



**DIVISÃO DE
TUBERCULOSE**

**Solicitação de Baciloscopia
Pesquisa de BAAR-TB**

DATA DE ENTRADA
NO LABORATÓRIO

____/____/____

Nº GERAL

UNIDADE DE SAÚDE		GVE	
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 <input type="checkbox"/> ESCARRO OUTRO _____		DATA DA COLETA ____/____/____	
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

NEGATIVA POSITIVA DE 1 a 9 BAAR POSITIVA (+) POSITIVA (++) POSITIVA (+++)

ASPECTO DO ESCARRO

MUCOPURULENTO PURULENTO SANGUINOLENTO SALIVA LIQUEFEITO

OBSERVAÇÃO

DATA DA SAÍDA

____/____/____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME