



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA
Hospital Universitário

LABORATÓRIO CLÍNICO
REQUISIÇÃO DE EXAMES
PESSOA ACIDENTADA

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Cor: _____

Reg.: _____

Prof.: _____

Proc.: _____

Cat.: _____

Leito: _____

| | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ENFERMARIA | <input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO | <input type="checkbox"/> P.S. | <input type="checkbox"/> P.S. ATEND. |
| | | | <input type="checkbox"/> P.S. ENF. |
| <input type="checkbox"/> ANDRO | <input type="checkbox"/> ENDOCRINO. | <input type="checkbox"/> ORTOPIEDIA | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> BERÇ. NORMAL | <input type="checkbox"/> GASTRO | <input type="checkbox"/> OTORRINO | <input type="checkbox"/> TISIO |
| <input type="checkbox"/> BERÇ. PATOL. | <input type="checkbox"/> GINECO | <input type="checkbox"/> PEDIATRIA | <input type="checkbox"/> URO |
| <input type="checkbox"/> CARDIO | <input type="checkbox"/> HEMATO. | <input type="checkbox"/> PEQ. CIRURG. | <input type="checkbox"/> U.T.I. |
| <input type="checkbox"/> C. CIRÚRGICO | <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE | <input type="checkbox"/> PERIC. MÉD. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CIR. INFANTIL | <input type="checkbox"/> M.I. | <input type="checkbox"/> PNEUMO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CIR. PLÁSTICA | <input type="checkbox"/> NEFRO | <input type="checkbox"/> PROCTO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR | <input type="checkbox"/> NEURO | <input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA | <input type="checkbox"/> NEUROPED. | <input type="checkbox"/> PUERICULT. | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> DERMATOLOGIA | <input type="checkbox"/> OBSTETRÍCIA | <input type="checkbox"/> REUMATO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> DERMATO. PED. | <input type="checkbox"/> OFTALMO. | <input type="checkbox"/> SEMI. INT. | <input type="checkbox"/> |

MATERIAL: _____

Sangue _____

EXAME(S) SOLICITADO(S): _____

ANTI-HIV _____
 ANTI-HCV _____
 ANTI-HBs _____
 ANTI-HBC (IgM) _____
 HbsAg _____
 ALT/AST _____

**ACIDENTE COM
MATERIAL BIOLÓGICO**

História clínica (resumo): _____

Hipótese Diagnóstica: _____

OBS.: É indispensável preencher o formulário acima com clareza. Não serão atendidas as requisições incompletas ou ilegíveis

Data: _____

Médico: _____

C.R.M. _____

(CARIMBO)