

Departamento de Doenças Infecciosas
Laboratório Nacional de Referência de Infecções Parasitárias e Fúngicas

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DA INFECÇÃO TOXOPLÁSMICA

Identificação da doente:

REQUISIÇÃO (Acompanhada do respectivo Termo de Responsabilidade)

ENTIDADE REQUISITANTE _____

SERVIÇO _____

NOME DO MÉDICO _____

DATA DE COLHEITA ____/____/____

PRODUTOS ENVIADOS:

- LÍQUIDO AMNIÓTICO _____ ml (aproximadamente 5ml)
- SANGUE MATERNO – 5 ml em TUBO SECO

Conservar os produtos à temperatura ambiente ou a 4°C se mais de 24 horas

Enviar de imediato ao laboratório

DADOS CLÍNICOS:

Nome do médico

Este impresso pode ser fotocopiado para duplicação