



REQUISIÇÃO

1 N° Requisição:	2 Unidade de Saúde (ou outra fonte):*	3 CNES:*
4 Município de Atendimento:	5 Código IBGE:*	6 UF:
7 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional de Saúde:°	8 Nome do Profissional de Saúde:°*	9 Número do Conselho/Matricula:*
10 Rubrica:		
11 Data de Solicitação:*	12 Finalidade:*	13 Descrição da Finalidade:
	1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado	

PACIENTE

14 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:°	15 Nome do Paciente:°*
16 Data de Nascimento:°*	17 Idade:°*
	Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)
18 Sexo:°*	19 Nacionalidade:°
M - Masculino I - Ignorado F - Feminino	
20 Raça/Cor:°	21 Etnia:°
1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação	22 Nome da Mãe:°
23 Documento 1:	24 Documento 2:
1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN	1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN
25 Logradouro: (Rua, Avenida...)	26 Número:
27 Complemento do Logradouro:	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 - Periurbana 3 - Rural 4 - Silvestre 9 - Ignorada	

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

37 Agravado/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 Caso:	41 Tratamento:	42 Etapa de Tratamento:
1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado	4 - Controle 5 - Óbito Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado	1 - Pré-tratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado
43 Paciente Tomou Vacina?	44 Vacina?	45 Data da Última Dose:
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

SINAN

46 Notificado ao SINAN:	<b>Preencher com as informações para rastreo no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde.</b>	47 CID 10:*	48 N° Notificação do SINAN:*	49 Data de Notificação:*
1 - Sim				
50 Unidade de Saúde Notificante:				51 CNES*
52 Município de Notificação:				53 Código IBGE* 54 UF:

AMOSTRA / EXAME

64 Pesquisa (s) / Exame(s) Solicitado (s) :*	65 Material Biológico:*	66 Localização:	67 Amostra:*	68 Mat. Clínico:	69 Data da coleta:*	70 Hora da coleta:	71 Usou medicamento antes da data da coleta?
			(1ª, 2ª, 3ª, Única)	1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF			72 73 74 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

65 Observações Gerais :
-------------------------

\*Campo de preenchimento obrigatório °Preenchimento automático com informações do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Ordem	Descrição dos Campos
01	<b>Número da requisição: gerado pelo sistema após o cadastro da requisição de exame. (OBRIGATÓRIO).</b>
02	<b>Unidade de Saúde:</b> nome da unidade de saúde que solicita exame (s) da rede de laboratórios.
03	<b>CNES</b> (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) com o número correspondente. <b>(OBRIGATÓRIO).</b>
04	<b>Município de atendimento:</b> Município da Unidade de Saúde onde foi realizada a solicitação do (s) exame(s) do paciente.
05	<b>Código do IBGE</b> correspondente ao Município de atendimento <b>(OBRIGATÓRIO)</b> do paciente.
06	<b>UF:</b> sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde responsável pela solicitação de exame(s).
07	<b>CNS</b> (Cartão Nacional de Saúde) do profissional de saúde. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
08	<b>Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
09	<b>Número do Conselho ou matrícula (abreviatura) do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) . Ex: CRM/RJ 1234.</b>
10	<b>Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).</b>
11	<b>Data da solicitação</b> do exame (s) no formato <b>dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).</b>
12 e 13	<b>Finalidade da requisição de exame: 1 – Campanha</b> (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); <b>2 – Inquérito</b> (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); <b>3 – Investigação</b> (aplicável a doenças/agravos em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); <b>4 – Programa</b> (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); <b>5 – Protocolo</b> (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); <b>6 – Projeto</b> (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e <b>9 – Ignorado.</b> Especificar a finalidade da requisição do exame a nível: Nacional ou Estadual. <b>Descrição:</b> descrição da finalidade. Ex: Inquérito de Sarampo, Programa Mãe Paranaense...
14	<b>CNS</b> (Cartão Nacional de Saúde) do Paciente – <b>CNS (AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
15	<b>Paciente:</b> nome completo e sem abreviatura. <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
16	<b>Data de nascimento do paciente.</b> No formato <b>dd/mm/aaaa. (AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
17	<b>Idade do paciente:</b> 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). <b>1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(s) e 4 – Anos. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
18	<b>Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e I – Ignorado. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
19	<b>Nacionalidade:</b> país de origem do paciente.
20	<b>Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação. (AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
21	<b>Etnia:</b> Caso o campo 20 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
22	<b>Nome da mãe:</b> Informar o nome completo e sem abreviações. <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
23 e 24	<b>Documento do paciente 01 e 02:</b> 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). <b>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. Número do documento.</b>
25	<b>Logradouro:</b> endereço do paciente. Ex: Rua, avenida...
26	<b>Número do logradouro</b> do paciente. Ex: apartamento, casa...
27	<b>Complemento do logradouro:</b> dados complementares do logradouro do paciente.
28	<b>Ponto de referência:</b> auxilia na localização do logradouro do paciente.
29	<b>Bairro onde reside o paciente.</b>
30	<b>Município do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
31	<b>Código do IBGE</b> correspondente ao município de residência do paciente <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
32	<b>UF:</b> Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
33	<b>CEP</b> (Código de endereçamento postal) do logradouro do paciente. Ex: 71860-800.
34	<b>Código da localidade</b> e o <b>telefone</b> para contato do paciente. <b>(DDD e número do telefone).</b> Ex: <b>61-33213-8000.</b>
35	<b>Zona:</b> classificação do logradouro do paciente. <b>1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.</b>
36	<b>País</b> do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
37	<b>Informações Clínicas do Agravo/Doença:</b> informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente <b>(OBRIGATÓRIO)</b> pelo profissional de saúde.
38	<b>Data dos primeiros sintomas:</b> data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato <b>dd/mm/aaaa.</b>
39	<b>Idade Gestacional:</b> paciente do sexo feminino, informar o período gestacional no momento da ocorrência do agravo/doença. O paciente do <b>sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.</b>
40	<b>Caso classificação: 1 – Suspeito</b> (diagnóstico para definição de doença/agravo); <b>2 – Comunicante</b> (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); <b>3 – Acompanhamento</b> (paciente em tratamento de doença/agravo); <b>4 – Controle</b> (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); <b>5 – Óbito</b> (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis); <b>6 – Caso grave</b> (paciente em estado grave, internado ou não); <b>7 – Surto</b> (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); <b>8 – Diagnóstico</b> (paciente para confirmação da doença/agravo) e <b>9 – Ignorado.</b>
41	<b>Tratamento:</b> informar o tempo de tratamento do paciente de acordo com a 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.
42	<b>Etapas de tratamento:</b> etapa de tratamento do paciente de acordo com a data da solicitação do exame (s), podendo ser: <b>1 – Pré-tratamento (sem tratamento); 2 - Tratamento (sob medicação); 3 - Retratamento (iniciado novamente o tratamento ou troca de tratamento); 4 - Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais com resistência ao medicamento) e 9 – Ignorado.</b>
43	<b>O paciente tomou vacina?</b> – O campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente vacinado contra o agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame (s). <b>1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado.</b>
44	<b>Vacina:</b> Especificar a vacina relacionada ao agravo/doença.
45	<b>Data da última dose da vacina</b> relacionada ao agravo/doença no formato <b>dd/mm/aaaa.</b>
46	<b>Agravo/doença com o número de Notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação.</b>
47	<b>CID 10</b> (Classificação Internacional de Doenças) informar o código correspondente agravo/doença do SINAN, de acordo com o campo 46 <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).</b>
48	<b>Número de Notificação do SINAN (07 dígitos):</b> especificar o número de notificação do Sistema nacional de Agravos de Notificação <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).</b>
49	<b>Data da Notificação:</b> de acordo com ficha de notificação SINAN no formato <b>dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).</b>
50	<b>Unidade de Saúde Notificante:</b> unidade que realizou a notificação do SINAN.
51	<b>CNES</b> (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) informar o número. <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE).</b>
52	<b>Município de Notificação:</b> município que realizou a notificação do SINAN.
53	<b>Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO).</b>
54	<b>Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde,</b> que realizou a notificação no SINAN.
55	<b>Material Biológico</b> (amostra enviada). Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológicos (s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s). <b>(OBRIGATÓRIO).</b>
56	<b>Localização</b> do material biológico, caso tenha sido especificado, da amostra foi coletada. Ex.: <b>raspado da cabeça, nódulo na face ...</b>
57	<b>Amostra:</b> <b>informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; ... ; U – Única (OBRIGATÓRIO).</b>
58	<b>Material Clínico:</b> modo como a amostra foi enviada: <b>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.</b>
59	<b>Data da Coleta:</b> data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato <b>dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).</b>
60	<b>Hora da Coleta:</b> informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato <b>hh:mm Ex. 12h 54min.</b>
61,62, 63	<b>Uso medicamento</b> na data da coleta: <b>1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado</b> Caso a informação seja <b>1 - Sim, Especifique</b> e inserir a <b>data de início do uso</b> do medicamento.
64	<b>Pesquisa (s) / Exame (s) Solicitado (s):</b> conjunto de exame (s) e metodologia (s) relacionada (s) e associado (s) ao Número (s) da (s) <b>Amostra</b> (s) que foi (am) coletada (s).
65	<b>Observações Gerais:</b> informações que auxiliam no diagnóstico laboratorial.