

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL
REQUISIÇÃO DE EXAMES
DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS(DDA), SURTO TOXI-ALIMENTAR (DTA) E WHO-GSS

1. Nº Requisição:		Nº Surto:	
2. Unidade de Saúde: *		3. Nº CNES: *	
4. Município de atendimento:		5. UF:	6. Código IBGE: *
7. Responsável pela solicitação: *		Telefone: *	e-mail: *
8. Registro profissional / matrícula: *		9. Assinatura: *	
10. Data solicitação:	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	21. Idade gestacional: () 1- 1º Trim. 2- 2º Trim. 3- 3º Trim. 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9. Ignorado
22. Nome da mãe:		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: () fezes in natura () swab fecal () swab retal () swab subungueal () líquido () sangue () Cepa () Outros. Qual	
39. Amostra: * () única Material proveniente de: () Caso isolado () Surto DTA () MDDA () WHO-GSS	
40. Data da coleta: *	Data de envio ao IPB/LACEN:
41. Uso de antibiótico? () Sim, antes da coleta () Sim, após a coleta () Não	

ATENÇÃO: Amostras clínicas provenientes de DTAs, serão acompanhadas, obrigatoriamente, do ANEXO 1 que originou o surto.

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

Sintomas: () Náusea () Vômito () Cólica abdominal () Distensão abdominal () Diarréia () Febre () Dor de cabeça () Outros. Quais? Paciente hospitalizado? () Sim () Não Atendimento ambulatorial? () Sim () Não
--