



REQUISIÇÃO

1 Nº Requisição:		2 Unidade Saúde (ou outra fonte):*			3 CNES:*			
4 Município de Atendimento:				5 Código BGE:*		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:		13 Descrição:				
		1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado						

PACIENTE

14 Tipo Paciente:		15 CPF do paciente:*						
1 - Brasileiro 2 - Estrangeiro 3 - Indígena 4 - Vulnerável								
16 CNS do paciente:*		17 Nome do Paciente:*						
18 Data de Nascimento:*		19 Idade:*		20 Sexo:*		21 Nacionalidade:		
		Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado				
22 Raça/Cor:			23 Etnia:		24 Nome da Mãe:			
1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação								
25 Documento 1:				26 Documento 2:				
1 - RG 2 - CNH 3 - CNS 4 - CNASC 5 - PRONT 6 - INFOPEN				Número: 1 - RG 2 - CNH 3 - CNS 4 - CNASC 5 - PRONT 6 - INFOPEN				
27 Endereço do paciente: (Rua, Avenida...)							28 Número:	
29 Complemento do endereço:			30 Ponto de Referência:		31 Bairro:			
32 Município de Residência:*							33 Código BGE:*	34 UF:
35 CEP:			36 DDD / Telefone:		37 Zona:		38 País (Se reside fora do Brasil):*	
					3 - Rural 1 - Urbana 4 - Silvestre 2 - Periurbana 9 - Ignorada			

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

39 Agravado/Doença:				40 Data dos Primeiros Sintomas:			
41 Idade Gestacional:		42 Motivo:			43 Diagnóstico:		
1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado							
44 Caso:				45 Tratamento:		46 Etapa de Tratamento:	
1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - óbito 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado				Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado		1 - Pré-tratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado	
47 Paciente Tomou Vacina?			48 Vacina?			49 Data da Última Dose:	
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							

NOTIFICAÇÃO SINAN

50 Agravado/Doença de notificação do SINAN:			51 CID10:*		52 Nº Notificação do SINAN:*		53 Data de Notificação:*	
54 Unidade de Saúde Notificante:							55 CNES:*	
56 Município de Notificação:							57 Código BGE:*	58 UF:

AMOSTRA / EXAME

59 Exame Solicitado:*	60 Material Biológico:*	61 Localização:	62 Amostra:*	63	64 Data da coleta:*	65 Hora da coleta:	66 Usou medicamento antes da data da coleta?	
			1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV (1ª, 2ª, 3ª Única) 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF				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

67 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/agravs 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	Tipo Paciente: 1- Brasileiro; 2 - Estrangeiro; 3 - Indígena; 4 - Vulnerável
15	CPF Paciente: Se a opção for "Brasileiro", informar o número do CPF.
16	Número do Cartão Nacional de Saúde do Paciente CNS (OBRIGATÓRIO) .
17	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO) .
18	Data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO) .
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). 1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(s) e 4 – Anos. (OBRIGATÓRIO) .
20	Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e I – Ignorado. (OBRIGATÓRIO)
21	Nacionalidade: país de origem do paciente.
22	Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação.
23	Etnia: caso o campo 19 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.
24	Nome da mãe: informar o nome completo e sem abreviações.
25 e 26	Documento: este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. 1 – RG - Carteira de Identidade; 2 - CNH - Carteira Nacional de Habilitação; 3 - CNS - Cartão Nacional de Saúde; 4 - CNASC Certidão de Nascimento; 5 – PRONT – Prontuário e 6 – INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias.
27	Endereço do paciente (rua, avenida...)
28	Número (apartamento, casa) do endereço do paciente.
29	Dados complementares do endereço do paciente.
30	Ponto de referência para auxiliar na localização do endereço do paciente.
31	Bairro do endereço do paciente.
32	Município do endereço do paciente.
33	Código do IBGE correspondente (OBRIGATÓRIO) .
34	Sigla da Unidade de Federação do endereço do paciente.
35	CEP - Código de endereçamento postal do endereço (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.
36	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone)
37	Classificação da zona do endereço do paciente. 1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.
38	País do endereço do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO) .
39	Informar o nome do agravo/doença conforme tabela disponível no sistema (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS) .
40	Data dos primeiros sintomas – data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa .
41	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.
42	Motivo: campo habilitado somente para hepatites virais
43	Diagnóstico: campo habilitado somente para hepatites virais
44	Classificação do tipo de caso: 1 – Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo); 2 – Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); 3 – Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo); 4 – Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 5 – óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis); 6 – Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não); 7 – Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 – Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 – Ignorado.
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 - 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) e 9 – Ignorado.
47	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 e 9 – Ignorado.
48	Vacina: informar se o paciente já tomou vacina contra agravo/doença.
49	Data da última dose da vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmada que o paciente tomou no formato dd/mm/aaaa . Especifique o tipo da vacina.
50	Agravo/Doença: informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS) .
51	Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) .
52	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) .
53	Informar a data da notificação conforme descrita na ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) .
54	Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação.
55	Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE) .
56	Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.
57	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO) .
58	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) .
59	Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
60	Material Biológico (amostra enviada): informar o(s) tipo(s) de material (is) biológico(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) .
61	Informar caso o material biológico requeira localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. Ex. Abdômen, Braço direito, ...
62	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) .
63	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.
64	Data da Coleta: informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) (OBRIGATÓRIO) . No formato dd/mm/aaaa
65	Hora da Coleta: informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min
66	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.
67	Observações: informar dados clínicos/ laboratoriais adicionais que auxiliam no diagnóstico laboratorial.