

Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros
LACEN / SES / GO

Formulário de Solicitação para Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)

DADOS DO PACIENTE		
UNIDADE DE SAÚDE:	CNES	
NOME DO PACIENTE:	SEXO: MASC () FEM ()	
Nº CARTÃO SUS:	DATA NASCIMENTO: / /	
ENDEREÇO:	TELEFONE: ()	
MUNICÍPIO:	UF:	NOME DA MÃE:
DADOS DA AMOSTRA		
TIPO DE AMOSTRA CLÍNICA:	DATA E HORA DA COLETA:	
OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE		
FAZ PARTE DE POPULAÇÃO VULNERAVEL? () SIM () NÃO. Em caso afirmativo assinalar qual. () População Privada de Liberdade () Profissional de saúde () Pessoas vivendo com HIV/AIDS () Diabético () Tabagista () Usuários de Drogas () População Indígena () População em situação de rua () Outros -descrever		
SITUAÇÃO CLÍNICA		
1. CASO NOVO (pessoas nunca previamente tratadas) () SIM () NÃO		
2. CASO DE RETRATAMENTO (pessoas tratadas em algum momento da vida, retorno após abandono ou suspeita de recidiva). () SIM () NÃO		
3. CONTROLE DE TRATAMENTO (pessoas em tratamento para tuberculose? () SIM () NÃO Em caso afirmativo informar o mês de tratamento: () 1º MÊS; () 2º MÊS; () 3º MÊS; () 4º MÊS; () 5º MÊS; () 6º MÊS; () OUTROS descrever		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS		
Foi realizada baciloscopias no laboratório local? () SIM () NÃO Em caso afirmativo, assinale o resultado () Negativo () POS + () POS ++ () POS +++ () Observados menos de 09 bacilos em 100 campos examinados		
OBSERVAÇÕES:		

Responsável pela Solicitação, local e data

Responsável pelo Laboratório, local e data

Missão: Participar das ações de vigilância em saúde, realizando análises laboratoriais com qualidade, coordenando a Rede Estadual de Laboratórios e gerando informações para a melhoria da Saúde Pública.

Av. Contorno nº 3556 - Jardim Bela Vista - Goiânia - Goiás - CEP 74.853-120

Fone: (62) 3201 3888 - Fax: (62) 3201 3884

lacengo.dirgeral@gmail.com