

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS
 EXAMES de DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA**

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:

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE

Data dos 1º sintomas: ____/____/____

Sinais e Sintomas:

<input type="checkbox"/> Assintomático	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia
<input type="checkbox"/> Febre Persistente	<input type="checkbox"/> Poliadenopatia
<input type="checkbox"/> Taquicardia Persistente/ Arritmias	<input type="checkbox"/> Astenia
<input type="checkbox"/> Edema de face/ membros	<input type="checkbox"/> Sinais de ICC
<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Chagoma de inoculação/ Sinal de Romanã	

EXAMES ANTERIORES

* Data de coleta: ____/____/____

Sorologia:

<input type="checkbox"/> Imunofluorescência Indireta	IgM	<input type="checkbox"/> Reagente título: ____
		<input type="checkbox"/> Não reagente
	IgG	<input type="checkbox"/> Reagente título: ____
		<input type="checkbox"/> Não reagente
<input type="checkbox"/> Ensaio Imunoenzimático	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não reagente
<input type="checkbox"/> Reação de Hemaglutinação	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não reagente

Parasitológico:

Positivo Negativo

HISTÓRIA PRÉVIA DO PACIENTE

 Solicitante (Assinatura e Carimbo)

Data: ____/____/____