

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

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: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			

