



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



SOLICITAÇÃO DE EXAME LABORATORIAL DE URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO:

Nº CARTÃO SUS:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:	IDADE: ANOS	SEXO: MASCULINO FEMININO	DATA DA COLETA:	HORA DA COLETA:	Nº DE ORDEM DO PACIENTE:
---------------------	----------------	-------------------------------	-----------------	-----------------	--------------------------

SUSPEITA CLÍNICA

RESPONSÁVEL PELA COLETA:

MEDICAÇÕES EM USO:

DIAGNÓSTICO

CONTROLE

EXAME SOLICITADO

HEMOGRAMA	SÓDIO	UREIA	TGO	COAGULOGRAMA	AMILASE
URINA 1	POTÁSSIO	CREATININA	TGP	BILIRRUBINA TOTAL	CK/CKmb
PACOTE DENGUE	CÁLCIO	GLICEMIA	GAMA GT	BILIRRUBINA FRACIONADA	TROPONINA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



SOLICITAÇÃO DE EXAME LABORATORIAL DE URGÊNCIA

PRONTO SOCORRO:

Nº CARTÃO SUS:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:	IDADE: ANOS	SEXO: MASCULINO FEMININO	DATA DA COLETA:	HORA DA COLETA:	Nº DE ORDEM DO PACIENTE:
---------------------	----------------	-------------------------------	-----------------	-----------------	--------------------------

SUSPEITA CLÍNICA

RESPONSÁVEL PELA COLETA:

MEDICAÇÕES EM USO:

DIAGNÓSTICO

CONTROLE

EXAME SOLICITADO

HEMOGRAMA	SÓDIO	UREIA	TGO	COAGULOGRAMA	AMILASE
URINA 1	POTÁSSIO	CREATININA	TGP	BILIRRUBINA TOTAL	CK/CKmb
PACOTE DENGUE	CÁLCIO	GLICEMIA	GAMA GT	BILIRRUBINA FRACIONADA	TROPONINA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: