

**Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL**  
**REQUISICÃO DE EXAMES – HANTAVIRUS**

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 IgM ( ) ELISA IgG ( ) Imunohitoquímica
38. Material enviado : ( ) Soro ( ) 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:
46. Unidade de saúde notificante:		47. CNES:	
48. Município de notificação:		49. UF:	50. Cód. IBGE:

**DADOS CLÍNICOS LABORATORIAIS**

**DADOS DO PACIENTE:** Profissão: \_\_\_\_\_ 1-Urbana 2-Rural Bairro/localidade \_\_\_\_\_

Manifestações clínicas(Sinais e Sintomas): 1-Sim 2-Não 3-Ignorado

Febre  Cefaléia  Náuseas/Vômitos  Hematócrito(>45%)  Tosse Seca  Dor Abdominal  Dor Torácica

Dores Musculares  Síndrome de Angústia Respiratória  Dificuldade de Respirar  Sintomas Neurológicos  Síndrome Renal

Síndrome Hemorrágica  Trombocitopenia (Plaquetas <150.000/mm<sup>3</sup>)

Outros(Especificar): \_\_\_\_\_

Hospitalização :  1-SIM 2-NÃO 3-IGNORADO

Data de internação : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data de alta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do município do Hospital: \_\_\_\_\_

Nome do Hospital : \_\_\_\_\_

Médico responsável pelo caso: \_\_\_\_\_