

COPROCULTURA
Ficha de Encaminhamento de Amostras/Cepas
PROCEDÊNCIA

Unidade de Saúde:		CNES:
Município:		GRS:
Nome do Profissional de Saúde Solicitante		Reg. Profissional (Conselho ou Matrícula):
Nome do Profissional de Responsável pelo Envio da Amostra		
Contato do responsável pelo envio da amostra	E-mail	Tel.: ()

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do paciente:		
Data de nascimento:	Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado
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"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim. Qual?	

Material Biológico	<input type="checkbox"/> Fezes <i>in natura</i>	Data da coleta:	
	<input type="checkbox"/> Swab fecal (fezes em meio Cary-Blair)	Data da coleta:	
	<input type="checkbox"/> Swab retal	Data da coleta:	
	<input type="checkbox"/> Cepa (isolado bacteriano a partir de fezes) para serotipagem/confirmação :	Data da coleta:	_____
Identificação da bactéria pelo laboratório de origem			
() <i>Escherichia coli</i> () <i>Salmonella</i> sp. () <i>Shigella</i> sp. () <i>Vibrio</i> sp.			
() Outro (especificar):		Data do repique da Cepa: _____ / _____ / _____	

OUTRAS INFORMAÇÕES

--

PARA CASOS SUSPEITOS DE CÓLERA; FEBRE TIFOIDE OU SÍNDROME HEMOLÍTICA-URÊMICA (SHU) É OBRIGATÓRIO O ENVIO DE CÓPIA DA FICHA DO SINAN