

**HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO**  
**CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**  
**SOLICITAÇÃO DE SWAB (NASAL E RETAL)**

**DATA:**

**Ass e carimbo do médico**

LEITO	LEITO 01	LEITO 02	LEITO 03	LEITO 04	LEITO 05
NOME					
PRONTUARIO					
LEITO	LEITO 06	LEITO 07	LEITO 08	LEITO 09	LEITO 10
NOME					
PRONTUARIO					

**HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO**  
**CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA**  
**SOLICITAÇÃO DE SWAB (NASAL E RETAL)**

**Ass e carimbo do médico**

LEITO	LEITO 01	LEITO 02	LEITO 03	LEITO 04	LEITO 05
NOME					
PRONTUARIO					
LEITO	LEITO 06	LEITO 07	LEITO 08	LEITO 09	LEITO 10
NOME					
PRONTUARIO					