



	<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES CARGA VIRAL PARA CMV CITOMEGALOVÍRUS</b>	<b>HMR.03.04.23</b>
	<b>HEMOCENTRO: Florianópolis</b>	Nº

**1- Dados de Identificação:**

**Data de Coleta da Amostra:**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Registro de Internação: \_\_\_\_\_ Local : \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**2-Contagem de leucócitos totais: \_\_\_\_\_ Contagem de neutrófilos: \_\_\_\_\_**

Obs.: Preenchimento obrigatório da contagem de neutrófilos. Amostras de pacientes neutropênicos necessitam de técnicas diferenciadas para a extração do DNA viral.

Em caso de dúvida favor entrar em contato com o Laboratório de Sorologia/NAT através dos fones: ( 48) 3251-9719/9721

REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL

NOME						ETIQUETA - HEMOSC								
<table border="1"> <tr> <td>IDADE</td> <td>SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td>COR <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A</td> <td>PESO</td> <td>ALTURA</td> <td>CLÍNICA</td> <td>ENFERMARIA</td> <td>LEITO</td> </tr> </table>						IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO	ALTURA	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO	ALTURA	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO							
DADOS CLÍNICOS														
RECEPTOR DE ÓRGÃOS E/OU TECIDOS														
MATERIAL A EXAMINAR														
SANGUE TOTAL COLETADO COM EDTA (5,0 mL)														
EXAMES SOLICITADOS														
( X ) 361 - CARGA VIRAL (DNA) PARA CITOMEGALOVÍRUS PELA TÉCNICA DE PCR-RT														

DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO		

ADP 00866

Ioesc77164