



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Laudo para liberação do resultado DERTERMINE™ TB LAM Ag (LF-LAM)

DADOS DO PACIENTE		
UNIDADE DE SAÚDE:	CNES	
NOME DO PACIENTE:	SEXO: MASC () FEM ()	
Nº CARTÃO SUS:	DATA NASCIMENTO: / /	
ENDEREÇO:	TELEFONE: ()	
MUNICÍPIO:	UF:	NOME DA MÃE:
DADOS DA AMOSTRA		
TIPO DE MATERIAL: URINA		
DATA DA COLETA ___/___/___	HORA DA COLETA:	DATA DO PROCESSAMENTO DA AMOSTRA ___/___/___
MÉTODO: IMUNOCROMATOGRÁFICO DE FLUXO LATERAL		
INDICAÇÃO DO TESTE		
Paciente hospitalar/internação		
() Com CD4 \leq 200/mm ³ , independente de sintomas;		
() Com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independente da contagem de CD4;		
() Severamente/gravemente doentes, independente da contagem de CD4.		
Atendimento ambulatorial		
() Com CD4 \leq 100 mm ³ , independente de sintomas;		
() Com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independente da contagem de CD4;		
() Severamente/gravemente doentes, independente da contagem de CD4.		
RESULTADO		
() Reagente		
() Não reagente		
() Inválido		
OBSERVAÇÕES:		
Teste reagente iniciar esquema básico para tuberculose e continuar investigação com TRM-TB e cultura.		
Teste não reagente não exclui tuberculose ativa		
A leitura do teste deverá ocorrer após 25 minutos, após 35 minutos a leitura do teste não deverá ser realizada.		
Exame executado e liberado por: _____		
Data, assinatura e carimbo _____		