☐ Em Tratamento. Há quanto tempo? Meses ☐ TB Extra-Pulmonar
HIV Positivo? ☐ NÃO SABE ☐ NÃO ☐ SIM

5.2 Observações:

6. COLETA:

6.1 Data da Coleta: / /

6.2 Número da Coleta: ☐ 1ª Coleta ☐ 2ª Coleta ☐ Outra

6.3 Material Encaminhado: ☐ Escarro ☐ Sangue ☐ Urina ☐ Outra(s):

7. REQUERENTE:

..... / /

Nome/Carimbo/C.R.

Assinatura

Data da Requisição

NOTA: A INDICAÇÃO PARA EXAME BACTERIOLÓGICO/TESTE DE SENSIBILIDADE DEVE SEGUIR AS NORMAS DA COORDENAÇÃO NACIONAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA/MS/DF