



**DIVISÃO DE  
TUBERCULOSE**

Solicitação de Baciloscopia Pesquisa de BAAR-TB		DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO ____/____/____	Nº GERAL
UNIDADE DE SAÚDE			DIR
NOME			Nº PRONTUÁRIO
ENDEREÇO			
DIST.ADM.	MUNICÍPIO <b>JUNDIAÍ</b>	CEP	(DDD) FONE
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	

MATERIAL ENVIADO <input type="checkbox"/> ESCARRO <input type="checkbox"/> 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

MUCUPURULENTO  PURULENTO  SANGUINOLENTO  SALIVA  LIQUEFEITO

OBSERVAÇÃO

DATA DA SAÍDA ____/____/____	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME
---------------------------------	--------------------------------------



**DIVISÃO DE  
TUBERCULOSE**

Solicitação de Baciloscopia Pesquisa de BAAR-TB		DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO ____/____/____	Nº GERAL
UNIDADE DE SAÚDE			DIR
NOME			Nº PRONTUÁRIO
ENDEREÇO			
DIST.ADM.	MUNICÍPIO <b>JUNDIAÍ</b>	CEP	(DDD) FONE
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	

MATERIAL ENVIADO <input type="checkbox"/> ESCARRO <input type="checkbox"/> 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

MUCUPURULENTO  PURULENTO  SANGUINOLENTO  SALIVA  LIQUEFEITO

OBSERVAÇÃO

DATA DA SAÍDA ____/____/____	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME
---------------------------------	--------------------------------------