

TRANSPLANTE CARDÍACO

Data: ____/____/____

Nome: _____

Prontuário: _____

Realizar exames:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Perfil Sorologia Completa | <input type="checkbox"/> Hemograma Completo |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBC total | <input type="checkbox"/> Sódio |
| <input type="checkbox"/> Anti-HCV | <input type="checkbox"/> Potássio |
| <input type="checkbox"/> Anti-HTLV I e II | <input type="checkbox"/> Ureia |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBS quantitativo | <input type="checkbox"/> Creatinina |
| <input type="checkbox"/> Anti HIV | <input type="checkbox"/> TGO/TGP |
| <input type="checkbox"/> HBSaG | <input type="checkbox"/> Gama GT |
| <input type="checkbox"/> Chagas | <input type="checkbox"/> Bilirrubinas Total e Frações |
| <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG e IgM | <input type="checkbox"/> Proteínas Total e Frações |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovírus IgG e IgM | <input type="checkbox"/> Colesterol Total + LDL + HDL |
| <input type="checkbox"/> FTAbs IgG e IgM | <input type="checkbox"/> Ácido úrico |
| <input type="checkbox"/> Urina | <input type="checkbox"/> Glicose |
| <input type="checkbox"/> Urina I | <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicada |
| <input type="checkbox"/> Urocultura | <input type="checkbox"/> Amilase |
| <input type="checkbox"/> Clearance de Creatinina | <input type="checkbox"/> PSA Livre e total |
| <input type="checkbox"/> Fezes | <input type="checkbox"/> Tipagem ABO |
| <input type="checkbox"/> PSOF | <input type="checkbox"/> Cloreto |
| <input type="checkbox"/> PPF | <input type="checkbox"/> Magnésio |
| <input type="checkbox"/> Tempo de protrombina - INR | <input type="checkbox"/> Gasometria |
| <input type="checkbox"/> Coagulograma | <input type="checkbox"/> TSH |
| <input type="checkbox"/> TTPA | <input type="checkbox"/> Albumina |
- Outros:** _____

Médico: _____

CRM: _____