

 <p>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE UNIDADE DE PATOLOGIA CLÍNICA</p> <p>UNIDADE DE SAÚDE: _____ Nº DAG.A.E: _____</p>	DÍGITO TERMINAL	CRON - DALFA			SEXO 1= M 2 = F	
	HBDF- HRS - HSVP	INIC. NOME	DIA	MÊS		ANO
	NOME: _____					
<b>PEDIDO/RESPOSTA DE EXAME DE URGÊNCIA</b>					Nº U.P.C.	
IDADE	CLÍNICA/ANDAR	ENFERMEIRA/POSTO	LEITO	<input checked="" type="checkbox"/> Bloco de Enfermagem <input type="checkbox"/> Bloco de Internação		
INDICAÇÃO:						
PEDIDO _____ DATA ____ / ____ / ____ : ____ HORA ____		ASSINATURA		CARIMBO		
				MÉDICO REQUERENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> (HC) HEMOGRAMA COMPLETO <input checked="" type="checkbox"/> (SV) SÉRIE VERMELHA Hematócrito: _____ % Hemoglobina: _____ g/dl Hemácias: _____ mm <sup>3</sup> VCM: _____ fL HCM: _____ pg CHCM: _____ g/dl <input checked="" type="checkbox"/> (SB) SÉRIE BRANCA Leucócitos: _____ /mm <sup>3</sup> Basófilo: _____ % Eosinófilo: _____ % Mielócito: _____ % Metamielócito: _____ % Bastão: _____ % Segmento: _____ % Linfócito: _____ % Monócito: _____ %		<input checked="" type="checkbox"/> (GL) Glicose: _____ mg% <input checked="" type="checkbox"/> (UR) Ureia: _____ mg% <input checked="" type="checkbox"/> (CR) Creatinina: _____ mg% <input checked="" type="checkbox"/> (CAI) Cálcio ionizado _____ m mol/l <input checked="" type="checkbox"/> (BTB) Bilirrubina total: _____ mg% Bilirrubina Indireta: _____ mg% Bilirrubina Direta: _____ mg% <input checked="" type="checkbox"/> (TGO) TGO: _____ U/l <input checked="" type="checkbox"/> (TGP) TGP: _____ U/l <input checked="" type="checkbox"/> (AM) Amilase: _____ U/dl <input checked="" type="checkbox"/> (NA) Sódio: _____ m Eq/l <input checked="" type="checkbox"/> (K) Potássio: _____ m Eq/l <input checked="" type="checkbox"/> (CL) Cloreto: _____ m Eq/l <input checked="" type="checkbox"/> (ACE) Colinesterase: _____ U/l <input checked="" type="checkbox"/> (CK) Creatina-quinase: _____ U/l <input checked="" type="checkbox"/> (CK-MB) CK-MB: _____ u/l <input checked="" type="checkbox"/> (LDH) LDH: _____ U/l <input checked="" type="checkbox"/> (GA) Gasometria pH: _____ pCO <sub>2</sub> : _____ mm/Hg pO <sub>2</sub> : _____ mm/Hg HCO <sub>3</sub> : _____ m mol/l TCO <sub>2</sub> : _____ m mol/l EBA: _____ m mol/l EBS: _____ m mol/l BCS: _____ m mol/l SATO <sub>2</sub> : _____ % CTO <sub>2</sub> : _____ Vol.%		<input checked="" type="checkbox"/> (EAS) EXAME SUMÁRIO DE URINA Densidade: _____ pH: _____ Proteínas: _____ Glicose: _____ Acetona: _____ Hemoglobina: _____ Bilirrubina: _____ Urobilógeno: _____ C.E.D.: _____ Leucócitos: _____ Hemácias: _____ Cilindros: _____ Flora Bacterian: _____ Muco: _____ <input checked="" type="checkbox"/> (TG) TESTE DE GRAVIDEZ		
OBS.: _____				<input checked="" type="checkbox"/> LÍQUOR <input checked="" type="checkbox"/> Outros Fluidos: _____ <input checked="" type="checkbox"/> (GL) Glicose: _____ mg% <input checked="" type="checkbox"/> (PT) Proteínas: _____ mg% <input checked="" type="checkbox"/> (CL) Cloreto: _____ mEq/l <input checked="" type="checkbox"/> (CTM) Citometria: _____ <input checked="" type="checkbox"/> (CTM) Citologia: _____ <input checked="" type="checkbox"/> (GLO) Pesq.Globulinas: _____		
<input checked="" type="checkbox"/> (BACT) BACTERIOSCOPIA		GRAM	BAAR	DIFTERIA		
MATERIAL: _____						
LAUDO: _____						
Coleta: _____ Data _____		Ass. Técnico e nº de Matrícula		Ass. e Carimbo Farm. Bioquímico		
_____ Hora _____		Responsáveis pelos exames				

 <p>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE UNIDADE DE PATOLOGIA CLÍNICA</p> <p>UNIDADE DE SAÚDE: _____ Nº DAG.A.E: _____</p>	DÍGITO TERMINAL	CRON - DALFA				SEXO 1 = M 2 = F			
	HBDF- HRS - HSVP	INIC. NOME	DIA	MÊS	ANO				
	NOME: _____								
<b>PEDIDO/RESPOSTA DE EXAME DE URGÊNCIA</b>					Nº U.P.C.				
IDADE	CLÍNICA/ANDAR	ENFERMEIRA/POSTO	LEITO	<input type="checkbox"/> Bloco de Enfermagem <input type="checkbox"/> Bloco de Internação					
INDICAÇÃO:									
PEDIDO _____ DATA _____ / HORA _____ :	ASSINATURA			CARIMBO					
			MÉDICO REQUERENTE						
<p><input type="checkbox"/> (HC) HEMOGRAMA COMPLETO  <input type="checkbox"/> (SV) SÉRIE VERMELHA            Hematócrito: _____ %            Hemoglobina: _____ g/dl            Hemácias: _____ mm<sup>3</sup>            VCM: _____ fL            HCM: _____ pg            CHCM: _____ g/dl  <input type="checkbox"/> (SB) SÉRIE BRANCA            Leucócitos: _____ /mm<sup>3</sup>            Basófilo: _____ %            Eosinófilo: _____ %            Mielócito: _____ %            Metamielócito: _____ %            Bastão: _____ %            Segmento: _____ %            Linfócito: _____ %            Monócito: _____ %</p> <p><b>OBS.:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> (PLQ) Plaquetas: _____ mm<sup>3</sup>  <input type="checkbox"/> (TC) T. Coagulação: _____ min  <input type="checkbox"/> (TS) T. Sangramento: _____ min  <input type="checkbox"/> (RCO) Retr. Coágulo: _____  <input type="checkbox"/> (HTZ) Hematozoário: _____</p>							<p><input type="checkbox"/> (GL) Glicose: _____ mg%  <input type="checkbox"/> (UR) Ureia: _____ mg%  <input type="checkbox"/> (CR) Creatinina: _____ mg%  <input type="checkbox"/> (CAI) Cálcio ionizado _____ m mol/l  <input type="checkbox"/> (BTF) Bilirrubina total: _____ mg%            Bilirrubina Indireta: _____ mg%            Bilirrubina Direta: _____ mg%  <input type="checkbox"/> (TGO) TGO: _____ U/l  <input type="checkbox"/> (TGP) TGP: _____ U/l  <input type="checkbox"/> (AM) Amilase: _____ U/dl  <input type="checkbox"/> (NA) Sódio: _____ m Eq/l  <input type="checkbox"/> (K) Potássio: _____ m Eq/l  <input type="checkbox"/> (CL) Cloreto: _____ m Eq/l  <input type="checkbox"/> (ACE) Colinesterase: _____ U/l  <input type="checkbox"/> (CK) Creatina-quinase: _____ U/l  <input type="checkbox"/> (CK-MB) CK-MB: _____ u/l  <input type="checkbox"/> (LDH) LDH: _____ U/l  <input type="checkbox"/> (GA) Gasometria            pH: _____            pCO<sub>2</sub>: _____ mm/Hg            pO<sub>2</sub>: _____ mm/Hg            HCO<sub>3</sub>: _____ m mol/l            TCO<sub>2</sub>: _____ m mol/l            EBA: _____ m mol/l            EBS: _____ m mol/l            BCS: _____ m mol/l            SATO<sub>2</sub>: _____ %            CTO<sub>2</sub>: _____ Vol.%</p> <p><input type="checkbox"/> LÍQUOR  <input type="checkbox"/> Outros Fluidos: _____  <input type="checkbox"/> (GL) Glicose: _____ mg%  <input type="checkbox"/> (PT) Proteínas: _____ mg%  <input type="checkbox"/> (CL) Cloreto: _____ mEq/l  <input type="checkbox"/> (CTM) Citometria: _____  <input type="checkbox"/> (CTM) Citologia: _____  <input type="checkbox"/> (GLO) Pesq. Globulinas: _____</p>		
<input type="checkbox"/> (BACT) BACTERIOSCOPIA <input type="checkbox"/> GRAM <input type="checkbox"/> BAAR <input type="checkbox"/> DIFERIA									
MATERIAL: _____									
LAUDO: _____									
Coleta: _____ Data _____ / Hora _____ :	Ass. Técnico e nº de Matrícula			Ass. e Carimbo Farm. Bioquímico					
Responsáveis pelos exames									