

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS
 EXAMES MICOLÓGICOS**

PROCEDÊNCIA

* Instituição:		* CNES:	
Endereço:		Telefone/fax:	
* Município:		GRS:	
* Nome do paciente:			
* Data de nascimento: ____/____/____	* Idade:	* Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Nº SINAN Nº de prontuário:
* Responsável pelo envio:		Telefone:	

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

Uso de antifúngicos:
 Não Sim. Qual? _____

Data do início do tratamento: ____/____/____

Outros: _____

FATORES PREDISPOANTES

Doença maligna Diabetes Uso de drogas imunossupressoras
 HIV/AIDS _____

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

* Material enviado:
 Escarro Lavado broncoalveolar
 Soro Líquor (OBRIGATÓRIO ENVIO DE FICHA DO SINAN)
 Outros: _____

* Data de coleta:
 1º amostra ____/____/____ 2º amostra ____/____/____

* Solicita-se: Pesquisa para Fungos Cultura para Fungos
 Sorologia para paracoccidiodomicose (imunodifusão)
 Sorologia para histoplasmose (imunodifusão)
 Látex para *Cryptococcus neoformans* (apenas amostras de soro ou líquido)

HISTÓRIA PRÉVIA DO PACIENTE

 Solicitante (Assinatura e Carimbo)

Data: ____/____/____

OS CAMPOS SINALIZADOS COM * SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO