

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL
REQUISIÇÃO DE EXAMES – DENGUE E FEBRE AMARELA

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		
15. Paciente tomou vacina? () 1- Sim () 2- Não 9- Ignorado		16. Data da última dose: Qual? _____

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. 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- Periurbana 9- Ignorado		36. País (se residir fora do Brasil): *	

AMOSTRA / EXAME

37. Exame solicitado: ELISA () Isolamento Viral () Imunohistoquímica () NS1ELISA () PCR ()			
38. Material enviado: () Soro () Sangue total (c/ EDTA) () Tecidos			
39. Amostra *: () única () 1ª amostra () 2ª amostra			
40. Data da coleta: *		Data de envio ao IPB/LACEN:	

SINAN

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

DADOS CLÍNICOS LABORATORIAIS *

DADOS DO PACIENTE : Profissão/Atividade: _____		Local de Referência _____	
Busca ativa de casos suspeitos : () SIM () NÃO Data : ___/___/___ Nº de Casos _____ Bairro _____ Quarteirão _____			
Busca Ativa Vetorial: () SIM () NÃO Data : ___/___/___ Nº de Domicílios _____ Bairro : _____ Quarteirão : _____			
Esteve em área de Dengue/Febre Amarela nos últimos 15 dias ? () SIM () NÃO Local _____			
Teve Dengue antes ? () SIM () NÃO Há _____ Anos			
Manifestações Clínicas :			
() Febre () Prostração () Petéquias () Anorexia () Epistaxe () Náuseas () Vômitos () Gengivorrag () Dor Retro-Orbitária () Diarréia () Hem Gastroin () Mialgia () Artralgia () Prurido () Exantema () Choque () Hepatomegalia			
Plaquetas: _____/mm ³ Hematócrito: _____ % TGO _____ TGP _____			

* Campo de preenchimento obrigatório

Revisão 02