


|   |   |                               |
|---|---|-------------------------------|
|  | <b>LABORATÓRIO BIOANÁLISE</b>                   | Código:<br><b>FR.MIC.011</b>  |
|   | <b>FORMULÁRIO REGISTRO</b>                      | Versão: 02                    |
|   | <b>QUESTIONÁRIO PRÉ-ANALÍTICO MICROBIOLOGIA</b> | Página:<br>1 de 2             |
| Requisito 5.4.3 Norma DICQ 7ª edição 2019   |   | Requisito 7.8 Norma PALC 2016 |

Este formulário foi desenvolvido pelo departamento de controle de qualidade do BioAnálise para auxiliar na avaliação dos exames de nossos clientes. É mais um diferencial de qualidade que já é utilizado nos melhores laboratórios do país.

**O LABORATÓRIO BIOANÁLISE ENTENDE QUE O CLIENTE TAMBÉM É RESPONSÁVEL PELA QUALIDADE DO SEU EXAME PRESTANDO INFORMAÇÕES PRECISAS DURANTE O SEU ATENDIMENTO.**

**Por favor, preencha-o com atenção.**

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| <b>Nº OS:</b> | <b>Cliente:</b> |
|---------------|-----------------|


| Tipo de amostra                |   |                                     |  |   |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Urina | <input type="checkbox"/> Secreção Vaginal | <input type="checkbox"/> Orofaringe | <input type="checkbox"/> Secreção perianal | <input type="checkbox"/> Secreção purulenta |
| Outro (citar):                 |   |                                     |  |   |

| Idade | Sexo   | Amostra coletada por   |
|-------|--|--|
|       | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Téc. Patologia <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Pelo paciente |

| TIPO DE URINA COLETADA           |                                     |                                       |  |  |  |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1º jato | <input type="checkbox"/> Jato médio | <input type="checkbox"/> Saco coletor | <input type="checkbox"/> Sonda de alívio | <input type="checkbox"/> Sonda vesical de demora | <input type="checkbox"/> Punção supra púbica |

| PARA CULTURA DE URINA   |   |
|---|---|
| Hora da coleta  | :   |
| Amostra coletada no laboratório. Se a resposta é <b>NÃO</b> , citar o motivo  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Amostra coleta em casa. Se a resposta é <b>SIM</b> , citar o motivo   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Foi feita a higiene antes da coleta conforme orientação do laboratório  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Amostra coletada de <b>sonda vesical de demora</b> . Se <b>SIM</b> citar a quanto tempo está fazendo uso dessa sonda: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Amostra coletada de cliente acamado (a)   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| A amostra coletada em casa ficou refrigerada até chegar ao laboratório  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Quanto tempo você ficou sem urinar antes de fazer a coleta  |   |
| Esteve internado (a) nos últimos 30 dias  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Cliente diabético (a)   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Gestante  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Sente algum desconforto ao urinar   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Paciente transferido de outro hospital?   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Paciente é portador de bactéria multirresistente?   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Última vez que realizou este exame  |   |

|   |   |
|---|---|
| <b>ESTÁ FAZENDO USO</b> de antibiótico? Se SIM, citar o nome do medicamento: →  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Intervalo do uso do medicamento: <input type="checkbox"/> 6/6 horas <input type="checkbox"/> 8/8 horas <input type="checkbox"/> 12/12 horas |   |
| <b>FEZ USO</b> de antibiótico nos últimos 7 dias? Se SIM, citar o nome do medicamento: →  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |

|   |   |                               |
|---|---|-------------------------------|
|  | <b>LABORATÓRIO BIOANÁLISE</b>                   | Código:<br><b>FR.MIC.011</b>  |
|   | <b>FORMULÁRIO REGISTRO</b>                      | Versão: 02                    |
|   | <b>QUESTIONÁRIO PRÉ-ANALÍTICO MICROBIOLOGIA</b> | Página:<br>2 de 2             |
| Requisito 5.4.3 Norma DICQ 7ª edição 2019   |   | Requisito 7.8 Norma PALC 2016 |

| QUESTIONÁRIO PARA CULTURAS DIVERSAS   |   |
|---|---|
| Hora da coleta da amostra :   |   |
| <b>ESTÁ FAZENDO USO</b> de antibiótico? Se SIM, citar o nome do medicamento:→   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Intervalo do uso do medicamento: <input type="checkbox"/> 6/6 horas <input type="checkbox"/> 8/8 horas <input type="checkbox"/> 12/12 horas |   |
| <b>FEZ USO</b> de antibiótico nos últimos 7 dias? Se SIM, citar o nome do medicamento:→   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |

|  |
|--|
| <p>Afirmo que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que as amostras colhidas <b>foram por mim identificadas após a coleta</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Assinatura do paciente ou responsável</b></p> |
|--|

| NA CENTRAL DE ANÁLISES                                    |   |
|---|---|
| Hora do recebimento da amostra Análises                   | : |
| Hora que a amostra foi entregue no setor de microbiologia | : |

24/03/2019 VERSÃO 02