

REQUISIÇÃO PARA EXAME – **Chikungunya**

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

MUNICÍPIO ITAJAÍ	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES 6   5   3   9   8   5   8
---------------------	--------------------------	-----------------------------------

## DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	DDD	TELEFONE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	RAÇA
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)			
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	UF	CEP	
Nº NOTIFICAÇÃO	DATA DA NOTIFICAÇÃO	CPF	

## DADOS COMPLEMENTARES

Viajou nos últimos 15 dias? ☐ Não  
☐ Sim Local: \_\_\_\_\_ Chegou quando? \_\_\_\_\_ Ficou por quantos dias? \_\_\_\_\_

## DADOS DE INTERESSE DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Profissão e Local de Trabalho (Endereço):

Dentro do município quais foram os deslocamentos nos últimos 15 dias (Bairro e datas):

Relatos de exposição a enchentes, alagamentos, lama, esgoto, fossas, lixo ou entulho:

Suspeitas para outras doenças, quais e resultado:

Relatos de parentes, colegas de trabalho com sintomas semelhantes ao suspeito:

Data dos primeiros sintomas: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

( ) Febre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

( ) Artralgia. Descrever: \_\_\_\_\_

( ) Mialgia

( ) Cefaléia

( ) Exantema maculopapular

( ) Outros: \_\_\_\_\_

## SOLICITAÇÃO

NOME / FUNÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Simone Silva Menegaz Veit COREN: 436774	DDD	TELEFONE
	4   7	3   2   4   9   5   5   7   2

## DADOS DA COLETA DA AMOSTRA

DATA DA COLETA:	RESPONSÁVEL PELA COLETA:
( ) 1ª amostra: ____ / ____ / ____ ( ) IgM ( ) PCR	Nome: _____
( ) 2ª amostra: ____ / ____ / ____ ( ) IgM ( ) PCR	Função: _____

## ATENÇÃO:

COMPARECER NO LABORATÓRIO MUNICIPAL DIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PARA COLETA DE SANGUE.  
LEVAR CARTÃO SUS E RG OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO