

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:	