

HISTORICO PARA SOLICITAÇÃO DE PAINEL FILMARRAY RESPIRATÓRIO TRATO INFERIOR/PNEUMONIA

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

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

<b>Informações clínicas</b>
Suspeita Clínica:
Internado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Há quanto tempo?
IOT? <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?

<b>EXAMES ANTERIORES (se disponível)</b>
Pesquisa de BAAR
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____
TRM-BAAR
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____
Pesquisa de <i>Pneumocistis jirovecii</i>
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____
Cultura
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____

<b>Médico solicitante</b>
Data :