

	<b>PROTOCOLO</b> <b>Acidente com Material Biológico</b> <b>SOLICITAÇÃO DE EXAMES</b>	
	<b>Solicitante:</b> _____ <b>Data:</b> ____/____/____	
<b>Paciente Fonte:</b> _____  <b>DN:</b> ____/____/____ <b>Cartão SUS:</b> _____		
<b>Testes rápidos:</b> <input checked="" type="checkbox"/> HIV <input checked="" type="checkbox"/> Sífilis <input checked="" type="checkbox"/> Hepatite C <input checked="" type="checkbox"/> Hepatite B	<b>Sorologias:</b> <input checked="" type="checkbox"/> HCV <input checked="" type="checkbox"/> HIV <input checked="" type="checkbox"/> VDRL <input checked="" type="checkbox"/> Hepatite B	
<b>Acidentado:</b> _____  <b>DN:</b> ____/____/____ <b>Cartão SUS:</b> _____		
<b>Testes rápidos:</b> <input checked="" type="checkbox"/> HIV <input checked="" type="checkbox"/> Sífilis <input checked="" type="checkbox"/> Hepatite C <input checked="" type="checkbox"/> Hepatite B	<b>Sorologias:</b> <input checked="" type="checkbox"/> HCV <input checked="" type="checkbox"/> HIV <input checked="" type="checkbox"/> VDRL <input checked="" type="checkbox"/> Hepatite B	