

CHECK LIST TUBERCULOSE

INÍCIO DOS SINTOMAS: ___/___/___

DATA DA COLETA DA 1ª AMOSTRA: ___/___/___

LOCAL DA COLETA 1ª AMOSTRA: _____

DATA DA COLETA DA 2ª AMOSTRA: ___/___/___

LOCAL DA COLETA 2ª AMOSTRA: _____

PACIENTE APRESENTOU PERDA DE PESO: SIM() NÃO()

PACIENTE APRESENTOU FEBRE/SUDORAÇÃO NOTURNA: SIM() NÃO()

PACIENTE APRESENTOU HEMOPTISE: SIM() NÃO()