GDF - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL - LACEN-DF

LAUDO Nº:_____

REQUISIÇÃO DE EXAMES - A

Nº PRONTUÁRIO:_____

NOME:_____

ENDEREÇO:_____

CIDADE:_____ UF:_____ TELEFONE:_____

IDADE:_____ SEXO:_____ ESTADO CIVIL:_____

PROFISSÃO:_____ PROCEDÊNCIA:_____

NATURALIDADE:_____ NACIONALIDADE:_____

ÓRGÃO SOLICITANTE:_____

PROFISSIONAL:_____

REMETENTE: LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DO DF - LACEN -DF
ENDEREÇO: SGAN - QUADRA 601 LOTES "O e P" - BRASÍLIA - DF
TELEFONES 316 - 9841 316 - 9835 FAX: 321-2642

AMOSTRAS:_____

DATA DA COLETA:____/____/_____, ÀS _____ HORAS.

ENTRADA DE MATERIAL NESTE LACEN EM:____/_____/_____.AS _____ HORAS.

EXAMES SOLICITADOS:_____

SUSPEITA CLÍNICA:_____

OUTROS INFORMES:_____

RESULTADOS

_____
Assinatura e Carimbo