

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS
 EXAMES DE TOXOPLASMOSE**

PROCEDÊNCIA

* Instituição:		* CNES:	
Endereço:		Telefone/fax:	
* Município:		GRS:	
* Nome do paciente:			
* Data de nascimento: ____/____/____	* Idade:	* Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
* Responsável pelo envio:			Telefone:

Motivo da solicitação:

A- Confirmação de gestante IgM positiva :

- 1- Data da coleta ____/____/____
- 2- Método do exame anterior _____
- 3- Resultado IgG anterior _____
- 4- Resultado IgM anterior _____
- 5- Tempo de gestação atual _____

B- Suspeita de infecção aguda:

- 1- Data da coleta ____/____/____
- 2- Data do início dos primeiros sintomas ____/____/____
- 3- Sinais e Sintomas

<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Linfadenopatia	<input type="checkbox"/> Distúrbios visuais
<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Outros _____

C -Outros motivos

- 1- Data da coleta ____/____/____
- 2- Qual o motivo da solicitação _____

HISTÓRIA PRÉVIA DO PACIENTE

 Solicitante (Assinatura e Carimbo)

Data: ____/____/____

OS CAMPOS SINALIZADOS COM * SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO