SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA XIII (ASSIS/SP)
Avenida Walter Antonio Fontana, 1653 – CEP: 19.815-340 – Assis – SP
Telefone: (18) 3324.3793 / 3324.3801 – E-mail: gve-assis@saude.sp.gov.br

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)

PREENCHIMENTO PELA UNIDADE SOLICITANTE	
DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE	
Município:	
Nome:	
Telefone: ( )	E-mail:
DADOS DO PACIENTE	
Nome:	
Endereço:	
Telefone: ( )	
Data de nascimento: / /	Ou CNS:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO	
( ) Suspeita de tuberculose em criança menor de 10 anos ( ) Suspeita de tuberculose extrapulmonar (especificar: _____) ( ) Uso de inibidores de fator de necrose tumoral (anti-TNF-α) ( ) Outras imunossupressões: ( ) transplante ( ) artrite reumatóide ( ) psoríase ( ) retocolite ulcerativa ( ) Doença de Crohn ( ) outra: _____ ( ) Pacientes com CID-10 R.75, Z.21 ou B.20 a B.24 ( ) Contato com paciente bacilífero (pacientes com tuberculose pulmonar ou laríngea) ( ) Profissional da saúde (especificar o motivo: _____) ( ) Outro motivo (especificar para avaliação médica pelo GVE): _____	
Carimbo e assinatura do solicitante:	Data da solicitação: / /
PARA USO EXCLUSIVO DO GVE	
( ) Autorizado	( ) Não autorizado
Motivo da não autorização:	
Carimbo e assinatura do GVE:	Data da avaliação: / /
Agendado para o dia: / /	Local (município):
PARA USO DA UNIDADE ONDE FOI AGENDADA A REALIZAÇÃO E LEITURA DO EXAME	
Data da aplicação: / /	Carimbo e assinatura:
Data da leitura: / /	Carimbo e assinatura:
RESULTADO DA LEITURA: _____ (_____) mm	