



Secretaria de Estado de Saúde

Nº da Amostra

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS
TESTE RÁPIDO MOLECULAR DE TUBERCULOSE (TRM-TB)

Dados da Unidade

1.1 UNIDADE DO ATENDIMENTO:

1.2 TELEFONE DE CONTATO (

RAMAL:

1.3 CNES:

Dados do Paciente

2.1 CNS:

2.2 NÚMERO DE PRONTUÁRIO:

2.3 NOME:

2.4 NOME DA MÃE:

2.5 ENDEREÇO: Rua, Nº, Complemento:

2.6 BAIRRO:

2.7 MUNICÍPIO:

2.8 NASC.:

2.9 SEXO:

Fem

Masc

2.10 TELEFONE: (

Informações Clínicas

3.1 TRATAMENTO:

Nunca Tratou

Já Tratou

3.2 POPULAÇÃO DE RISCO:

3.3 EM USO DE MEDICAMENTO PARA TB:

Sim

Não

* ESTE EXAME NÃO SE DESTINA A CONTROLE DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

Amostra Clínica

4.1 DATA DA COLETA:

4.2 Nº DA COLETA:

1ª

2ª

Outra

Histórico Clínico

5.1 BACILOSCOPIA:

Negativa

Positiva

Não realizada

5.2 POSITIVO P/ HIV:

Sim

Não

Não Sabe

5.3 OBSERVAÇÕES:

Requerente

.....

Nome/Carimbo/CR

.....

Assinatura

Data da Requisição

* Todos os campos são de preenchimento obrigatório

* Preencha cada quadrado com letra legível