



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



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

**I Ë Dados gerais**

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

**II Ë Dados do paciente**

|  |            |  |  |
|--|------------|--|--|
| 6-Nome completo do paciente:   |            |  |  |
| 7-Data de nascimento:<br>____/____/____                                    | 8-Idade:   | 9-Sexo<br><input type="checkbox"/> Masc<br><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<br><input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural | 19- CEP    | 20- UF   | 21- País (se residente fora do Brasil) |

**III Ë Dados clínicos**

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

**IV Ë Solicitação de análises**

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

**V Ë Dados laboratoriais prévios**

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