

HISTORICO PARA SOLICITAÇÃO DE PAINEL FILMARRAY MENINGITE/ENCEFALITE

NOME: _____  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">ETIQUETA DO PACIENTE</div> IDADE: ____ SEXO: ____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____	SUSPEITA CLÍNICA: _____  MATERIAL: <input type="checkbox"/> LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO
---	---

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

<b>EXAMES ANTERIORES (se disponível)</b>	
Quimiocitológico	
Contagem global	Contagem diferencial
Proteínas	Glicose
Lactato	ADA
Bacterioscópico	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____	
Pesquisa de BAAR	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____	
Tinta da China	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____	
TRM-BAAR	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____	
Antígeno solúvel de Bactérias	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____	
Antígeno solúvel de Criptococos	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____	
Cultura	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Resultado: _____	

Médico solicitante:
Data :