

COMPLEXO MUNICIPAL DE SAÚDE - CAMPOS DO JORDÃO
SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

PACIENTE: _____ Q / LEITO: _____

DATA NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

() SUS () PARTIC. () CONV. _____

DATA: ____ / ____ / ____ HR: ____ : ____

MÉDICO: _____ CLÍNICA: _____

SANGUE		URINA
() HB	() HT	<u>URINA I</u>
HEMOGRAMA		UROCULTURA E ANTIBIOGRAMA
SODIO		BETA HCG
POTASSIO		HCG
UREIA		
CREATININA		URINA 24 HORAS
GLICEMIA		PROTEINURIA
TEMPO SANGRAMENTO		
TEMPO COAGULAÇÃO		
TP	INR	<u>LIQUOR</u>
PLAQUETAS		
CALCIO		CITOLOGICO E BIOQUIMICO
MAGNESIO		
FOSFORO		
AMILASE		
TGO		<u>SOROLOGIAS</u>
TGP		
BILIRRUBINAS: T	D	HEPATITE A ()
COLESTEROL		HEPATITE B ()
TRIGLICERIDES		ANTI HIV
PROTEINAS T e F		
GAMA GT		<u>OUTROS</u>
FOSFATASE ALCALINA		MATERIAL
BETA HCG		Exames:
CPK		
CKMB		
DHL		
VHS		
PROTEINA C REATIVA		
LATEX		
VDRL		
ASLO		
ACIDO URICO		
TIPAGEM SANGUINEA		
COOMBS DIRETO		