

TÍTULO: FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRA DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA	NÚMERO: DIOM-DECD-FM-0031
--	----------------------------------

PROCEDÊNCIA	
* Instituição:	* CNES:
Endereço:	Telefone/fax:
* Município:	GRS:
* Nome do paciente:	
* Data de nascimento: ____/____/____	* Idade: _____
* Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
* Responsável pelo envio:	Telefone: _____
* Data de coleta: ____/____/____	

DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE
Data dos 1º sintomas: ____/____/____
Sinais e Sintomas:
<input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Febre Persistente <input type="checkbox"/> Poliadenopatia <input type="checkbox"/> Taquicardia Persistente/ Arritmias <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Edema de face/ membros <input type="checkbox"/> Sinais de ICC <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Chagoma de inoculação/ Sinal de Romanã

EXAMES ANTERIORES
Sorologia: Data do exame: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Imunofluorescência Indireta, IgM <input type="checkbox"/> Reagente título: ____ <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Imunofluorescência Indireta, IgG <input type="checkbox"/> Reagente título: ____ <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Ensaio Imunoenzimático Indireto <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reação de Hemaglutinação Indireta <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reação de Quimioluminescência Indireta <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente
Parasitológico: Data do exame: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo

HISTÓRIA PRÉVIA DO PACIENTE

Solicitante (Assinatura e carimbo)

Data: ____/____/____

OS CAMPOS SINALIZADOS COM * SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO