

**FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS
SUSPEITAS DE MENINGITE- FEASM****Data:** 01/01/2019**Código:** FEASM**Revisão:** 00**Página:** 1 de 1**DADOS DO SOLICITANTE**

UNIDADE SOLICITANTE (NÃO ABREVIAR):

MUNICÍPIO:

DADOS DO PACIENTE

NOME:

MUNICÍPIO DE ORIGEM:

SEXO: () FEMININO () MASCULINO

PACIENTE EM USO DE ANTIBIÓTICOS? () SIM () NÃO

DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

DATA DA PUNÇÃO: ____/____/____

SUSPEITA CLÍNICA:

DADOS DA AMOSTRA

MATERIAL ENVIADO AO LACEN: () LCR () SANGUE () LÂMINAS

RESPONSÁVEL PELO EXAME NO LABORATÓRIO LOCAL:

DADOS OBTIDOS NO LABORATÓRIO LOCAL

ASPECTO DO LCR: () LÍMPIDO () TURVO () PURULENTO

COR DO LCR: () INCOLOR () XANTOCRÔMICO () HEMORRÁGICO

EXAME CITOLÓGICO QUANTITATIVOLEUCÓCITOS: /mm³ (VR: até 5/mm³; neonatos: até 30/mm³)HEMÁCIAS: /mm³ (VR: 0/mm³)**EXAME CITOMORFOLÓGICO**

MONONUCLEARES: %

POLIMORFONUCLEARES: %

EXAMES BIOQUÍMICOS

GLICOSE: mg/dl

PROTEÍNAS TOTAIS: mg/dl

CLORETOS: mEq/l

(VR: 50-80mg/dl)

(VR: Adultos: 15 a 50mg/dl RN: 15 a 60mg/d > 60 anos: 15 a 60mg/dl)

(VR: 680 a 750mEq/l)

GLICOSE PLASMÁTICA: mg/dl

(VR: até 110mg/dl)

EXAMES BACTERIOSCÓPICOS

GRAM:

ZIEHL-NEELSEN:

TINTA DA CHINA:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

NOME LEGÍVEL:

FUNÇÃO OU CARGO:

DATA DO ENVIO AO LACEN:

V.R.: Valor de Referência