

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Gerência de Vigilância Epidemiológica
Coordenação de Controle das Doenças Hídricas e Alimentares
Av. 136, s/nº, Qd.44, Lt 22 a 24, Edf. César Sebba, Setor Sul, Goiânia, Goiânia-GO
bact.agudas@gmail.com

**ORIENTAÇÕES DE COMO PREENCHER A FICHA DO GAL
para identificação de agentes etiológicos das Doenças Diarreicas Agudas**

1. Ficha do GAL



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

Requisição de Exame

REQUISICÃO	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:º			8 Nome do Profissional de Saúde:º		9 Número do Conselho/Matrícula:*	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:º			15 Nome do Paciente:º			
	16 Data de Nascimento:º		17 Idade:º	18 Sexo:º		19 Nacionalidade:º	
			Quantidade:	1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)		M - Masculino 1 - Ignorado F - Feminino	
	20 Raça/Cor:º		21 Etnia:º		22 Nome da Mãe:º		
	1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação						
	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:º				31 Código IBGE:º		32 UF:º
33 CEP:		34 DDD / Telefone:		35 Zona:		36 País (Se reside fora do Brasil):º	
				3 - Rural 1 - Urbana 4 - Silvestre 2 - Periurbana 9 - Ignorada			

2. Exames realizados

Serão realizadas pesquisa para identificação de vírus na amostra contida no Coletor Universal (potinho) e para identificação de bactérias (coprocultura) na amostra do swab em meio de cultura Carry Blair.

3. Como preencher a ficha para fazer solicitação dos dois exames:

- Na primeira linha coloque a primeira solicitação e na segunda linha coloque a segunda nos campos indicados no modelo abaixo:

INFORMAÇÕES CLÍNICAS	
37 Agravado/Doença:*	Deixar o campo em branco
38 Data dos Primeiros Sintomas:*	39 Idade Gestacional: 1 - 1º Trím. 2 - 2º Trím. 3 - 3º Trím. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado
40 Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado	41 Tratamento: Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado
42 Etapa de Tratamento: 1 - Pretratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado	
43 Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	44 Vacina?
45 Data da Última Dose:	
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 Nº Notificação do SINAN:*
49 Data de Notificação:*	
SINAN	
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: (1ª, 2ª, 3ª Única)
59 Mat. Clínico: 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF	60 Data da coleta:*
61 Hora da coleta:	62 Usou medicamento antes da data da coleta? 63 64
Pesquisa para vírus	Fezes
Única	1 - NI
Coprocultura	Swab fecal
Única	4 - MTB
DADOS COMPLEMENTARES	
65 Observações Gerais :	
Colocar a observação "Surto de DDA"	

*Campo de preenchimento obrigatório

*Preenchimento automático com informações do Cartão Nacional de Saúde (CNS)