

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Gerência de Vigilância Epidemiológica
Coordenação de Controle das Doenças Hídricas e Alimentares
Av. 136, s/nº, Qd.44, Lt 22 a 24, Edf. César Sebba, Setor Sul, Goiânia, Goiânia-GO
bact.agudas@gmail.com

ORIENTAÇÕES DE COMO PREENCHER A FICHA DO GAL

para identificação de agentes etiológicos das Doenças Diarreicas Agudas nas Unidades de coleta de amostra clínica (Unidade Sentinela de DDA)

1. Ficha do GAL



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

Requisição de Exame

REQUISICÃO	1 Nº 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:º			8 Nome do Profissional de Saúde:º			9 Número do Conselho/Matricula:*		10 Rubrica:
	11 Data de Solicitação:*		12 Finalidade:*		13 Descrição da Finalidade:				
PACIENTE	14 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:º			15 Nome do Paciente:º					
	16 Data de Nascimento:º		17 Idade:º	18 Sexo:º		19 Nacionalidade:º			
	20 Raça/Cor:º		21 Etnia:º		22 Nome da Mãe:º				
	23 Documento 1:			24 Documento 2:					
	25 Logradouro: (Rua, Avenida...)								26 Número:
	27 Complemento do Logradouro:			28 Ponto de Referência:			29 Bairro:		
	30 Município de Residência:º						31 Código IBGE:º		32 UF:º
	33 CEP:		34 DDD / Telefone:		35 Zona:		36 País (Se reside fora do Brasil):º		
					3 - Rural				
					1 - Urbana 4 - Silvestre				
				2 - Periurbana 9 - Ignorada					

2. Exames realizados

Serão realizadas pesquisa para identificação de vírus na amostra contida no Coletor Universal (potinho) e para identificação de bactérias (coprocultura) na amostra do swab em meio de cultura Carry Blair.

3. Como preencher a ficha para fazer solicitação dos dois exames:

- Na primeira linha coloque a primeira solicitação e na segunda linha coloque a segunda nos campos indicados no modelo abaixo:

INFORMAÇÕES CLÍNICAS	
37 Agravado/Doença:*	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">Deixar o campo em branco</div>
38 Data dos Primeiros Sintomas:*	39 Idade Gestacional: 1 - 1º Trím. 2 - 2º Trím. 3 - 3º Trím. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado
40 Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado	41 Tratamento: Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado 42 Etapa de Tratamento: 1 - Pretratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado
43 Paciente Tomou Vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	44 Vacina? 45 Data da Última Dose:
46 Notificado ao SINAN: 1 - Sim	Preencher com as informações para rastreo no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde. 47 CID 10:*, 48 Nº Notificação do SINAN:*, 49 Data de Notificação:*
50 Unidade de Saúde Notificante:	51 CNES*
52 Município de Notificação:	53 Código IBGE* 54 UF:
AMOSTRA / EXAME	
55 Pesquisa (s) / Exame(s) Solicitado (s):*	<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">Pesquisa para vírus</div>
56 Material Biológico:*	<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">Fezes</div>
57 Localização:	<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">Única</div>
58 Amostra: (1ª, 2ª, 3ª Única)	<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">1 - NI</div>
59 Mat. Clínico: 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF	<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">4 - MTB</div>
60 Data da coleta:*	61 Hora da coleta:
Usou medicamento antes da data da coleta? 62 63 64 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Especifique:	
<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">Coprocultura</div>	
<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">Swab fecal</div>	
<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">Única</div>	
<div style="border: 2px solid red; padding: 2px;">4 - MTB</div>	
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	
65 Observações Gerais :	
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block;">Colocar a observação “Unidade Sentinela de DDA”</div>	

*Campo de preenchimento obrigatório

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