Anexos

Maria José Procópio (org.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PROCÓPIO, M.J., org. Anexos. In: *Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço* [online]. 7th ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 328-340. ISBN: 978-85-7541-565-8. Available from: doi: [10.7476/9788575415658.0012](https://doi.org/10.7476/9788575415658.0012). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/zyx3r/epub/procopio-9788575415658.epub>

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Anexos

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		Nº
TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose. TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extra-pulmonar, ou paciente com pelo menos duas culturas positivas para M. Tuberculosis de material proveniente de localizações extra-pulmonar.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	3 Agravado(a)	TUBERCULOSE		Código (CID10) A16.9
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (BGE)	
Notificação Individual	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	8 Código		9 Data da Notificação
	10 Nome do Paciente	11 Data de Nascimento		12 Sexo do Paciente
	13 (a) Idade	14 Sexo M. Masculino ☐ F. Feminino ☐ 15 Gestante ☐ 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80		

Tuberculose - Instruções para o preenchimento

Ficha de notificação/investigação – Sinan NET

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo Sinan (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO-CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO-CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO-CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença, de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS.: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL**.
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (0=Analfabeto; 1=1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8= Educação superior completa, 9=Ignorado ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL**.
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde (SUS).
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL**.
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando residente no Brasil.
18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando UF for digitada.
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL**.
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do Sinan) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL**.
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena, anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL**.
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL**.
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL**.
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Caso o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL**.

27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
31. Preencher com o número do prontuário do paciente na Unidade de Saúde onde se realiza o tratamento.
32. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
33. Preencher com o código correspondente à situação de entrada do paciente na Unidade de Saúde. O item TRANSFERÊNCIA refere-se àquele paciente que comparece a esta Unidade de Saúde para dar continuidade ao tratamento iniciado em outra Unidade de Saúde, desde que não tenha havido interrupção do uso da medicação por mais de 30 dias. Neste último caso, o tipo de entrada deve ser “Reingresso após abandono”. Os conceitos de “Caso Novo” e “Recidiva” estão referidos no Manual de Normas Técnicas da Tuberculose. A opção “Não Sabe” deve ser assinalada quando o paciente não souber fornecer informações. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
34. Preencher com o código correspondente se o paciente é institucionalizado. Em caso de cumprimento de pena em hospital psiquiátrico, marcar opção 2 (presídio). **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Preencher com o código correspondente o resultado da teleradiografia de tórax ou abreugrafia (o código 3 diz respeito a outras alterações que não são compatíveis com a tuberculose) por ocasião da notificação. **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Preencher com o código correspondente o resultado do teste tuberculínico por ocasião da notificação:
 - 1 - Não reator (0 - 4mm)
 - 2 - Reator fraco (5 - 9mm)
 - 3 - Reator forte (10mm ou mais)
 - 4 - Não realizado
37. Preencher com o código correspondente segundo a forma clínica da tuberculose (pulmonar exclusiva, extrapulmonar exclusiva ou pulmonar + extrapulmonar) por ocasião da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

38. Preencher com o código correspondente à localização extrapulmonar da tuberculose nos casos em que o paciente apresente a forma clínica igual a 2 ou 3. O item OUTRAS refere-se às formas extrapulmonares que não estão listadas no campo da ficha. Caso o paciente apresente mais de uma localização extrapulmonar, preencher a segunda casela do campo. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo 37 = 2 ou 3.
39. Preencher com o código correspondente do agravo presente no momento da notificação do caso. Se agravo associado for 1 (AIDS), o campo 44 é automaticamente preenchido 1 (positivo). **CAMPO ESSENCIAL**.
40. Preencher com o código correspondente o resultado da baciloscopia de escarro para Baar (Bacilo álcool-ácido resistentes) realizada em amostra para diagnóstico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.
41. Preencher com o código correspondente o resultado da baciloscopia de outro material para Baar realizada em amostra para diagnóstico. **CAMPO ESSENCIAL**.
42. Preencher com o código correspondente o resultado da cultura de escarro para *M. tuberculosis* realizada em amostra para diagnóstico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.
43. Preencher com o código correspondente o resultado da cultura de outro material para *M. tuberculosis* realizada em amostra para diagnóstico.
44. Preencher com o código correspondente o resultado da sorologia para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.
45. Preencher com o código correspondente o resultado do exame histopatológico para diagnóstico de TB (biópsia). **CAMPO ESSENCIAL**.
46. Preencher com a data de início do tratamento atual na unidade de saúde que está notificando o caso. **CAMPO ESSENCIAL**.
47. Preencher com o código correspondente as drogas que estão sendo utilizadas no esquema de tratamento prescrito. Listar no quadro OUTRAS drogas utilizadas nos esquemas alternativos (Ex. OFLOXACINA + RIFABUTINA). **CAMPO ESSENCIAL**.
48. Preencher com o código correspondente se o paciente está em tratamento supervisionado para a tuberculose (conforme norma do PNCT/MS) (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO OBRIGATÓRIO**.
49. Informar o número de contatos do paciente registrados. **CAMPO OBRIGATÓRIO**.
50. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelos ambientes ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato direto) (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL**.

Observações: informar as observações necessárias para complementar à investigação. Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

Anexo B

Ministério da Saúde

Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose

Programa Nacional de Controle da Tuberculose

Brasília/DF

5ª edição

Programa Nacional de Controle da Tuberculose

Instruções para o preenchimento do Livro de Registro de Pacientes de Tuberculose e Acompanhamento do Tratamento

Considerações gerais		
Este Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose é um instrumento de informação oficial do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (PNTUB/SVS/MS). Deve ser utilizado como fonte de dados da unidade de saúde local e também como ferramenta para base de cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos. Sendo de caráter confidencial, os dados aqui contidos devem ser adequados e cuidadosamente protegidos contra danos e extravios. Devem ser registrados apenas os dados dos pacientes que tiveram seu diagnóstico firmado segundo definição de caso de tuberculose, conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica - Tuberculose, Portaria/MS, 2008. Os dados fornecidos pelo livro devem alimentar a Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose, assim como o Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose, ambos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Ao final de cada mês, deverá ser feita a consolidação dos dados e envio dos casos atendidos na unidade de saúde. No final de cada mês, deixar um espaço de três linhas antes de iniciar mais registros. Onde houver a possibilidade de tratar os casos de pacientes multirresistentes (TMR), estes devem ser registrados no sistema próprio de informação da TMR.		
Como preencher as colunas		
IDENTIFICAÇÃO Nº do Prontuário (Nº do Pront.) Registrar o número do prontuário do paciente na unidade de saúde. Nº do SINAN Registrar o número do SINAN correspondente à ficha de notificação do paciente. Nome do paciente Registrar o nome completo do paciente. Idade Registrar a idade do paciente em anos completos. Nos menores de 1 ano, registrar a idade em meses, colocando a letra m após o mês registrando em número. Ex.: 6 m (seis meses). Sexo Assinalar: M para masculino F para feminino EXAMES DE DIAGNÓSTICO Bailescopia de escarro (Bacil. de escarro) Transcrever o resultado da primeira amostra da baciloscopia na primeira coluna e da segunda amostra na coluna correspondente, de acordo com o seguinte critério: ++ a +++ para os positivos NEG para os negativos NRe quando o exame de baciloscopia não foi realizado	Cultura Registrar resultado: cultura de escarro - na primeira coluna; cultura de outros espécimes (urina, líquidos, sangue, tecidos, etc.) - na coluna "Outros". Assinalar: POS para o positivo NEG para negativo NRe quando não realizada. PPD Registrar o resultado da prova tuberculínica usando a sigla: NR (0 a 4mm) para não reator RF (5 a 9mm) para reator fraco RF (10mm e mais) para reator forte NRe quando não realizada. Histopatologia Registrar: POS quando o resultado do exame histopatológico acusar a presença de BAAr; SUG quando o resultado referir achados sugestivos de tuberculose; NEG quando os achados não foram sugestivos de tuberculose; NRe quando não realizado.	RX de Tórax Registrar: N - quando o aspecto radiológico for normal; S - quando a imagem radiológica for sugestiva/suspeita de tuberculose; SEG - quando apresentar imagem radiológica sugestiva de lesão cistérica; OP - quando houver imagem sugestiva de outra patologia não tuberculosa; NRe - quando o RX não foi realizado. Outros exames Transcrever um outro tipo de exame que foi utilizado para auxiliar no diagnóstico: BIO - para a Biopsia; US - para Ultrassonografia; T - para Tereografia; RKO - para RX de outros órgãos; BAAR OIE - para pesquisa de BAAr em outros espécimes: lavado gástrico, lavado brônquico, urina, fluidos cefálicos, pus, etc.; NRe - quando não realizado. HIV Registrar: POS quando o resultado da sorologia para HIV for positiva; NEG quando negativa; NRe quando não realizado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2002.

Atenção

1. Quando for colocado o resultado da cultura de outros espécimes, especifique em observações qual o tipo de espécime.
2. Quando o caso for encerrado por falência, o paciente deverá ser novamente registrado neste livro, como caso de retratamento, mantendo o mesmo número do Sisan.

Anexo C

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

Requisição de Exame

1) Nº 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/Matrícula:*

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 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado

13) Tratamento:

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) Vacina?

18) Finalidade:

1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado

Especifique:

19) Nome do Paciente:*

20) Data de Nascimento:*

21) Idade:*

Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)

22) Sexo:*

M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

23) Idade Gestacional:

1 - 1º Trím. 2 - 2º Trím. 3 - 3º Trím. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado

24) Nacionalidade:

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:

1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNIS 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN

29) Documento 2:

1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNIS 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 4 - Silvestre 9 - Ignorada

41) País (Se reside fora do Brasil):*

42) Exame Solicitado:*

43) Material Biológico:*

44) Localização:

45) Amostra:*

1 - N 2 - B 3 - LM 4 - MFB 5 - MPT 6 - FF 7 - FA 8 - FC 9 - BP 10 - PP

46) Data da coleta:*

47) Hora da coleta:

48) Usou medicamento antes da data da coleta?

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Data início do uso: Especifique:

50) Agravado/Doença:

51) CID 10:*

52) Nº Notificação do SINAN:*

53) Data de Notificação:*

54) Unidade de Saúde Notificante:

55) CNES:*

56) Município de Notificação:

57) Código IBGE:*

58) UF:

59) Dados Clínicos/Laboratoriais:

*Campo de preenchimento obrigatório

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)

Instruções para preenchimento da requisição de exame

1. Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. (**OBRIGATÓRIO**). Caso ainda não tenha sido cadastrada (**NÃO OBRIGATÓRIO**).
2. Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame(s) da rede de laboratórios: Nome completo e sem abreviaturas.
3. Número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (**OBRIGATÓRIO**).
4. Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou de outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
5. Código do IBGE correspondente. (**OBRIGATÓRIO**).
6. Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
7. Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame(s) sem abreviaturas. (**OBRIGATÓRIO**).
8. Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde (**OBRIGATÓRIO**).
Ex: CRM/RJ 1234.
9. Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame(s).
10. Data da solicitação de exame(s) (**OBRIGATÓRIO**). No formato **dd/mm/aaaa**.
11. Data dos primeiros sintomas – data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato **dd/mm/aaaa**.
12. Classificação do tipo de caso: 1 – Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo); 2 – Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); 3 – Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo); 4 – Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 5 – Óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis); 6 – Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não); 7 – Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 – Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 – Ignorado.
13. Tratamento – informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na 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.
14. Etapa de tratamento – corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s), podendo ser: 1 - Pré-tratamento (sem tratamento); 2 -Tratamento (sob medicação); 3 - Retratamento (iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento); 4 - Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais sugestivo a resistência) e 9 – Ignorado.
15. O paciente tomou vacina? – O campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente já foi vacinado contra o agravo/doença suspeita ou confirmado conforme solicitação de exame (s). 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado.

- 16 e 17. Data da última dose da vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmada que o paciente tomou no formato **dd/mm/aaaa**. Especifique o tipo da vacina.
18. Finalidade da requisição: 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 o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual).
19. Paciente: nome completo e sem abreviatura. **(OBRIGATÓRIO)**.
20. Data de nascimento do paciente no formato **dd/mm/aaaa**.
21. Idade do paciente. Este 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)**.
22. Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e I – Ignorado. **(OBRIGATÓRIO)**
23. Idade Gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra, no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.
24. Nacionalidade: país de origem do paciente.
25. Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação.
26. Etnia: Caso o campo 25 seja preenchido pela opção indígena, automaticamente aparece a tabela de etnia.
27. Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações.
- 28 e 29. Documento: Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. (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.
30. Logradouro (rua, avenida...) do paciente.
31. Número (apartamento, casa) do logradouro do paciente.
32. Dados complementares do logradouro do paciente.
33. Ponto de referência para auxiliar na localização do logradouro do paciente.
34. Bairro do logradouro do paciente.
35. Município do logradouro do paciente.

36. Código do IBGE correspondente (**OBRIGATÓRIO**).
37. Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente.
38. CEP - Código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.
39. Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (**DDD e número do telefone**).
40. Classificação da zona do logradouro do paciente. 1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.
41. País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (**OBRIGATÓRIO**).
42. Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (**OBRIGATÓRIO**) pelo profissional de saúde.
43. Material Biológico (amostra enviada): Informar o(s) tipo(s) de material(is) biológicos(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente (**OBRIGATÓRIO**).
44. Informar caso o material biológico requeira localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. Ex. **Abdômen, Braço direito**.
45. Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; nª – nª amostra e U – Única (**OBRIGATÓRIO**).
46. Material Clínico em que 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.
47. Data da Coleta. Informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) (**OBRIGATÓRIO**). No formato dd/mm/aaaa.
48. Hora da Coleta. Informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min.
49. Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta. 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado Caso a informação seja 1 - Sim, Especificar e a data de início do uso do medicamento.
50. Informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do Sinan. (**PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS**).
51. Informar o código correspondente estabelecido pelo Sinan do CID 10, conforme descrito na ficha de investigação do Sinan (**OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS**).
52. Preencher com o número da notificação atribuído pela unidade de saúde ou outra fonte conforme descrito na ficha de investigação do Sinan (**OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS**).
53. Informar a data da notificação conforme descrito na ficha de notificação Sinan no formato dd/mm/aaaa (**OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS**).
54. Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação.

55. Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (**OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE**).
56. Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.
57. Código do IBGE (**OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO**).
58. Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no Sinan (**OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE DE FEDERAÇÃO**).
59. Dados Clínicos / Observações: informar dados clínicos/ laboratoriais adicionais que auxiliam no diagnóstico laboratorial.

Formato: 205 x 260mm
Tipografia: *Meridien LT Std* e *Frutiger Lt Std*
Papel do Miolo: *Papermax 90g/m²*
Papel e Acabamento Capa: *Papel Cartão supremo 250g/m²*
Ctp Digital: *Imo's Gráfica e Editora*
Impressão e acabamento: *Imo's Gráfica e Editora*

Rio de Janeiro, abril de 2014.