

REQUISIÇÃO PARA EXAME – DENGUE ITAJAÍ

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

MUNICÍPIO ITAJAÍ	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES
---------------------	--------------------------	----------

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

Vacina Febre Amarela: ☐ Não ☐ Sim → ☐ Há menos de 03 meses ☐ Há mais de 03 meses

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

Teve dengue antes? ☐ Não ☐ Sim Há _____ anos

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: ____/____/____

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> febre ____/____/____ | <input type="checkbox"/> prostração | <input type="checkbox"/> petéquias | <input type="checkbox"/> anorexia |
| <input type="checkbox"/> mialgia | <input type="checkbox"/> vômitos | <input type="checkbox"/> diarreia | <input type="checkbox"/> epistaxe |
| <input type="checkbox"/> náuseas | <input type="checkbox"/> exantema ____/____/____ | <input type="checkbox"/> choque | <input type="checkbox"/> hepatomegalia |
| <input type="checkbox"/> dor retro orbitária | <input type="checkbox"/> gengivorragia | <input type="checkbox"/> hemorragia gastrointestinal | <input type="checkbox"/> outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> artralgia | <input type="checkbox"/> cefaleia | <input type="checkbox"/> prurido ____/____/____ | |

Plaquetas: ____/mm³ Hematócrito: ____% Prova do laço: ☐ positivo ☐ negativo

SOLICITAÇÃO

NOME / FUNÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DDD 	TELEFONE
---	---------	----------

DADOS DA COLETA DA AMOSTRA

DATA DA COLETA: <input type="checkbox"/> 1ª amostra: ____/____/____ <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> NS1 <input type="checkbox"/> 2ª amostra: ____/____/____ <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> NS1	RESPONSÁVEL PELA COLETA: Nome: _____ Função: _____
---	--

ATENÇÃO:

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