

**Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL**  
**REQUISIÇÃO DE EXAMES - LEGIONELLA**

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: *		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: ( ) SORO	
39. Amostra: * ( ) única ( ) 1ª ( ) 2ª	
40. Data da coleta: * OBS.: Coleta de material: 2 amostras de soro coletadas do 1º ao 10º dia após início dos sintomas e no 15º dia após a coleta da 1ª amostra	Data de envio ao IPB/LACEN:
41	
<b>IMPORTANTE: ENVIAR SORO CONGELADO</b>	

**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**

Apresentou sintomas? ( ) Sim Quais? ( ) Não
--

OBS.: MATERIAL ENCAMINHADO PARA LABORATÓRIO EXTERNO

Revisão 01

\* Campo de preenchimento obrigatório