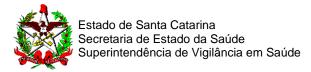


Ministério da Saúde





REQUISIÇÃO PARA EXAME – ZIKA	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
MUNICÍPIO ESTABELECI	MENTO DE SAÚDE CNES
ITAJAÍ	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
CARTAO NACIONAL DE SAUDE (CNS)	DATA DE NASCIMIENTO SEXO RAÇA
NOME DA MAL	
ENDEREÇO (Rua, №, Bairro)	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	UF CEP
Nº NOTIFICAÇÃO DATA DA NOTI	FICAÇÃO 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:/	
() Exantema. Data de início do exantema://	
() Febre:°C	
() Prurido	
` '	
() Artralgia ou artrite. Descrever:	
() Mialgia	
() Edema em articulações ou membros	
() Cefaléia	
() Dor retro-orbital	
() Hiperemia conjuntival	
() Linfadenopatia, local:	
() Sinais neurológicos, tais como parestesia, p	aralisia, dificuldade de deambulação
() Tosse () Coriza	() Dor garganta () Outros:
SOLICI	TACÃO
NOME / FUNÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DDD TELEFONE
Simone Silva Menegaz Veit COREN: 436774	4 7 3 2 4 9 5 5 7 2
DADOS DA COLETA DA AMOSTRA	
DATA DA COLETA:	RESPONSÁVEL PELA COLETA:
() 1 ^a amostra:// () 2 ^a amostra://	Nome: Função:
ATENÇÃO:	
COMPARECER NO LABORATÓRIO MUNICIPAL DIA / / PARA COLETA DE SANGUE. LEVAR CARTÃO SUS E RG OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO	