

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA DOENÇA DE LYME

REQUISITANTE

Unidade de Saúde:	CNES:
Município:	GRS:

PROFISSIONAL DE SAUDE

Cartão Nacional de Saúde:	Nome:	
Reg Profissional:	Telefone:	Assinatura:

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Cartão Nacional de Saúde:	Nome:	
Data de nascimento:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça /Cor:
Nome da Mãe:	Estado Civil:	
Profissão:	Documento (RG):	Documento (CPF):
Endereço Completo:		
Município:	Código IBGE:	UF:

EPIDEMIOLOGIA

Local possível do contágio: <input type="checkbox"/> Zona urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural	Ocorreu picada por carrapato: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Presença de carrapatos na localidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Mata <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Animais Silvestres <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Animais infestados por carrapatos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Animais domésticos <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Cavalo <input type="checkbox"/> Bovinos <input type="checkbox"/> Outros	
Animal doente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Morte recente de Animal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Frequentou áreas com carrapatos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Casos humanos semelhantes na localidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Carrapato: Onde foi coletado o espécime? _____	

DADOS CLINICOS DO PACIENTE

Intervalo presumível entre contato e doença: _____ anos/meses/dias	
<input type="checkbox"/> Estágio primário (< 3 m) <input type="checkbox"/> Estágio secundário ou recorrente (>3 m)	
Sintomas atuais <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Gânglios	
Lesão de Pele <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Expansiva <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	(>5 cm) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Lesões múltiplas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Borda Eritematosa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Duração: _____ dias	
Outras lesões: <input type="checkbox"/> Morbiliforme <input type="checkbox"/> Petéquias ou púrpuras <input type="checkbox"/> Escleroderma-like <input type="checkbox"/> Linfocitoma <input type="checkbox"/> Eritema Nodoso	

Neurológico	Articular	Cardíaco
Menigitite <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Artralgia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cardiomegalia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Neurite Craniana <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual queixa? _____	Miopatia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ICC <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Neurite Periférica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual queixa? _____	Artrite <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Arritmia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Queixa psiquiátrica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual sintoma? _____	Local _____	Qual? _____
Queixas cognitivas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Fadiga crônica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

LABORATÓRIO

<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Plaquetopenia <input type="checkbox"/> Elevação Transaminases <input type="checkbox"/> Elevação Bilirrubinas <input type="checkbox"/> FAN positivo <input type="checkbox"/> VHS _____	
<input type="checkbox"/> Latex positivo <input type="checkbox"/> PCR positivo Uréia _____ Creatinina _____ <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Leucocitúria <input type="checkbox"/> Proteinúria	
Líquor: Celularidade: _____ ml	Linfo-mono? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Proteína: _____ mg/dl	

Outros dados laboratoriais:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E JUSTIFICATIVA DO(S) EXAME(S)

