



化驗所編號 No. LSP :

衛生局醫療卡號碼/證件種類及號碼 No. Utente /Tipo de Documento e No :		送檢單位 Serviço Requisitante :	
		報告送交 Boletim Para :	
出生日期 / / D. Nasc. : dd mm aaaa	聯繫信息 Informação de Contacto:		登記編號 / 樣本編號 No. Registo / No da Amostra :
姓名 (外文/中文) Nome :	性別 Sexo :	醫生姓名及編號 Nome do Médico e Código :	
採樣日期 Data da Colheita : / /20 採樣時間 Hora da Colheita : : (am/pm)	聯絡電話 No. de Telefone :		簽署 Rubrica :
樣本種類 Amostra			
<input type="checkbox"/> 糞便 Fezes	<input type="checkbox"/> 肛周粘拭 Adesivo Anal	<input type="checkbox"/> 尿液 Urina	<input type="checkbox"/> 血 (含 EDTA 抗凝劑) Sangue (c/K ₃ EDTA)
<input type="checkbox"/> 培養物 Cultura	<input type="checkbox"/> 血 (無抗凝劑) Sangue (sem anticoag)	<input type="checkbox"/> 痰 Expectoração	<input type="checkbox"/> 其他, 請註明 Outras, por favor especifique :
臨床資料/其他資訊 Informação Clínica/Outras informações			
檢驗項目 Análises			
<input type="checkbox"/> 寄生蟲鏡驗 Microscopia Parasitológica			
<input type="checkbox"/> 球蟲檢驗(糞便) Exame Coccidia (Fezes)			
<input type="checkbox"/> 錐蟲檢驗(血液) Exame Trypanosoma(Sangue)			
<input type="checkbox"/> 絲蟲檢驗(血液) Exame Filária(Sangue)			
<input type="checkbox"/> 棘球蚴抗體(血液) Exame Echinococcosis anticorpo (Sangue)			
<input type="checkbox"/> 沙門氏菌 Salmonella			
<input type="checkbox"/> 血鉛 Chumbo em Sangue			
<input type="checkbox"/> 其他 (請註明) Outras(Por favor especifique) :			