



Requisição de Exame

REQUISIÇÃO

1] Nº Requisição: _____

2] Unidade de Saúde (ou outra fonte):* _____ 3] CNES:* _____

4] Município de Atendimento: _____ 5] UF: _____ 6] Código IBGE:* _____

7] Nome do Profissional de Saúde:* _____ 8] Registro Profissional/Matrícula:* _____ 9] Assinatura: _____

10] Data de Solicitação:* _____ 11] Data dos Primeiros Sintomas: _____ 12] Caso: _____ 13] Tratamento: _____

1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 9 - Ignorado 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado Quantidade: _____

14] Etapa de Tratamento: _____ 15] Paciente Tomou Vacina? _____ 16] Data da última dose: _____

1 - Pretratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

PACIENTE

17] Nome do Paciente:* _____

18] Data de Nascimento:* _____ 19] Idade:* _____ 20] Sexo:* _____ 21] Idade Gestacional: _____

1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s) M - Masculino F - Feminino I - Ignorado 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade Gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado

22] Nome da Mãe: _____ 23] Documento 1: _____ 24] Documento 2: _____

1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS NÚMERO: _____ 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS NÚMERO: _____

25] Logradouro: (Rua, Avenida...) _____ 26] Número: _____

27] Complemento: _____ 28] Ponto de Referência: _____ 29] Bairro: _____

30] Município de Residência:* _____ 31] Código IBGE:* _____ 32] UF: _____

33] CEP: _____ 34] DDD / Telefone: _____ 35] Zona: _____ 36] País (Se reside fora do Brasil):* _____

1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

AMOSTRA / EXAME

37] Exame Solicitado:*	38] Material Enviado:*	39] Amostra:*(Única, 1ª, 2ª, 3ª, 4ª)	40] Data da coleta:*	41] Usou medicamento antes da data da coleta?
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: _____
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: _____
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: _____
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: _____
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: _____

SINAN

42] Agravo/Doença: _____ 43] CID 10:* _____ 44] Nº Notificação do SINAN:* _____ 45] Data de Notificação:* _____

46] Unidade de Saúde Notificante: _____ 47] CNES* _____

48] Município de Notificação: _____ 49] UF: _____ 50] Código IBGE* _____

DADOS COMPLEMENTARES

51] Dados Clínicos/Laboratoriais: _____

*Campo de preenchimento obrigatório