



ANEXO A

FOR Nº 234

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DA AMOSTRA

UNIDADE REQUISITANTE: _____ ENTRADA: ____/____/____

NOME: _____ Nº DO SUS: _____

NOME DA MÃE: _____ DATA DE NASC.: ____/____/____

ENDEREÇO _____

TELEFONE PARA CONTATO _____

DADOS CLÍNICOS:

CASO NOVO () RETRATAMENTO ()

RECIDIVA () FALÊNCIA () ABANDONO DE TRATAMENTO ()

GRUPO DE RISCO () QUAL: _____

SUSPEITA DE MNT: SIM () NÃO ()

SUSPEITA DE TBMR: SIM () NÃO ()

CONTROLE DE TRATAMENTO - SUSPEITA DE RESISTÊNCIA: SIM () NÃO ()

INVESTIGAÇÃO DE ILTB – SIM () NÃO ()

AMOSTRA :

DATA DA COLETA: ____/____/____

ESCARRO ESPONTÂNEO () ESCARRO INDUZIDO ()

LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) () LAVADO BRÔNQUICO () LÍQUOR ()

LAVADO GÁSTRICO () URINA () OUTROS () QUAL ? _____

SANGUE TOTAL COM HEPARINA ()

EXAMES SOLICITADOS:

BACILOSCOPIA (PESQUISA DE BAAR) - DIAGNÓSTICO: 1ª A () 2ª A ()

BACILOSCOPIA - CONTROLE () MÊS: _____

CULTURA DE BK (MICOBACTÉRIAS): 1ª A () 2ª A ()

TESTE DE SENSIBILIDADE (ANTIBIOGRAMA): ()

TESTE RÁPIDO MOLECULAR PARA TUBERCULOSE (TBMR-TB) ()

TESTE IGRA ()

PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

OBSERVAÇÕES: _____

