

**Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL**  
**REQUISIÇÃO DE EXAMES – PESQUISA DE INFLUENZA A/H1N1**

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:
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: <b>PCR ( )</b> <b>Imunofluorescência Indireta ( )</b>
38. Material enviado: ( ) <b>Secreção de Nasofaringe</b> ( ) <b>Lavado Bronco-alveolar</b> ( ) <b>Swab de naso-orofaringe</b> ( ) <b>Soro</b> ( ) <b>Tecido Qual?.....</b>
39. Amostra * : ( ) <b>única</b> ( ) <b>1ª amostra</b> Data ___/___/___ ( ) <b>2ª amostra</b> Data ___/___/___
40. Data da coleta: * Data de envio ao IPB/LACEN:
41. Tratamento anterior a coleta: ( ) Antiviral ( ) Antimicrobiano ( ) Antifúngico ( ) Tuberculostático

**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**

Surto ( ) SIM ( ) NÃO	
Óbito ( ) SIM Data: ( ) NÃO	
O paciente fez vacina? ( ) NÃO ( ) SIM Qual? ..... Data da última dose: .....	
Data do início dos sintomas: ___/___/___	
<b>Sinais e sintomas</b>	
( ) Febre ( ) Tosse ( ) Calafrios ( ) Dispnéia ( ) Dor de garganta ( ) Artralgia ( ) Mialgia ( ) Conjuntivite ( ) Coriza ( ) Diarréia ( ) Outros.....	
<b>Comorbidade</b>	
( ) Cardiopatia Crônica ( ) Pneumopatia Crônica ( ) Renal Crônico ( ) Tabagismo ( ) Hemoglobinopatia ( ) Imunodeprimido ( ) Doença Metabólica Crônica ( ) Outros.....	

Revisão 01

\* Campo de preenchimento obrigatório

**LEMBRETE:**

 A amostra deve ser encaminhada ao IPB-LACEN o mais rápido possível  
 Manter a amostra sob refrigeração 2 a 8°C no máximo por 72 horas