

TÍTULO: FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS/CEPAS – DOENÇAS DIARREICAS – COPROCULTURA	NÚMERO: DIOM-DECD-FM-0026
--	----------------------------------

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do paciente:		
Nome Social:		
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 (CPF):	Nome da Mãe:	
Endereço Completo:		
Bairro:	Município:	UF:

PROCEDÊNCIA

Unidade de Saúde:	CNES:	
Município:		
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.: ()

AMOSTRA / EXAMES

Data da Solicitação:	Data dos primeiros sintomas:
Suspeita de DTHA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local de Ocorrência do Surto:
<input type="checkbox"/> Alimentos suspeitos:	<input type="checkbox"/> Água
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> (Deve chegar na Funed no mesmo dia da coleta)	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 sorotipagem/confirmação : Identificação da bactéria pelo laboratório de origem	Data da coleta:	_____
	() <i>Escherichia coli</i> () <i>Salmonella</i> sp. () <i>Shigella</i> sp. () <i>Aeromonas</i> sp. () <i>Plesiomonas shigelloides</i> () <i>Yersinia enterocolitica</i> () <i>Vibrio</i> sp. () <i>Campylobacter</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