

Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros

LACEN / SES / GO

**Formulário de Solicitação para Teste Rápido Molecular para  
Tuberculose (TRM-TB)**

<b>DADOS DO PACIENTE</b>			
UNIDADE DE SAÚDE:		CNES	
NOME DO PACIENTE:		SEXO: MASC( ) FEM ( )	
Nº CARTÃO SUS:		DATA NASCIMENTO: / /	
ENDEREÇO:		TELEFONE:( )	
MUNICÍPIO:	UF:	NOME DA MÃE:	
<b>DADOS DA AMOSTRA</b>			
TIPO DE AMOSTRA CLÍNICA:		DATA E HORA DA COLETA: / /	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE</b>			
Pessoas vivendo com HIV/AIDS ( ) SIM ( ) NÃO Criança menor de 10 anos ( ) SIM ( ) NÃO Obs: Critério para realizar TRM/TB e cultura, de acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 7/2019/CGDR/.DCCI/SVS/MS			
<b>SITUAÇÃO CLÍNICA</b>			
<b>1. CASO NOVO</b> (pessoas nunca previamente tratadas) ( ) SIM ( ) NÃO			
<b>2. CASO DE RETRATAMENTO</b> (pessoas tratadas em algum momento da vida, retorno após abandono ou suspeita de recidiva). ( ) SIM ( ) NÃO			
<b>3. CONTROLE DE TRATAMENTO</b> (pessoas em tratamento para tuberculose?( ) SIM ( ) NÃO Em caso afirmativo informar o mês de tratamento:( ) 1º MÊS; ( ) 2º MÊS; ( ) 3º MÊS; ( ) 4º MÊS; ( ) 5º MÊS; ( ) 6º MÊS; ( ) OUTROS descrever			
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS</b>			
Foi realizada baciloscopia no laboratório local? ( ) SIM ( ) NÃO -Em caso afirmativo, assinale o resultado ( ) Negativo ( ) POS + ( ) POS ++ ( ) POS +++ ( ) Observados menos de 09 bacilos em 100 campos examinados			
<b>OBSERVAÇÕES:</b>			

\_\_\_\_\_  
Responsável pela Solicitação, local e data\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Laboratório, local e data

*Missão: Participar das ações de vigilância em saúde, realizando análises laboratoriais com qualidade, coordenando a Rede Estadual de Laboratórios e gerando informações para a melhoria da Saúde Pública.*