



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CML 1ª RM
INSTITUTO DE BIOLOGIA DO EXÉRCITO
IBEx (Lab Microscopia Clin e Bacteriol/1894)



FORMULÁRIO PARA EXAME HPN

*Todos os dados são imprescindíveis

Dados do paciente

Nome do paciente: _____

Número do pedido: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: ()Feminino ()Masculino

Telefone: () _____

Dados do exame

Data de coleta: ___/___/___ Horário da coleta: ___:___

Quantidade de tubos coletados: _____

Descrição do exame solicitado: _____

Dados clínicos

Histórico Clínico resumido: _____

Transusão: () Não () Sim – Data _____

Paciente em tratamento: () Sim () Não

Qual medicação em uso: _____

Dados laboratoriais

Hemograma: _____

HEM: _____ HT: _____ HB: _____ PLAQ: _____

LEUC: _____ NEUTR: _____ LINF: _____ MON: _____

Outras células: _____

Local e Data _____; ___/___/____.