



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 do Paciente 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS Número: 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN				29 Documento do Paciente 2: 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:
