

**Questionário para a Coleta de EAS e Urocultura**

<b>Nome:</b>		<b>Requisição:</b>
<b>1 - Tempo de retenção urinária:</b> <input type="checkbox"/> Superior a 4 horas <input type="checkbox"/> Entre 2 a 4 horas <input type="checkbox"/> Inferior a 2 horas		<b>4 – Apresenta sintomas de infecção?</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardência ao urinar <input type="checkbox"/> Dificuldade miccional <input type="checkbox"/> Urgência miccional <input type="checkbox"/> Febre
<b>2 – Como coletou, desprezou primeiro jato?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Fez a higiene?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>5 – Está fazendo uso de antibiótico e/ou antisséptico urinário?</b> <input type="checkbox"/> Sim, qual: _____ <input type="checkbox"/> Não
<b>3 - Horário da coleta: _____ horas</b>		<b>6 – Possui infecção de repetição?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Para mulheres:</b>		
<b>5 – Apresenta corrimento vaginal?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>7 – Manteve relação sexual nas ultimas 24 horas?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>6 – Esta menstruada?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>8 – Faz uso de creme, spray ou pomada vaginal?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<b>9 – É gestante?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não