


DÍGITO TERMINAL	CRON DALFA				SEXO 1 = M 2 = F
	Iniciais do Nome	Dia	Mês	Ano	

Nome: \_\_\_\_\_

Gestante: ☐ Sim ☐ Não



**GDF - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**NUCLEO DE PATOLOGIA CLÍNICA**

**SOLICITAÇÃO DE EXAMES**

Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_

☐ Ambulatório     ☐ Internação     Enferm.: \_\_\_\_\_     Leito: \_\_\_\_\_

Indicações Clínicas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MATERIAL	EXAME SOLICITADO
<input type="checkbox"/> Sangue	_____
<input type="checkbox"/> Urina	_____
<input type="checkbox"/> Fezes	_____
<input type="checkbox"/> Líquor	_____
<input type="checkbox"/> Secreções	_____
<input type="checkbox"/> Outros	_____

**OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura