

20597



Requisição

1 Unidade de Saúde (ou outra fonte) CNES*

2 UF 3 Município de Atendimento Código IBGE*

4 Nome do Profissional de Saúde* Registro Profissional/Matrícula* 5 Assinatura

6 Nome do Paciente* 7 Data de Nascimento*

8 (ou) Idade 9 Sexo*
 M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 10 Gestante
 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre
 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado

11 Número do Cartão SUS 12 Nome da Mãe

13 Logradouro (rua, avenida, ...) 14 Complemento (apto, casa, ...)

15 Número 16 Ponto de Referência 17 Bairro

18 UF 19 Município de Residência Código IBGE*

20 CEP 21 DDD Telefone 22 Zona
 1 - Urbana 2 - Rural
 3 - Periurbana 9 - Ignorado 23 País (se residente fora do Brasil)*

24 Data de Solicitação* 25 Data dos Primeiros Sintomas 26 Caso
 1 - Suspeito 2 - Comunicante
 3 - Acompanhamento 9 - Ignorado 27 Tratamento
 1 - Dia 2 - Semana
 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado

28 Etapa de Tratamento
 1 - Pré 2 - Tratamento 3 - Re-tratamento
 4 - Avaliação de resistência 29 O paciente tomou vacina?
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 30 Data da última dose ministrada

31 Exame Solicitado*	32 Material Enviado*	33 Amostra* (1ª, 2ª, 3ª, 4ª)	34 Data da coleta*	35 Usou antibiótico antes ou na data da coleta? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

36 Agravado/doença CID 10* 37 N° Notificação SINAN* 38 Data de Notificação*

39 Unidade de Saúde Notificante CNES*

40 UF 41 Município de Notificação Código IBGE*

Paciente

Amostra Exame

SINAN

Dados Complementares

42 Dados Clínicos/Laboratoriais

Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

FICHA DE REQUISIÇÃO DE EXAME

Campo	
01	Nome completo e sem abreviações da Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame(s) a rede de laboratórios ou número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES. CAMPO OBRIGATÓRIO
02	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s) CAMPO OBRIGATÓRIO
03	Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s) ou o código do IBGE correspondente. CAMPO OBRIGATÓRIO
04	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame(s) e número do registro profissional ou matrícula. CAMPO OBRIGATÓRIO
05	Assinatura do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame(s).
06	Nome completo e sem abreviação do paciente. CAMPO OBRIGATÓRIO
07	Data de nascimento do paciente. CAMPO OBRIGATÓRIO
08	Idade do paciente. Este campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 10 dias = 10 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
09	Sexo do paciente. CAMPO OBRIGATÓRIO
10	Situação gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 - não se aplica.
11	Número do Cartão Nacional de Saúde. Caso o paciente possua, informar o número do Cartão SUS.
12	Nome completo e sem abreviações da mãe do paciente.
13	Logradouro (Rua, Avenida) de residência do paciente.
14	Dados complementares, por exemplo, apartamento, casa, da residência do paciente.
15	Número (apartamento, casa) da residência do paciente.
16	Ponto de Referência para auxiliar na localização da residência do paciente.
17	Bairro de residência do paciente.
18	Unidade de Federação de residência do paciente. CAMPO OBRIGATÓRIO
19	Município de residência do paciente ou código do IBGE correspondente. CAMPO OBRIGATÓRIO
20	CEP - Código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) - da residência do paciente.
21	Telefone para contato com o paciente, com DDD.
22	Classificação da zona de residência do paciente.
23	País de residência do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do CAMPO OBRIGATÓRIO
24	Data da solicitação do exame(s) CAMPO OBRIGATÓRIO
25	Data dos primeiros sintomas - data que surgiram os primeiros sintomas no paciente. CAMPO OBRIGATÓRIO
26	Classificação da definição de caso. Suspeito - Diagnóstico; Comunicante; Acompanhamento - Controle ou ignorado. CAMPO OBRIGATÓRIO
27	Tratamento - tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame(s). Preenchimento em número + orientação de Dia, Semana, Mês, Ano, por exemplo: 12 D corresponde a 12 dias, 3 M que corresponde em 3º mês. PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CASO DE ACOMPANHAMENTO.
28	Etapa de tratamento - corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame(s) podendo ser: Pré- sem tratamento; Tratamento - sob medicação; Re-tratamento - iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento; Avaliação de resistência - paciente com resultados laboratoriais sugestivo de resistência. PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CASO DE ACOMPANHAMENTO.
29	Após verificar documentação/caderneta, se o paciente já foi vacinado contra agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame(s).
30	Informar a data da última dose de vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmado que o paciente tomou. ex: 20/10/2007.
31	Informar o(s) exame(s) laboratorial(is) solicitado(s) para paciente. CAMPO OBRIGATÓRIO
32	Informar o(s) tipo(s) de material(is) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente. CAMPO OBRIGATÓRIO
33	Informar o número da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. CAMPO OBRIGATÓRIO
34	Informar a data em que a(s) amostra(s) foi(ram) coletada(s). CAMPO OBRIGATÓRIO
35	Informar se o paciente na data de coleta usou antibiótico ou medicação.
36	Informar o nome do agravo/doença ou código correspondente pelo SINAN (CID 10) que foi notificado. PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CASOS JÁ NOTIFICADOS
37	Preencher o número da notificação atribuído pela unidade de saúde ou outra fonte para identificação do caso no SINAN. PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CASOS JÁ NOTIFICADOS
38	Informar no campo de data da notificação e data de preenchimento da ficha de notificação SINAN. PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CASOS JÁ NOTIFICADOS
39	Nome completo da Unidade de Saúde, ou outra fonte que realizou a notificação e o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES. PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA OS CASOS JÁ NOTIFICADOS
40	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN. PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CASOS JÁ NOTIFICADOS
41	Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação ou código do IBGE. PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CASOS JÁ NOTIFICADOS
42	Dados complementares informar dados clínicos/laboratoriais adicionais que auxiliarem no diagnóstico laboratorial.