



REQUISIÇÃO

1 N° Requisição:		2 Unidade de Saúde (ou outra fonte):*			3 CNES:*		
4 Município de Atendimento:					5 Código IBGE:*		6 UF:
7 Nome do Profissional de Saúde:*				8 Registro Conselho/Matricula:*		9 Assinatura:	
10 Data de Solicitação:*		11 Data dos Primeiros Sintomas:		12 Caso: 1 - Suspeito    2 - Comunicante    3 - Acompanhamento    4 - Controle    5 - Óbito 6 - Caso grave    7 - Surto    9 - Ignorado			
13 Tratamento: Quantidade:    1 - Dia    2 - Semana 3 - Mês    4 - Ano    9 - Ignorado		14 Etapa de Tratamento: 1 - Pretratamento    2 - Tratamento    3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência    9 - Ignorado		15 Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim    2 - Não 9 - Ignorado		16 Data da Última Dose:	
17 Qual Vacina?		18 Finalidade: 1 - Campanha    2 - Inquérito    3 - Investigação    Especifique: 4 - Programa    5 - Protocolo    6 - Projeto    9 - Ignorado					

PACIENTE

19 Nome do Paciente:*									
20 Data de Nascimento:*		21 Idade:*		22 Sexo:*		23 Idade Gestacional:		24 Nacionalidade:	
		Quantidade:    1 - Hora(s)    2 - Dia(s) 3 - Mês(s)    4 - Ano(s)		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1 - 1º Trim.    2 - 2º Trim.    3 - 3º Trim.    4 - Ignorada 5 - Não    6 - Não se Aplica    9 - Ignorado			
25 Raça/Cor: 1 - Branca    2 - Preta    3 - Parda 4 - Amarela    5 - Indígena    99 - Sem Informação			26 Etnia:		27 Nome da Mãe:				
28 Documento 1 do Paciente: 1 - RG    2 - CPF    3 - CNH    4 - CNS    Número: 5 - CNASC    6 - PRONT    7 - INFOPEN				29 Documento 2 do Paciente: 1 - RG    2 - CPF    3 - CNH    4 - CNS    Número: 5 - CNASC    6 - PRONT    7 - INFOPEN					
30 Logradouro: (Rua, Avenida...)								31 Número:	
32 Complemento do Logradouro:			33 Ponto de Referência:			34 Bairro:			
35 Município de Residência:*					36 Código IBGE:*		37 UF:		
38 CEP:		39 DDD / Telefone:		40 Zona: 1 - Urbana    2 - Periurbana 3 - Rural    9 - Ignorado		41 País (Se reside fora do Brasil):*			

AMOSTRA / EXAME

42 Exame Solicitado:*	43 Material Enviado:*	44 Amostra:*	45 Tipo de Amostra:	46 Data da coleta:*	47 Usou medicamento antes da data da coleta?
		(1ª, 2ª, 3ª, Única)	1 - IN    2 - IB    3 - LM 4 - MTB    5 - MTV		1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado Especifique:
					1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado Especifique:
					1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado Especifique:
					1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado Especifique:
					1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado Especifique:

SINAN

48 Agravo/Doença:		49 CID 10:*		50 N° Notificação do SINAN:*		51 Data de Notificação:*	
52 Unidade de Saúde Notificante:					53 CNES*		
54 Município de Notificação:					55 Código IBGE*		56 UF:

DADOS COMPLEMENTARES

57 Dados Clínicos/Laboratoriais:							
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--