

# SOLICITAÇÃO DE EXAME

**VIA DIGITAL**  
VALIDAR EM:  
<https://assinaturadigital.iti.gov.br>

PACIENTE:

INDICAÇÃO CLÍNICA:

SOLICITO:

Solicitação de exames:

JEJUM DE 10 HORAS

Exames:

SANGUE

HEMOGRAMA COMPLETO + RETICULÓCITOS, FERRITINA, VITAMINA B 12, GLICOSE, TRIGLICERÍDEO, HEMOGLOBINA GLICADA, AMILASE, LIPASE, TSH, T4 LIVRE, COLESTEROL, HDL e LDL COLESTEROL, CREATINOQUINASE TOTAL, URÉIA, CREATININA, INSULINA DE JEJUM, PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES, SÓDIO, POTÁSSIO, IgE TOTAL, IgG e IgM TOTAL ÁCIDO ÚRICO, FIBRINOGENIO, TGO, TGP, GAMA GT FOSFATASE ALCALINA, CÁLCIO, FÓSFORO, MAGNÉSIO, 25 VITAMINA D, PROTEÍNA C REATIVA ULTRASSENSÍVEL, VHS, PTH MOLÉCULA INTACTA,

URINA:

EAS

CULTURA, CONTAGEM DE COLÔNIAS, ANTIBIOGRAMA

NOME DO(A) MÉDICO(A):

CRM:

UF:

LOCAL DE ATENDIMENTO:

CNES:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

DATA DE EMISSÃO:

Assinado de forma digital por

CPF:

ASSINATURA MÉDICO(A)