



HOSPITAL ESCOLA DR. HELVIO AUTO
SOLICITAÇÃO DE LCR

NOME: _____ REG: _____
D.N. ____/____/____ SEXO: M () F () PA: _____ ENF: _____ LEITO: _____
MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____
SUSPEITA CLÍNICA: _____
PACIENTE EM USO DE ANTIBIÓTICOS: SIM () NÃO ()
() PESQUISA DE FUNGOS () PESQUISA DE BK () VDRL
DATA ____/____/____ MÉDICO RESPONSÁVEL _____

LABORATÓRIO 24 HORAS LACEN-HEHA
AVALIAÇÃO DO LCR

Nº _____ OS: _____
VOLUME: _____ ml COR: _____ ASPECTO: _____
COAGULO _____ LEUCO: _____ /mm³ HEMA: _____ /mm³
MONONUCLEARES: _____ % POLIMORFONUCLEARES: _____ %
GLICOSE: _____ mg/dL PROTEÍNAS: _____ mg/dl LACTATO _____ mg/dl
LATEX: _____
BACTERIOSCOPIA (GRAM): _____
PESQUISA DE FUNGOS: _____
PESQUISA DE BK: _____ VDRL: _____
TÉCNICO RESPONSÁVEL _____