



PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAÍ
GERÊNCIA DE SAÚDE
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



Nome: _____

Médico: _____ Nº _____

EXAMES SOLICITADOS:

01:	08:	
02:	09:	
03:	10:	
04:	11:	
05:	12:	
06:	13:	
07:	14:	

HEMOGRAMA

HEMATÓCRITO:						HB:	
LEUCÓCITOS:						HMT:	
BAS	EOS	BT	SEG	LIN	MON	OBSERVAÇÕES:	
E.A.S.							

CARACTÉRES GERAIS

EXAME QUÍMICO

VOLUME		PROTEÍNAS	
COR		GLICOSE	
ODOR		SANGUE/HB	
ASPECTO		P. BILIARES	
DENSIDADE		NITRITO	
PH		CETONA	

MICROSCOPIA

LEUCÓCITOS		BACTÉRIAS	
HEMÁCEAS		MUCOS	
CÉLULAS		LEVEDURAS	
CRISTAIS			
CILINDROS			