

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 NÚCLEO DE PATOLOGIA CLÍNICA	
	Unidade de Saúde

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

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

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 NÚCLEO DE PATOLOGIA CLÍNICA	
	Unidade de Saúde

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

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