



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME PARA BACTÉRIA MULTI-R – KPC/VRE/MRSA

I – Dados gerais

1-Unidade requisitante	2-CNES	3-Município
4-Profissional requisitante/ Registro no Conselho	5-Houve transferência hospitalar? Sim [] Não [] Se sim, informar origem e destino:	

II – Dados do paciente

6-Nome completo do paciente:			
7-Data de nascimento: ____/____/____	8-Idade:	9-Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem.	10- Nome da mãe:
11- Endereço: rua ou avenida			12-Nº
13- Complemento:	14-Bairro:	15-Município	
16- Ponto de referência			17- Fone
18- Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	19- CEP	20- UF	21- País (se residente fora do Brasil)

III– Dados clínicos

22- Data dos primeiros sintomas ____/____/____	23- Descrição do quadro clínico:
24- Uso de medicamentos? [] Sim [] Não Quais:	

IV – Solicitação de análises

25- Data da coleta ____/____/____	26- Isolado bacteriano de: <input type="checkbox"/> Secreção cirúrgica <input type="checkbox"/> Swab retal <input type="checkbox"/> Líquido abdominal <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Ponta de cateter <input type="checkbox"/> Outros: _____
28- Tipo de material onde foi identificado Multi-R: <input type="checkbox"/> Cultura de Vigilância <input type="checkbox"/> Cultura clínica	27- Exame solicitado: <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> TSA <input type="checkbox"/> PCR para pesquisa de genes de resistência

V – Dados laboratoriais prévios

27- Data da realização ____/____/____	28- Microrganismo isolado _____
29- TSA (MIC) <input type="checkbox"/> Sensível Especificar: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Resistente Especificar _____ _____ _____	30- TSA (Disco difusão) <input type="checkbox"/> Sensível Especificar _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Resistente Especificar _____ _____ _____
Observações:	