

HISTORICO PARA SOLICITAÇÃO DE PAINEL FILMARRAY GASTROINTESTINAL

NOME: _____	SUSPEITA CLÍNICA: _____
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">ETIQUETA DO PACIENTE</div>	MATERIAL: <input type="checkbox"/> FEZES
IDADE: ____ SEXO: ____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____	

TIPO DE PACIENTE		
<input type="checkbox"/> Imunossuprimido	Data do último CD4: ____/____/____	Valor do último CD4: _____
<input type="checkbox"/> Imunocompetente		

Informações clínicas
Suspeita Clínica:
DIARREIA? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Há quanto tempo?
Está em uso de antibióticos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Qual(is)?
Há quanto tempo?

EXAMES ANTERIORES (se disponível)
Protoparasitológico de fezes
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____
Pesquisa de Rotavírus
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____
Pesquisa de Adenovírus
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____
Pesquisa de Toxina A e B de <i>Clostridium difficile</i>
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____
Cultura
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____

Médico solicitante
Data :