

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL
REQUISIÇÃO DE EXAMES – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA RAIVA

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:
32. UF:		31. Código IBGE: *
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: () Titulação de anticorpos () Diagnóstico de Raiva	
38. Material enviado: () Soro () Líquor	
39. Amostra: * () única () 1ª amostra Data ___/___/___ () 2ª amostra Data ___/___/___	
40. Data da coleta: *	Data de envio ao IPB/LACEN:
41.	

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

DADOS DO PACIENTE :	
Profissão / Atividade: _____	
Local de Referência _____	
ESQUEMA DE VACINAÇÃO CONTRA A RAIVA PRESCRITO	
Motivo da Prescrição: <input type="checkbox"/> Pré-Exposição <input type="checkbox"/> Pós-Exposição	
Nº de Doses: _____ Nº de Reforços: _____ Data da Última Vacinação: Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____	
Tipo de Vacina: <input type="checkbox"/> Fuenzalida & Palácios <input type="checkbox"/> Cultivo Celular	
Obs.: _____	
EXAME SOLICITADO	
TIPO DE EXAME:	
<input type="checkbox"/> Soroneutralização em Camundongos	FINALIDADE:
<input type="checkbox"/> Soroneutralização em Microplaca	<input type="checkbox"/> Controle Pré-Exposição
<input type="checkbox"/> Imunofluorescência Indireta	<input type="checkbox"/> Controle Pós-Exposição
Obs.: _____	<input type="checkbox"/> Agressão / Contato com Animal Suspeito