

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL
REQUISIÇÃO DE EXAMES – DOENÇAS EXANTEMÁTICAS E SÍNDROME DA RUBEOLA CONGÊNITA

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: *		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
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:
28. Ponto de referência:		27. Complemento:
30. Município de residência: *		29. Bairro:
32. UF:		31. Código IBGE: *
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: ELISA ()		Isolamento Viral ()	
38. Material enviado: () Soro () Sangue total (c/ EDTA)		() Secreção de Nasofaringe () Urina	
39. Amostra *: () única () 1ª amostra Data ___/___/___		() 2ª amostra Data ___/___/___	
40. Data da coleta: *		Data de envio ao IPB/LACEN:	
41. GESTANE () SIM () NÃO			

SINAN

42. Agravado / 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

O paciente fez vacina? () NÃO () SIM Data da última dose:.....				
Suspeito de: SARAMPO () RUBEOLA () SRC () GVI ()				
Data do contato:				
Data do início dos sintomas:				
Data do início do EXANTEMA:				

Revisão 01

* Campo de preenchimento obrigatório