

Manual de preenchimento para a Planilha de Notificação Positiva e Negativa para o LACEN-SC

A função deste manual é orientar a respeito do formato e função de cada campo da Planilha de Notificação.

A notificação correta da realização de exames para detecção de Sars-CoV-2 é muito importante para a composição de estatísticas que permitam ao poder público a formulação de políticas efetivas de combate à pandemia e de auxílio aos pacientes, às equipes de saúde e sociedade como um todo.

Por isso pedimos especial atenção ao conteúdo deste manual e a estrita observação de suas recomendações..

Os arquivos preenchidos sem a devida observância dos critérios estabelecidos neste documentos serão automaticamente recusados pelo sistema com críticas para a devida correção dos dados e reenvio do arquivo.

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Nome completo do paciente	Texto	Não se aplica	SIM
Este campo deverá ser preenchido pelo laboratório preferencialmente em caixa alta e sem acentos. Usar o nome completo sem abreviações conforme o documento de identificação.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
CPF do paciente	Numérico	99999999999	SIM
Este campo deverá ser preenchido pelo laboratório apenas com o número no CPF sem espaços, pontos ou hífen.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Característica do paciente	Múltipla escolha	Profissional de saúde Profissional de segurança Profissional do sistema carcerário Suspeito Contato Outro	NÃO
Este campo deverá ser preenchido selecionando-se uma opção da lista.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Sexo	Múltipla escolha	M F	SIM
Este campo deverá ser preenchido selecionando-se uma opção da lista.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Data de nascimento	Data	DD/MM/AAAA	SIM
Este campo deverá ser preenchido com a data de nascimento do paciente.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Telefone de contato do paciente ou responsável	Numérico	(99) 99999.9999	SIM
Este campo deverá ser preenchido com o número principal de contato do paciente ou responsável. Não digitar nenhuma observação.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Nome completo da mãe do paciente	Texto	Não se aplica	SIM
Este campo deverá ser preenchido pelo laboratório preferencialmente em caixa alta e sem acentos. Usar o nome completo sem abreviações conforme o documento de identificação.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Nome responsável (se aplicável)	Texto	Não se aplica	NÃO
Este campo deverá ser preenchido pelo laboratório preferencialmente em caixa alta e sem acentos. Usar o nome completo sem abreviações conforme o documento de identificação.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
CEP de residência	Numérico	99.999-999	SIM
Digitar apenas os números do CEP do paciente. Não digitar nenhuma observação.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Logradouro do paciente	Texto	Não se aplica	SIM
Logradouro do endereço residencial do paciente.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Bairro	Texto	Não se aplica	SIM
Bairro do endereço residencial do paciente.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Número	Texto	999999	SIM
Número do endereço residencial do paciente.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Complemento	Texto	Não se aplica	NÃO
Complementação do endereço residencial do paciente.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Cidade de residência	Texto	Não se aplica	SIM
Cidade de residência do paciente.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Estado de residência	Texto	Não se aplica	SIM
Estado do endereço de residência do paciente.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Data início dos sintomas	Data	DD/MM/AAAA	NÃO
Somente o formato data será aceito.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Data coleta exame	Data	DD/MM/AAAA	SIM
Somente o formato data será aceito.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Data emissão do laudo	Data	DD/MM/AAAA	SIM
Somente o formato data será aceito.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Nome do Requisitante (Profissional de Saúde)	Texto	Não se aplica	NÃO
Este campo deverá ser preenchido pelo laboratório preferencialmente em caixa alta e sem acentos. Usar o nome completo sem abreviações conforme o documento de identificação ou carimbo CRM ou identificação na requisição do exame.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Procedência do paciente	Múltipla escolha	Hospital ambulatório Hospital emergência Hospital outros setores Pronto atendimento Coleta domiciliar Coleta laboratório Ambulatório Outros	SIM
Este campo deverá ser preenchido selecionando-se uma opção da lista.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Exame realizado	Múltipla escolha	RT-PCR TR-ANTICORPOS TR-ANTIGENO ELISA CLIA TR-Molecolar FIA	SIM
Este campo deverá ser preenchido selecionando-se uma opção da lista.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Método utilizado	Múltipla escolha	Norgen CDC SARS-Cov2 BioManguinhos Altona RT-PCR SARS-cov-2 Método In House QiaGen SARS-cov-2 GeneXpert ELISA CLIA / Quimioluminescência Imunocromatografia Ac Totais Imunocromatografia IgG e IgM Imunocromatografia Ag FIA Thermo Fisher	SIM
Este campo deverá ser preenchido selecionando-se uma opção da lista.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Laboratório de apoio	Múltipla escolha	LACEN SABIN PARDINI SOLUÇÃO DB DASA Neoprosecta GENOLAB Central de Genomas Genoprimer Nurogene Outro	SIM
Informar este campo apenas quando o exame for realizado fora de suas dependências. Este campo deverá ser preenchido selecionando-se uma opção da lista.			

Campo	Tipo de Dado	Formato	Obrigatoriedade
Resultado	Múltipla escolha	RT-PCR-Detectável RT-PCR-Não Detectável RT-PCR-Inconclusivo TR imunocromatografia Ag detectável TR imunocromatografia Ag Não Detectável TR imunocromatografia Ag Não Inconclusivo TR imunocromatografia IgG reagente e IgM reagente TR imunocromatografia IgG reagente IgM não reagente TR imunocromatografia IgG não Reagente e IgM reagente TR imunocromatografia IgG não Reagente e IgM não reagente TR imunocromat IgG e IgM inconclusivo TR imunocromatografia Anticorpos Totais Reagente TR imunocromatografia Anticorpos Totais Não Reagente TR imunocromatografia Anticorpos Totais Inconclusivo ELISA - IgG reagente e IgA reagente ELISA - IgG reagente e IgA não reagente ELISA - IgG não reagente e IgA reagente ELISA - IgG não reagente e IgA não reagente ELISA - IgG e IgA Inconclusivo ELISA - IgG reagente e IgM reagente ELISA - IgG reagente e IgM não reagente ELISA - IgG não reagente e IgM reagente ELISA - IgG não reagente e IgM não reagente ELISA - IgG e IgM Inconclusivo CLIA - IgG Reagente CLIA - IgG Não Reagente CLIA - IgG Inconclusivo CLIA - IgG reagente e IgA reagente CLIA - IgG reagente e IgA não reagente CLIA - IgG não reagente e IgA reagente	SIM

		CLIA - IgG não reagente e IgA não reagente CLIA - IgG e IgA Inconclusivo CLIA - IgG reagente e IgM reagente CLIA - IgG reagente e IgM não reagente CLIA - IgG não reagente e IgM reagente CLIA - IgG não reagente e IgM não reagente CLIA - IgG e IgM Inconclusivo TR Molecular RT-PCR - Detectável TR Molecular RT-PCR - Inconclusivo TR Molecular RT-PCR - Não Detectável FIA - IgG reagente e IgA reagente FIA - IgG reagente e IgA não reagente FIA - IgG não reagente e IgA reagente FIA - IgG não reagente e IgA não reagente FIA - IgG e IgA Inconclusivo FIA - IgG reagente e IgM reagente FIA - IgG reagente e IgM não reagente FIA - IgG não reagente e IgM reagente FIA - IgG não reagente e IgM não reagente FIA- IgG e IgM Inconclusivo	
Este campo deverá ser preenchido selecionando-se uma opção da lista.			