

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/Matrícula:*
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:°* Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)
18 Sexo:°*	19 Nacionalidade:°
M - Masculino I - Ignorado F - Feminino	
20 Raça/Cor:° 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação	21 Etnia:°
22 Nome da Mãe:°	
23 Documento 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN	Número:
24 Documento 2: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN	Número:
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: 1 - Urbana 2 - Periurbana 3 - Rural 4 - Silvestre 9 - Ignorada	36 País (Se reside fora do Brasil):°*

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

37 Agravado/Doença Suspeito:*	38 Data dos Primeiros Sintomas:	39 Idade Gestacional: 1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorada
TUBERCULOSE		
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 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
1 - População Prisional 2 - População em Situação de Rua		44 Contato TBDR (TB Droga Resistente):* 1 - Sim 2 - Não

SINAN

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