

São Paulo, 08 de dezembro de 2009

SMD – dezembro 2009

REF: Solicitações de exames – Laboratório de Referência Criesp

Caro Cliente,

É com satisfação que informamos que o Laboratório de Referência Criesp conta com uma nova plataforma de solicitação de exames. Essa novidade traz uma melhoria na identificação e rastreabilidade de sua amostra, bem como, facilidade na solicitação dos exames.

Tudo isso reforça nosso compromisso em sempre promover o avanço dos nossos serviços. Dessa forma, solicitamos que leia com atenção as instruções que constam no manual que segue com essa carta, sobretudo, a seção “**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**”.

Observe que para cada paciente deverá ser utilizada apenas uma folha de formulário e uma tira de etiquetas.

Para repor esses formulários solicite ao CAC Criesp pelo número (11) 2853-9797. O material será entregue no prazo de quatro dias úteis.

Agradecemos sua colaboração e estamos à sua disposição para qualquer esclarecimento adicional.

Atenciosamente,

Marli A. Goncalves

Laboratório de Referência CRISP – Grupo Fleury
Soluções em Medicina Diagnóstica
labreferencia.criesp@fleury.com.br

INSTRUÇÕES PARA USO DO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES

1. Para cada paciente deverá ser utilizada apenas 1 folha de formulário e apenas 1 tira com 10 etiquetas personalizadas, desprezando as sobras caso não utilize todas as etiquetas.

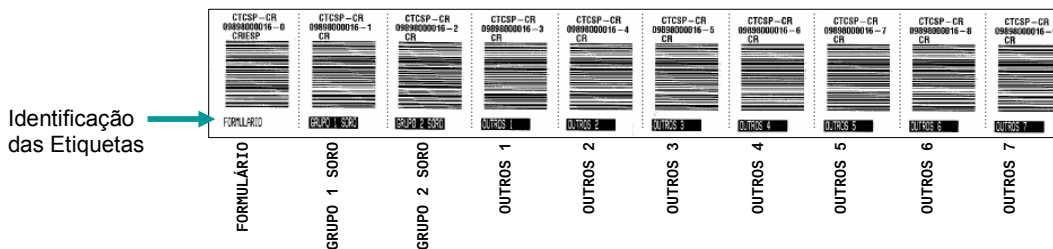
Sr. Sra. Sita. Menor Dr. Dra. RN de LAB
 * Nome completo do paciente (em letras de forma): _____
 * Data de nascimento: ____/____/____ ID do paciente: _____
 * Data de coleta: ____/____/____ * Horário de coleta: (0:00 - 23:59) _____
 Nome do médico solicitante: Dr. Dra. _____
 Responder a estas perguntas conforme a indicação do exame:
 Presso. (kg.) ____ Alterar (m) ____ É gestante: Quantas semanas? ____
 sim Não
 Medicamentos em uso: _____
 Data de última tomada: ____/____/____ Horário de última tomada: (0:00 - 23:59) ____:____:____

ETIQUETA 1 - SORO (somente exames no soro)

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acido Úrico | <input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina | <input type="checkbox"/> PRL - Prolactina |
| <input type="checkbox"/> Albumina | <input type="checkbox"/> Fibrina | <input type="checkbox"/> Progesterona |
| <input type="checkbox"/> Albumose | <input type="checkbox"/> Procalcitonina | <input type="checkbox"/> Prostatectomia, ultra-sensível |
| <input type="checkbox"/> Alfa 1 Glicoproteína Ácida | <input type="checkbox"/> PSH - Hormônio Pituitário Estimulante | <input type="checkbox"/> PSA Livre e Total |
| <input type="checkbox"/> AFP - Alfa Fetoproteína | <input type="checkbox"/> GAMGT - Gama Globulinas Totais | <input type="checkbox"/> PSA Total |
| <input type="checkbox"/> ASLO - Anticardiolipina O | <input type="checkbox"/> GZT - Transaminase Glutâmico-Glutâmica | <input type="checkbox"/> Rubéola, Anticorpo IgM |
| <input type="checkbox"/> Bilirrubina | <input type="checkbox"/> GPT - Transaminase Glutâmico-Pirúvica | <input type="checkbox"/> Rubéola, Anticorpo IgG |
| <input type="checkbox"/> CA 125 | <input type="checkbox"/> Hepatite A, Anticorpo IgM | <input type="checkbox"/> Sódio |
| <input type="checkbox"/> CA 15-3 | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Anticorpo contra Ag. de superfície, HBsAg | <input type="checkbox"/> Sódio |
| <input type="checkbox"/> CA 19-9 | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Anticorpo anti HBe, HBsAg | <input type="checkbox"/> Testosterona livre |
| <input type="checkbox"/> Cálcio | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Anticorpo anti HBe, HBsAg | <input type="checkbox"/> Testosterona total |
| <input type="checkbox"/> CEA - Antígeno Carcinoembrionário | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Anticorpo anti HBe, HBsAg | <input type="checkbox"/> T4 |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovírus, Anticorpo IgM | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Anticorpo anti HBe, HBsAg | <input type="checkbox"/> T4 livre |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovírus, Anticorpo IgG | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Anticorpo anti HBe, HBsAg | <input type="checkbox"/> TSH - Hormônio Tireoidearrelante |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Hepatite C, Anticorpo | <input type="checkbox"/> Triptofano, Anticorpo AntiTPO |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> IGA - Imunoglobulina A | <input type="checkbox"/> Triptofano, Anticorpo (AATIR) |
| <input type="checkbox"/> Creatinina (CK), total | <input type="checkbox"/> IGG - Imunoglobulina G | <input type="checkbox"/> Triptofano, Anticorpo IgG |
| <input type="checkbox"/> Creatinina (CK), livre | <input type="checkbox"/> IGG - Imunoglobulina G | <input type="checkbox"/> Triptofano, Anticorpo IgM |
| <input type="checkbox"/> Estadiol | <input type="checkbox"/> IGM - Imunoglobulina M | <input type="checkbox"/> Transferrina |
| <input type="checkbox"/> Fator reumatoide (Rheumatoid Factor) | <input type="checkbox"/> Lipase | <input type="checkbox"/> Teste de inibição de Transferrina |
| <input type="checkbox"/> Ferritina | <input type="checkbox"/> LH - Hormônio Luteinizante | <input type="checkbox"/> Triptofano |
| <input type="checkbox"/> Ferro, capacidade total de ligação (TIBC) | <input type="checkbox"/> Magnésio | <input type="checkbox"/> Vitamina B12 |
| <input type="checkbox"/> Fosfatase ácida (fosfatase) | <input type="checkbox"/> PCR - Proteína C Reativa | <input type="checkbox"/> Triptofano, Anticorpo (PK) |
| <input type="checkbox"/> Fosfatase alcalina | <input type="checkbox"/> Potássio | |

ETIQUETA 2 - SORO (somente exames no soro)

| | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 17AHS - Hidroxiprogesterona | <input type="checkbox"/> Cardiolipina, Anticorpo IgG | <input type="checkbox"/> Eletroforese Proteínas | <input type="checkbox"/> Lp(a), Anticorpo (SBE) |
| <input type="checkbox"/> Ácido Valérico | <input type="checkbox"/> Cardiolipina, Anticorpo IgM | <input type="checkbox"/> Endonúcleia, Anticorpo IgG | <input type="checkbox"/> Lipo |
| <input type="checkbox"/> Aldosterona | <input type="checkbox"/> Cardiolipina, Anticorpo IgG e IgM | <input type="checkbox"/> Epstein-Barr Vírus, Anticorpo IgG | <input type="checkbox"/> Mucicopolissacarídeo, Anticorpo IgG |
| <input type="checkbox"/> Androstenediona | <input type="checkbox"/> Chagas, por ELISA | <input type="checkbox"/> Epstein-Barr Vírus, Anticorpo IgM | <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> Apolipoproteína A-1 | <input type="checkbox"/> Chagas, por IPI | <input type="checkbox"/> FAN - Fator Antinúcleio, anticorpo | <input type="checkbox"/> SIDA, Anticorpo |
| <input type="checkbox"/> Apolipoproteína B | <input type="checkbox"/> Citoplasma de Neutrofílos, Ac. total | <input type="checkbox"/> Fenilalanina | <input type="checkbox"/> SIDA, Anticorpo (SBA) |
| <input type="checkbox"/> Bep-3-antígeno de Bep | <input type="checkbox"/> Citovirus, Anticorpo | <input type="checkbox"/> Fenilalanina, Anticorpo | <input type="checkbox"/> Triptofano, Anticorpo (RPR) (VDRL) |
| <input type="checkbox"/> Bep-3-antígeno de Bep | <input type="checkbox"/> Coxielasma | <input type="checkbox"/> Heliobacter pylori, Anticorpo IgG | <input type="checkbox"/> Triptofano, Anticorpo (RPR) (VDRL) |
| <input type="checkbox"/> CA 72-4 | <input type="checkbox"/> DHEA - Deidroepiandrosterona | <input type="checkbox"/> Herpes simplex 1, Anticorpo IgM | <input type="checkbox"/> Triptofano (Monitor) |
| <input type="checkbox"/> Cálcio ionizado | <input type="checkbox"/> DHT | <input type="checkbox"/> HgH - Hormônio de Crescimento | <input type="checkbox"/> TSH - T3 livre |
| <input type="checkbox"/> Carbamazepina | <input type="checkbox"/> DNA, Anticorpo total | <input type="checkbox"/> HTLV 1 e 2, Anticorpo IgG | <input type="checkbox"/> Varicela-Zoster Vírus, Anticorpo IgG |

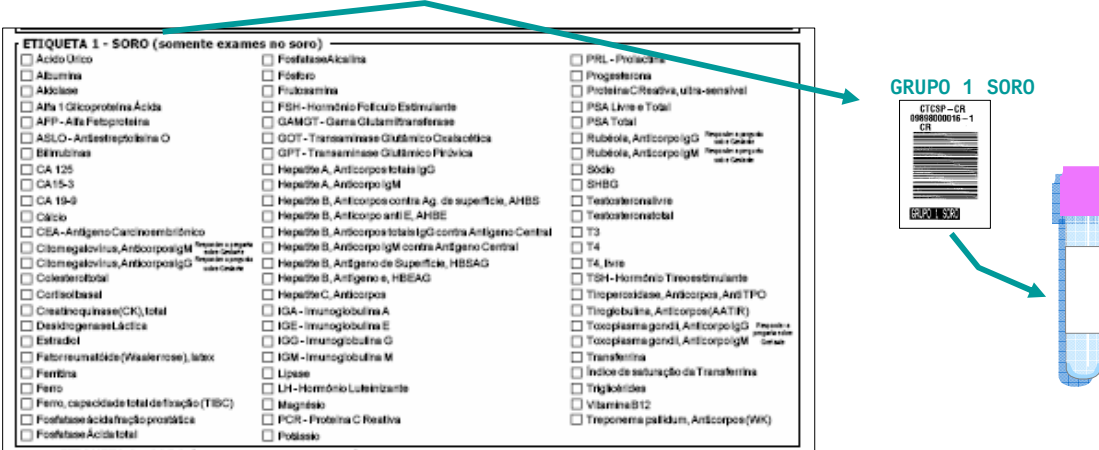


- Cada etiqueta é diferenciada por tipo conforme informações no rodapé.
- Caso não utilize todas as etiquetas, desprezar as sobras.
IMPORTANTE: Não reutilize etiquetas para outro paciente.
- Caso falem etiquetas, **identificar a amostra com o nome do paciente.** **IMPORTANTE:** Não utilize etiquetas de outra tira para um mesmo formulário.
- Exames que não estão relacionados neste formulário devem ser anotados no campo "Outros Exames"
- Não rasurar, amassar ou molhar o formulário.
- Sempre consultar o site para instruções de coleta, conservação e envio de amostras.
- **Enviar sempre um tubo para cada exame cuja orientação seja envio "congelado".**

3. Os campos seguintes são reservados para **exames em soro**.

ETIQUETA 1 – SORO

- Esses grupos são reservados apenas para exames no soro.
- Para cada tubo colhido para exames desse grupo, identifique-o com a etiqueta correspondente: em cada tira, é disponibilizada 1 etiqueta - “**GRUPO 1 - SORO**”.
- Caso falte etiqueta, identificar o tubo com o nome do paciente. **IMPORTANTE: Não utilize etiquetas de outros grupos.** Não utilize etiquetas de outra tira para um mesmo formulário.
- Marcar as opções de exames preenchendo completamente os campos, desta forma: (não preencher com ou).



ETIQUETA 1 - SORO (somente exames no soro)

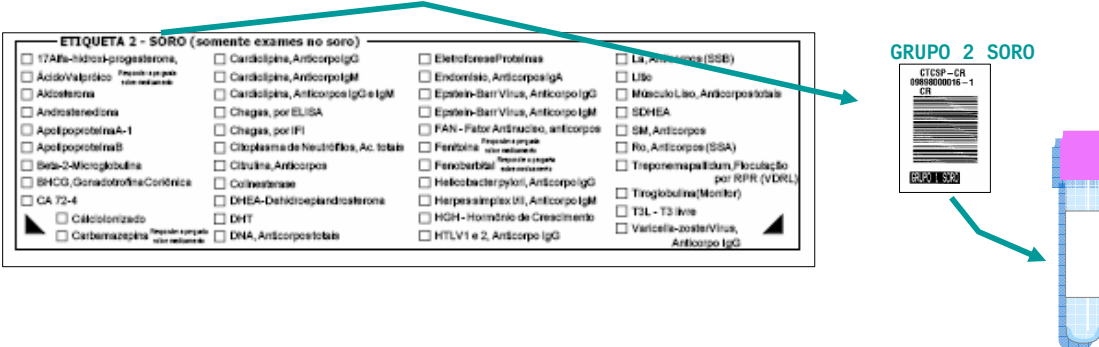
| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ácido Úrico | <input type="checkbox"/> Fosfatase Alcalina | <input type="checkbox"/> PRL - Prolactina |
| <input type="checkbox"/> Albumina | <input type="checkbox"/> Fósforo | <input type="checkbox"/> Progesterona |
| <input type="checkbox"/> Alcalase | <input type="checkbox"/> Fluoreamina | <input type="checkbox"/> Proteína C Reativa, ultra-sensível |
| <input type="checkbox"/> Alfa 1 Glicoproteína Ácida | <input type="checkbox"/> FSH - Hormônio Folículo Estimulante | <input type="checkbox"/> PSA Livre e Total |
| <input type="checkbox"/> AFP - Alfa Fetoproteína | <input type="checkbox"/> GAMGT - Gama Glutamiltransferase | <input type="checkbox"/> PSA Total |
| <input type="checkbox"/> ASLO - Antiestreptolína O | <input type="checkbox"/> GOT - Transaminase Glutâmico Oxalacética | <input type="checkbox"/> Rubirola, Anticorpo IgG <small>Presença e ausência de IgG</small> |
| <input type="checkbox"/> Bilirubina | <input type="checkbox"/> GPT - Transaminase Glutâmico Pírvica | <input type="checkbox"/> Rubirola, Anticorpo IgM <small>Presença e ausência de IgM</small> |
| <input type="checkbox"/> CA 125 | <input type="checkbox"/> Hepatite A, Anticorpo total IgG | <input type="checkbox"/> Sódio |
| <input type="checkbox"/> CA 15-3 | <input type="checkbox"/> Hepatite A, Anticorpo IgM | <input type="checkbox"/> SHBG |
| <input type="checkbox"/> CA 19-9 | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Anticorpo contra Ag. de superfície, AHBS | <input type="checkbox"/> Testosterona livre |
| <input type="checkbox"/> Cálcio | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Anticorpo anti E, AHBE | <input type="checkbox"/> Testosterona total |
| <input type="checkbox"/> CEA - Antígeno Carcinoembrionário | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Anticorpo total IgG contra Antígeno Central | <input type="checkbox"/> T3 |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovírus, Anticorpo IgM <small>Presença e ausência de IgM</small> | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Anticorpo IgM contra Antígeno Central | <input type="checkbox"/> T4 |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovírus, Anticorpo IgG <small>Presença e ausência de IgG</small> | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Antígeno de Superfície, HBsAg | <input type="checkbox"/> T4, livre |
| <input type="checkbox"/> Colesterol total | <input type="checkbox"/> Hepatite B, Antígeno s, HBeAg | <input type="checkbox"/> TSH - Hormônio Tireostimulante |
| <input type="checkbox"/> Cortisol basal | <input type="checkbox"/> Hepatite C, Anticorpo | <input type="checkbox"/> Tiroperoxidase, Anticorpo, Anti TPO |
| <input type="checkbox"/> Creatinquinase (CK), total | <input type="checkbox"/> HGA - Imunoglobulina A | <input type="checkbox"/> Trioglobulina, Anticorpo (AATIG) |
| <input type="checkbox"/> Desidrogenase Láctica | <input type="checkbox"/> HGE - Imunoglobulina E | <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii, Anticorpo IgG <small>Presença e ausência de IgG</small> |
| <input type="checkbox"/> Estradiol | <input type="checkbox"/> HGG - Imunoglobulina G | <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii, Anticorpo IgM <small>Presença e ausência de IgM</small> |
| <input type="checkbox"/> Fator reumatóide (Vitelinaase), latex | <input type="checkbox"/> HGM - Imunoglobulina M | <input type="checkbox"/> Transferrina |
| <input type="checkbox"/> Ferritina | <input type="checkbox"/> Lipase | <input type="checkbox"/> Índice de saturação da Transferrina |
| <input type="checkbox"/> Ferro | <input type="checkbox"/> LH - Hormônio Luteinizante | <input type="checkbox"/> Triglicérides |
| <input type="checkbox"/> Ferro, capacidade total de ligação (TIBC) | <input type="checkbox"/> Magnésio | <input type="checkbox"/> Vitamina B12 |
| <input type="checkbox"/> Fosfatase ácida fração prostatica | <input type="checkbox"/> PCR - Proteína C Reativa | <input type="checkbox"/> Treponema pallidum, Anticorpo (WV) |
| <input type="checkbox"/> Fosfatase Ácida total | <input type="checkbox"/> Potássio | |

GRUPO 1 SORO

CTSP - CR
098800016 - 1
CR

ETIQUETA 2 - SORO

- Esses grupos são reservados apenas para exames no soro.
- Para cada tubo colhido para exames desse grupo, identifique-o com a etiqueta correspondente: em cada tira, é disponibilizada 1 etiqueta - “**GRUPO 2 - SORO**”.
- Caso falte etiqueta, identificar o tubo com o nome do paciente. **IMPORTANTE: Não utilize etiquetas de outros grupos.** Não utilize etiquetas de outra tira para um mesmo formulário.
- Marcar as opções de exames preenchendo completamente os campos, desta forma: (não preencher com ou).



ETIQUETA 2 - SORO (somente exames no soro)

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 17Alfa-Hidroxiprogesterona, <small>Presença e ausência de anticorpo</small> | <input type="checkbox"/> Cardiolipina, Anticorpo IgG | <input type="checkbox"/> Eletroforese Proteínas | <input type="checkbox"/> LH, Anticorpo (SBE) |
| <input type="checkbox"/> Ácido Valgúlico <small>Presença e ausência de anticorpo</small> | <input type="checkbox"/> Cardiolipina, Anticorpo IgM | <input type="checkbox"/> Endonísia, Anticorpo IgA | <input type="checkbox"/> Lise |
| <input type="checkbox"/> Aldosterona | <input type="checkbox"/> Cardiolipina, Anticorpo IgG e IgM | <input type="checkbox"/> Epstein-Barr Vírus, Anticorpo IgG | <input type="checkbox"/> Músculo-lão, Anticorpo total |
| <input type="checkbox"/> Androstenediona | <input type="checkbox"/> Chagas, por ELISA | <input type="checkbox"/> Epstein-Barr Vírus, Anticorpo IgM | <input type="checkbox"/> SDHEA |
| <input type="checkbox"/> Apolipoproteína A-1 | <input type="checkbox"/> Chagas, por IPI | <input type="checkbox"/> FAN - Fator Antinúcleo, anticorpo <small>Presença e ausência de anticorpo</small> | <input type="checkbox"/> SII, Anticorpo |
| <input type="checkbox"/> Apolipoproteína B | <input type="checkbox"/> Cloplasma de Neutrófilos, Ac. total | <input type="checkbox"/> Feniltina <small>Presença e ausência de anticorpo</small> | <input type="checkbox"/> SII, Anticorpo (SBA) |
| <input type="checkbox"/> Beta-2-Microglobulina | <input type="checkbox"/> Clotulina, Anticorpo | <input type="checkbox"/> Fenobarbital <small>Presença e ausência de anticorpo</small> | <input type="checkbox"/> Treponema pallidum, Floculação por RPR (VDRL) |
| <input type="checkbox"/> SHCG, Gonadotropina Coriônica | <input type="checkbox"/> Colústerase | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori, Anticorpo IgG | <input type="checkbox"/> Trioglobulina (Monitor) |
| <input type="checkbox"/> CA 72-4 | <input type="checkbox"/> DHEA-Dehidroepiandrosterona | <input type="checkbox"/> Herpes simplex III, Anticorpo IgM | <input type="checkbox"/> T3L - T3 livre |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cálcionizado | <input type="checkbox"/> DHT | <input type="checkbox"/> HGH - Hormônio de Crescimento | <input type="checkbox"/> Varicela-zostera Vírus, Anticorpo IgG |
| <input type="checkbox"/> Carbetimazepina <small>Presença e ausência de anticorpo</small> | <input type="checkbox"/> DNA, Anticorpo total | <input type="checkbox"/> HTLV 1 e 2, Anticorpo IgG | |

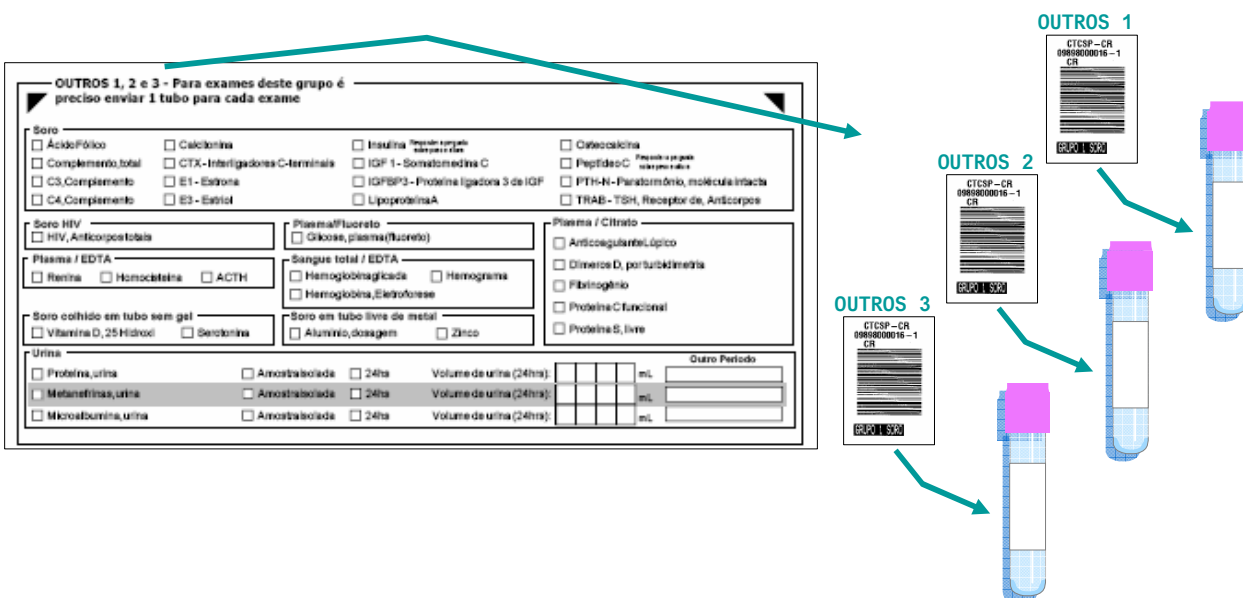
GRUPO 2 SORO

CTSP - CR
098800016 - 1
CR

4. Os campos no verso do formulário são reservados para demais exames.

OUTROS 1, 2 e 3

- Para exames deste grupo é preciso enviar **1 tubo para cada exame**.
- Para cada tubo colhido para exames desse grupo, identifique-o com a etiqueta correspondente: em cada tira, são disponibilizadas 3 etiquetas - “OUTROS 1”, “OUTROS 2” e “OUTROS 3”.
- Caso falem etiquetas, identificar o tubo com o nome do paciente. **IMPORTANTE: Não utilize etiquetas de outros grupos.** Não utilize etiquetas de outra tira para um mesmo formulário.
- Marcar as opções de exames preenchendo completamente os campos, desta forma: ■ (não preencher com ☒ ou ☑).



OUTROS 1, 2 e 3 - Para exames deste grupo é preciso enviar 1 tubo para cada exame

| | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ácido Fólico | <input type="checkbox"/> Calcitonina | <input type="checkbox"/> Insulina (Prevalença completa) | <input type="checkbox"/> Calcitonina (Prevalença completa) |
| <input type="checkbox"/> Complemento total | <input type="checkbox"/> CTX - Interligadora C-terminal | <input type="checkbox"/> IGF 1 - Somatomedina C | <input type="checkbox"/> Peptídeo C (Prevalença completa) |
| <input type="checkbox"/> C3, Complemento | <input type="checkbox"/> E1 - Estrona | <input type="checkbox"/> IGFBP3 - Proteína ligadora 3 de IGF | <input type="checkbox"/> PTH-N - Paratormônio, molécula íntacta |
| <input type="checkbox"/> C4, Complemento | <input type="checkbox"/> E2 - Estról | <input type="checkbox"/> Lipoproteína A | <input type="checkbox"/> TRAB - TSH, Receptor de, Anticorpos |

Soro HIV
 HIV, Anticorpos totais

Plasma / EDTA
 Retina Homocisteína ACTH

Soro colhido em tubo sem gel
 Vitamina D, 25 Hidroxil Serotonina

Plasma / Fluoreto
 Glicose, plasma (fluoreto)

Sangue total / EDTA
 Hemoglobina glicada Hemograma
 Hemoglobina, Eletroforese

Soro em tubo livre de metal
 Alumínio, dosagem Zinco

Plasma / Citrato
 Anticoagulante, lítico
 Dímero D, por turbidimetria
 Fibrinogênio
 Proteína C funcional
 Proteína S, livre

Urina

| | | | | |
|---|---|-------------------------|--|-----|
| <input type="checkbox"/> Proteína, urina | <input type="checkbox"/> Amostrada 24hs | Volume de urina (24hs): | | ml. |
| <input type="checkbox"/> Metanefinas, urina | <input type="checkbox"/> Amostrada 24hs | Volume de urina (24hs): | | ml. |
| <input type="checkbox"/> Microalbumina, urina | <input type="checkbox"/> Amostrada 24hs | Volume de urina (24hs): | | ml. |

Outro Período

OUTROS 1
CTCSP-CR
099800016-1
CR

OUTROS 2
CTCSP-CR
099800016-1
CR

OUTROS 3
CTCSP-CR
099800016-1
CR

5. O último campo é reservado para exames de **Provas e Curvas**.

OUTROS 7

- Para estes exames solicitamos que a identificação das amostras seja feita com **etiquetas próprias** (não utilizar a cartela de etiquetas fornecidas).
- Para maior segurança e rastreabilidade, solicitamos que todas as amostras de uma mesma Prova ou Curva sejam **agrupadas** (em saco separado ou amarradas, por exemplo) após serem devidamente identificadas. Neste caso, é permitido o uso da etiqueta - “**OUTROS 7**” disponível em cada tira de etiquetas, para identificar o agrupamento (não utilizar a etiqueta diretamente no tubo).
- **IMPORTANTE: Não utilize etiquetas de outros grupos.** Não utilize etiquetas de outra tira para um mesmo formulário.
- É **OBRIGATÓRIO** informar na etiqueta o **tempo da coleta** das amostras, e no formulário o **estímulo, dose e tempos**.
- Marcar as opções de exames preenchendo completamente os campos, desta forma: (não preencher com ou).

OUTROS 7 - PROVAS E CURVAS - Vários tempos de coleta - ATENÇÃO: Para estes exames solicitamos que a identificação das amostras sejam feitas com etiquetas próprias (não utilizar a cartela de etiquetas fornecidas). É OBRIGATÓRIO informar na etiqueta o tempo da coleta das amostras, e no formulário o estímulo, dose e tempos.

| | Estímulo | Dose (mg, mg ou µg) | Tempo Padrão |
|--|----------|---------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Lactose, Prova de Absorção, plasma | | | <input type="checkbox"/> 0' <input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 45' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> 90' <input type="checkbox"/> 120' <input type="checkbox"/> 180' <input type="checkbox"/> 240' |
| <input type="checkbox"/> 17 Hidrox-progesterona, dosagem em tempo, soro | | | <input type="checkbox"/> 0' <input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 45' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> 90' <input type="checkbox"/> 120' <input type="checkbox"/> 180' <input type="checkbox"/> 240' |
| <input type="checkbox"/> Cortisol, dosagem em tempo, soro | | | <input type="checkbox"/> 0' <input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 45' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> 90' <input type="checkbox"/> 120' <input type="checkbox"/> 180' <input type="checkbox"/> 240' |
| <input type="checkbox"/> Dehidroepiandrosterona, dosagem em tempo, soro | | | <input type="checkbox"/> 0' <input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 45' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> 90' <input type="checkbox"/> 120' <input type="checkbox"/> 180' <input type="checkbox"/> 240' |
| <input type="checkbox"/> Hormônio Folículo-Estimulante, dosagem em tempo, soro | | | <input type="checkbox"/> 0' <input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 45' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> 90' <input type="checkbox"/> 120' <input type="checkbox"/> 180' <input type="checkbox"/> 240' |
| <input type="checkbox"/> Glicose, teste de tolerância em tempo, plasma | | | <input type="checkbox"/> 0' <input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 45' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> 90' <input type="checkbox"/> 120' <input type="checkbox"/> 180' <input type="checkbox"/> 240' |
| <input type="checkbox"/> Insulina, teste de tolerância em tempo, soro | | | <input type="checkbox"/> 0' <input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 45' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> 90' <input type="checkbox"/> 120' <input type="checkbox"/> 180' <input type="checkbox"/> 240' |
| <input type="checkbox"/> Hormônio Luteinizante, dosagem em tempo, soro | | | <input type="checkbox"/> 0' <input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 45' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> 90' <input type="checkbox"/> 120' <input type="checkbox"/> 180' <input type="checkbox"/> 240' |
| <input type="checkbox"/> Hormônio Tireoestimulante, dosagem em tempo, soro | | | <input type="checkbox"/> 0' <input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 45' <input type="checkbox"/> 60' <input type="checkbox"/> 90' <input type="checkbox"/> 120' <input type="checkbox"/> 180' <input type="checkbox"/> 240' |
| | | | Tempo não-padrão |

OUTROS 7

