



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA



INFORME MENSAL DE BACILOSCOPIA DA TUBERCULOSE

ESTADO:				
MUNICÍPIO:		LABORATÓRIO:		
MÊS/ANO:				
QUANTITATIVO MENSAL DE BACILOSCOPIAS				
DIAGNÓSTICO	POSITIVA	NEGATIVA	MATERIAL INADEQUADO	TOTAL
1ª AMOSTRA				
2ª AMOSTRA				
3ª AMOSTRA				
SUB-TOTAL ⁽¹⁾				
CONTROLE	POSITIVA	NEGATIVA	MATERIAL INADEQUADO	TOTAL
1º MÊS				
2º MÊS				
3º MÊS				
4º MÊS				
5º MÊS				
6º MÊS				
7º MÊS				
8º MÊS				
9º MÊS				
10º MÊS				
12º MÊS				
SUB-TOTAL ⁽²⁾				
TOTAL MENSAL⁽¹⁺²⁾				
OBSERVAÇÕES:				
DATA: ____/____/____		RESPONSÁVEL:		

Observação: Este formulário deve ser preenchido pelo Laboratório da Unidade de Saúde e enviado mensalmente (até o 5º dia útil do mês), ao LACEN/ES.