



SECRETARIA MUNICIPAL DE

SAÚDE



REQUISIÇÃO PARA EXAME – DENGUE ITAJAÍ

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

MUNICÍPIO	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 → Município: Endereço: Bairro:

Data de ida: / / Data de retorno à Itajaí: / /

Teve dengue antes? ☐ Não ☐ Sim Há anos

DADOS DE INTERESSE DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Profissão e Local de Trabalho (Endereço):

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 / / () prostração () petéquias () anorexia
() mialgia () vômitos () diarreia () choque
() náuseas () exantema / / () prurido / / () hepatomegalia
() dor retro orbitária () gengivorragia () epistaxe () Hiperemia conjuntival
() artralgia () cefaleia () hemorragia gastrointestinal
() Edema em articulações ou membros () Linfadenopatia, local: _____
() Sinais neurológicos, tais como parestesia, paralisia, dificuldade de deambulação
() outros: _____ Prova do laço: () positivo () negativo
Plaquetas: / mm³ Hematócrito: %

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

- () Diabetes () Hepatopatias () Hipertensão arterial () Doenças auto-imunes
() Doenças hematológicas () Doença renal crônica () Doença ácido-péptica

SOLICITAÇÃO

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

DADOS DA COLETA DA AMOSTRA

DATA DA COLETA:	RESPONSÁVEL PELA COLETA:
() 1ª amostra: / / () IgM () NS1	Nome: _____
() 2ª amostra: / / () IgM () NS1	Função: _____