

Ficha de Encaminhamento de Amostras – COPROCULTURA

PROCEDÊNCIA

Unidade de Saúde:	CNES:
Município:	GRS:
Nome do Profissional de Saúde:	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional:	Reg. Profissional (Conselho ou Matrícula):
Telefone para contato:	Assinatura:

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do paciente:			
Data de nascimento:	Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	Nº SINAN:
Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:			
Documento (RG/CPF/ CNH/ CNASC):	Nome da Mãe:		
Endereço Completo:			
Bairro:	Município	UF	

AMOSTRA / EXAMES

Data da Solicitação:		Data dos primeiros sintomas:	
Suspeita de DTA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Local de Ocorrência do Surto:	
Alimentos suspeitos:			
Uso de antibiótico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		Qual:	
Material Biológico	<input type="checkbox"/> Fezes “in natura”		Data da coleta:
	<input type="checkbox"/> Swab Fecal (fezes em meio Cary-Blair)		Data da coleta:
	<input type="checkbox"/> Swab Anal		Data da coleta:
	<input type="checkbox"/> Isolado bacteriano Especificar a cepa identificada: _____		Data da coleta:
	<input type="checkbox"/> Outro (especificar): _____		Data da coleta:

OUTRAS INFORMAÇÕES

--

PARA CASOS SUSPEITOS DE CÓLERA E FEBRE TIFOIDE É OBRIGATÓRIO O ENVIO DE CÓPIA DA FICHA DO SINAN