

**Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL**  
**REQUISIÇÃO DE EXAMES – DOENÇA DE CHAGAS - HEMOCULTURA**

1. Nº Requisição:	
2. Unidade de Saúde: *	3. Nº CNES: *
4. Município de atendimento:	5. UF:
7. Responsável pela solicitação: *	6. Código IBGE: *
8. Registro profissional / matrícula: *	Telefone: *
10. Data solicitação:	9. Assinatura: *
11. Data primeiros sintomas:	12. Caso: ( ) 1- Suspeito 2- Comunicante 3- Acompanhamento 9- Ignorado
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	
15. Paciente tomou vacina? ( ) 1- Sim ( ) 2- Não 9- Ignorado	16. Data da última dose:

**DADOS DO PACIENTE**

17. Nome do paciente: *		
18. Data nascimento: *	19. Idade: * ..... ( ) 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	20. Sexo: * ( ) M- Masculino F- Feminino I- Ignorado
22. Nome da mãe:		21. Idade gestacional: ( ) 1- 1º Trim. 2- 2º Trim. 3- 3º Trim. 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9. Ignorado
23. Documento 1 ( ): 1- RG 2- CPF 3- CNH 4- CNS Nº:		24. Documento 2 ( ): 1- RG 2- CPF 3- CNH 4- CNS Nº:
25. Endereço: Logradouro (Rua, Avenida...)	26. Número:	27. Complemento:
28. Ponto de referência:		29. Bairro:
30. Município de residência: *		31. Código IBGE: *
32. UF:	33. CEP:	34. DDD / Telefone:
35. Zona: ( ) 1- Urbana 2- Rural 3- Perurbana 9- Ignorado		36. País (se residir fora do Brasil): *

**AMOSTRA / EXAME**

37. Exame solicitado:	
38. Material enviado:	
39. Amostra: * ( ) única ( ) 1ª ( ) 2ª	
40. Data da coleta: *	Data de envio ao IPB/LACEN:
41. OBSERVAÇÕES:	

**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**

Já recebeu transfusão?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe
Caso da doença na família?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe
Mãe chagásica?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe
Conhece o "barbeiro" ou o "chupão"?	( ) Sim ( ) Não
Doador de sangue?	( ) Sim ( ) Não
<b>DADOS CLÍNICOS:</b>	CARDIOLÓGICOS ( ) Normal ( ) Problemático DEGLUTIÇÃO ( ) Normal ( ) Problemático EVACUAÇÃO ( ) Normal ( ) Problemático
HEPATITE: ( ) Positivo ( ) Negat HIV ( ) Positivo ( ) Negativo ( ) Outros.....	
SOROLOGIA ANTERIOR: ( ) Positiva ( ) Negativa Técnica:..... ( ) Não realizada	
Onde foi realizada?.....	

Revisão 01

\* Campo de preenchimento obrigatório