

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL
REQUISICÃO DE EXAMES – MALÁRIA

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:	
38. Material enviado: () Lâmina com esfregaço () Lâmina com gota espessa	
39. Amostra: * () 1ª () Controle	
40. Data da coleta: *	Data de envio ao IPB/LACEN:
41. Coleta atual foi feita no pico febril? () Sim () 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

Viajou ou reside em região endêmica (casos de leishmaniose)?
() Não
() Sim - Município:.....Estado:.....País:.....

Data de ida:..... Data de retorno:.....
Moradia próxima a mata? () Sim () Não

Sintomas:.....

Há quantos dias?.....

Exame parasitológico anterior: () Sim Data:..... () Não

Resultado de exame parasitológico anterior: () 1- Negativo 2- *P.falciparum* 3- *P.vivax* 4- F+V 5- *P.malariae*