

SOLICITAÇÃO PARA EXAME DE TUBERCULOSE LATENTE - IGRA-TB

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE:		MUNICÍPIO:
INFORMAÇÕES BÁSICAS		
NOME COMPLETO:		
SEXO: () MASCULINO () FEMININO	DATA NASC:	
CIDADE NASCIMENTO:	UF:	
IDENTIDADE:	CPF:	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE – CNS:		
GESTANTE: () SIM () NÃO	IDADE GESTACIONAL:	SEMANAS
TELEFONE USUÁRIO:	PRONTUÁRIO:	
NOME DA MÃE / RESPONSÁVEL:		CPF:
ENDEREÇO:		
NO.	COMPLEMENTO:	BAIRRO:
CIDADE DE RESIDÊNCIA:		UF:
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO		
CRIANÇAS ≥ 2 ANOS		
() CONTACTANTES DE CASOS DE TUBERCULOSE ATIVA		
() ESCORE CLÍNICO		
() PESSOAS CANDIDATAS A TRANSPLANTE		
() PESSOAS VIVENDO COM HIV (PV-HIV) COM CONTAGEM DE LINFÓCITOS T-CD4+ > 350 CÉLULAS/MM ³		
DATA DO ÚLTIMO CD4:	VALOR DO ÚLTIMO CD4:	
() PESSOAS CANDIDATAS OU EM USO DE IMUNOBIOLÓGICOS OU IMUNOSSUPRESSORES		
DADOS DA COLETA DA AMOSTRA / MATERIAL:		
() SANGUE TOTAL EM TUBOS CONTENDO HEPARINA		
DATA DA COLETA:	HORA DA COLETA:	
() PLASMA CONGELADO		
DATA DA INCUBAÇÃO:	HORA DA INCUBAÇÃO:	
DATA DA COLETA DO PLASMA:	HORA DA COLETA DO PLASMA:	
ARMAZENADO A: () 2º-8ºC () -20ºC		
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		
NOME DO PROFISSIONAL:	CONSELHO Nº:	
DATA DA SOLICITAÇÃO:	ASSINATURA E CARIMBO:	