

TÍTULO: FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS – DOENÇA DE LYME/ BORRELIOSE	DIOM-DECD-FM-0033
---	--------------------------

NÃO SERÃO PROCESSADAS AMOSTRAS RECEBIDAS COM PREENCHIMENTO INCOMPLETO DESTA FICHA DE ENCAMINHAMENTO

SOLICITANTE	
UNIDADE DE SAÚDE:	CNES:
MUNICÍPIO:	ESTADO:
PROFISSIONAL DE SAÚDE SOLICITANTE:	REGISTRO PROFISSIONAL:
E-MAIL DO SOLICITANTE:	TELEFONE DE CONTATO:

INFORMAÇÕES DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE:		
NOME SOCIAL DO PACIENTE:		
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> IGNORADO	DATA DE NASCIMENTO/IDADE:	NÚMERO DO CARTÃO SUS:
OCUPAÇÃO DO PACIENTE:	GESTANTE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> IGNORADO	
NOME DA MÃE DO PACIENTE:		
ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO):		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	ESTADO:	

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE			
SINAIS CLÍNICOS: <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> MIALGIA <input type="checkbox"/> ARTRALGIA <input type="checkbox"/> CEFALÉIA <input type="checkbox"/> FADIGA <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> DORMÊNCIA NO CORPO <input type="checkbox"/> ARRITMIA CARDÍACA <input type="checkbox"/> FRAQUEZA NOS MEMBROS <input type="checkbox"/> DIFICULDADE DE MOVIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PROBLEMAS OCULARES <input type="checkbox"/> MENINGISMO <input type="checkbox"/> PARALISIA FACIAL <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> ERITREMA MIGRATÓRIO <input type="checkbox"/> OUTROS:			
ALTERAÇÕES LABORATORIAIS: <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> PLAQUETOPENIA <input type="checkbox"/> LEUCOCITOSE <input type="checkbox"/> ELEVAÇÃO DE BILIRRUBINAS <input type="checkbox"/> ELEVAÇÃO DE TRANSAMINASES <input type="checkbox"/> VHS AUMENTADO <input type="checkbox"/> OUTROS:			
INÍCIO DOS SINTOMAS: ____/____/____	HOSPITALIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	USO DE ANTIBIÓTICOS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM: _____	DATA DE COLETA DA AMOSTRA: ____/____/____

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO PACIENTE		
VIAGEM AO EXTERIOR DO BRASIL OCORRIDA NOS ÚLTIMOS 12 MESES ANTERIORES AO INÍCIO DOS SINTOMAS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - PAÍS/REGIÃO: _____ PERÍODO: _____		
LOCAL DE PROVÁVEL CONTÁGIO: <input type="checkbox"/> ZONA URBANA <input type="checkbox"/> ZONA URBANA <input type="checkbox"/> IGNORADO	CASOS SEMELHANTES NA LOCALIDADE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO	OCORREU PICADA POR CARRAPATO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO
EXPOSIÇÃO/ SITUAÇÃO DE RISCO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS: <input type="checkbox"/> ANIMAIS DOMÉSTICOS <input type="checkbox"/> ANIMAIS SILVESTRES <input type="checkbox"/> MATA <input type="checkbox"/> LOCAL COM PRESENÇA DE CARRAPATOS <input type="checkbox"/> PARQUES/CACHOEIRAS <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/> OUTROS:		
RESULTADO DE SOROLOGIA ANTERIOR PARA DOENÇA DE LYME: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. RESULTADO: _____ <input type="checkbox"/> IGNORADO		

OUTRAS INFORMAÇÕES E/OU JUSTIFICATIVAS PARA REALIZAÇÃO DO(S) EXAME(S):