

Cód. 007.059.052



Sistema  
Único  
de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPUTANGA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**SOLICITAÇÃO DE BACILOSCOPIA E INFORME DE RESULTADOS**

Nome do paciente \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo (M) (F) \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº do Registro: \_\_\_\_\_ Solicitante: \_\_\_\_\_

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

Material para exame: Escarro ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS:**

1 - Tosse por mais de 3 Semana ( )

2 - Febrícula ( )

3 - Emagrecimento ( )

4 - Anorexia ( )

5 - Outros \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**

**CONTROLE DE TRATAMENTO**

1ª AMOSTRA ( )

MÊS ( )

2ª AMOSTRA ( )

**RESULTADO DA BACILOSCOPIA**

Negativa ( ) Positiva + ( ) Positiva ++ ( ) Positiva +++ ( ) Material Inadequado ( )

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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