

**REQUISIÇÃO PARA EXAME – ZIKA****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

|                     |                          |                                   |
|---------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| MUNICÍPIO<br>ITAJAÍ | ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | CNES<br>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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) 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, paralisia, dificuldade de deambulação

( ) Tosse ( ) Coriza ( ) Dor garganta ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO**

|  |       |                               |
|--|-------|-------------------------------|
| NOME / FUNÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>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:<br>( ) 1ª amostra: ____/____/____<br>( ) 2ª amostra: ____/____/____ | RESPONSÁVEL PELA COLETA:<br>Nome: _____<br>Função: _____ |
|---|--|

**ATENÇÃO:**

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