

<b>TÍTULO: FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA SOROLOGIA DE HEPATITES VIRAIS</b>	<b>NÚMERO: DIOM-DECD-FM-0030</b>
--	----------------------------------

**PROCEDÊNCIA**

Unidade de Saúde:	CNES:
Município:	GRS:
Profissional de Saúde:	Reg. Profissional:
Telefone para contato:	Assinatura:

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

Nome:			
Data de nascimento:		Cartão Nacional do SUS (CNS):	
Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	Documento (RG/CPF/ CNH):	
Nome da Mãe:			
Endereço Completo:			
Bairro:		Município:	UF:
Gestante: <input type="checkbox"/> 1ºtri <input type="checkbox"/> 2ºtri <input type="checkbox"/> 3ºtri <input type="checkbox"/> Não			

**AMOSTRA / EXAMES**

Data da Solicitação:	Data da Coleta:	
Suspeita de: <input type="checkbox"/> Hepatite A <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite C	Tomou vacina para: <input type="checkbox"/> Hepatite A <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Completa	Agravos associados: <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras IST's

**Suspeito com marcador sorológico reagente:**

Hepatite A     Hepatite B     Hepatite C     Hepatite D     Hepatite     Ignorado

HbsAg

Anti-HBc IgM ou Total

Amostra anterior (nº registro Funed):

**Suspeita clínica/bioquímica:**

<input type="checkbox"/> Icterícia súbita com ou sem febre, mal-estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia.	<input type="checkbox"/> Sintomático anictérico, com transaminases aumentadas.
<input type="checkbox"/> Icterícia súbita com evolução para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.	<input type="checkbox"/> Exposição à uma fonte de infecção bem documentada.
<input type="checkbox"/> Sintomático anictérico, com sintomas como febre, mal-estar, náusea, vômitos, mialgia	<input type="checkbox"/> Comunicante de caso confirmado de hepatite.
	<input type="checkbox"/> Outros:
	<input type="checkbox"/> Ignorado

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

--