



PLANILHA DE SUPERVISÃO INDIRETA DE BACIOSCOPIA PARA HANSENÍASE		Código: 1.1107- FOR-06
Data: 06/10/2023	Revisão:00	Página: 1/1

Formulários para encaminhamento das lâminas ao LACEN-MT.

Unidade de Saúde:

Município:

Escritório Regional de saúde: _____

Total de Baciloscopias: Positivas: Negativas: Mês/Ano: /

Responsável pela Baciloscopia:

Telephone _____ Fax: _____

[illegible]

Assinatura

_____/_____/_____
Data de envio