
 GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF Unid. De Saúde: _____		Dígito Terminal		Cron - Dalfa			Sexo 1 – M 2 – F
		HBDF - HRS		Inic. Nome	Dia	Mês	
Clínica: _____ Enf.: _____ Leito: _____		Nome: _____					
<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Emergência		PEDIDO/RESPOSTA - BACILOSCOPIA					
Endereço do Paciente: _____							
Telefone: _____		Profissão _____					
EXAME SOLICITADO					MATERIAL ENVIADO		
DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> 1ª Amostra <input type="checkbox"/> 2ª Amostra		CONTROLE DE: <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> 1º Mês <input type="checkbox"/> _____ Mês <input type="checkbox"/> 1ª Amostra <input type="checkbox"/> 2º Mês <input type="checkbox"/> 6º Mês <input type="checkbox"/> 2ª Amostra				<input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Outros Qual? _____	
DADOS CLÍNICOS				RESULTADO			
Já teve Tuberculose antes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe HIV/AIDS: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Em Andamento <input type="checkbox"/> Não realizado				<input type="checkbox"/> Negativo Positivo: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Material inadequado Observações: _____			
Data: _____		Requisitante (Ass. e Carimbo)		Data: _____		Responsável pelo Exame (Ass. e Carimbo)	

 GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF Unid. De Saúde: _____		Dígito Terminal		Cron - Dalfa			Sexo 1 – M 2 – F
		HBDF - HRS		Inic. Nome	Dia	Mês	
Clínica: _____ Enf.: _____ Leito: _____		Nome: _____					
<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Emergência		PEDIDO/RESPOSTA - BACILOSCOPIA					
Endereço do Paciente: _____							
Telefone: _____		Profissão _____					
EXAME SOLICITADO					MATERIAL ENVIADO		
DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> 1ª Amostra <input type="checkbox"/> 2ª Amostra		CONTROLE DE: <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> 1º Mês <input type="checkbox"/> _____ Mês <input type="checkbox"/> 1ª Amostra <input type="checkbox"/> 2º Mês <input type="checkbox"/> 6º Mês <input type="checkbox"/> 2ª Amostra				<input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Outros Qual? _____	
DADOS CLÍNICOS				RESULTADO			
Já teve Tuberculose antes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe HIV/AIDS: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Em Andamento <input type="checkbox"/> Não realizado				<input type="checkbox"/> Negativo Positivo: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/> Material inadequado Observações: _____			
Data: _____		Requisitante (Ass. e Carimbo)		Data: _____		Responsável pelo Exame (Ass. e Carimbo)	