

007.059.036

Ministério da Saúde



**SUS** SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Prefeitura Municipal de Araputanga  
Secretaria Municipal de Saúde

### PEDIDO DE EXAME

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Pedido por Dr. \_\_\_\_\_ N° Ficha: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hemograma         | <input type="checkbox"/> Colesterol         | <input type="checkbox"/> Bact. Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea | <input type="checkbox"/> Triglicérides      | Urina                                      |
| <input type="checkbox"/> VDRL              | <input type="checkbox"/> TGO / TGP          | <input type="checkbox"/> Urina tipo I      |
| <input type="checkbox"/> Glicemia          | <input type="checkbox"/> Bilirrubinas       | <input type="checkbox"/> Teste de gravidez |
| <input type="checkbox"/> VHS               | <input type="checkbox"/> PPD                | Fezes                                      |
| <input type="checkbox"/> LATÉX (FR)        | <input type="checkbox"/> R. Montenegro      | <input type="checkbox"/> Parasitológico    |
| <input type="checkbox"/> PCR               |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ureia             | <input type="checkbox"/> Bact. Leishmaniose |  |
| <input type="checkbox"/> Creatinina        | <input type="checkbox"/> Bact. Hansen       |  |

Outros Exames: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_