

**UAPSF ZILDA ARNS NEUMANN**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAQUIM TÁVORA**

Departamento Municipal de Saúde

Rua Dr.Munhoz da Rocha, 629 – Fone (043) 3559-1539

e-mail: [saudejt@yahoo.com.br](mailto:saudejt@yahoo.com.br)

**PROJETO BEM ME QUERO**

**hhhh6**

**Departamento Municipal de Saúde**

**Rua Dr. Munhoz da Rocha, 629 – Fone (043) 3559-1539**

**e-mail** [saudejt@yahoo.com.br](mailto:saudejt@yahoo.com.br)

**EXAMES DA LINHA GUIA**

**Nome:**

**Data**:

**EXAMES SOLICITADOS**

( ) Dosagem de glicose (em jejum) **– DIA**

( ) Dosagem de glicose (pós-prandial**) – DIA**

( ) Hemoglobina Glicada **–** **DIA**

( ) Hemograma Completo

( ) Ácido Úrico

( ) Creatinina

( ) Colesterol Total

( ) LDL (colesterol)

( ) HDL (colesterol)

( ) Triglicerídeos

( ) Potássio

( ) Urina I

( ) Microalbuminúria em urina de 24 horas

( ) Eletrocardiograma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo