



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MONGAGUÁ**  
**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA**  
PRONTO SOCORRO VERA CRUZ



**SOLICITAÇÃO DE EXAMES**

**NOME:** \_\_\_\_\_  
**IDADE:** \_\_\_\_\_ (A) (M) **FAA:** \_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** \_\_\_\_\_

- ( ) HEMOGRAMA COMPLETO  
( ) PCR  
( ) VHS  
( ) GLICEMIA  
( ) SÓDIO  
( ) POTÁSSIO  
( ) URÉIA  
( ) CREATININA  
( ) CÁLCIO IÔNICO  
( ) MAGNÉSIO  
( ) PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES  
( ) BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES  
( ) FOSFATASE ALCALINA  
( ) GGT  
( ) TGO  
( ) TGP  
( ) AMILASE  
( ) LIPASE  
( ) CPK  
( ) CKMB  
( ) TROPONINA  
( ) MIOGLOBINA  
( ) DIMERO D  
( ) CETONEMIA  
( ) URINA I / BACTERIOSCOPIA  
( ) GASOMETRIA ARTERIAL  
( ) GASOMETRIA VENOSA  
( ) TESTE RÁPIDO HIV  
( ) TAP  
( ) TTPA

**RADIOGRAFIAS:**

**ULTRASONOGRAFIA**

**CULTURA**

- ( ) LCR  
( ) HEMOCULTURA  
( ) UROCULTURA  
( ) SECREÇÃO \_\_\_\_\_

**OUTROS**

**ASSINATURA E CARIMBO**