

**Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL**  
**REQUISICÃO DE EXAMES – LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA**

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 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: Exame Direto	
38. Material enviado: ( ) Soro ( ) Esfregaço de lesão ( ) Material de biópsia ( ) Material para cultura	
39. Amostra: * ( ) 1ª ( ) Controle	
40. Data da coleta: *	Data de envio ao IPB/LACEN:
41. OBSERVAÇÕES:	

**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**

Localidades onde residiu anteriormente:.....  
 Moradia próxima de mata? ( ) Sim ( ) Não  
 Viagem a região endêmica (casos de leishmaniose)? ( ) Sim Onde?..... ( ) Não  
 Cães? ( ) Sim ( ) Não Outros reservatórios animais:.....  
 Cães examinados por sorologia: ( ) Positivo ( ) Negativo ( ) Ignorado  
 Casos da doença na família: ( ) Sim ( ) Não  
 Lesão cutânea: ( ) Sim ( ) Não Lesão de mucosa: ( ) Sim ( ) Não

Diagnóstico clínico:..... ( ) Fase aguda ( ) Fase crônica

Diagnóstico por imagem:.....

Diagnóstico parasitológico: ( ) Positivo:..... ( ) Negativo

Sorologia anterior: ( ) Positiva:..... ( ) Negativa ( ) Não realizada  
 Sorologia HIV: ( ) Positiva ( ) Negativa ( ) Não realizada

Sintomas e sinais:.....

**MATERIAL ENCAMINHADO PARA LABORATÓRIO EXTERNO**

Revisão 01

\* Campo de preenchimento obrigatório