

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL
REQUISIÇÃO DE EXAMES - HANSENÍASE

1. Nº Requisição:	
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: *	
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 Trím. 2- 2º Trím. 3- 3º Trím. 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:	
39. OBS.:	
40. Data da coleta: *	Data de envio ao IPB/LACEN:
41. Uso de antibiótico? () Sim, antes da coleta () Sim, após a coleta () Não	

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

. Nº de lesões na pele:	
Tipos / características das lesões:	
Áreas com alteração de sensibilidade (onde):	
Manchas com alteração de coloração da pele (onde):	
Placas eritematosas com bordas elevadas:	
Nódulos / Pápulas:	Infiltração:
Cicatrizes de BCG:	() Uma () Duas () Nenhuma
Existem áreas com rarefação de pelos?	() Sim Onde? () Não
Existem nervos acometidos?	() Sim Quantos? () Não
Teste de histamina	() Realizado Resultado: () Não realizado
Caso confirmado como hanseníase:	() Sim () Não
Data do diagnóstico:	
Classificação operacional:	() PB () MB
DATA DE PREENCHIMENTO DO PROTOCOLO:	

Revisão 01

* Campo de preenchimento obrigatório