

## FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA DOENÇA DE LYME

**Atenção! Não serão recebidas amostras se esta ficha estiver com preenchimento incompleto. Todos os campos são de preenchimento obrigatório sem exceção.**

### REQUISITANTE

Unidade de Saúde:	CNES:
Município:	GRS:

### PROFISSIONAL DE SAUDE

Nome:	Reg. Profissional:
-------	--------------------

### INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome:			CNS:
Data de nasc.:	Idade :	Gênero: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Raça /Cor:
Nome da Mãe:		Nome do pai:	Estado Civil:
Profissão:	Documento (RG)	Documento (CPF):	
Endereço: Rua		n°	Bairro:
Município:	CEP	UF:	Telefone :

### 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: De onde foi coletado o espécime _____	

### DADOS CLINICOS DO PACIENTE

Intervalo presumível entre contato e doença: _____ <input type="checkbox"/> anos <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> dias	
<input type="checkbox"/> Estágio primário (< 3 m) <input type="checkbox"/> Estágio secundário ou recorrente (>3 m)	
<b>Sintomas atuais</b>	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Gânglios
<b>Lesão de Pele</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Tipo</b>
	<input type="checkbox"/> Expansiva <input type="checkbox"/> (>5 cm) <input type="checkbox"/> Lesões Múltiplas <input type="checkbox"/> Borda Eritematosa 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
Menigite <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"/> Látex positivo <input type="checkbox"/> PCR positivo <input type="checkbox"/> Uréia _____ <input type="checkbox"/> Creatinina _____ <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Leucocitúria <input type="checkbox"/> Proteinúria
<b>Líquor:</b> Celularidade: _____ ml <input type="checkbox"/> Linfo-mono? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Proteína: _____ mg/dl

**Outros dados laboratoriais:**

---

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

---