



Hospital do Coração

HCor

Associação do Sanatório Sírio

Etiqueta**Requisição de Exames Laboratoriais**

Nome: _____ Data Internação: _____

Prontuário: _____ Setor: _____ Peso: _____ Altura: _____

Convênio: _____ Apto: _____ Leito: _____

Diagnóstico:

Material: Sangue Urina Secreção Traqueal Outros
 Líquor Secreção Incisional

Coleta: Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Nº Coleta: _____

Observações de Coleta: _____ Nome/Carimbo Coletor: _____

Medicações: Anti-agregante Antibiótico Anticoagulante Corticosteróide Citostático Outras: _____

Bioquímica	Hematologia	Hormônios	Imunologia
<input type="checkbox"/> Gasometria Arterial	<input type="checkbox"/> Hemograma completo	<input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> Anti-estreptolisina "O" (ASO)
<input type="checkbox"/> Gasometria Venosa	<input type="checkbox"/> VHS	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> Prot. C Reat.(PCR) Ultrassens.
<input type="checkbox"/> Glicose	<input type="checkbox"/> Leucograma	<input type="checkbox"/> TSH ultrasensível	<input type="checkbox"/> Fator Reumatóide (FR)
<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> Eritograma	<input type="checkbox"/> T3 Livre	<input type="checkbox"/> Alfa 1 - Glicoproteína Ácida
<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> T4 Livre	<input type="checkbox"/> C3
<input type="checkbox"/> Ácido Úrico	<input type="checkbox"/> Hemoglobina (Hb)	<input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/> C4
<input type="checkbox"/> Sódio	<input type="checkbox"/> Hematócrito (Ht)	<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> IgG Total
<input type="checkbox"/> Potássio	<input type="checkbox"/> Reticulócitos	<input type="checkbox"/> Progesterona	<input type="checkbox"/> IgM Total
<input type="checkbox"/> Cálcio	<input type="checkbox"/> Prova do laço	<input type="checkbox"/> Prolactina	<input type="checkbox"/> IgA Total
<input type="checkbox"/> Cálcio Iônico	<input type="checkbox"/> T. de sangramento (TS)	<input type="checkbox"/> Estrógeno	<input type="checkbox"/> IgE Total
<input type="checkbox"/> Cloro	<input type="checkbox"/> T. de coagulação (TC)	<input type="checkbox"/> Testosterona	<input type="checkbox"/> Fator Antinuclear (FAN)
<input type="checkbox"/> Fósforo	<input type="checkbox"/> T. de protrombina (TP) + INR	<input type="checkbox"/> Testosterona Livre	<input type="checkbox"/> Anti-peroxidase (Anti-TPO)
<input type="checkbox"/> Magnésio	<input type="checkbox"/> T. de tromboplastina (TTPa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anti-tireoglobulina
<input type="checkbox"/> Ferro	<input type="checkbox"/> T. de trombina (TT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HBs Ag
<input type="checkbox"/> Ferritina	<input type="checkbox"/> Fibrinogênio	Marcadores Tumorais	<input type="checkbox"/> Anti-HBs
<input type="checkbox"/> Triglicérides	<input type="checkbox"/> Antitrombina III	<input type="checkbox"/> Alfa-fetoproteína	<input type="checkbox"/> Anti-HBc Total
<input type="checkbox"/> Colesterol Total	<input type="checkbox"/> Agregação plaquetária	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> anti-HBc IgM
<input type="checkbox"/> HDL	<input type="checkbox"/> T. de coag. ativado (TCA)	<input type="checkbox"/> CA 15-3	<input type="checkbox"/> HBe Ag.
<input type="checkbox"/> LDL	<input type="checkbox"/> Dímero D (DDI)	<input type="checkbox"/> CA 19-9	<input type="checkbox"/> Anti-HBe
<input type="checkbox"/> VLDL	<input type="checkbox"/> Falcização	<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> Anti-HAV IgG
<input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CA 72-4	<input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM
<input type="checkbox"/> Fosfatase Ácida Total	Drogas	<input type="checkbox"/> CYFRA 21	<input type="checkbox"/> Anti-HCV
<input type="checkbox"/> Fosfatase Ácida Prostática	<input type="checkbox"/> Ácido Valpróico	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> LINF. CD4+
<input type="checkbox"/> Amilase	<input type="checkbox"/> Amicacina	<input type="checkbox"/> PSA Livre	<input type="checkbox"/> LINF. CD8+
<input type="checkbox"/> Desidrogenase Lática (DHL)	<input type="checkbox"/> Ciclosporina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Citomegalovírus IgG
<input type="checkbox"/> TGO (AST)	<input type="checkbox"/> Digoxina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Citomegalovírus IgM
<input type="checkbox"/> TGP (ALT)	<input type="checkbox"/> Digitoxina	Microbiologia	<input type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> Gama G.T.	<input type="checkbox"/> Fenobarbital	<input type="checkbox"/> Bacterioscopia	<input type="checkbox"/> FTA - Abs
<input type="checkbox"/> Bilirrubinas Totais e Frações	<input type="checkbox"/> Gentamicina	<input type="checkbox"/> Cultura Aeróbios	<input type="checkbox"/> TPHA
<input type="checkbox"/> CK Total	<input type="checkbox"/> Hidantoína	<input type="checkbox"/> Cultura Anaeróbios	<input type="checkbox"/> Anti-HIV
<input type="checkbox"/> CKMB Enzimático	<input type="checkbox"/> Teofilina	<input type="checkbox"/> Antibiograma Automatizado	<input type="checkbox"/> Western Blot (HIV)
<input type="checkbox"/> CKMB Massa	<input type="checkbox"/> Tobramicina	<input type="checkbox"/> Pesquisa de Fungos	<input type="checkbox"/> Paul Bunnell
<input type="checkbox"/> Mioglobina	<input type="checkbox"/> Vancomicina	<input type="checkbox"/> Cultura para Fungos	<input type="checkbox"/> Rubéola IgG
<input type="checkbox"/> Troponina	<input type="checkbox"/> Fenitoína	<input type="checkbox"/> Pesquisa de BK	<input type="checkbox"/> Rubéola IgM
<input type="checkbox"/> Albumina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cultura para BK	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG
<input type="checkbox"/> Proteínas Totais e Frações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM
<input type="checkbox"/> Eletroforese de Proteínas	Fezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chagas (IFI + HMA)
<input type="checkbox"/> Hemogl. Glicosil. (HBA 1c)	<input type="checkbox"/> Protoparasitológico	Testes Cutâneos Tardios	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sangue Oculto	<input type="checkbox"/> Candidina	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Coprológico Funcional	<input type="checkbox"/> PPD	Urianálise
Outros	<input type="checkbox"/> Kato-Katz	<input type="checkbox"/> Tricofitina	<input type="checkbox"/> Urina Tipo 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pesquisa de Leucócitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dismorfismo Eritrocitário
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proteína de Bence Jones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações:

Assinatura e
Carimbo:

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Nº EXAMES