



REQUISIÇÃO

| | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|---------------------------------|--|----------------|
| 1 Nº Requisição: | | 2 Unidade Saúde (ou outra fonte):* | | | 3 CNES:* | | |
| 4 Município de Atendimento: | | | | | 5 Código BGE:* | | 6 UF: |
| 7 CNS Prof. de Saúde: | | 8 Nome do Profissional de Saúde:* | | | 9 Registro Conselho/Matricula:* | | 10 Assinatura: |
| 11 Data de Solicitação:* | | 12 Finalidade: 1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado | | | 13 Descrição: | | |

PACIENTE

| | | | | | | | |
|--|--|---|-------------------------|--|-----------------|--------------------------------------|------------|
| 14 Tipo Paciente: 1 - Brasileiro 2 - Estrangeiro 3 - Indígena 4 - Vulnerável | | 15 CPF do paciente:* | | | | | |
| 16 CNS do paciente:* | | 17 Nome do Paciente:* | | | | | |
| 18 Data de Nascimento:* | | 19 Idade:* | | 20 Sexo:* | | 21 Nacionalidade: | |
| | | Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s) | | M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | | | |
| 22 Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação | | | 23 Etnia: | | 24 Nome da Mãe: | | |
| 25 Documento 1: 1 - RG 2 - CNH 3 - CNS 4 - CNASC 5 - PRONT 6 - INFOPEN | | | | 26 Documento 2: 1 - RG 2 - CNH 3 - CNS 4 - CNASC 5 - PRONT 6 - INFOPEN | | | |
| 27 Endereço do paciente: (Rua, Avenida...) | | | | | | | 28 Número: |
| 29 Complemento do endereço: | | | 30 Ponto de Referência: | | 31 Bairro: | | |
| 32 Município de Residência:* | | | | | 33 Código BGE:* | | 34 UF: |
| 35 CEP: | | 36 DDD / Telefone: | | 37 Zona: 1 - Urbana 4 - Silvestre 2 - Periurbana 9 - Ignorada | | 38 País (Se reside fora do Brasil):* | |

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

| | | | | | | | |
|---|--|-------------|--|---------------------------------|--|--|--|
| 39 Agravado/Doença: | | | | 40 Data dos Primeiros Sintomas: | | | |
| 41 Idade Gestacional: 1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado | | 42 Motivo: | | 43 Diagnóstico: | | | |
| 44 Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - óbito 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado | | | 45 Tratamento: Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado | | 46 Etapa de Tratamento: 1 - Pré-tratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado | | |
| 47 Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 48 Vacina?: | | 49 Data da Última Dose: | | | |

NOTIFICAÇÃO SINAN

| | | | | | | | |
|---|--|------------|--|------------------------------|-----------------|--------------------------|--------|
| 50 Agravado/Doença de notificação do SINAN: | | 51 CID10:* | | 52 Nº Notificação do SINAN:* | | 53 Data de Notificação:* | |
| 54 Unidade Saúde Notificante: | | | | | 55 CNES:* | | |
| 56 Município de Notificação: | | | | | 57 Código BGE:* | | 58 UF: |

AMOSTRA / EXAME

| 59 Exame Solicitado:* | 60 Material Biológico:* | 61 Localização: | 62 Amostra:* | 63 | 64 Data da coleta:* | 65 Hora da coleta: | 66 Usou medicamento antes da data da coleta? |
|-----------------------|-------------------------|-----------------|---------------------|---|---------------------|--------------------|---|
| | | | (1ª, 2ª, 3ª, Única) | 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF | | | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique: _____ |
| | | | | | | | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique: _____ |
| | | | | | | | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique: _____ |

DADOS COMPLEMENTARES

| |
|-----------------|
| 67 Observações: |
|-----------------|

SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL)
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO DE EXAME

| Ordem | Descrição dos Campos |
|---------|--|
| 01 | Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. (OBRIGATÓRIO) . Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATÓRIO). |
| 02 | Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios: nome completo e sem abreviaturas. |
| 03 | Número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATÓRIO) . |
| 04 | Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou de outra fonte responsável pela solicitação de exame(s). |
| 05 | Código do IBGE correspondente. (OBRIGATÓRIO) . |
| 06 | Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s). |
| 07 | Número do Cartão Nacional de Saúde do Profissional de Saúde – CNS (OBRIGATÓRIO) . |
| 08 | Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO) . |
| 09 | Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO) . Ex: CRM/RJ 1234. |
| 10 | Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s). |
| 11 | Data da solicitação de exame (s) (OBRIGATÓRIO) . No formato dd/mm/aaaa |
| 12 | Finalidade da requisição: 1 – Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 – Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 – Investigação (aplicável a doenças/agravos em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); 4 – Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 – Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 – Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 – Ignorado. Especificar o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual). |
| 13 | Descrição: descrever a finalidade do exame. |
| 14 | Tipo Paciente: 1 - Brasileiro; 2 - Estrangeiro; 3 - Indígena; 4 - Vulnerável |
| 15 | CPF Paciente: Se a opção for "Brasileiro", informar o número do CPF. |
| 16 | Número do Cartão Nacional de Saúde do Paciente CNS (OBRIGATÓRIO) . |
| 17 | Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO) . |
| 18 | Data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO) . |
| 19 | Idade do paciente. Este campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(s) e 4 – Anos. (OBRIGATÓRIO) . |
| 20 | Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e I – Ignorado. (OBRIGATÓRIO) |
| 21 | Nacionalidade: país de origem do paciente. |
| 22 | Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação. |
| 23 | Etnia: caso o campo 19 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia. |
| 24 | Nome da mãe: informar o nome completo e sem abreviações. |
| 25 e 26 | Documento: este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. 1 – RG - Carteira de Identidade; 2 - CNH - Carteira Nacional de Habilitação; 3 - CNS - Cartão Nacional de Saúde; 4 - CNASC Certidão de Nascimento; 5 – PRONT – Prontuário e 6 – INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias. |
| 27 | Endereço do paciente (rua, avenida...) |
| 28 | Número (apartamento, casa) do endereço do paciente. |
| 29 | Dados complementares do endereço do paciente. |
| 30 | Ponto de referência para auxiliar na localização do endereço do paciente. |
| 31 | Bairro do endereço do paciente. |
| 32 | Município do endereço do paciente. |
| 33 | Código do IBGE correspondente (OBRIGATÓRIO) . |
| 34 | Sigla da Unidade de Federação do endereço do paciente. |
| 35 | CEP - Código de endereçamento postal do endereço (avenida, rua, travessa, etc) do paciente. |
| 36 | Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone) |
| 37 | Classificação da zona do endereço do paciente. 1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado. |
| 38 | País do endereço do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO) . |
| 39 | Informar o nome do agravo/doença conforme tabela disponível no sistema (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS) . |
| 40 | Data dos primeiros sintomas – data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa . |
| 41 | Idade Gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica. |
| 42 | Motivo: campo habilitado somente para hepatites virais |
| 43 | Diagnóstico: campo habilitado somente para hepatites virais |
| 44 | Classificação do tipo de caso: 1 – Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo); 2 – Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); 3 – Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo); 4 – Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 5 – óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis); 6 – Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não); 7 – Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 – Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 – Ignorado. |
| 45 | Tratamento – informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s). (Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia. |
| 46 | Etapa de tratamento – corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s), podendo ser: 1 - Prétratamento (sem tratamento); 2 - Tratamento (sob medicação); 3 - Retratamento (iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento); 4 - Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais sugestivo a resistência) e 9 – Ignorado. |
| 47 | O paciente tomou vacina: o campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente já foi vacinado contra o agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame (s). 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado. |
| 48 | Vacina: informar se o paciente já tomou vacina contra agravo/doença. |
| 49 | Data da última dose da vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmada que o paciente tomou no formato dd/mm/aaaa . Especifique o tipo da vacina. |
| 50 | Agravo/Doença: informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS) . |
| 51 | Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) . |
| 52 | Preencher com o número da notificação atribuído pela unidade de saúde ou outra fonte conforme descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) . |
| 53 | Informar a data da notificação conforme descrita na ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) . |
| 54 | Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação. |
| 55 | Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE) . |
| 56 | Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação. |
| 57 | Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO) . |
| 58 | Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE DE FEDERAÇÃO) . |
| 59 | Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde. |
| 60 | Material Biológico (amostra enviada): informar o(s) tipo(s) de material (is) biológico(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) . |
| 61 | Informar caso o material biológico requeira localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. Ex. Abdômen, Braço direito, ... |
| 62 | Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; nª – nª amostra e U – Única (OBRIGATÓRIO) . |
| 63 | Material Clínico em que a amostra foi enviada: 1 - IN – Amostra in Natura; 2 - IB – Isolado Bacteriano; 3 - LM – Lâmina; 4 - MTB – Meio de Transporte Bacteriano; 5 - MTV – Meio Transporte Viral; 6 - FF – Fixado em Formol; 7 - FA – Fixado em Álcool; 8 - FO – Fixado em Outros; 9 - BP – Bloco de Parafina e 10 - PF – Em Papel de Filtro. |
| 64 | Data da Coleta: informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) (OBRIGATÓRIO) . No formato dd/mm/aaaa |
| 65 | Hora da Coleta: informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min |
| 66 | Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta. 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado Caso a informação seja 1 - Sim , Especificar e a data de início do uso do medicamento. |
| 67 | Observações: informar dados clínicos/ laboratoriais adicionais que auxiliam no diagnóstico laboratorial. |