

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

Ordem	Descrição do Campo
01	Número da requisição gerada pelo sistema, caso já tenha sido cadastrada (OBRIGATÓRIO). Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATÓRIO).
02	Nome completo e sem abreviações da Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios.
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	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
06	Código do IBGE correspondente. (Obrigatório)
07	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) (OBRIGATÓRIO).
08	Número do registro ou matrícula do profissional (OBRIGATÓRIO).
09	Assinatura ou carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
10	Data da solicitação de exame (s) (OBRIGATÓRIO). (dd/mm/aaaa)
11	Data dos primeiros sintomas – data que surgiram os primeiros sintomas do paciente.(dd/mm/aaaa)
12	Classificação do tipo de caso. Os significados são: 1 - Suspeito: Diagnóstico para definição de doença/agravo; 2 - Comunicante: o paciente teve contato com um caso confirmado; 3 - Acompanhamento: controle da doença/agravo ou 9 - Ignorado.
13	Tratamento – informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s). (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número “10”, e na segunda lacuna o item correspondente à opção “1”, que significa dia. Esse campo será OBRIGATÓRIO, caso a classificação do caso seja acompanhamento.
14	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); 9 - Ignorado.
15	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 9 – Ignorado.
16	Informar a data da última dose da vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmada que o paciente tomou (dd/mm/aaaa).
17	Nome completo e sem abreviação do paciente. (OBRIGATÓRIO).
18	Data de nascimento do paciente (dd/mm/aaaa).
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). (OBRIGATÓRIO). 1 – Hora (s) 2 – Dia (s) 3 – Mês (s) 4 - Anos
20	Sexo do paciente (OBRIGATÓRIO). M – Masculino F – Feminino I- Ignorado
21	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.
22	Nome da mãe – informar o nome completo e sem abreviações.
23 e 24	Documento: Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. (Ex. CPF: 777.888.999.00 => deve ser informado o item correspondente à opção “2”, que significa CPF e segunda lacuna o número 777.888.999.00). 1 – Carteira de Identidade 2 – Cadastro de Pessoa Física 3 – Carteira Nacional de Habilitação 4 – Cartão Nacional de Saúde.
25	Logradouro (rua, avenida...) do paciente.
26	Número (apartamento, casa) do logradouro do paciente.
27	Dados complementares do logradouro do paciente.
28	Ponto de Referência para auxiliar na localização do logradouro do paciente.
29	Bairro do logradouro do paciente.
30	Município do logradouro do paciente.
31	Código do IBGE correspondente (OBRIGATÓRIO).
32	Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente.
33	CEP - Código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.
34	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone)
35	Classificação da zona do logradouro do paciente. 1 – Urbana 2 – Rural 3 – Perurbana 9 - Ignorado
36	País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO).
37	Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
38	Informar o(s) tipo(s) de material(is) clínico(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO).
39	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. Única; 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra) (OBRIGATÓRIO).
40	Informar a data em que a(s) amostra(s) foi(ram) coletada(s) (OBRIGATÓRIO). (dd/mm/aaaa)
41	Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta . Caso a informação seja 1- Sim, especificar.
42	Informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).
43	Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
44	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).
45	Informar a data da notificação conforme descrita na ficha de notificação SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
46	Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação.
47	Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTE DA UNIDADE SOLICITANTE).
48	Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.
49	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS JÁ NOTIFICADOS E DIFERENTE DA UNIDADE DE FEDERAÇÃO).
50	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO).
51	Dados complementares informar dados clínicos/ laboratoriais adicionais que auxiliam no diagnóstico laboratorial.