

## REQUISIÇÃO DE EXAMES PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

Unidade de Saúde:					
Nome do Paciente:				<input type="checkbox"/> Masculino	
				<input type="checkbox"/> Feminino	
Data de Nascimento: ____/____/____		RG:		Número do Cartão SUS:	
Nome da Mãe:					
Endereço				Bairro	
Município		CEP		Telefone	
<b>GRUPO DE VULNERABILIDADE</b>					
<input type="checkbox"/> Profissional de Saúde	<input type="checkbox"/> Portador de HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Privado de Liberdade	<input type="checkbox"/> Situação de Rua	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Contato TBMR
<input type="checkbox"/> Dependente de Álcool/Drogas	Outro:				
<b>AMOSTRA CLÍNICA</b>					
<input type="checkbox"/> Escarro	Outra:				
<b>EXAME</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Baciloscopia Diagnóstico</b>	<input type="checkbox"/> 1ª Amostra <input type="checkbox"/> 2ª Amostra				
<input type="checkbox"/> <b>Baciloscopia de Controle de Tratamento</b>	<input type="checkbox"/> 1º mês <input type="checkbox"/> 2º mês <input type="checkbox"/> 3º mês <input type="checkbox"/> 4º mês <input type="checkbox"/> 5º mês <input type="checkbox"/> 6º mês <input type="checkbox"/> ____ Mês				
<input type="checkbox"/> <b>TRM - TB</b>	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Recidiva <input type="checkbox"/> Reingresso Após Abandono				
<input type="checkbox"/> <b>Cultura</b>	<input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Controle de tratamento				
<input type="checkbox"/> <b>Teste de Sensibilidade</b>	Critério para Teste de Sensibilidade: <input type="checkbox"/> Falência <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Recidiva <input type="checkbox"/> Co-Infecção <input type="checkbox"/> Contato TBMR				
Data: ____/____/____					
Assinatura do Responsável:					