



DIVISÃO DE
TUBERCULOSE

Solicitação de Baciloscopia
Pesquisa de BAAR-TB

DATA DE ENTRADA
NO LABORATÓRIO

____/____/____

Nº GERAL

UNIDADE DE SAÚDE		Nº CARTÃO SUS	
NOME		Nº DO PRONTUÁRIO	
ENDEREÇO			
DIST. ADM.	MUNICÍPIO	CEP	(DDD) FONE
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
MATERIAL ENVIADO		DATA DA COLETA	
ESCARRO OUTRO _____		____/____/____	
DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/> 1ª AMOSTRA <input type="checkbox"/> AMOSTRA _____		
<input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRATAMENTO	<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

RESULTADO DA BACILOSCOPIA	
<input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> POSITIVA DE 1 a 9 BAAR <input type="checkbox"/> POSITIVA (+) <input type="checkbox"/> POSITIVA (++) <input type="checkbox"/> POSITIVA (+++)	
ASPECTO DO ESCARRO	
<input type="checkbox"/> MUCOPURULENTO <input type="checkbox"/> PURULENTO <input type="checkbox"/> SANGUINOLENTO <input type="checkbox"/> SALIVA <input type="checkbox"/> LIQUEFEITO	
OBSERVAÇÃO	
DATA DA SAÍDA	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME
____/____/____	