



Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL

REQUISIÇÃO PARA ENVIO DE ISOLADO BACTERIANO (CULTURA POSITIVA) PARA IDENTIFICAÇÃO E/OU TESTE DE SENSIBILIDADE DE MICOBACTÉRIAS

1. Nº Requisição:		
2. Unidade de Saúde (Laboratório que realizou a cultura):*		3. Nº CNES: *
4. Município de atendimento:		5. UF: 6. Código IBGE: *
7. Responsável pela solicitação (profissional do Laboratório): *		8. Registro profissional / matrícula: *
9. Telefone: *		e mail:
10. Data solicitação (envio da cultura ao IPB/LACEN):	11. Data primeiros sintomas:	12. Caso: 1- Suspeito 2- Comunicante 3- Acompanhamento
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: Qual? _____

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- 1ºTrim 2- 2ºTrim 3- 3ºTrim 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- Periurbana 9- Ignorado			36. País (se residir fora do Brasil): *

AMOSTRA / EXAME

37. Exame solicitado: () Identificação da espécie () Teste de Sensibilidade para <i>M. tuberculosis</i>
38. Material enviado: * () Isolado bacteriano (Cultura positiva) Nº de tubos enviados:

SINAN

39. Agravo / doença:*	40. CID 10:	41. Nº notif. SINAN:	42. Data solicitação:
43. Unidade de saúde notificante:		44. CNES:	
45. Município de notificação:		46. UF:	47. Cód. IBGE:

DADOS CLÍNICOS LABORATORIAIS *

48. Informações sobre a cultura positiva enviada. Número da cultura na origem: _____ O isolamento foi a partir de qual amostra clínica: _____ Data da semeadura: _____ Resultado da baciloscopia: _____ Meio de cultura: _____. Desenvolvimento de _____ colônias em _____ dias de incubação. Presença de pigmento () sim () não

49. Informações sobre o paciente.

Procedência: () Ambulatório () Hospital

Controle de tratamento: () 1ºmês () 2ºmês () 3ºmês () 4ºmês () 5ºmês () 6ºmês ()mês

() Falência () Abandono () Recidiva () HIV/AIDS () Outra Imunossupressão _____

() Contato TB-R () Morador de rua () Diabético () Presidiário () Fibrose cística () Não informado

50. Tratamento prévio para TB: () Sim () Não Se já fez tratamento anterior, especificar:

Esquema: _____ Ano: _____ Desfecho: () Cura () Abandono () Recidiva () Falência

Esquema: _____ Ano: _____ Desfecho: () Cura () Abandono () Recidiva () Falência

Fatores predisponentes para Micobacterioses (doenças causadas por micobactérias causadoras de tuberculose - MNT)

51. Doença pulmonar obstrutiva e/ou destrutiva:

() micose curada () pneumoconiose () bronquiectasia () silicose () fibrose cística

() tuberculose curada () doença maligna () bronquite crônica

52. Estado de imunodeficiência:

() doença maligna () diabetes () uso de drogas imunossupressoras () Não informado

HIV/AIDS: () positivo () negativo () não informado

53. Doença esofageana com regurgitação: () sim () não

54. Utilização de procedimentos invasivos:

() prótese/implante () transplante () injeções e/ou punções repetidas () diálise () Não informado

55. Resumo da doença:

* Campo de preenchimento obrigatório

Revisão 03