



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

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

37 Agravado/Doença Suspeito:*	38 Data dos Primeiros Sintomas:*	39 Idade Gestacional:
TUBERCULOSE		1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado
40 Finalidade do Exame:*	41 Tratamento:*	42 Período do Tratamento:*
1 - Diagnóstico 2 - Controle 9 - Ignorado	1 - Nunca Tratou TB 2 - Realizou Tratamento TB	Quantidade 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado
43 População Vulnerável:*	44 Contato TBDR (TB Droga Resistente):*	
1 - População Prisional 3 - Internato/Institucionalizado 5 - Indígena 7 - Indígena 9 - Tabagista 2 - População em Situação de Rua 4 - HIV ou Outra Imunodepressão 6 - Imigrante 8 - Imigrante 10 - Ignorado	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

54 Pesquisas (s) / Exame(s) Solicitados (s):*	55 Material Biológico:*	56 Localização:	57 Amostra:*	58 Mat. Clínico:	59	60 Data da coleta:*	60 Hora da coleta:	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				61 62 63
								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 de exame a nível: Nacional ou Estadual. Ex: Inquérito de Sarampo, Programa Mãe Paranaense... Descrição: descrição da finalidade.
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 19 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	Dados Clínicos 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. (OBRIGATÓRIO).
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 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 – HIV ou outra imunodepressão; 5 – Indígena; 6 – Imigrante; 7 – Usuário de Drogas; 8 – Diabético; 9 – Tabagista; 10 – 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 40 (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 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 da unidade de saúde que realizou a notificação do SINAN.
53	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO).
54	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde, que realizou a notificação no SINAN.
55	Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
56	Material Biológico (amostra enviada). Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológico(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s). (OBRIGATÓRIO).
57	Localização do material biológico, caso tenha sido especificado, da amostra foi coletada. Ex. Abdômen, raspado ...
58	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; ... ; U – Única (OBRIGATÓRIO).
59	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.
60	Data da Coleta: data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).
61	Hora da Coleta: informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min.
61,62,63	Usou medicamento na data da coleta: 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado Caso a informação seja 1 - Sim, Especificar e a data de início do uso do medicamento.
64	Observações Gerais: informações que auxiliam no diagnóstico laboratorial.