



DÍGITO TERMINAL	CRON DALFA				SEXO
	Iniciais do Nome	Dia	Mês	Ano	1= M 2= F
Nome:					
Gestante: (X) Sim () Não					
 GDF – SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE NÚCLEO DE PATOLOGIA CLÍNICA SOLICITAÇÃO DE EXAMES				CSSAM 02 <hr/> Unidade de Saúde	
Clínica: _____					
(X) Ambulatório () Internação Enferm: _____ Leito: _____					
Indicações Clínicas: <u>Z349</u>					

MATERIAL	EXAME SOLICITADO				
(X) Sangue	(Jejum) HC, Glicose, VDRL, TIPAGEM SANGUINEA COM RH				
	HIV 1 E 2, Hepatite B e Hepatite C				
(X) Urina	EAS + Urocultura				
() Fezes					
() Liquor					
() Secreções					
() Outros					
Observações: Papel Filtro em Anexo					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>_____/_____/_____ Data</div> <div>_____ Carimbo e Assinatura</div> </div>					

DÍGITO TERMINAL	CRON DALFA				SEXO
	Iniciais do Nome	Dia	Mês	Ano	1= M 2= F
Nome:					
Gestante: (X) Sim () Não					
 GDF – SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE NÚCLEO DE PATOLOGIA CLÍNICA SOLICITAÇÃO DE EXAMES				CSSAM 02 <hr/> Unidade de Saúde	
Clínica: _____					
(X) Ambulatório () Internação Enferm: _____ Leito: _____					
Indicações Clínicas: <u>Z349</u>					

MATERIAL	EXAME SOLICITADO				
(X) Sangue	(Jejum) HC, Glicose, VDRL, TIPAGEM SANGUINEA COM RH				
	HIV 1 E 2, Hepatite B e Hepatite C				
(X) Urina	EAS + Urocultura				
() Fezes					
() Liquor					
() Secreções					
() Outros					
Observações: Papel Filtro em Anexo					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>_____/_____/_____ Data</div> <div>_____ Carimbo e Assinatura</div> </div>					