



**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