

REQUISIÇÃO

1 N° Requisição:	2 Unidade de Saúde (ou outra fonte):*	3 CNES:*
4 Município de Atendimento:	5 Código IBGE:*	6 UF:
7 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional de Saúde:°	8 Nome do Profissional de Saúde:°*	9 Número Conselho/Matricula:*
10 Rubrica:		
11 Data de Solicitação:*	12 Finalidade:*	13 Descrição da Finalidade:
	1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado	

PACIENTE

14 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:°	15 Nome do Paciente:°*		
16 Data de Nascimento:°*	17 Idade:°*	18 Sexo:°*	19 Nacionalidade:°
	Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)	M - Masculino I - Ignorado F - Feminino	
20 Raça/Cor:°	21 Etnia:°	22 Nome da Mãe:°	
1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação			
23 Documento 1:	24 Documento 2:		
1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN	Número: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN		
25 Logradouro: (Rua, Avenida...)	26 Número:		
27 Complemento do Logradouro:	28 Ponto de Referência:	29 Bairro:	
30 Município de Residência:°*	31 Código IBGE:°*	32 UF:°	
33 CEP:	34 DDD / Telefone:	35 Zona:	36 País (Se reside fora do Brasil):°*
		3 - Rural 1 - Urbana 4 - Silvestre 2 - Periurbana 9 - Ignorada	

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

37 Agravado/Doença Suspeito:*	38 Data dos Primeiros Sintomas:	39 Idade Gestacional:
<b>TUBERCULOSE</b>		1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado
40 Finalidade do Exame:*	41 Tratamento:*	42 Período do Tratamento:*
1 - Diagnóstico 2 - Controle 9 - Ignorado	1 - Nunca Tratou Tuberculose 2 - Realizou Tratamento de Tuberculose	Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado
43 População de Risco:*	3 - Internado/Institucionalizado	6 - Indígena 9 - Diabético
1 - População Prisional 2 - População em Situação de Rua	4 - Profissional de Saúde/Sistema Penitenciário 5 - HIV ou Outra Imunodepressão	7 - Imigrante 10 - Tabagista
	8 - Usuário de Drogas 11 - Ignorado	44 Contato TBDR (TB Droga Resistente):*
		1 - Sim 2 - Não

SINAN

45 Notificado ao SINAN:	<b>Preencher com as informações para rastreo no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde.</b>	46 CID 10:*	47 N° Notificação do SINAN:*	48 Data de Notificação:*
1 - Sim		A 1 6 9		
49 Unidade de Saúde Notificante:		50 CNES*		
51 Município de Notificação:		52 Código IBGE*	53 UF:	

AMOSTRA / EXAME

63 Pesquisas (s) / Exame(s) Solicitados (s):*	64 Material Biológico:*	65 Localização:	66 Amostra:*	67 Mat. Clínico:*	68 Data da coleta:*	69 Hora da coleta:	70 Usou medicamento antes da data da coleta?
			(1ª, 2ª, 3ª, Única)	1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF			71 72
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique:

DADOS COMPLEMENTARES

64 Observações Gerais :
-------------------------

\*Campo de preenchimento obrigatório

°Preenchimento automático com informações do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Ordem	Descrição dos Campos
01	<b>Número da requisição:</b> gerado pelo sistema após o cadastro da requisição de exame. <b>(OBRIGATÓRIO).</b>
02	<b>Unidade de Saúde:</b> nome completo e sem abreviaturas da unidade de saúde que solicita exame (s) da rede de laboratórios.
03	<b>CNES</b> (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) com o número correspondente. <b>(OBRIGATÓRIO).</b>
04	<b>Município de atendimento:</b> município da Unidade de Saúde onde foi realizada a solicitação de exame(s).
05	<b>Código do IBGE:</b> correspondente ao Município de atendimento. <b>(OBRIGATÓRIO).</b>
06	<b>UF:</b> sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde responsável pela solicitação de exame(s).
07	<b>CNS</b> (Cartão Nacional de Saúde) do profissional de saúde. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
08	<b>Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame</b> (s) sem abreviaturas. <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
09	<b>Número do conselho ou matrícula</b> (abreviatura) do profissional de saúde <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b> Ex: CRM/RJ 1234.
10	<b>Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame</b> (s).
11	<b>Data da solicitação</b> do exame (s) no formato <b>dd/mm/aaaa.</b> <b>(OBRIGATÓRIO).</b>
12 e 13	<b>Finalidade da requisição de exame:</b> 1 – <b>Campanha</b> (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 – <b>Inquérito</b> (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 – <b>Investigação</b> (aplicável a doenças/agravos em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); 4 – <b>Programa</b> (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 – <b>Protocolo</b> (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 – <b>Projeto</b> (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 – <b>Ignorado.</b> Especificar a finalidade da requisição do exame a nível: Nacional ou Estadual. <b>Descrição:</b> descrição da finalidade. Ex: Inquérito de Sarampo, Programa Mãe Paranaense...
14	<b>CNS</b> (Cartão Nacional de Saúde) do Paciente – <b>CNS</b> <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
15	<b>Paciente:</b> nome completo e sem abreviatura. <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
16	<b>Data de nascimento do paciente.</b> No formato <b>dd/mm/aaaa.</b> <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
17	<b>Idade do paciente:</b> campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). <b>1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(s) e 4 – Anos.</b> <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
18	<b>Sexo do paciente.</b> F – <b>Feminino; M – Masculino e I – Ignorado.</b> <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
19	<b>Nacionalidade:</b> país de origem do paciente.
20	<b>Raça/Cor:</b> 1 – <b>Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação.</b> <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
21	<b>Etnia:</b> Caso o campo 20 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
22	<b>Nome da mãe:</b> Informar o nome completo e sem abreviações. <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
23 e 24	<b>Documento do paciente 01 e 02 :</b> Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b> (Ex. CPF: 777.888.999.00 => deve ser informado o item correspondente à opção "2", que significa CPF e segunda lacuna o número 555.555.555.55). <b>1 – RG – Carteira de Identidade; 2 – CPF – Cadastro de Pessoa Física; 3 – CNH – Carteira Nacional de Habilitação; 4 – CNS – Cartão Nacional de Saúde; 5 – CNASC – Certidão de Nascimento; 6 – PRONT – Prontuário e 7 – INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias.</b> Número do documento.
25	<b>Logradouro:</b> endereço do paciente. Ex: Rua, avenida... <b>(AUTO-PREENCHIMENTO)..</b>
26	<b>Número do logradouro</b> do paciente. Ex: apartamento, casa... <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
27	<b>Complemento do logradouro:</b> Dados complementares do logradouro do paciente. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
28	<b>Ponto de referência:</b> auxilia na localização do logradouro do paciente.
29	<b>Bairro do logradouro do paciente.</b> <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
30	<b>Município do logradouro do paciente.</b> <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
31	<b>Código do IBGE</b> correspondente ao município de residência do paciente <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
32	<b>UF:</b> Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
33	<b>CEP</b> (Código de endereçamento postal) do logradouro do paciente. Ex: 71860-800. <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b> <b>(AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
34	<b>Código da localidade</b> e o <b>telefone</b> para contato do paciente. <b>(DDD e número do telefone).</b> Ex: 61-33213-8000.
35	<b>Zona:</b> classificação da do logradouro do paciente. <b>1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.</b>
36	<b>País</b> do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. <b>(OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).</b>
37	<b>Informações Clínicas do Agravo/doença:</b> TUBERCULOSE informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente <b>(OBRIGATÓRIO)</b> pelo profissional de saúde.
38	<b>Data dos primeiros sintomas:</b> data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato <b>dd/mm/aaaa.</b>
39	<b>Idade Gestacional:</b> paciente do sexo feminino, informar o período gestacional no momento da ocorrência do agravo/doença. O paciente do <b>sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.</b>
40	<b>Finalidade do Exame:</b> 1 – <b>Diagnóstico</b> (paciente para confirmação da doença/agravo); 2 – <b>Controle</b> (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 9 – <b>Ignorado</b>
41	<b>Tratamento:</b> 1 - <b>Nunca Tratou Tuberculose; 2 – Realizou Tratamento de Tuberculose</b>
42	<b>Período de Tratamento:</b> informar o período de tratamento do paciente de acordo com a data da solicitação do exame (s). Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.
43	<b>População de Risco:</b> (indivíduos sem oportunidades, sociais, econômicas e culturais, com incapacidade de proteger os próprios interesses e possui uma qualidade de vida inferior) <b>1 – População Prisional; 2 – População em Situação de Rua; 3 – Internato/Institucionalizado; 4 – Profissional de Saúde/Sistema Penitenciário; 5 – HIV ou Outra Imunodepressão; 6 – Indígena; 7 – Imigrante; 8 – Usuário de Drogas; 9 – Diabético; 10 – Tabagista; 11 – Ignorado</b> Exemplos: população carcerária, morador de rua, usuários de drogas, doentes terminais, e etc.
44	<b>Contato TBDR</b> (Tuberculose Droga Resistente): 1 – Sim; 2 – Não.
45	<b>Agravo/doença com o número de Notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação.</b>
46	<b>CID 10</b> (Classificação Internacional de Doenças) informar o código correspondente agravo/doença do SINAN, de acordo com o campo 45 <b>(OBRIGATÓRIO PARA QUANDO A FINALIDADE - CONTROLE).</b>
47	<b>Número de Notificação do SINAN (07 dígitos):</b> especificar o número de notificação do Sistema nacional de Agravos de Notificação <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).</b>
48	<b>Data da Notificação:</b> de acordo com ficha de notificação SINAN no formato <b>dd/mm/aaaa.</b> <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).</b>
49	<b>Unidade de Saúde Notificante:</b> unidade que realizou a notificação do SINAN.
50	<b>CNES</b> (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) informar o número. <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE).</b>
51	<b>Município de Notificação:</b> Município que realizou a notificação do SINAN.
52	<b>Código do IBGE</b> <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO).</b>
53	<b>Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde,</b> que realizou a notificação no SINAN.
54	<b>Material Biológico</b> (amostra enviada). Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológico(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s). <b>(OBRIGATÓRIO).</b>
55	<b>Localização:</b> localização do material biológico, caso tenha sido especificado, da amostra foi coletada. Ex.: raspado da cabeça, nódulo na face ...
56	<b>Amostra:</b> informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. <b>1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; ... ; U – Única</b> <b>(OBRIGATÓRIO).</b>
57	<b>Material Clínico:</b> modo como a amostra foi enviada: 1- <b>IN – Amostra in Natura; 2 - IB – Isolado Bacteriano; 3 - LM – Lâmina; 4 - MTB – Meio de Transporte Bacteriano; 5 - MTV – Meio Transporte Viral; 6 - FF – Fixado em Formol; 7 - FA – Fixado em Álcool; 8 - FO – Fixado em Outros; 9 - BP – Bloco de Parafina e 10 - PF – Em Papel de Filtro.</b>
58	<b>Data da Coleta:</b> data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato <b>dd/mm/aaaa.</b> <b>(OBRIGATÓRIO).</b>
59	<b>Hora da Coleta:</b> informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato <b>hh:mm</b> Ex. 12h 54min.
60,61,62	<b>Uso medicamento</b> na data da coleta: 1 – <b>Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado</b> Caso a informação seja 1 - <b>Sim, Especifique</b> e inserir a <b>data de início do uso</b> do medicamento.
63	<b>Pesquisa (s) / Exame (s) Solicitado (s):</b> conjunto de exame (s) e metodologia (s) relacionada (s) e associado (s) ao Número (s) da (s) <b>Amostra</b> (s) que foi (am) coletada (s).
64	<b>Observações Gerais:</b> informações que auxiliam no diagnóstico laboratorial.