Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul
Instituto de Pesquisas Biológicas
Laboratório Central de Saúde Pública – IPB/LACEN/RS
Av.Ipiranga, 5.400 – Bairro Jardim Botânico – Porto Alegre/RS
CEP 90610-000 – Fone/fax:+ 51 3288.40.00 e-mail: lacen@fepps.rs.gov.br

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL
REQUISIÇÃO DE EXAMES – PESQUISA DE MENINGITE VIRAL E / OU ENTEROVÍRUS

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: **Isolamento Viral** ( )
38. Material enviado: **( ) Líquor ( ) Fezes ( ) Swab de orofaringe ( ) Outros.....**
39. Amostra * : **( ) única ( ) 1ªamostra Data ___/___/____ ( ) 2ª amostra Data ___/___/____**
40. Data da coleta: * Data de envio ao IPB/LACEN:
41. Tratamento anterior a coleta: ( ) Antimicrobiano..... ( ) Antifúngico.....
( ) Tuberculostático..... ( ) Outros.....

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

Data do início dos sintomas: _____/_____/_____

Fatores relacionados ao surgimento da doença
( ) Febre ( ) Petéquias ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Diarréia ( ) Miocardite ( )Cefaléia ( ) Rigidez de nuca

( ) Kerning Brudzinski ( ) Convulsões ( ) Outros..... ( ) Evento Adverso a vacina Qual vacina?_____

Dados Laboratoriais
Exame do Líquor: Aspecto_____ Neutrófilos_____% Glicose_____mg/dl
Hemáceas _____/mm Linfócitos_____ % Proteínas_____mg/dl
Leucócitos _____/mm Monócitos_____% Cloretos_____meq/l

Bacterioscopia: .....Cultura:.....

Telefone da Instituição solicitante para contato:.....Nome para contato: .....

Revisão 01

*** Campo de preenchimento obrigatório**

LEMBRETE:
Volume de líquor mínimo de 1ml
A amostra deve ser encaminhada ao IPB-LACEN o mais rápido possível
Não congelar em congeladores domésticos