



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 Número: 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN	1 - RG 2 - CPF 3 - CNH Número: 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: 3 - Rural 4 - Silvestre 2 - Periurbana 9 - Ignorada
	36 País (Se reside fora do Brasil):°*

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 4 - Controle 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado	Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado	1 - Pretratamento 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: 1 - Sim	Preencher com as informações para rastreo no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde.	47 CID 10:*	48 N° Notificação do SINAN:*	49 Data de Notificação:*
50 Unidade de Saúde Notificante:				51 CNES*
52 Município de Notificação:				53 Código IBGE* 54 UF:

AMOSTRA / EXAME

55 Pesquisa (s) / Exame(s) Solicitado (s) :*	56 Material Biológico:*	57 Localização:	58 Amostra:*	59 Mat. Clínico:	60 Data da coleta:*	61 Hora da coleta:	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			62 63 64 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	Número da requisição: gerado pelo sistema após o cadastro da requisição de exame. (OBRIGATÓRIO).
02	Unidade de Saúde: nome da unidade de saúde que solicita exame (s) da rede de laboratórios.
03	CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) com o número correspondente. (OBRIGATÓRIO).
04	Município de atendimento: Município da Unidade de Saúde onde foi realizada a solicitação do (s) exame(s) do paciente.
05	Código do IBGE correspondente ao Município de atendimento (OBRIGATÓRIO) do paciente.
06	UF: sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde responsável pela solicitação de exame(s).
07	CNS (Cartão Nacional de Saúde) do profissional de saúde. (AUTO-PREENCHIMENTO).
08	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
09	Número do Conselho ou matrícula (abreviatura) do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) . Ex: CRM/RJ 1234.
10	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
11	Data da solicitação do exame (s) no formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).
12 e 13	Finalidade da requisição de exame: 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 a finalidade da requisição de exame a nível: Nacional ou Estadual. Ex: Inquérito de Sarampo, Programa Mãe Paranaense... Descrição: descrição da finalidade.
14	CNS (Cartão Nacional de Saúde) do Paciente – CNS (AUTO-PREENCHIMENTO).
15	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
16	Data de nascimento do paciente. No formato dd/mm/aaaa. (AUTO-PREENCHIMENTO).
17	Idade do paciente: 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 e AUTO-PREENCHIMENTO).
18	Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e I – Ignorado. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
19	Nacionalidade: país de origem do paciente.
20	Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação. (AUTO-PREENCHIMENTO).
21	Etnia: Caso o campo 20 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia. (AUTO-PREENCHIMENTO).
22	Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
23 e 24	Documento do paciente 01 e 02: 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. Número do documento.
25	Logradouro: endereço do paciente. Ex: Rua, avenida...
26	Número do logradouro do paciente. Ex: apartamento, casa...
27	Complemento do logradouro: Dados complementares do logradouro do paciente.
28	Ponto de referência: auxilia na localização do logradouro do paciente.
29	Bairro onde reside o paciente.
30	Município do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO).
31	Código do IBGE correspondente ao município de residência do paciente (OBRIGATÓRIO e (AUTO-PREENCHIMENTO).).
32	UF: Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO).
33	CEP (Código de endereçamento postal) do logradouro do paciente. Ex: 71860-800.
34	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone). Ex: 61-33213-8000.
35	Zona: classificação do logradouro do paciente. 1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.
36	País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).
37	Informações Clínicas do Agravo/Doença: informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
38	Data dos primeiros sintomas: data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).
39	Idade Gestacional: paciente do sexo feminino, informar o período gestacional no momento da ocorrência do agravo/doença. O paciente do sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.
40	Caso classificação: 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.
41	Tratamento: 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	Etapas de tratamento: etapa de tratamento do paciente de acordo com a 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 tratamento); 4 - Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais com resistência ao medicamento) e 9 – Ignorado.
43	O paciente tomou vacina? – 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). 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado.
44	Vacina: Especificar a vacina relacionada ao agravo/doença.
45	Data da última dose da vacina relacionada ao agravo/doença no formato dd/mm/aaaa.
46	Agravo/doença com o número de Notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação.
47	CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) informar o código correspondente agravo/doença do SINAN, de acordo com o campo 36 (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
48	Número de Notificação do SINAN (07 dígitos): especificar o número de notificação do Sistema nacional de Agravos de Notificação (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
49	Data da notificação: de acordo com ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
50	Unidade de Saúde que realizou a notificação do SINAN.
51	CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) informar o número. (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE).
52	Município da unidade de saúde que realizou a notificação do SINAN.
53	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO).
54	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde, que realizou a notificação no SINAN.
55	Pesquisa (s) / Exame (s) Solicitado (s): conjunto de exame (s) e metodologia (s) relacionada (s) e associado (s) ao Número (s) da (s) Amostra (s) que foi coletada (s).
56	Material Biológico (amostra enviada). Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológicos (s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s). (OBRIGATÓRIO).
57	Localização do material biológico, caso tenha sido especificado, da amostra foi coletada. Ex. Abdômen, raspado ...
58	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; ... ; U – Única (OBRIGATÓRIO).
59	Material Clínico: modo como 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.
60	Data da Coleta: data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).
61	Hora da Coleta: informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min.
62,63, 64	Usou medicamento na data da coleta: 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado Caso a informação seja 1 - Sim, Especificar e inserir a data de início do uso do medicamento.
65	Observações Gerais: informações que auxiliam no diagnóstico laboratorial.