



Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: _____
Rua/AV: _____ Bairro: _____
CEP: _____ - _____ Telefone: _____

GUIA I

Guia de Encaminhamento e Solicitação de Exame Toxicológico ao Laboratório de Análises Toxicológicas - PMSP

I - Identificação

Data da Solicitação: ____/____/____ Unidade Solicitante: _____
Nome do Paciente: _____
Idade: _____ Sexo: M F Raça/Cor: _____
Local de Trabalho: _____
Tipo de Trabalho: _____
Requisitante: _____ CRM: _____

Atividades/Postos de Trabalho no último mês: _____

Exposição à subst. químicas no último mês? Não Sim Registre os dados para cada substância

Substância 1 (Nome): _____

Contato frequente: Horas diárias _____ Horas semanais: _____

Contato Eventual: Número de dias com contato: _____ Horas mensais: _____

Substância 2 (Nome): _____

Contato frequente: Horas diárias _____ Horas semanais: _____

Contato Eventual: Número de dias com contato: _____ Horas mensais: _____

Outras Substâncias:

Hábitos / Exposições

Sim Não

Informações

	Hábitos / Exposições	Sim	Não	Informações
1	Fuma tabaco?			Nº de cigarros por dia:
2	Consome bebida alcoólica?			Tipos:
3	Usa outras drogas?			Tipos: Volume/Dia:
4	Usa medicamentos?			Quais: Frequência:
5	Usa EPI?			Quais:

Assinatura Médico

Coleta de Amostra

Antes do início da jornada de trabalho

Depois do início da jornada de trabalho

Data da última exposição: ____/____/____

Hora: _____

Data da coleta do material: ____/____/____

Hora: _____

Carimbo e assinatura do coletor da amostra

Data da entrega do material: ____/____/____

Hora: _____

Determinação da Atividade Enzimática das Colinesterases

Material analisado	Sangue total:	Plasma:
Parâmetro	Hematócrito	%
Metodologia aplicada	Método Espectrofotométrico e Sistema Test-mate ChE baseados no método de Ellman	

Resultados

Colinesterase Plasmática:	$\Delta.A/\text{minuto/ml.}$
Colinesterase Eritrocitária:	U/mL

* $\Delta.A$ = variação da absorbância em micromoles da enzima.

Observações

Identificação

Análise realizada por: _____

Data do término da análise: ____/____/____

Identificação

São Paulo, _____ de _____

Farmacêutico Responsável pela análise:

_____ CRF/SP: _____