



Unidade: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

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

NIP: \_\_\_\_\_ Posto/Graduação: \_\_\_\_\_ OM: \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ M ☐ F Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**INDICAÇÃO CLÍNICA**

Investigação de alergia respiratória.

**EXAMES SOLICITADOS**

☐ IgE específica para poeira doméstica

☐ Aspergillus fumigatus

☐ Dermatofagóides farinae

☐ Penicillium notatum

☐ Dermatofagóide pteronyssus

☐ Pêlo de cão

☐ Blomia tropicalis

☐ Pêlo de gato

☐ Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo do Requirante

**AGENDAMENTO**

Agendado para: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ no(a) \_\_\_\_\_

Exame realizado no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone do Setor para contato: \_\_\_\_\_

Resultado disponível após \_\_\_\_\_ dias úteis, mediante apresentação de documento de Identidade.