

TRANSPLANTE RENAL

Data: ____ / ____ / ____

Prontuário: _____

Nome: _____

Realizar exames:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Perfil Sorologia Completa | <input type="checkbox"/> Hemograma Completo |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBC | <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-HBE | <input type="checkbox"/> TGO/TGP |
| <input type="checkbox"/> Anti HIV | <input type="checkbox"/> Gama GT |
| <input type="checkbox"/> HBSaG | <input type="checkbox"/> Bilirrubinas Total e Frações |
| <input type="checkbox"/> HBEAG | <input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina |
| <input type="checkbox"/> Chagas | <input type="checkbox"/> Proteínas Total e Frações |
| <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> Colesterol Total + LDL + HDL |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG e IgM | <input type="checkbox"/> Triglicerídeos |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovírus IgG e IgM | <input type="checkbox"/> Glicose |
| <input type="checkbox"/> Epstein Barr IgG e IgM | <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicada (Só se DM) |
| <input type="checkbox"/> FTABS IgG e IgM | <input type="checkbox"/> Cálcio Iônico |
| <input type="checkbox"/> Urina | <input type="checkbox"/> Fósforo |
| <input type="checkbox"/> Urina I | <input type="checkbox"/> Coagulograma |
| <input type="checkbox"/> Urocultura | <input type="checkbox"/> Triagem ABO |
| <input type="checkbox"/> Clearance de Creatinina | <input type="checkbox"/> PSA Livre e Total |
| <input type="checkbox"/> PTH | <input type="checkbox"/> Fezes |
| <input type="checkbox"/> PPF | <input type="checkbox"/> Alfafetoproteína |

Médico: _____

CRM: _____