

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL
REQUISIÇÃO DE EXAMES – ANÁLISES OCUPACIONAIS

1. Nº Requisição:		
2. Unidade de Saúde: *		3. Nº CNES: *
4. Município de atendimento:		5. UF:
		6. Código IBGE: *
7. Responsável pela solicitação: *		8. Registro profissional / matrícula: *
9. Telefone: *		e mail:
10. Data solicitação:	11. Data primeiros sintomas:	12. Caso: () 1- Suspeito 2- Comunicante 3- Acompanhamento
13. Tratamento () Quantidade () 1- Dia 2- Semana 3- Mês 4- Ano 9- Ignorado		
14. Etapa de tratamento: () 1- Pré-tratamento 2- Tratamento 3- Retratamento 4- Avaliação de Resistência 9- Ignorado		

DADOS DO PACIENTE

17. Nome do paciente: *			
18. Data nascimento: *	19. Idade: *... ()	20. Sexo: * ()	21. Idade gestacional: ()
22. Nome da mãe: *		23. Documento 1 ():	24. Documento 2 ():
25. Endereço: Logradouro (Rua, Avenida...)		26. Número:	27. Complemento:
28. Profissão:		29. Bairro:	
30. Município de residência: *		31. Código IBGE: *	
32. UF:	33. CEP:	34. DDD / Telefone:	
35. Zona: () 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		36. País (se residir fora do Brasil): *	

AMOSTRA / EXAME

37. Exame solicitado:	
<input type="checkbox"/> Chumbo no sangue <input type="checkbox"/> Ácido hipúrico na urina <input type="checkbox"/> Fenol na urina <input type="checkbox"/> ALA-U na urina <input type="checkbox"/> Ácido metil hipúrico na urina <input type="checkbox"/> Cromo na urina <input type="checkbox"/> Ácido mandélico na urina <input type="checkbox"/> Colinesterase plasmática <input type="checkbox"/> Ácido fenilgloxílico na urina <input type="checkbox"/> Outros:.....	
38. Material enviado:	
39. Amostra *: () única () 1ª () 2ª	
40. Data da coleta: *	Data de envio ao IPB/LACEN:

SINAN

42. Agravo / doença: *	43. CID 10:	44. Nº notif. SINAN:	45. Data solicitação:
46. Unidade de saúde notificante:		47. CNES:	
48. Município de notificação:		49. UF:	50. Cód. IBGE:

DADOS CLÍNICOS LABORATORIAIS / OCUPACIONAIS

Manifestações clínicas: <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Alteração gengiva <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Caimbras <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Dor membros inferiores <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Outros:.....
Nome da empresa:..... Atividade profissional atual:..... Tempo de exposição:..... anos.....meses <input type="checkbox"/> Afastado da empresa <input type="checkbox"/> Afastado da função <input type="checkbox"/> Férias <input type="checkbox"/> Outros:.....
Atividade profissional anterior:..... Tempo de exposição:.....anos.....meses
Exposição ambiental:..... Tempo de exposição:.....anos.....meses
Uso de EPI: () Sim () Não Quais? <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Luvas <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Outros:..... Fumante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não