



REQUISIÇÃO

[1] NºRequisição:		[2] Unidade de Saúde (ou outra fonte):*			[3] CNES:*		
[4] Município de Atendimento:					[5] Código IBGE:*		[6] UF:
[7] CNS Prof. de Saúde:		[8] Nome do Profissional de Saúde:*			[9] Registro Conselho/Matrícula:*		[10] Assinatura:
[11] Data de Solicitação:*		[12] Finalidade: 1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado		[13] Descrição:			

PACIENTE

[14] CNS do paciente:*		[15] Nome do Paciente:*					
[16] Data de Nascimento:*		[17] Idade:*		[18] Sexo:*		[19] Nacionalidade:	
		Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado			
[20] Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação		[21] Etnia:		[22] Nome da Mãe:			
[23] Documento 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN				[24] Documento 2: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN			
[25] Endereço do paciente: (Rua, Avenida...)							[26] Número:
[27] Complemento do endereço:			[28] Ponto de Referência:		[29] Bairro:		
[30] Município de Residência:*					[31] Código IBGE:*		[32] UF:
[33] CEP:		[34] DDD / Telefone:		[35] Zona: 3 - Rural 1 - Urbana 4 - Silvestre 2 - Periurbana 9 - Ignorada		[36] País (Se reside fora do Brasil):*	

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

[37] Agravo/Doença:						[38] Data dos Primeiros Sintomas:	
[39] Idade Gestacional: 1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado		[40] Motivo:			[41] Diagnóstico:		
[42] Caso: 1 - Controle 2 - Diagnóstico 3 - Surto 4 - Vigilância 9 - Ignorado				[43] Descrição:			
[44] Paciente foi a Óbito?: 1 - Sim 2 - Não		[45] Tratamento: Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado		[46] Etapa de Tratamento: 1 - Pre-tratamento 2 - Tratamento 3 - Re-tratamento 9 - Ignorado 4 - Avaliação de Resistência			
[47] Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		[48] Vacina?			[49] Data da Última Dose:		
[50] Origem da Infecção: 1 - Comunitária 2 - IRAS (Infecção Relacionada a Assistência à Saúde/Infecção Hospitalar) 9 - Não informado					[51] Paciente Internado: 1 - Sim 2 - Não		
[52] Unidade de Internação:							
[53] Pacientes com suspeita de infecção/colonização por microrganismo multiresistente?: 1 - Sim 2 - Não		[54] Tipo de ocorrência do agravo doença: 1 - Infecção 2 - Colonização 3 - Não informado			[55] Principal sítio de localização da infecção:		
[56] Paciente em uso de antibióticos/antifúngicos: 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado			[57] Antibiótico:			[58] Antifúngico:	



Folha: /

NOTIFICAÇÃO SINAN

69 Agravado/Doença de notificação do SINAN:		60 CID10*:	61 N°Notificação do SINAN*:	62 Data de Notificação*:
63 Unidade de Saúde Notificante:		64 CNES*		
65 Município de Notificação:		66 Código IBGE*	68 UF:	

AMOSTRA / EXAME

68 Exame Solicitado*:	69 Material Biológico*:	70 Localização:	71 Amostra* (1ª, 2ª, 3ª, Única)	72 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF	73 Data da coleta*:	74 Hora da coleta:	75 Usou medicamento antes da data da coleta?
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique:

DADOS COMPLEMENTARES

75 Observações:

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

Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. (OBRIGATÓRIO) . Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATÓRIO).
02	Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios: nome completo e sem abreviaturas.
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	Código do IBGE correspondente. (OBRIGATÓRIO) .
06	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
07	Número do Cartão Nacional de Saúde do Profissional de Saúde – CNS (OBRIGATÓRIO) .
08	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO) .
09	Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO) . Ex: CRM/RJ 1234.
10	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
11	Data da solicitação de exame (s) (OBRIGATÓRIO) . No formato dd/mm/aaaa .
12	Finalidade da requisição: 1 – Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 – Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 – Investigação (aplicável a doenças/agravos em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); 4 – Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 – Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 – Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 – Ignorado . Especificar o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual).
13	Descrição: descrever a finalidade do exame.
14	Número do Cartão Nacional de Saúde do Paciente – CNS (OBRIGATÓRIO) .
15	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO) .
16	Data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO) .
17	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). 1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(s) e 4 – Anos. (OBRIGATÓRIO) .
18	Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e I – Ignorado. (OBRIGATÓRIO)
19	Nacionalidade: país de origem do paciente.
20	Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação.
21	Etnia: caso o campo 19 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.
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 555.555.555.55). 1 – RG – Carteira de Identidade; 2 – CPF – Cadastro de Pessoa Física; 3 – CNH – Carteira Nacional de Habilitação; 4 – CNS – Cartão Nacional de Saúde; 5 – CNASC – Certidão de Nascimento; 6 – PRONT – Prontuário e 7 – INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias.
25	Endereço do paciente (rua, avenida...)
26	Número (apartamento, casa) do endereço do paciente.
27	Dados complementares do endereço do paciente.
28	Ponto de referência para auxiliar na localização do endereço do paciente.
29	Bairro do endereço do paciente.
30	Município do endereço do paciente.
31	Código do IBGE correspondente (OBRIGATÓRIO) .
32	Sigla da Unidade de Federação do endereço do paciente.
33	CEP - Código de endereçamento postal do endereço (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 endereço do paciente. 1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.
36	País do endereço do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO) .
37	Informar o nome do agravo/doença conforme tabela disponível no sistema (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS) .
38	Data dos primeiros sintomas – data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa .
39	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.
40	Motivo: campo habilitado somente para hepatites virais
41	Diagnóstico: campo habilitado somente para hepatites virais (Monitoramento e Genotipagem)
42	Classificação do tipo de caso: 1 – Controle (controle de tratamento de doença/agravo: acompanhamento da efetividade do tratamento ou finalização do tratamento); 2 – Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita, afetando várias pessoas, em um mesmo período de tempo e/ou local); 3 – Diagnóstico (identificação do microrganismo causador da doença para confirmação da doença/agravo); 4 – Vigilância (rastreamento a fim de verificar se a pessoa está com algum microrganismo específico, mesmo que esta pessoa não esteja doente (colonizado) 9 – Ignorado (como nada foi informado na requisição do exame, não se pode inferir qualquer uma das opções anteriores).
43	Descrição: Descrever o tipo de caso (Só habilitado quando o campo surto for selecionado)
44	Paciente foi a óbito: Informar se paciente foi a óbito decorrente algum agravo/doença
45	Tratamento – informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s). (Exemplo: 10 dias = >deve ser informado na lacuna quantidade o número “10”, e na segunda lacuna o item correspondente à opção “1”, que significa dia.
46	Etapa de tratamento – corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s), podendo ser: 1 – Pré-tratamento (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) e 9 – Ignorado.
47	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 e 9 – Ignorado.
48	Vacina: informar se o paciente tomou vacina do agravo/doença.
49	Data da última dose da vacina do agravo/doença suspeita ou confirmada que, o paciente tomou no formato dd/mm/aaaa . Especifique o tipo da vacina.
50	Origem da Infecção: Informar a origem da infecção (Comunitária, IRAS – Infecção Relacionada a Assistência à Saúde/Infecção Hospitalar e Não informado)
51	Paciente Internado: Informar se o paciente está internado (Sim ou Não)

52	Unidade de internação: Se marcado para SIM marcar as opções de unidade de internação: 1 – Emergência; 2 – Enfermaria Cirúrgica (adulto); 3 – Enfermaria Cirúrgica (pediátrica); 4 – Enfermaria Clínica (Adulto); 5 – Enfermaria Clínica (pediátrica); 6 – Unidade de Terapia Intensiva (Adulto); 7 - Unidade de Terapia Intensiva (Pediátrica); 8 - Unidade de Terapia Intensiva (Neonatal); 9 - Unidade de Terapia Semi-Intensiva e 10 - Ignorado
53	Pacientes com suspeita de infecção/colonização por microrganismo multirresistente: Informar se paciente está com suspeita de infecção/colonização por microrganismo multirresistente
54	Tipo de ocorrência do agravo doença: Informar qual o tipo de ocorrência do agravo doença (Infecção, Colonização e Não informado)
55	Principal sítio de localização da infecção: Informar a localização da infecção, tabela no sistema.
56	Paciente em uso de antibiótico/antifúngicos: Informar se está em uso de antibiótico/antifúngicos
57	Antibiótico: Consultar a tabela de antibióticos
58	Antifúngico: Consultar a tabela de antifúngico
59	Agravo/Doença: informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).
60	Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) .
61	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) .
62	Informar a data da notificação conforme descrita na ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) .
63	Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação.
64	Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE) .
65	Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.
66	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO) .
67	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE DE FEDERAÇÃO) .
68	Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
69	Material Biológico (amostra enviada): informar o(s) tipo(s) de material (is) biológicos (s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) .
70	Informar caso o material biológico requeira localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. Ex. Abdômen, Braço direito, ...
71	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; nª – nª amostra e U – Única (OBRIGATÓRIO) .
72	Material Clínico em que a amostra foi enviada: 1 - IN – Amostra in Natura ; 2 - IB – Isolado Bacteriano ; 3 - LM – Lâmina ; 4 - MTB – Meio de Transporte Bacteriano ; 5 - MTV – Meio Transporte Viral ; 6 - FF – Fixado em Formol ; 7 - FA – Fixado em Álcool ; 8 - FO – Fixado em Outros ; 9 - BP – Bloco de Parafina e 10 - PF – Em Papel de Filtro .
73	Data da Coleta: informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) (OBRIGATÓRIO) . No formato dd/mm/aaaa
74	Hora da Coleta: informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min
75	Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta. 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado Caso a informação seja 1 - Sim , Especificar e a data de início do uso do medicamento.
76	Observações: informar dados clínicos/ laboratoriais adicionais que auxiliam no diagnóstico laboratorial.