

 <div>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE UNIDADE DE PATOLOGIA CLÍNICA</div>	DÍGITO TERMINAL	CRON - DALFA				SEXO 1= M 2 = F
	HBDF– HRS - HSVP	INIC. NOME	DIA	MÊS	ANO	
	UNIDADE DE SAÚDE: _____ Nº DAG.A.E: _____					NOME: _____
PEDIDO/RESPOSTA DE EXAME DE URGÊNCIA					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				
<input type="checkbox"/> (HC) HEMOGRAMA COMPLETO (SV) SÉRIE VERMELHA Hematócrito: _____ % Hemoglobina: _____ g/dl Hemácias: _____ mm³ VCM: _____ fL HCM: _____ pg CHCM: _____ g/dl <input type="checkbox"/> (SB) SÉRIE BRANCA Leucócitos: _____ /mm³ Basófilos: _____ % Eosinófilos: _____ % Mielócitos: _____ % Metamielócitos: _____ % Bastão: _____ % Segmento: _____ % Linfócitos: _____ % Monócitos: _____ % OBS.: _____ _____ <input type="checkbox"/> (PLQ) Plaquetas: _____ mm³ <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: _____		<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) Cloretos: _____ 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: _____ pCO₂: _____ mm/Hg pO₂: _____ mm/Hg HCO₃: _____ m mol/l TCO₂: _____ m mol/l EBA: _____ m mol/l EBS: _____ m mol/l BCS: _____ m mol/l SATO₂: _____ % CTO₂: _____ Vol.%		<input type="checkbox"/> (EAS) EXAME SUMÁRIO DE URINA Densidade: _____ pH: _____ Proteínas: _____ Glicose: _____ mm³ Acetona: _____ Hemoglobina: _____ Bilirrubina: _____ Urobilogenio: _____ C.E.D.: _____ Leucócitos: _____ Hemácias: _____ Cilindros: _____ Flora Bacterian: _____ Muco: _____ <input type="checkbox"/> (TG) TESTE DE GRAVIDEZ <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) Cloretos: _____ mEq/l <input type="checkbox"/> (CTM) Citometria: _____ <input type="checkbox"/> (CTM) Citologia: _____ <input type="checkbox"/> (GLO) Pesq.Globulinas: _____		
<input type="checkbox"/> (BACT) BACTERIOSCOPIA <input type="checkbox"/> GRAM <input type="checkbox"/> BAAR <input type="checkbox"/> DIFTERIA						
MATERIAL: _____ _____						
LAUDO: _____ _____						
Coleta: ____/____/____ :____ Data Hora		Ass. Técnico e nº de Matrícula		Ass. e Carimbo Farm. Bioquímico		
Responsáveis pelos exames						

 <div>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE UNIDADE DE PATOLOGIA CLÍNICA</div>	DÍGITO TERMINAL	CRON - DALFA				SEXO 1= M 2 = F
	HBDF– HRS - HSVP	INIC. NOME	DIA	MÊS	ANO	
	UNIDADE DE SAÚDE: _____ Nº DAG.A.E: _____					NOME: _____
PEDIDO/RESPOSTA DE EXAME DE URGÊNCIA					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				
<input type="checkbox"/> (HC) HEMOGRAMA COMPLETO (SV) SÉRIE VERMELHA Hematócrito: _____ % Hemoglobina: _____ g/dl Hemácias: _____ mm³ VCM: _____ fL HCM: _____ pg CHCM: _____ g/dl <input type="checkbox"/> (SB) SÉRIE BRANCA Leucócitos: _____ /mm³ Basófilos: _____ % Eosinófilos: _____ % Mielócitos: _____ % Metamielócitos: _____ % Bastão: _____ % Segmento: _____ % Linfócitos: _____ % Monócitos: _____ % OBS.: _____ _____ <input type="checkbox"/> (PLQ) Plaquetas: _____ mm³ <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: _____		<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) Cloretos: _____ 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: _____ pCO₂: _____ mm/Hg pO₂: _____ mm/Hg HCO₃: _____ m mol/l TCO₂: _____ m mol/l EBA: _____ m mol/l EBS: _____ m mol/l BCS: _____ m mol/l SATO₂: _____ % CTO₂: _____ Vol.%		<input type="checkbox"/> (EAS) EXAME SUMÁRIO DE URINA Densidade: _____ pH: _____ Proteínas: _____ Glicose: _____ mm³ Acetona: _____ Hemoglobina: _____ Bilirrubina: _____ Urobilogenio: _____ C.E.D.: _____ Leucócitos: _____ Hemácias: _____ Cilindros: _____ Flora Bacterian: _____ Muco: _____ <input type="checkbox"/> (TG) TESTE DE GRAVIDEZ <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) Cloretos: _____ mEq/l <input type="checkbox"/> (CTM) Citometria: _____ <input type="checkbox"/> (CTM) Citologia: _____ <input type="checkbox"/> (GLO) Pesq.Globulinas: _____		
<input type="checkbox"/> (BACT) BACTERIOSCOPIA <input type="checkbox"/> GRAM <input type="checkbox"/> BAAR <input type="checkbox"/> DIFTERIA						
MATERIAL: _____ _____						
LAUDO: _____ _____						
Coleta: ____/____/____ :____ Data Hora		Ass. Técnico e nº de Matrícula		Ass. e Carimbo Farm. Bioquímico		
Responsáveis pelos exames						