

## FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS DE COLINESTERASE PLASMÁTICA

### REQUISITANTE

Unidade de Saúde:	CNES:
Município:	GRS:
Endereço:	
Nome do Profissional de Saúde:	
Registro profissional (Conselho ou Matrícula):	
Telefone para contato:	Assinatura:

### INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome:		
Data de nascimento: ____/____/____	Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Cartão Nacional de Saúde:	Documento (RG/CPF/CNH):	
Nome da mãe:		
Endereço completo:		
Bairro:	Município:	UF:

### AMOSTRA / EXAMES

Amostra:	<input type="checkbox"/> Soro – primeira amostra <input type="checkbox"/> Soro – segunda amostra <input type="checkbox"/> Soro – terceira amostra ou mais
Data da coleta: ____/____/____	Motivo da solicitação: <input type="checkbox"/> Admissional <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Demissional

Uso de equipamento de proteção individual (EPI):  Não     Sim  
(Se sim, especificar)

Luvas     Jaleco     Botas     Máscara

Nome/marca do inseticida: \_\_\_\_\_

Grupo químico:  Carbamato     Organofosforado     Outro \_\_\_\_\_

Tempo de exposição ao inseticida: \_\_\_\_\_

Patologia crônica:  Não     Sim    Se sim, especificar: \_\_\_\_\_