

## FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAME PARA DIAGNOSTIGO SOROLÓGICO DO HTLV

### 1 - DADOS DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( )

GESTANTE: SIM ( ) NÃO ( )

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

### 2 - DADOS DA UNIDADE

NOME: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

TELEFONE DA UNIDADE: \_\_\_\_\_

O PACIENTE JÁ FEZ OUTROS EXAMES ANTERIORMENTE? SIM ( ) NÃO ( )

QUAIS? ( ) ELISA ( ) W.BLOT ( ) OUTRO RESULTADO: \_\_\_\_\_

DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DA COLETA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REQUISITANTE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DO CONSELHO: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_