

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS
COLETA, ACONDICIONAMENTO,
TRANSPORTE E REJEIÇÃO DE
AMOSTRAS BIOLÓGICAS**

63.2100-06

MÓDULO III – BIOLOGIA MOLECULAR

Revisão 04

01/2023

Seção de Biologia Molecular - (062) 3201-9688

Responsável: Ana Flávia Mendonça

iacen.bmolecular@gmail.com



Secretaria de
Estado da
Saúde



BIOLOGIA MOLECULAR

SUMÁRIO

DENGUE	3
• DETECÇÃO E TIPAGEM DO VÍRUS DENGUE (RT-PCR em Tempo Real)	3
FEBRE AMARELA (DIANÓSTICO HUMANO)	4
• DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE AMARELA (RT-PCR em Tempo Real)	4
FEBRE AMARELA (DIANÓSTICO PRIMATA NÃO HUMANO - PNH)	5
• DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE AMARELA (RT-PCR em Tempo Real)	5
FEBRE CHIKUNGUNYA	6
• DETECÇÃO DO VÍRUS CHIKUNGUNYA (RT-PCR em Tempo Real)	6
FEBRE DO MAYARO	7
• DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE DO MAYARO (RT-PCR em Tempo Real)	7
MENINGITES BACTERIANAS - DIAGNÓSTICO MOLECULAR	9
• DETECÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE MENINGITE BACTERIANA (PCR em Tempo Real)	9
MONKEYPOX	10
• DETECÇÃO DO VÍRUS MONKEYPOX (PCR em Tempo Real)	10
SRAG / SURTO DE SG / COVID-19 DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE VÍRUS RESPIRATÓRIOS	11
• DETECÇÃO DE INFLUENZA / OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS / SARS-CoV-2.....	11
ZIKA	12
• DETECÇÃO DO VÍRUS ZIKA (RT-PCR em Tempo Real)	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
ANEXOS	16

AGRAVO: DENGUE

DENGUE

DETECÇÃO E TIPAGEM DO VÍRUS DENGUE (RT-PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

- **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, e separar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **LCR:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de **1 cm³** logo após o óbito (ideal em até 8 horas);
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Coletar pelo menos **2 mL** de amostra logo após o óbito (ideal em até 8 horas).

Material e conservação para envio

- **Soro:** Separar o soro realizando a retração do coágulo em tempo mínimo possível. A amostra deve ficar sob-refrigeração (2 a 8°C) por 48 horas, até o envio ao laboratório. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **LCR:** Após coleta o material deve ser enviado imediatamente ao laboratório. A amostra deve ficar sob-refrigeração (2 a 8°C) por 48 horas, até o envio ao laboratório. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: fígado, baço, cérebro e linfonodos. Outras amostras poderão ser coletadas de acordo com critério médico. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Em caso de óbito suspeito com evidenciação de derrames cavitários, coletar 2 mL de: líquido Ascítico, líquido Pleural e eventualmente líquido Pericárdico. As amostras deverão ser acondicionadas em microtubos novos resistentes a ultra baixa temperaturas, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável (2 a 8°C em até 48 hs), após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o LACEN-GO.

Informações importantes

- O teste de Detecção e Tipagem do vírus Dengue é direcionado para confirmação diagnóstica de sorotipo viral em casos de Dengue com complicações e apresenta maior sensibilidade em fase virêmica de infecção (até 5 dias de início dos sintomas);
- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada do Formulário de Requisições da Biologia Médica (GAL-Anexo 1), Requisição digitalizada do Sistema GAL (GAL-Anexo 2), Relatório de Exames encaminhados para o LACEN (GAL-Anexo 3) e cópia da ficha de investigação DENGUE (SEMOL- Anexo3);
- Amostras coletadas com heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis;
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Critérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente que não seja estéril, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra de soro ou LCR transportada à temperatura ambiente, até a entrega no laboratório;
- Amostra proveniente do SVO (fragmentos de vísceras) transportada à temperatura ambiente ou encaminhada em frasco com solução de formol;
- Amostra sem cadastro no GAL (GAL-ANEXOS 1, 2 e 3) e ficha de investigação específica devidamente preenchida;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento descritas anteriormente.

AGRAVO: FEBRE AMARELA (DIAGNÓSTICO HUMANO)**FEBRE AMARELA****DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE AMARELA (RT-PCR em Tempo Real)****Instruções de coleta em humano**

- **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, e separar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **LCR:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Urina:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra em criotubo ou **3 mL** de amostra em tubo tipo Falcon;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de **1 cm³** logo após o óbito (ideal em até 8 horas);
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Coletar pelo menos **2 mL** de amostra logo após o óbito (ideal em até 8 horas);

Material e conservação para envio

- **Soro:** Separar o soro realizando a retração do coágulo em tempo mínimo possível. Identificar o criotubo, armazenar de 2 a 8°C, por no máximo 48h, após este período conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;
- **Urina:** Identificar o criotubo ou tubo tipo Falcon, armazenar de 2 a 8°C, por no máximo 48h, após este período conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;
- **Fragmentos de vísceras/Derrames Cavitários provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: cérebro, fígado, baço e pulmão. Outras amostras, como sangue ou LCR pós-óbito poderão ser coletadas de acordo com critério médico. As amostras deverão ser acondicionadas em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável (2 a 8°C em até 48h), após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o LACEN-GO.

Informações importantes

- A detecção do vírus da Febre Amarela é direcionada para confirmação diagnóstica de casos suspeitos em pacientes entre 1 e 10 dias após início dos sintomas e eventualmente em eventos adversos pós vacinais. Em

amostras de urina a coleta poderá ser realizada até o 15º dia após o início dos sintomas;

- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada do Formulário de Requisições da Biologia Médica (GAL-Anexo 1), Requisição digitalizada do Sistema GAL (GAL-Anexo 2), Relatório de Exames encaminhados para o LACEN (GAL- Anexo3) e cópia da ficha de investigação de Febre Amarela (SEMOL- Anexo2);
- Amostras coletadas com heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis;
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Critérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente que não seja estéril, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra proveniente do SVO (fragmentos de vísceras) transportada à temperatura ambiente ou encaminhada em frasco com solução de formol;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento descritas anteriormente.



AGRAVO: FEBRE AMARELA (DIAGNÓSTICO PRIMATA NÃO HUMANO - PNH)

FEBRE AMARELA

DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE AMARELA (RT-PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta em PNH

- **Sangue Total:** coleta da amostra em tubo sem anticoagulante, de pelo menos **1 ml**.
- **Fragmentos de Visceras** provenientes do **Serviço de Zoonoses:** Coletar fragmentos de **1cm³**.

Material e conservação para envio

- **Sangue:** Coletar a amostra de animal moribundo por punção venosa ou imediatamente após a morte por punção intracardíaca. Identificar o tubo, armazenar de 2 a 8°C, por no máximo 48h, após este período conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.
- **Fragmentos de Visceras provenientes do Serviço de Zoonoses:** coletar fragmento de tecido dos sítios: cérebro, fígado, baço, e demais órgãos se pertinente. Outras amostras, como sangue ou LCR pós-óbito poderão ser coletadas de acordo com critério médico veterinário. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável (2 a 8°C em até 48h), após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o LACEN-GO.

Informações importantes

- O exame de RT-PCR em Tempo Real para Febre Amarela em casos de Epizootia em PNH é realizado em conjunto com o ensaio de Isolamento Viral em cultura e ambos estão inclusos na Pesquisa: Febre Amarela - Epizootia PNH.
- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada de cópia da Ficha de Investigação/Notificação de EPIZOOTIA (Semol-Anexo 1) e ficha de cadastro no GAL Animal.
- Amostras coletadas em heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 20 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: cadastro, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente inadequado: que não seja de uso laboratorial, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra proveniente do Centro de Zoonoses Municipal transportada à temperatura ambiente ou fragmentos de visceras encaminhadas em frasco com solução de formol;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento descritas anteriormente.



AGRAVO: FEBRE CHIKUNGUNYA

FEBRE CHIKUNGUNYA

DETECÇÃO DO VÍRUS CHIKUNGUNYA (RT-PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

- **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, e separar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **LCR:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de **1 cm³** logo após o óbito (ideal em até 8 horas);
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra logo após o óbito (ideal em até 8 horas);

Material e conservação para envio

- **Soro:** Separar o soro realizando a retração do coágulo em tempo mínimo possível. A amostra deve ficar sob-refrigeração (2 a 8°C) por 48 horas, até o envio ao laboratório. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **LCR:** Após coleta o material deve ser enviado imediatamente ao laboratório. Estocagem sob-refrigeração (2 a 8°C) até o envio pode ocorrer por no máximo 48 horas. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: fígado, baço, cérebro e linfonodos. Outras amostras poderão ser coletadas de acordo com critério médico. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Em caso de óbito suspeito com evidência de derrames cavitários, coletar pelo menos 1 mL de: líquido Ascítico, líquido Pleural e eventualmente líquido Pericárdico. As amostras deverão ser acondicionadas em microtubos novos resistentes a ultra baixa temperaturas, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável (2 a 8°C em até 48h), após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o

LACEN-GO.

Informações importantes

- A detecção do vírus Chikungunya é direcionada para confirmação diagnóstica de casos suspeitos, notificados que apresentem quadro clínico característico da doença ou vínculo epidemiológico de infecção em pacientes com até 05 dias de início de sintomas. Em casos graves com complicações neurológicas a amostra de LCR pode ser coletada até o 15º dia do início dos sintomas.
- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada do Formulário de Requisições da Biologia Médica (GAL-Anexo 1), Requisição digitalizada do Sistema GAL (GAL-Anexo 2), Relatório de Exames encaminhados para o LACEN (GAL-Anexo 3) e cópia da ficha de investigação da Febre Chikungunya (SEMOL- Anexo3);
- Amostras coletadas com heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Critérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente que não seja estéril, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra proveniente do SVO (fragmentos de vísceras) transportada à temperatura ambiente ou encaminhada em frasco com solução de formol;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento descritas anteriormente.

AGRAVO: FEBRE DO MAYARO

FEBRE DO MAYARO

DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE DO MAYARO (RT-PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

- **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, e separar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Urina:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra em criotubo ou **3 mL** de amostra em tubo tipo Falcon;
- **LCR:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de **1 cm³** logo após o óbito (ideal em até 8 horas);
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra logo após o óbito (ideal em até 8 horas);

Material e conservação para envio

- **Soro:** Separar o soro realizando a retração do coágulo em tempo mínimo possível. A amostra pode ficar a temperatura ambiente por no máximo 2 horas ou sob refrigeração (2 a 8°C) por 48 horas, até o envio ao laboratório. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **Urina:** Identificar o criotubo ou tubo tipo Falcon, armazenar de 2 a 8°C, por no máximo 48h, após este período conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;
- **LCR:** Após coleta o material deve ser enviado imediatamente ao laboratório. Estocagem sob-refrigeração (2 a 8°C) até o envio pode ocorrer por no máximo 48 horas. Armazenar em botijão de Nitrogênio após este período;
- **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: fígado, baço, cérebro e linfonodos. Outras amostras poderão ser coletadas de acordo com critério médico. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.
- **Derrames cavitários provenientes do SVO:** Em caso de óbito suspeito com evidenciação de derrames cavitários, coletar pelo menos 1 mL de: líquido Ascítico, líquido Pleural e eventualmente líquido Pericárdico. As amostras deverão ser acondicionadas em microtubos novos resistentes a ultra baixa

temperaturas, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável (2 a 8°C em até 48h), após este período acondicionar em botijão com nitrogênio líquido até o LACEN-GO.

Informações importantes

- A detecção do vírus Mayaro é direcionado para confirmação diagnóstica em casos suspeitos de pacientes entre 1 e 6 dias após início dos sintomas, e deve ser notificada por meio da FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO, utilizando o CID A93.8 (outras febres virais especificadas transmitidas por artrópodes). Em amostras de urina a coleta poderá ser realizada até o 15º dia após o início dos sintomas;
- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada do Formulário de Requisições da Biologia Médica (GAL-Anexo 1), Requisição digitalizada do Sistema GAL (GAL-Anexo 2), Relatório de Exames encaminhados para o LACEN (GAL-Anexo 3) e cópia da ficha de Notificação de Conclusão (SEMOL- Anexo 4);
- Amostras coletadas com heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis;
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente que não seja estéril, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);

(continua...)



Secretaria de
Estado da
Saúde



BIOLOGIA MOLECULAR

AGRAVO: FEBRE DO MAYARO

FEBRE DO MAYARO

DETECÇÃO DO VÍRUS DA FEBRE DO MAYARO (RT-PCR em Tempo Real)

(continuação...)

- Amostra proveniente do SVO transportada à temperatura ambiente ou fragmentos de vísceras encaminhados em frasco com solução de formol;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento/transporte descritas

AGRAVO: MENINGITES BACTERIANAS - DIAGNÓSTICO MOLECULAR

MENINGITES BACTERIANAS

DETECÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE MENINGITE BACTERIANA (PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

- **LCR:** Coletar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, encaminhar pelo menos **1 mL** de amostra;
- **Fragmentos de Vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de **1cm³** logo após o óbito (ideal em até 8 horas);

Material e conservação para envio

- **Soro:** Separar o soro realizando a retração do coágulo em tempo mínimo possível. A amostra pode ficar a temperatura ambiente por no máximo 4 horas ou refrigerada (2-8°C) por até 8h, até o envio ao laboratório. Armazenar a -70°C;
- **LCR:** Após coleta o material deve ser enviado imediatamente ao laboratório. A amostra pode ficar a temperatura ambiente por no máximo 4 horas ou refrigerada (2-8°C) por até 8h até o envio ao laboratório. Armazenar a -70°C;
- **Fragmentos de Vísceras provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: cérebro, cerebelo, e eventualmente fígado, baço e pulmão. Outras amostras pós-óbito, como sangue, poderão ser coletadas de acordo com critério médico. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado, preferencialmente, em caixa térmica rígida ou em botijão com nitrogênio líquido até o laboratório executor.

Informações importantes

- O LCR deverá ser colhido preferencialmente antes de iniciar o tratamento com antimicrobianos e ter o volume mínimo (1 mL) encaminhado, para garantir a alta sensibilidade do exame de Biologia Molecular;
- O teste de PCR em Tempo Real para Meningites Bacterianas realizado no LACEN-GO pesquisa exclusivamente os seguintes agentes bacterianos: *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*.

- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada do Formulário de Requisições da Biologia Médica (GAL-Anexo 1), Requisição digitalizada do Sistema GAL (GAL-Anexo 2), Relatório de Exames encaminhados para o LACEN (GAL-Anexo 3) e cópia da ficha de Investigação para Meningite (SEMOL- Anexo 6);

Método

- PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 7 dias úteis;
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Critérios para rejeição de amostra

- Amostra sem identificação ou com informações inadequadas que impossibilite confirmação de: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente que não seja estéril, em material não plástico e inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra proveniente do SVO (fragmentos de vísceras) transportada à temperatura ambiente ou encaminhada em frasco com solução de formol;
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento/transporte descritas anteriormente.



AGRAVO: MONKEYPOX

MONKEYPOX

DETECÇÃO DO VÍRUS MONKEYPOX (PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

- **Material vesicular (secreção de vesícula);** coletar material de lesões cutâneas, por meio de swab. Colocar os Swabs em tubo Tipo Falcon de **15 mL** novo, sem líquido conservante, devidamente identificado com o nome do paciente, tipo de amostra e data da coleta;
- **Crosta (Crosta de lesão):** Coletar fragmentos de crostas em fase inicial de cicatrização. As crostas devem ser armazenadas em apenas um criotubo de **2mL** novo, sem líquido conservante, devidamente identificado com o nome do paciente, tipo de amostra e data da coleta;
- **Lesões apenas de mucosas (Oral/ região perianal e genital):** coletar material de lesões de mucosas, por meio de swab. Colocar os Swabs em tubo Tipo Falcon de **15 mL** novo, sem líquido conservante, devidamente identificado com o nome do paciente, tipo de amostra e data da coleta;
- **Swab de mucosa para indivíduos sem erupção cutânea e sem lesões de mucosa (para contato de caso confirmado que inicie com quadro de febre e linfonodomegalia):** coletar Swab de orofaringe/nasofaringe e Swab perianal e genital. Colocar os Swabs em tubo Tipo Falcon de **15 mL** novo, sem líquido conservante, devidamente identificado com o nome do paciente, tipo de amostra e data da coleta;

Material e conservação para envio

- Todos os materiais coletados devem ser mantidos refrigerados (2 a 8°C). O envio pode ocorrer por no máximo 48 horas ao LACEN-GO.

Transporte

- **Para todas as amostras:** O transporte deverá ser realizado em caixa térmica rígida contendo gelo reciclável (2 a 8°C em até 48h) até o LACEN-GO.

Informações importantes

- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada do Formulário de Requisições da Biologia Médica (GAL-Anexo 1), Requisição digitalizada do Sistema GAL (GAL-Anexo 2), Relatório de Exames encaminhados para o LACEN (GAL-Anexo 3) e cópia da ficha de notificação (Ficha E-Sus SINAN).

- Utilizar somente os insumos fornecidos pelo LACEN-GO (kit de coleta: Swab de Rayon, Tubo tipo Falcon de 15 mL e criotubos).

Método

- PCR em Tempo Real

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis.

Crêterios para rejeição de amostra

- Amostra: sem identificação ou com identificação insuficiente que possa gerar dúvidas; encaminhada em recipiente distinto do Kit de coleta; e com o tempo superior a 48 horas da coleta até a entrega no laboratório.
- Amostra sem a ficha da Requisição de Exames do Sistema GAL e a cópia da ficha de notificação.
- O Kit de coleta deverá ser solicitado no LACEN-GO mediante requisição no telefone: (62) 3201-3886 ou email: lacen.redelab@gmail.com pelas regionais de saúde.
- Amostras encaminhadas fora das condições de acondicionamento/transporte descritas anteriormente.



AGRAVO: SRAG / SURTO DE SG / COVID-19 Diagnóstico Molecular De Vírus Respiratórios

DETECÇÃO DE INFLUENZA / OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS / SARS-CoV-2 (RT-PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

• **Swab nasofaríngeo:** coletar swab até o 3º dia e eventualmente até o 7º dia após o início dos sintomas;

• **Fragmentos de vísceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos do tecido de 1 cm³ logo após o óbito (ideal em até 8 horas);

Material e Conservação para envio

• **Swab Nasofaríngeo:** deverá ser coletado um swab da nasofaringe, sendo introduzido em uma narina e posteriormente na outra. Em seguida à coleta, inserir o *swab* no frasco contendo 3 mL de solução salina com antibiótico ou MTV (Meio de transporte Viral) - Kit fornecido pelo LACEN-GO;

• O tubo com o *swab* deverá ser identificado com o nome do paciente, a data, local de coleta e acondicionado individualmente em saco plástico destinado, sob refrigeração (2 a 8°C - não congelar) até o envio ao LACEN-GO;

• Em caso de óbito avaliado pelo SVO, com notificação de SRAG e/ou COVID-19, coletar fragmento de brônquio e pulmão (direito e esquerdo para ambos) em até 12 horas após o evento. Amostras de outros sítios poderão ser coletadas caso seja evidenciada alteração macroscópica. Os fragmentos deverão ser acondicionados individualmente em tubos contendo 6 mL de solução salina com antibiótico (fornecido pelo LACEN-GO) e identificados de acordo com o sítio coletado.

Transporte

• Após a coleta o tubo contendo a amostra (*swab* nasofaríngeo), já embalado, deverá ser acondicionado dentro de pote plástico e transportado em caixa térmica rígida, contendo gelo reciclável para manter temperatura entre 2 a 8°C até a chegada ao LACEN-GO. O prazo máximo de encaminhamento ao laboratório é de 48 horas sob refrigeração;

• Os tubos contendo fragmentos de tecido podem ser acondicionados dentro de pote plástico e transportados em caixa térmica rígida, contendo gelo reciclável (2 a 8°C) imediatamente após a coleta por um período de até 4 horas ou acondicionados e transportados em botijão com nitrogênio líquido até a chegada ao LACEN-GO.

Informações importantes

• A Pesquisa **PCR - Influenza** é designada para solicitações de: notificação universal SRAG; Programa Sentinela Influenza; Surto de Síndrome Gripal. Tem como objetivo a detecção e tipagem dos vírus Influenza A e B;

• A Pesquisa **PCR - COVID-19** é designada para investigação de síndrome gripal suspeito de doença pelo coronavírus 2019, notificados para COVID-19 e SRAG, em serviços de saúde públicos e privados.

• A inclusão de exame complementar (Detecção de Vírus Respiratórios por RT-PCR em Tempo Real), que pesquisa os vírus: Parainfluenza 1, Parainfluenza 2, Parainfluenza 3, Adenovírus, Vírus Respiratório Sincicial, Metapneumovírus humano e Rinovírus será realizada mediante análise de caso pela equipe técnica;

• O Kit de coleta para *swab* nasofaríngeo / fragmentos de vísceras destinados a pesquisa de Vírus Respiratórios deverão ser solicitados no LACEN-GO mediante requisição no telefone: (62) 3201-3886 ou email: lacen.redelab@gmail.com;

• Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada do Formulário de Requisições da Biologia Médica (GAL-Anexo 1), Requisição digitalizada do Sistema GAL (GAL-Anexo 2), Relatório de Exames encaminhados para o LACEN (GAL-Anexo 3) e da ficha de Notificação “Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) - Internada Ou Óbito Por SRAG” (SEMOL-Anexo 5), preenchidas de forma legível ou cópia da Ficha e-SUS VE de notificação para COVID-19 ou da ficha SIVEP-Gripe Caso de Síndrome Gripal (SEMOL-Anexo 7).

Método

• RT-PCR em Tempo Real.

Tempo de Liberação

• PCR - Influenza: 7 dias úteis;

• PCR - COVID-19: 72 horas;

• Amostras SVO: 20 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

• Amostra: sem identificação; com identificação insuficiente que possa gerar dúvidas; encaminhada em recipiente distinto do Kit de coleta; contendo *swab* “seco” (sem meio de transporte); submetida a congelamento após coleta e com o tempo superior a 48 horas da coleta até a entrega no laboratório.

AGRAVO: ZIKA

ZIKA

DETECÇÃO DO VÍRUS ZIKA (RT-PCR em Tempo Real)

Instruções de coleta

→ **Gestantes com Exantema e/ou outros sinais suspeitos de ZIKA:**

- **Soro:** Venopunção em tubo sem anticoagulante, até o 5º dia do início dos sintomas;
- **Urina:** Coletar amostra de urina em recipiente estéril e encaminhar alíquota de no mínimo 3 mL em tubo cônico tipo Falcon ou em criotubo (com 1 mL cada) até o 14º dia do início dos sintomas;

→ **Neonato com Microcefalia suspeita por ZIKA:**

- **Sangue do Cordão Umbilical:** Proceder a coleta no momento do parto e priorizar a separação do soro;
- **Urina:** Proceder a coleta em coletor infantil e encaminhar alíquota de no mínimo 1 mL em tubo ou no mínimo 3 mL em tubo cônico tipo Falcon;
- **LCR:** Punção lombar. Procedimento a ser realizado à critério do médico responsável;
- **Fragmento de Placenta:** Proceder a coleta no momento do parto. Coletar fragmento de até 1cm³;

→ **Nati-morto com Microcefalia/má-formação suspeita por ZIKA:**

- **Fragmentos de Visceras provenientes do SVO:** Coletar fragmentos de até 1cm³ logo após o óbito (ideal em até 8 horas);

→ **Óbito suspeito por ZIKA encaminhado do SVO:**

- **Fragmentos de Visceras provenientes do SVO:** Em caso de óbito, coletar fragmento de tecido dos sítios com lesão evidenciada, preferencialmente: fígado, baço, cérebro e linfonodos logo após o óbito (ideal em até 8 horas). Outras amostras como sangue pós-óbito e LCR deverão ser coletadas para pesquisa pareada do vírus.

Material e conservação para envio

- **Soro:** Separar pelo menos 1 mL de soro em criotubo após a retração do coágulo. Armazenar de 2 a 8°C por no máximo 48h. Após 48h, conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;
- **Urina:** Armazenar de 2 a 8°C por no máximo 48h. Após 48h conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;
- **Sangue do Cordão Umbilical:** Separar pelo menos

1 mL de soro em criotubo após a retração do coágulo. Armazenar de 2 a 8°C por até 48h. Após 48h, conservar em botijão com nitrogênio líquido.

- **LCR:** Após coleta, encaminhar criotubo contendo pelo menos 1 mL do material ao laboratório. Armazenar de 2 a 8°C por no máximo 48 h, após este período conservar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;

- **Fragmento de Placenta:** Coletar fragmento de até 1cm³. O fragmento deverá ser acondicionado em criotubo novo com identificação da amostra e data da coleta. Encaminhar imediatamente ou armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO;

- **Fragmentos das Visceras provenientes de Feto Morto encaminhado pelo SVO:** Em caso de óbito, colher fragmento de fígado, baço, cérebro e pulmão. Outras amostras poderão ser coletadas de acordo com critério médico. Coletar fragmentos de até 1cm³. Os fragmentos deverão ser acondicionados em criotubos novos, distintos e identificados de acordo com o sítio coletado. Encaminhar imediatamente ou armazenar em botijão com nitrogênio líquido até o envio ao LACEN-GO.

Informações importantes

- A pesquisa do vírus Zika por Biologia Molecular é direcionada para confirmação diagnóstica de caso suspeito em gestante com exantema máculo-papular pruriginoso, casos de manifestações neurológicas com histórico de infecção viral prévia, criança recém-nascida com microcefalia e óbitos suspeitos de envolvimento com ZIKA;

- Amostras de sangue (soro) de cordão umbilical, líquido, placenta e vísceras (cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço de natimorto) deverão seguir orientações conforme o Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika, disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br> ou <http://combateaedes.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes/>;

- Para realização do exame a amostra deverá estar acompanhada do Formulário de Requisições da Biologia Médica (GAL-Anexo 1), Requisição digitalizada do Sistema GAL (GAL-Anexo 2), Relatório de Exames encaminhados para o LACEN (GAL-Anexo 3) e da Ficha de Notificação de Conclusão (SEMOL- Anexo 4). *(continua...)*

AGRAVO: ZIKA

ZIKA

DETECÇÃO DO VÍRUS ZIKA (RT-PCR em Tempo Real)

(continuação...)

- Amostras coletadas em heparina podem apresentar inibição da amplificação de ácidos nucleicos para o alvo pesquisado por RT-qPCR, impossibilitando sua detecção.

Método

- RT-PCR em Tempo Real.

Tempo para liberação do resultado

- 15 dias úteis;
- Amostras SVO: 20 dias úteis.

Crítérios para rejeição de amostra

- Amostra proveniente do SVO (fragmentos de vísceras) transportada à temperatura ambiente ou encaminhada em frasco com solução de formol;
- Amostra sem identificação ou com identificação inadequada que impossibilite evidenciar: paciente, origem, data de coleta e material a ser analisado;
- Amostra acondicionada em recipiente inadequado ao congelamento a baixas temperaturas (-70°C);
- Amostra transportada à temperatura ambiente até a entrega no laboratório;
- Amostra sem cadastro no GAL (GAL-ANEXOS 1, 2 e 3) e ficha de investigação específica devidamente preenchida.



Secretaria de
Estado da
Saúde



BIOLOGIA MOLECULAR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Guia para diagnóstico laboratorial em saúde pública: orientações para o sistema nacional de laboratórios de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de vigilância epidemiológica de Febre Amarela, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD/Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica, 815p. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral dos Laboratórios de Saúde Pública. Manual de técnicas para o Diagnóstico Laboratorial de Dengue, 1ª edição. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de bolso – Doenças infecciosas e parasitárias, 372p. 7ª edição. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de Dengue, 157 p. 1ª edição. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único 2. ed. Brasília-DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia de vigilância de epizootias em primatas não humanos e entomologia aplicada à vigilância da febre amarela. 2. ed. atual. – Brasília-DF, 2017.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Revised diagnostic testing for Zika, chikungunya, and dengue viruses in US Public Health Laboratories. CDC, Atlanta, 2016, p.6pp. Organização Mundial de Saúde (OMS). Dengue Guidelines, 2009.

BRASIL. Plano de Contingência Nacional para Monkeypox – 2ª edição – atualizada em 13/09/2022 – Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública: COE Monkeypox, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.



Secretaria de
Estado da
Saúde



BIOLOGIA MOLECULAR

BRASIL. Portaria GM N. 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016.

WHO. Dengue: Guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. New ed., TDR: World Health Organization, Geneva, x, 147 pp., 2009.



Secretaria de
Estado da
Saúde



BIOLOGIA MOLECULAR

ANEXOS

- **GAL-ANEXO 1** – FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES DA BIOLOGIA MÉDICA
- **GAL-ANEXO 2** – REQUISIÇÃO DIGITALIZADA NO SISTEMA GAL
- **GAL-ANEXO 3** – RELATÓRIO DE EXAMES ENCAMINHADOS PARA O LACEN-GO
- **SEMOL-ANEXO 1** - FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA EPIZOOTIA
- **SEMOL-ANEXO 2** - FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA FEBRE AMARELA
- **SEMOL-ANEXO 3** – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA DENGUE/CHIKUNGUNYA
- **SEMOL-ANEXO 4** - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CONCLUSÃO
- **SEMOL-ANEXO 5** - FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA SRAG
- **SEMOL-ANEXO 6** - FICHA DE INVESTIGAÇÃO PARA MENINGITE
- **SEMOL-ANEXO 7** - FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA SÍNDROME GRIPAL



Secretaria de
Estado da
Saúde



BIOLOGIA MOLECULAR

GAL-ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES DA BIOLOGIA MÉDICA



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL

Requisição de Exame

REQUISIÇÃO	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/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 8 - Diagnóstico 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 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:*		22 Sexo:*		23 Idade Gestacional:	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 - CNS 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN Número:				29 Documento 2: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN Número:			
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):*		
AMOSTRA / EXAME	42 Exame Solicitado:*	43 Material Biológico:*	44 Localização:	45 Amostra: 1ª, 2ª, 3ª, Única	46 Mat. Clínico: 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FG 9 - BE 10 - PF	47 Data da coleta:*	48 Hora da coleta:	49 Usou medicamento antes da data da coleta? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: Data início do uso:
								1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: Data início do uso:
								1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: Data início do uso:
								1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: Data início do uso:
								1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Especifique: Data início do uso:
SINAN	50 Agravo/Doença:				51 CID 10:*	52 N° 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

(continua...)



GAL-ANEXO 1 - Continuação...

(verso)

CGLAB/SVS/MS

SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL)
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO DE EXAME

Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. (OBRIGATÓRIO) . Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATÓRIO) .
02	Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios: Nome completo e sem abreviaturas.
03	Número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATÓRIO) .
04	Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou de outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
05	Código do IBGE correspondente. (OBRIGATÓRIO) .
06	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
07	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO) .
08	Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO) . Ex: CRM/RJ 1234.
09	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 – <i>Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo)</i> ; 2 – <i>Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso)</i> ; 3 – <i>Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo)</i> ; 4 – <i>Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado)</i> ; 5 – <i>Óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis)</i> ; 6 – <i>Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não)</i> ; 7 – <i>Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita)</i> ; 8 – <i>Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo)</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
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 - <i>Pretratamento (sem tratamento)</i> ; 2 - <i>Tratamento (sob medicação)</i> ; 3 - <i>Retratamento (iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento)</i> ; 4 - <i>Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais sugestivo a resistência)</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
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 suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame (s). 1 – <i>Sim</i> ; 2 – <i>Não</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
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 – <i>Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico)</i> ; 2 – <i>Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico)</i> ; 3 – <i>Investigação (aplicável a doenças/agravs em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas)</i> ; 4 – <i>Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais)</i> ; 5 – <i>Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal)</i> ; 6 – <i>Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa)</i> e 9 – <i>Ignorado</i> . 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 – <i>Hora(s)</i> ; 2 – <i>Dia(s)</i> ; 3 – <i>Mês(s)</i> e 4 – <i>Anos</i> . (OBRIGATÓRIO) .
22	Sexo do paciente. F – <i>Feminino</i> ; M – <i>Masculino</i> e 1 – <i>Ignorado</i> . (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 – <i>Branca</i> ; 2 – <i>Preta</i> ; 3 – <i>Parda</i> ; 4 – <i>Amarela</i> ; 5 – <i>Indígena</i> e 99 – <i>Sem informação</i> .
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). 1 – <i>RG – Carteira de Identidade</i> ; 2 – <i>CPF – Cadastro de Pessoa Física</i> ; 3 – <i>CNH – Carteira Nacional de Habilitação</i> ; 4 – <i>CNS – Cartão Nacional de Saúde</i> ; 5 – <i>CNASC – Certidão de Nascimento</i> ; 6 – <i>PRONT – Prontuário</i> e 7 – <i>INFOPEN – Sistema de Informações Penitenciárias</i> .
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 – <i>Urbana</i> ; 2 – <i>Periurbana</i> ; 3 – <i>Rural</i> ; 4 – <i>Silvestre</i> e 9 – <i>Ignorado</i> .
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 requiera localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. Ex. <i>Abdômen, Braço direito, ...</i>
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 - <i>IN – Amostra in Natura</i> ; 2 - <i>IB – Isolado Bacteriano</i> ; 3 - <i>LM – Lâmina</i> ; 4 - <i>MTB – Meio de Transporte Bacteriano</i> ; 5 - <i>MTV – Meio Transporte Viral</i> ; 6 - <i>FF – Fixado em Formol</i> ; 7 - <i>FA – Fixado em Álcool</i> ; 8 - <i>FO – Fixado em Outros</i> ; 9 - <i>BP – Bloco de Parafina</i> e 10 - <i>PF – Em Papel de Filtro</i> .
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 – <i>Sim</i> ; 2 – <i>Não</i> e 9 – <i>Ignorado</i> Caso a informação seja 1 - <i>Sim</i> , 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 descrita 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 descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) .
53	Informar a data da notificação conforme descrita 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.



Secretaria de
Estado da
Saúde



BIOLOGIA MOLECULAR

GAL-ANEXO 2 - REQUISIÇÃO DIGITALIZADA NO SISTEMA GAL



Governo do Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Saúde
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA DR GIOVANNI CYSNEIROS
Av. Contorno nº 3.556 - Jardim Bela Vista
CNPJ: 02.529.964/0012-00
Site: <http://www.lacen.go.gov.br/> - E-mail: lacen.dirgeral@saude.go.gov.br
Telefone: (62)3201-3888 - Fax: (62)3201-3884



140104000001

Paciente					
Nome XXXXX	Data de Nascimento 22/10/2011	Idade 2 ANO(S)	Sexo MASCULINO		
Nacionalidade BRASIL	Raça		Etnia		
Idade gestacional	Documentos do Paciente RG: xxxxxxxx,		Nome da Mãe XXXXXX		
Logradouro XXXXX	N. XX	Complemento XX	Referência XX	Bairro XX	
Município GOIANIA	Cod. IBGE 520870	UF GO	CEP	Telefone (62)222-2222	Zona URBANA

Requisitante			
Unidade de Saúde LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA DR GIOVANNI CYSNEIROS	Cód. CNES 2338343	Município GOIANIA	Cod. Município 520870
Profissional de Saúde XXXXX	N. Registro/Classe Profissional CRM XXX		

Dados da Solicitação				
Data da Solicitação 01/01/2014	Data dos 1ºs Sintomas 31/12/2013	Caso SUSPEITO	Tratamento 1 DIA(S)	Etapa PRÉ-TRATAMENTO
Paciente tomou Vacina? NÃO	Data da Última Dose	Qual Vacina?	Finalidade Investigação	Descrição Dengue

Dengue, Sorologia - Soro - Amostra Única -							Medicamento		
Exame	Metodologia	Material	Localização	Amostra	Material Clínico	Data da Coleta	Hora da Coleta	Usou?Nome	Data de Início do Uso
Dengue, IgM	Enzimaimunoensalo	Soro		Única	Amostra "in natura"	22/01/2014			

Notificação SINAN			
Agravo/Doença DENGUE	CID 10 A90	N.º Notificação 122222222222	Data da Notificação 01/01/2014
Unidade de Saúde Notificante LACEN LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA		CNES 2494086	
Município PALMAS	Cód. IBGE 172100	UF	








Observações XXXXXXX



GAL-ANEXO 3 - RELATÓRIO DE EXAMES ENCAMINHADOS PARA O LACEN-GO

GAL - Exames Encaminhados para a Rede de Laboratórios

Origem: APAE GOIANIA
Destino: LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA DR GIOVANNI CYSNEIROS
Período: 22/01/2014 às 00:00:00 até 22/01/2014 às 23:59:59

Requisição	Paciente	Exame	Metodologia	Material	Amostra	Usuario	Data
 140189000001	XXXXX	Dengue, IgM	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:19
 140189000001	XXXXX	Hepatite A, Anti HAV - IgM	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Hepatite B, Anti HBc Total	Eletroquimioluminescencia	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Hepatite B, HBsAg	Eletroquimioluminescencia	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Toxoplasmose, Avidéz IgG	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Toxoplasmose, IgG	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20
 140189000001	XXXXX	Toxoplasmose, IgM	Enzimaimunoensaio	Soro	1ª amostra	WESLEY LOPES	22/01/2014 09:59:20

Recebido por: _____ em
____/____/____ as ____ h ____ m.



Secretaria de
Estado da
Saúde



BIOLOGIA MOLECULAR

SEMOL-ANEXO 1 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA EPIZOOTIA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO EPIZOOTIA

Definição do caso: Animal ou grupo de animais encontrados doentes e/ou mortos, incluindo ossadas, sem causa definida, que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual	3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença EPIZOOTIA	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	7 Data do início da epizootia
Dados de Ocorrência	8 Fonte da informação	9 (DDD) Telefone da fonte da informação
	10 UF 11 Município de Ocorrência Código (IBGE)	12 Distrito
	13 Bairro	14 Logradouro (rua, avenida, ...) Código
	15 Número	16 Complemento (apto., casa, ...)
	17 Geocampo 1	18 Geocampo 2
	19 Ponto de Referência	20 CEP
	21 (DDD) Telefone	22 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	23 Ambiente 1-Domicílio 2-Parque, praça ou zoológico 3-Área silvestre 4-Reserva ecológica 5-Outro	24 Houve coleta de material para exame laboratorial 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
	25 Se houve coleta, informar a data	26 Se houve coleta, qual material 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> fígado <input type="checkbox"/> rim <input type="checkbox"/> baço <input type="checkbox"/> cérebro <input type="checkbox"/> coração <input type="checkbox"/> fezes <input type="checkbox"/> soro <input type="checkbox"/> sangue total <input type="checkbox"/> outro material Qual _____
	27 Animais acometidos 1-Ave 3-Canino 5-Felino 7-Primata não humano 9-Outros. 2-BovÍdeo 4-Equideo 6-Morcego 8-Canídeo selvagem Especificar _____	<input type="checkbox"/> Doentes _____ <input type="checkbox"/> Mortos _____ <input type="checkbox"/> Doentes _____ <input type="checkbox"/> Mortos _____
	28 Suspeita diagnóstica 1-Raiva 4-Encefalite Espongiforme Bovina 2-Encefalite Equina 5-Febre Amarela 3-Febre do Vírus do Nilo Ocidental 6-Influenza Aviária 7-Outro. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> 1ª suspeita diagnóstica <input type="checkbox"/> 2ª suspeita diagnóstica <input type="checkbox"/> 3ª suspeita diagnóstica
	29 Resultado laboratorial 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Encefalite espongiforme bovina <input type="checkbox"/> Outro Especificar _____ <input type="checkbox"/> Encefalite equina <input type="checkbox"/> Febre amarela <input type="checkbox"/> Febre do Nilo <input type="checkbox"/> Influenza aviária	

Observações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde
	Nome	Função

SINAN NET

SVS 21/08/2008



SEMOL-ANEXO 2 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA FEBRE AMARELA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE FEBRE AMARELA

Nº

CASO SUSPEITO: Indivíduo com quadro febril aguda (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente ou procedente de área de risco para febre amarela ou de locais com ocorrência de epizootias em primatas não humanos ou isolamento de vírus em vetores, nos últimos 15 dias, não vacinados contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação					
	FEBRE AMARELA		A 9 5.9							
Dados de Residência	4	UF	5	Município de Notificação		Código (IBGE)				
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas				
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento						
Notificação Individual	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado					
	14 Escolaridade 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 à 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 10- Não se aplica									
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe						
	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)	Código			
	22	Número		23		Complemento (apto., casa, ...)	24		Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência	27		CEP	
	28	(DDD) Telefone		29		Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30		Pais (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso									
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32					Ocupação	
	33	Informar os dados da investigação entomológica (mosquitos) e de epizootias								
Dados Clínicos	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<input type="checkbox"/> Ocorrência de Epizootias (Mortandade de macacos: conhecidos como guariba, bugio, saguis, micos, macaco aranha, macaco prego, guigó, soim, etc.)							
	<input type="checkbox"/> Isolamento de vírus em mosquitos						<input type="checkbox"/> Presença de mosquito <i>Aedes aegypti</i> em área urbana (Observar período de viremia do paciente)			
	34	Vacinado Contra Febre Amarela		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		<input type="checkbox"/>		35	Caso Afirmativo, Data	36
Atendimento	37	Município		Código (IBGE)		38		Unidade de Saúde	Código	
	39	Sinais e Sintomas		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> Sinais hemorrágicos (hematêmese, melena, epistaxe, gengivorragia, etc.)				
Dados do Laboratório	<input type="checkbox"/> Dor abdominal		<input type="checkbox"/> Distúrbios de excreção renal (oligúria e/ou anúria)							
	<input type="checkbox"/> Sinal de Faget (temperatura alta e frequência cardíaca lenta)									
	40	Ocorreu Hospitalização?		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		<input type="checkbox"/>		41	Data da Internação	42
Dados do Laboratório	43	Município		Código (IBGE)		44		Unidade de Saúde	Código	
	45	Exames Inespecíficos (anotar o maior valor encontrado, independente da data de coleta)								
Bilirrubina Total		_____ mg/dl		AST (TGO)		_____ UI				
Bilirrubina Direta		_____ mg/dl		ALT (TGP)		_____ UI				



SEMOL-ANEXO 3 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA DENGUE/CHIKUNGUNYA

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/>		3 Data da Notificação		
	4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento				
	10 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica		
	14 Escolaridade <input type="checkbox"/> 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 10- Não se aplica		13 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado				
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		
	19 Distrito		20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		
	Código		22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		
	27 CEP		28 (DDD) Telefone		29 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	30 País (se residente fora do Brasil)						
Dados clínicos e laboratoriais							
Inv.	31 Data da Investigação		32 Ocupação				
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital						
Dados clínicos	34 Doenças pré-existentis 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica						
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)						
Dados laboratoriais	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Exame PRNT Data da Coleta		38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		
	39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		40 Resultado <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		41 Exame NS1 Data da Coleta		
	42 Resultado <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado		
	45 RT-PCR Data da Coleta		46 Resultado <input type="checkbox"/> 1 - Positivo 2 - Negativo - Inconclusivo 4 - Não Realizado		47 Sorotipo <input type="checkbox"/> 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4		
	48 Histopatologia <input type="checkbox"/> 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4 - Não realizado		49 Imunohistoquímica <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4 - Não realizado				

Chikungunya/Dengue

Sinan Online

SVS 14/03/2016

(continua...)



SEMOL-ANEXO 3 - Continuação...

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)	
	54 Nome do Hospital	Código		55 (DDD) Telefone		
Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)					
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado <input type="checkbox"/>	57 UF	58 País			
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro		
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya <input type="checkbox"/>	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação <input type="checkbox"/>		64 Apresentação clínica <input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica		
	65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado	66 Data do Óbito		67 Data do Encerramento		
Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave						
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme <input type="checkbox"/> 1-Sim 2- Não 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito	69 Data de início dos sinais de alarme:	
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou lipotímia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua	<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia \geq 2cm		
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias		<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos		
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não 9-Ignorado		Sangramento grave:				
Extravasamento grave de plasma:		<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa			
<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Melena	<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	Comprometimento grave de órgãos:		
<input type="checkbox"/> PA convergente \leq 20 mmHg	<input type="checkbox"/> Extremidades frias	<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000 <input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência				
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar:				
<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória						
71 Data de início dos sinais de gravidade:						
Informações complementares e observações						
Observações Adicionais						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura			



Secretaria de
Estado da
Saúde



BIOLOGIA MOLECULAR

SEMOL-ANEXO 4 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CONCLUSÃO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado
	14 Escolaridade 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 à 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 10- Não se aplica		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	19 Distrito	20 Bairro	
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	
	27 CEP	28 (DDD) Telefone	
	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Conclusão		
Conclusão	31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico
	Local Provável da Fonte de Infecção		
	34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado	35 UF	36 País
	37 Município	Código (IBGE)	38 Distrito
	39 Bairro	40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	42 Data do Óbito	
43 Data do Encerramento			
Informações complementares e observações			
Observações adicionais			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura
Notificação/conclusão		SINAN NET	SVS 27/09/2005



SEMOL-ANEXO 5 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA SRAG

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - DESTINADA PARA UNIDADES COM INTERNAÇÃO

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) - INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG CID - J11

VIGILÂNCIA DE INFLUENZA POR MEIO DE SRAG-INTERNADA OU ÓBITO POR SRAG:
indivíduo de qualquer idade, INTERNADO com SÍNDROME GRIPAL¹ e que apresente Dispneia OU Saturação de O₂ <95% OU Desconforto Respiratório. Deve ser registrado o óbito por SRAG independente de internação.

DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE, DO INDIVÍDUO E DE SUA RESIDÊNCIA

1. Data do preenchimento | 2. UF | 3. Município de registro do caso | Código (IBGE)

4. Unidade de Saúde de identificação do caso (hospital, PS, UPA, policlínica) | Código (CNES) | 5. Data dos Primeiros Sintomas

6. Nome | 7. Número do Cartão SUS

8. Data de Nascimento | 9. (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 10. Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 11. Gestante 1. 1º Trimestre 2. 2º Trimestre 3. 3º Trimestre 4. Idade Gestacional Ignorada 5. Não 6. Não se aplica 9. Ignorado

12. Raça/Cor 13. Escolaridade 14. Nome da Mãe

1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado | 0. Analfabeto 1. Fundamental (1-9 anos) 2. Médio (1-3 anos) 3. Superior 9. Ignorado | 10. Não se aplica

15. UF | 16. Município de Residência | Código (IBGE) | 17. Distrito

18. Bairro | 19. Logradouro (rua, avenida,...) | Código

20. Número | 21. Complemento (edifício, apartamento, casa, ...)

22. Ponto de Referência | 23. CEP

24. (DDD) Telefone | 25. Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 26. País (se residente fora do Brasil)

ANTECEDENTES E HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO OU DO ÓBITO

27. Recebeu Vacina contra Gripe nos últimos 12 meses? 28. Se sim, data da última dose

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

29. Principais sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Febre Tosse Dor de Garganta Dispneia Mialgia Saturação de O₂ < 95%
 Desconforto respiratório Outros sinais e sintomas importantes: _____

30. Fatores de Risco 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Pneumopatias Crônicas Doença Cardiovascular Crônica Imunodeficiência/Imunodepressão Doença Hepática Crônica
 Doença Neurológica Crônica Doença Renal Crônica Síndrome de Down Diabetes Mellitus
 Puerpério (até 42 dias do parto) Obesidade. Se sim, especifique: IMC = _____
 Outros fatores de risco relacionados com a SRAG: _____

31. Uso de antiviral? 32. Data de início do tratamento

1 - Não usou 2 - Oseltamivir 3 - Zanamivir 9. Ignorado
4 - Outro, especifique: _____

33. Ocorreu internação? 34. Data da internação | 35. UF | 36. Município da unidade de internação | Código (IBGE)

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

37. Nome da unidade de saúde da internação (Hospital, Pronto-Socorro, UPA, Policlínica) | Código (CNES)

38. Raio X de Tórax (registrar preferencialmente o mais sugestivo para o diagnóstico de SRAG) | 39. Data do Raio X

1. Normal 2. Infiltrado intersticial 3. Consolidação 4. Misto 5. Outro: _____ 6. Não realizado 9. Ignorado

40. Fez uso de suporte ventilatório?

1. Não usou 2. Sim, invasivo 3. Sim, não invasivo 9. Ignorado

41. Foi Internado em Unidade de Terapia Intensiva? 42. Data de entrada na UTI | 43. Data de saída na UTI

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado



SEMOL-ANEXO 5 - Continuação...

(verso)

DADOS LABORATORIAIS

44. Coletou que tipo de amostra?

1. Não coletou 2. Secreção de oro e nasofaringe 3. Tecido post-mortem
 4. Lavado Bronco-alveolar 5. Outro, especifique: _____
 9- Ignorado

45. Data da Coleta

46. Metodologia realizada: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

IFI RT-PCR Outro método, especifique (ex. cultura): _____

Tipo de RT-PCR:
 1. Convencional 2. Em tempo real

Data do Resultado - IFI Data do Resultado - RT-PCR Data do Resultado do outro método

47. Diagnóstico Etiológico:

1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado

Influenza A **Se positivo para influenza A, qual subtipo:** 1- Influenza A(H1N1)pdm09 2- Influenza A/H1 sazonal 3- Influenza A/H3 sazonal
 4- Influenza A não subtipado 5- Influenza A/H3N2v
 6- Outro subtipo de Influenza A, especifique: _____

Influenza B

Outros agentes etiológicos respiratórios:

Vírus Sincicial Respiratório (VSR) Parainfluenza 1 Parainfluenza 2 Parainfluenza 3 Adenovírus
 Outro vírus ou agente etiológico, especifique: _____

CONCLUSÃO

48. Classificação final da SRAG - Internada ou Óbito por SRAG

1. SRAG por Influenza 2. SRAG por outros vírus respiratórios
3. SRAG por outros agentes etiológicos, especifique: _____
4. SRAG não especificada

49. Critério de Confirmação

1. Laboratorial
2. Clínico-Epidemiológico
3. Clínico

50. Evolução clínica

1. Recebeu alta por cura
2. Evoluiu para óbito
9. Ignorado

51. Data da alta ou óbito

52. Data do Encerramento

ORIENTAÇÕES SOBRE A VIGILÂNCIA SÍNDROMICA DE INFLUENZA

1. CONCEITO DE SÍNDROME GRIPAL (PROTOCOLO DE TRATAMENTO):
-> 6 meses de idade: febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhado de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia.
-< 6 meses de idade: febre de início súbito mesmo que referida e sintomas respiratórios.
Obs.: maiores informações acesse o Protocolo de Tratamento em www.saude.gov.br/svs.

- Não aguardar resultado laboratorial para registrar a ficha no Sinan Influenza On-Line.
- Lembrar de atualizar a evolução no encerramento da investigação.
- No caso de co-infecção, priorizar o resultado de Influenza para a Classificação Final.
- A ficha deve ser disponibilizada somente em Unidades Hospitalares ou unidades de saúde com estrutura para internação.

ANOTAÇÕES

DADOS DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO (PARA CONTROLE LOCAL)

UF Município Nome da Unidade Código da Unidade de Saúde

Nome Função Assinatura



SEMOL-ANEXO 6 – FICHA DE INVESTIGAÇÃO PARA MENINGITE

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **MENINGITE**

Nº

CASO SUSPEITO: Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor.
Crianças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2	Agravado/doença		1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA	<input type="checkbox"/> Código (CID10)					
		MENINGITE		2 - OUTRAS MENINGITES	G 0 3 . 9					
	3	Data da Notificação								
	4	UF	5	Município de Notificação						
						Código (IBGE)				
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas				
	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento			
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante			
							1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado			
	13	Raça/Cor				1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado				
	14	Escolaridade								
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe					
	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)		24			Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27		CEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona		30		Pais (se residente fora do Brasil)	
				1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado						
Dados Complementares do Caso										
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação		32	Ocupação					
	33	Vacinação		Nº Doses	Data da Última Dose		Nº Doses	Data da Última Dose		
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Polissacarídica A/C <input type="checkbox"/> Polissacarídica B/C <input type="checkbox"/> Conjugada meningoc <input type="checkbox"/> BCG				<input type="checkbox"/> Tríplice <input type="checkbox"/> Hemófilo (Tetavalente ou Hib) <input type="checkbox"/> Pneumococo <input type="checkbox"/> Outra		
	34	Doenças Pré-existentes		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						
		<input type="checkbox"/> AIDS/HIV + <input type="checkbox"/> Traumatismo		<input type="checkbox"/> Outras Doenças Imunodepressoras <input type="checkbox"/> Infecção Hospitalar		<input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Tuberculose		
	35	Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas)							<input type="checkbox"/>	
	1 - Domicílio		2 - Vizinhança		3 - Trabalho		4 - Creche/Escola			
	5 - Posto de Saúde/Hospital		6 - Outro Estado/Município		7 - Sem História de Contato		8 - Outro país 9 - Ignorado			
36	Nome do Contato				37 (DDD) Telefone					
38	Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)				39				Caso Secundário	
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
Dados Clínicos	40	Sinais e Sintomas		<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca	<input type="checkbox"/> Abaulamento de Fontanela	<input type="checkbox"/> Petéquias/Sufusões Hemorrágicas		
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Kernig/Brudzinski	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Outras		

Meningite

Sinan NET

SVS 15/10/2007

(continua...)



SEMOL-ANEXO 6 - Continuação...

(verso)

Atendimento	41 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	42 Data da Internação	43 UF	44 Município do Hospital	Código (IBGE)
	45 Nome do Hospital	Código			
Dados do Laboratório	46 Punção Lombar <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	47 Data da Punção	48 Aspecto do Líquor 1 - Límpido 2 - Purulento 3 - Hemorrágico 4 - Turvo 5 - Xantocrômico 6 - Outro 9 - Ignorado		
	49 Resultados Laboratoriais				
	Cultura		CIE		PCR
	Líquor	Líquor	Líquor	Lesão Petequial	Líquor
	Lesão Petequial	Sangue/Soro	Sangue/Soro	Sangue/Soro	Lesão Petequial
	Sangue/Soro	Aglutinação pelo Látex		Sangue/Soro	Sangue/Soro
Escarro	Líquor	Líquor	Escarro	Escarro	
Bacterioscopia		Isolamento Viral			
Líquor	Líquor	Líquor			
Lesão Petequial	Fezes				
Sangue/Soro					
Escarro					
Classificação do Caso / Etiologia	50 Classificação do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado	51 Se Confirmado, Especifique 1 - Meningococemia 2 - Meningite Meningocócica 3 - Meningite Meningocócica com Meningococemia 4 - Meningite Tuberculosa 5 - Meningite por outras bactérias 6 - Meningite não especificada 7 - Meningite Asséptica 8 - Meningite de outra etiologia 9 - Meningite por Hemófilo 10 - Meningite por Pneumococos			
	52 Critério de Confirmação 1 - Cultura 2 - CIE 3 - Ag. Látex 4 - Clínico 5 - Bacterioscopia 6 - Quimiocitológico do líquor 7 - Clínico-epidemiológico 8 - Isolamento viral 9 - PCR 10 - Outros	53 Se <i>N. meningitidis</i> especificar sorogrupo			
	54 Número de Comunicantes	55 Realizada Quimioprofilaxia dos Comunicantes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	56 Se sim, Data	57 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Conclusão	58 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta 2 - Óbito por meningite 3 - Óbito por outra causa 9 - Ignorado	59 Data da Evolução	60 Data do Encerramento		

Informações complementares e observações

Exame Quimiocitológico					
Hemácias	<input type="text"/>	mm ³	Leucócitos	<input type="text"/>	mm ³
Neutrófilos	<input type="text"/>	%	Eosinófilos	<input type="text"/>	%
Glicose	<input type="text"/>	mg	Proteínas	<input type="text"/>	mg
			Monócitos	<input type="text"/>	%
			Linfócitos	<input type="text"/>	%
			Cloreto	<input type="text"/>	mg

Observações Adicionais

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Meningite	Sinan NET	SVS 15/10/2007



Secretaria de
Estado da
Saúde



BIOLOGIA MOLECULAR

SEMOL-ANEXO 7 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA SÍNDROME GRIPAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº _____
SIVEP Gripe
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
18/03/20

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME GRIPAL QUE REALIZARAM COLETA DE AMOSTRA

CASO DE SÍNDROME GRIPAL (SG):

Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

		1		Data do preenchimento: _____		
2		UF: _____	3		Município: _____	
				Código (IBGE): _____		
4		Unidade Sentinela: _____		Código (CNES): _____		
Dados do Paciente	5		Nome: _____		6	
					Sexo: 1-Masculino 2-Feminino __ 9-Ignorado	
	7		Data de nascimento: _____		8	
			(ou) Idade: __ __ __		9	
			1-Dia 2-Mês 3-Ano __		Ocupação: _____	
	10		Gestante: __ 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado			
	11		Raça/Cor: __ 1-Branca 2-Negra 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado			
12		Se indígena, qual etnia? _____				
13		Escolaridade: __ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado				
14		Nome da mãe: _____				
Dados de Residência	15		CEP: __ __ __ __ __ - __ __			
	16		UF: _____	17		
			Município: _____		Código (IBGE): _____	
	18		Bairro: _____		19	
			Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		20	
				Nº _____		
21		Complemento (apto, casa, etc.) _____		22		
				(DDD) Telefone: _____		
23		Zona: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		24		
				País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	25		Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	26		Data dos 1ºs Sintomas: _____		27	
			Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		__ Febre __ Tosse __ Dor de Garganta	
			__ Outros _____			
	28		Fatores de risco: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
		__ Puérpera (até 42 dias do parto)		__ Doença Cardiovascular Crônica		
		__ Síndrome de Down		__ Doença Hepática Crônica		
		__ Diabetes mellitus		__ Doença Neurológica Crônica		
		__ Imunodeficiência/Imunodepressão		__ Doença Renal Crônica		
29		Recebeu vacina contra Gripe? (últimos 12 meses)		30		
		1-Sim 2-Não 9-Ignorado __		Nº de doses __		
				31		
				Data da última dose _____		

(continua...)



SEMOL-ANEXO 7 - Continuação...

(verso)

Atendimento	32	Uso de antiviral: <input type="checkbox"/> 1-Não 2-Osetamivir 3-Zanamivir 4-Outro, especifique: _____ 9-Ignorado	33	Data do início do tratamento ____ ____ ____
	34	Data da coleta: _____	35	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	36 Nº Requisição do GAL: _____			
	IFI			
	37	Resultado <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	38	Data do resultado ____ ____ ____
	39	Agente Etiológico Influenza: <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Outros vírus respiratórios: (marcar X) <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____		
	40	Laboratório: _____ Código (CNES): _____		
Dados Laboratoriais	RT-PCR			
	41	Resultado <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	42	Data do resultado ____ ____ ____
	43	Agente Etiológico Influenza: <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Se Influenza A, subtipo: <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H1 Sazonal 3-Influenza A/H3 Sazonal 4-Influenza A não subtipado 5-Outro, especifique: _____ Outros vírus respiratórios: (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovirus <input type="checkbox"/> Bocavirus <input type="checkbox"/> Rinovirus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____		
	44	Laboratório: _____ Código (CNES): _____		
Conclusão	45	Classificação final do caso <input type="checkbox"/> Tipo Subtipo, se influenza A. 1-SG por influenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (marcar conforme categorias do campo agente etiológico) 2-SG por outro vírus respiratório 3-SG por outro agente etiológico, especifique: _____ 4-SG não especificado		
	46	Data do Encerramento ____ ____ ____		
47 Observações:				
48 Profissional de Saúde Responsável: _____		49 Registro Conselho/Matrícula: _____		