

EXAME IGRA, ENSAIO DE LIBERAÇÃO DE INTERFÉRON – GAMA
INFECÇÃO LATENTE PELO mycobacterium tuberculosis (ILTb)

1 PROCEDÊNCIA

UNIDADE DE SAÚDE		CNES	
ENDEREÇO COMPLETO (RUA, AV., PÇA, ETC),		NÚMERO	COMPLEMENTO
MUNICÍPIO	TELEFONE	GRS	
NOME DO PROFISSIONAL DE SAÚDE		REG. PROFISSIONAL (CONSELHO OU MATRÍCULA)	
CONTATO DO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DA AMOSTRA	E-MAIL	TELEFONE / RAMAL	

2 INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME			
NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)			
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	GÊNERO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> IGNORADO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO PACIENTE			
DOCUMENTO (RG/CPF/ CNH/ CNASC)		NOME DA MÃE	
ENDEREÇO COMPLETO (RUA, AV., PÇA, ETC),	NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO	MUNICÍPIO	ESTADO	
CEP	DDD + TELEFONE	PAÍS (SE RESIDIR FORA DO BRASIL)	

3 DADOS CLÍNICOS

POPULAÇÃO - ALVO	<input type="checkbox"/> PACIENTE HIV COM CONTAGEM DE CÉLULAS T CD4 > 350 CÉLULAS/MM ³
	<input type="checkbox"/> CRIANÇAS ENTRE 2 E 10 ANOS, CONTATO DE TB ATIVA
	<input type="checkbox"/> CANDIDATO À TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO
	<input type="checkbox"/> OUTRO GRUPO: QUAL? _____

4 SOLICITAÇÃO DE EXAMES

DATA DA COLETA	HORA DA COLETA
MATERIAL CLÍNICO ENVIADO <input type="checkbox"/> SANGUE COLHIDO EM HEPARINA (TUBO ÚNICO) <input type="checkbox"/> SANGUE COLHIDO NOS TUBOS DO KIT IGRA (4 TUBOS/PACIENTE)	

OBSERVAÇÕES

5 ASSINATURA

DATA DA SOLICITAÇÃO	CARIMBO E ASSINATURA DO SOLICITANTE
---------------------	-------------------------------------