

TÍTULO: FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS DE TOXOPLASMOSE

**NÚMERO:
DIOM-DECD-FM-0032**

Data da solicitação: ____/____/____

Unidade de Saúde/Município solicitante: _____

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: M F Ignorado

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

1- GESTANTE IgM REAGENTE

Idade gestacional: _____

Resultado anterior: IgM _____

IgG _____

Data do exame/Método: _____

2- CASO SUSPEITO DE INFECÇÃO AGUDA

Início dos sintomas: ____/____/____ Data da coleta: ____/____/____

Sinais e sintomas:

Febre Linfadenopatia Cefaléia Mialgia Distúrbios visuais

Outros, especificar: _____

3- OUTRO MOTIVO (JUSTIFICAR)

HISTÓRIA PRÉVIA DO PACIENTE

Responsável pelo preenchimento: _____

Contato (telefone/e-mail): _____