



**Prefeitura de
Porto Alegre**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**



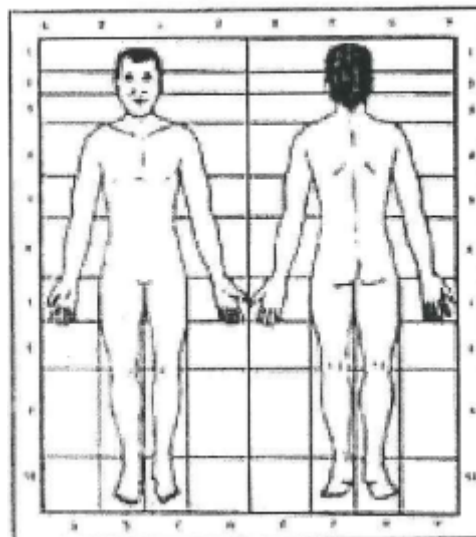
PEDIDO DE EXAMES LABORATORIAIS BACILOSCOPIA DO RASPADO INTRADÉRMICO

Nome: _____
CNS: _____ DN: _____ Serviço Solicitante: _____
End.: _____ Nº: _____ COMPL: _____
Bairro: _____ UF: _____ Cidade: _____
Tel.: _____ Data de Requisição: ____/____/____
☐ Diagnóstico ☐ Controle (Forma Clínica: _____ IB inicial: _____)

Localização da Coleta/ Resultado:

LOD _____
LOE _____
CD _____
CE _____
Lesões _____

Assinale a localização das lesões para coleta.



OBS:

Solicitante

Bioquímico Responsável