

 <p>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF Unid. De Saúde: _____</p> <p>Clínica: _____ Enf.: _____ Leito: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Emergência</p>	Dígito Terminal	Cron - Dalfa				Sexo 1 – M 2 – F
	HBDF - HRS	Iinic. Nome	Dia	Mês	Ano	
	Nome: _____					
	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"/> 1º Mês <input type="checkbox"/> _____ Mês <input type="checkbox"/> 2º Mês <input type="checkbox"/> 6º Mês	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> 1ª Amostra <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)					

 <p>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF Unid. De Saúde: _____</p> <p>Clínica: _____ Enf.: _____ Leito: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Emergência</p>	Dígito Terminal	Cron - Dalfa				Sexo 1 – M 2 – F	
	HBDF - HRS	Iinic. Nome	Dia	Mês	Ano		
	Nome: _____						
	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"/> 1º Mês <input type="checkbox"/> _____ Mês <input type="checkbox"/> 2º Mês <input type="checkbox"/> 6º Mês	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> 1ª Amostra <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)				