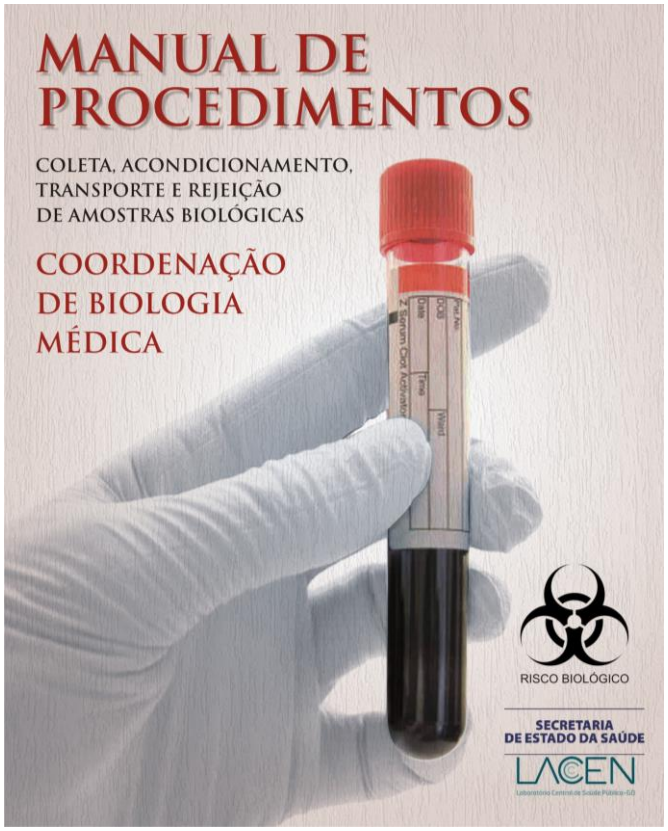
# MANUAL DE PROCEDIMENTOS

# COLETA, ACONDICIONAMENTO, TRANSPORTE E REJEIÇÃO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS




**Goiânia-GO**
**2025**

## Coordenação de Biologia Médica

# MANUAL DE PROCEDIMENTOS

# COLETA, ACONDICIONAMENTO, TRANSPORTE E REJEIÇÃO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS

## 63.2100–06

Revisão 04
Jan/2025

**GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS**
Ronaldo Ramos Caiado

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**
Rasível dos Reis Santos júnior

**SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**
Flúvia Pereira Amorim da Silva

**LABORATÓRIO ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DR. GIOVANNI CYSNEIROS**

**DIRETORIA GERAL**
Vinicius Lemes da Silva

**DIRETORIA ADMINISTRATIVA**
Rafael Souza Guedes

**DIRETORIA TÉCNICA**
Luiz Augusto Pereira

**COORDENAÇÃO GERAL DE BIOLOGIA MÉDICA**
Robmary Matias de Almeida

**Elaborado por:**
Fernanda da Cunha Severo

**Revisado por:**
Rosana Santiago Barbosa

**Verificado por:**
Robmary Matias de Almeida

**Aprovado por:**
Vinicius Lemes da Silva

## MISSÃO

Participar das ações de vigilância em saúde, realizando análises laboratoriais com qualidade, coordenando a rede estadual de laboratórios e gerando informações para a melhoria da saúde pública.

## VISÃO

Excelência da qualidade na descoberta e controle dos agravos em saúde pública visando à satisfação na comunidade.

## VALORES

**Compromisso com o trabalho seguro**: trabalhar com segurança e responsabilidade objetivando a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

**Satisfação dos clientes**: busca atender as expectativas dos clientes internos e externos.

**Aprimoramento contínuo**: colaboradores e unidade buscando a excelência profissional.

**Compromisso com o SUS**: respeitar e cooperar para o pleno funcionamento do sistema, considerando seus princípios: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e da participação popular.

**Responsabilidade social**: cumprir os deveres e obrigações dos indivíduos e empresa para com a sociedade em geral.

**Ética**: Conhecer os limites. Conhecer onde termina o seu direito e inicia o do outro. Conjunto de valores que devem orientar a vida do profissional e a do cidadão.

## SUMÁRIO

**1. APRESENTAÇÃO ..... 07**

**2. GESTÃO DA QUALIDADE E BIOSSEGURANÇA..... 08**

**3. LOCALIZAÇÃO ..... 08**

**4. CANAIS PARA MANIFESTAÇÃO DE CLIENTES ..... 08**

**5. HORÁRIO DE ATENDIMENTO ..... 10**

**6. PROCEDIMENTOS..... 10**

**7. SISTEMAS UTILIZADOS NA COORDENAÇÃO DE BIOLOGIA MÉDICA ..... 19**

**8. MÓDULOS ..... 20**

**9. REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS (REDELAB) ..... 22**

**10. REFERÊNCIAS..... 24**

**11. ANEXOS ..... 26**
A. Requisição de exames do sistema GAL – preenchida manualmente
B. Requisição do sistema GAL preenchida eletronicamente
C. Ficha exames encaminhados para a rede de laboratórios
D. SECOL 05 – Comprovante de devolução de amostras biológicas e/ou documentos sob condições especiais

## 1. APRESENTAÇÃO

O Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros/LACEN-GO foi criado pela Lei n.º 27 de 29 de novembro de 1947, está vinculado à Secretaria do Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) e é parte integrante do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), regulamentado pela Portaria de Consolidação n.º 4 de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde. Segundo esse instrumento, os Laboratórios Centrais são os Laboratórios de Referência Estaduais e têm as seguintes competências:

a) coordenar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

b) encaminhar ao Laboratório de Referência, amostras inconclusivas para a complementação de diagnóstico e aquelas destinadas ao controle de qualidade;

c) realizar o controle de qualidade da rede estadual;

d) realizar procedimentos laboratoriais de maior complexidade para complementação de diagnóstico;

e) habilitar, observada a legislação específica a ser definida pelos gestores nacionais das redes, os laboratórios que serão integrados à rede estadual, informando ao gestor nacional respectivo;

f) promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios;

g) disponibilizar aos gestores nacionais as informações relativas às atividades laboratoriais realizadas por intermédio do encaminhamento de relatórios periódicos, obedecendo cronograma definido.

As atividades realizadas pelo LACEN-GO compreendem:

**Coordenação de Biologia Médica**: diagnósticos laboratoriais de doenças e/ou agravos de notificação compulsória, considerados estratégicos para Vigilância em Saúde; controle de qualidade dos diagnósticos laboratoriais descentralizados pela Rede Estadual de Laboratórios/REDELAB; monitoramentos entomológicos para predição de riscos e prevenção da ocorrência de doenças transmitidas por vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos; atuação em parceria com os Núcleos de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde e com os Núcleos de Vigilâncias Hospitalares das unidades de saúde de todo o Estado.

**Coordenação de Produtos e Ambiente**: controle sanitário de produtos, realizando análises de caráter fiscal ou de orientação, por meio de ensaios microbiológicos, microscópicos, físico-químicos e de rotulagem de alimentos, medicamentos, saneantes, cosméticos, água de hemodiálise dentre outros produtos para saúde; análises para elucidação de surtos de toxinfecções alimentares, monitoramento da qualidade da água de consumo humano e ambiental. Para isso, recebe amostras das regionais de saúde de todo o Estado, de prefeituras municipais, da rede hospitalar, da Vigilância Sanitária Estadual e do SUS.

## 2. GESTÃO DA QUALIDADE E BIOSSEGURANÇA

O Sistema de Gestão da Qualidade do LACEN-GO abrange integralmente todas as suas atividades e tem como objetivo a competência técnica na realização de ensaios, possibilitando a produção de resultados válidos. O SGQ está organizado em conformidade com:

a) ABNT NBR ISO/IEC 17025/2017 – Requisitos Gerais para a Competência de Laboratórios de Ensaios e Calibração;

b) OMS -TRS 1052 anexo 4. Boas Práticas da OMS para Laboratórios Nacionais de Controle Farmacêutico.;

c) ABNT NBR ISO 15189/2024 – Laboratórios Clínicos – Requisitos de Qualidade e Competência.

A Biossegurança é um conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente e a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.

## 3. LOCALIZAÇÃO

Avenida Contorno n° 3556, Jardim Bela Vista. Goiânia–GO. CEP 74853-120.

## 4. CANAIS PARA MANIFESTAÇÃO DOS CLIENTES

**Direção-Geral**:

(62) 3201-3890

lacengo.dirgeral@gmail.com

**Coordenação do Sistema de Gestão da Qualidade:**

(62) 3201-3885

rosa.msantos@goias.gov.br

**Coordenação de Biologia Médica**:

(62) 3201-3880

lacengo.bmedica@gmail.com

**Coordenação do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL):**

(62)V3201-9637

Lacengo.gal@gmail.com

**Rede Estadual de Laboratórios**:
(62) 3201-3880
lacen.redelab@gmail.com

**Núcleo de Vigilância Laboratorial:**
(62) 3201-9645
lacengo.vigilab@gmail.com

**Seção Gerenciamento de Amostras Biológicas**:
(62) 3201-9627
coletalacen@gmail.com

**Seção de Bacteriologia:**
(62) 3201-9629/9630
lacengo.bacteriologia@gmail.com

**Seção de Biologia Molecular:**
(62) 3201-9688
lacen.bmolecular@gmail.com

**Seção de Entomologia:**
(62) 3201-9616
lacengo.entomologia@gmail.com

**Seção de Imunoparasitologia:**
(62) 3201-9669
imunoparasitogo@gmail.com

**Seção de Micobactérias:**
(62) 3201-9631
lacengomicobacterias@gmail.com

**Seção de Micologia:**
(62) 3201-9630
disley.dias@goias.gov.br/lacengo.micologia@gmail.com

**Seção de Virologia:**
(62) 3201-9683
lacen.viro@gmail.com

## 5. HORÁRIO DE ATENDIMENTO

| Tipo de atendimento | Dias | Horário |
|---|---|---|
| Atendimento ao público | Segunda a sexta | 07 às 18h |
| Recebimento de amostras biológicas | Segunda a sexta | 07 às 16 h |
| Coleta de Leishmaniose:<br>Por agendamento prévio (62) 3201- 9647 | Segunda a sexta | 07 às 17h |
| IGRA<br>*Não enviar em véspera de feriado | Segunda a quinta | 07 às 16 h |
| Culturas, material proveniente de surtos, suspeita de doenças de notificação compulsória conforme Portaria Nº 264, de 17 de fevereiro de 2020 ou outras situações de urgência. | Plantão (Feriados, pontos facultativos, sábados e domingos) | 08 às 16 h |

## 6. PROCEDIMENTOS

6.1 – Objetivos

Padronizar e orientar sobre as regras e recomendações necessárias para a coleta, acondicionamento, preservação, transporte e fatores de rejeição de materiais biológicos que serão submetidos a exames realizados pelo Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros - LACEN GO. Agregar valor à qualidade analítica das seções a fim de obter resultados confiáveis e diminuir a incidência de amostras rejeitadas e /ou devolvidas.

6.2 – Condições gerais

Para que se realizem os exames e garantam resultados confiáveis é importante que as requisições, pedidos médicos, fichas de notificação ou formulários de BPA-I (verificar qual destas opções será necessária ao agravo solicitado disponível em cada módulo) estejam preenchidos corretamente, sem rasuras, com as condições e dados a seguir:

a) letra legível: preencher com letra legível para evitar erros de registros e para garantir que os laudos cheguem corretamente aos pacientes e unidades solicitantes;

b) identificação da procedência: identificar a unidade de saúde solicitante com todas as informações rigorosamente preenchidas;

c) nome do paciente completo: informar todo nome e sobrenome sem abreviatura e número do documento de identificação (cadastro de pessoa física-CPF, documento de identificação -RG, cartão do SUS válido);

d) data de nascimento, idade e sexo;

e) nome da mãe completo e sem abreviatura;

f) nome e carimbo do solicitante: identificação do solicitante do exame, com devida assinatura;

g) descrição da amostra coletada: soro, sangue, papel-filtro, líquor (líquido cefalorraquidiano – LCR), medula óssea, lavado brônquico, fezes, urina, secreções, vísceras e outros;

h) data de coleta da amostra;

i) exame(s) solicitado(s): a descrição do(s) exame(s) solicitado(s) deve ser legível e o volume de material enviado deve ser compatível com os mesmos. O material deve ser adequado ao exame a que se destina;

j) e-mail e telefone para contato.

Observação:
Erros de preenchimento são considerados critérios de devolução da amostra, portanto favor verificar todos os campos.

6.3 – Cuidados pré-analíticos:

a) coleta de sangue – coletar o sangue, preferencialmente, por punção venosa:

- **sangue total com anticoagulante** - coletar o sangue com o anticoagulante recomendado para a realização do exame em tubo previamente rotulado, homogeneizar e enviar. (Consultar manual – módulo específico de cada agravo).
- **sangue total sem anticoagulante** - coletar o sangue sem o anticoagulante em tubo previamente rotulado, homogeneizar e enviar. (Consultar manual – módulo específico de cada agravo).
- **soro** - coletar o sangue em um tubo sem anticoagulante e centrifugar para obtenção do soro. Se o local não dispuser de centrífuga, deixar retrair o coágulo e fazer alíquotas do soro formado. Colocar em tubo próprio para transporte previamente rotulado e enviar.
- **plasma -** coletar o sangue em um tubo com o anticoagulante recomendado para realização do exame, centrifugar e separar o plasma. Se o local não dispõe de centrífuga, deixar o tubo em repouso, esperar as células sanguíneas sedimentarem espontaneamente, fazer alíquotas do plasma obtido, colocar em tubo próprio para transporte previamente rotulado e enviar.

b) separação do plasma ou soro:

- as amostras de soro ou plasma destinadas aos testes laboratoriais devem ser separadas do contato com as células sanguíneas o mais rapidamente possível a menos que estudos comprovem que este contato prolongado não afete os resultados. Para tanto as amostras de sangue para obtenção

de soro ou plasma devem estar completamente coaguladas para evitar a formação de fibrina antes da centrifugação. A centrifugação e a separação do soro ou do plasma dentro de duas horas após a coleta é o procedimento recomendado;

- tubos primários contendo gel separador devem ser centrifugados e utilizados para envio das amostras sem a necessidade de transferência para outro tubo, evitando erros de identificação e/ou contaminação da amostra;
- os tubos devem ser mantidos fechados durante todo o processo e a centrífuga deve estar adequadamente tampada;
- o soro ou plasma não deve permanecer à temperatura ambiente por mais de 6 horas. Se os testes não puderem ser realizados dentro deste intervalo de tempo, as amostras devem ser refrigeradas (2 a 8ºC). Se os testes forem realizados após 48 horas da coleta, a amostra deve ser congelada (-20º ou a - 70°C, de acordo com cada agravo (consultar módulos do manual). As amostras não devem ser congeladas mais de uma vez sob pena de alterações importantes nos resultados. O descongelamento deve ser realizado à temperatura ambiente sem o uso de aquecimento.

6.4 – Procedimento para coleta de sangue:

- preparar o formulário ou solicitação de coleta;
- identificar o paciente;
- higienizar as mãos;
- verificar a condição de jejum, restrições alimentares, hipersensibilidade ao látex ou ao antisséptico;
- selecionar os tubos, agulhas e demais materiais necessários à coleta;
- identificar os tubos ou conferir a identificação;
- posicionar o paciente corretamente;
- aplicar o torniquete, pedir ao paciente que feche a mão e examinar o local de coleta para selecionar o local de punção;
- calçar as luvas;
- aplicar o antisséptico no local de punção e deixar secar;
- puncionar e coletar o sangue em quantidade suficiente para realização dos exames;
- seguir a ordem dos tubos de coleta;
- remover o torniquete;
- posicionar a gaze ou algodão sobre o local de punção e retirar a agulha;
- proceder o descarte dos materiais de coleta;

- pressionar o local de punção até que o sangramento tenha cessado, aplique uma bandagem adesiva;
- anotar data, hora e o responsável pela coleta;
- observar necessidades especiais de manuseio (Dosagens que requerem cuidados especiais);
- encaminhar o material devidamente identificado para processamento.

6.5 – Procedimento para coleta microbiológica

O material coletado deve ser representativo do processo infeccioso investigado, devendo ser eleito o melhor sítio da lesão, evitando contaminação com as áreas adjacentes. A coleta e o transporte inadequados podem ocasionar falhas no isolamento do agente etiológico e favorecer o desenvolvimento da flora contaminante. Portanto, procedimentos adequados de coleta devem ser adotados para evitar o isolamento de um "falso" agente etiológico, resultando numa orientação terapêutica inadequada.
Para algumas investigações microbiológicas o LACEN-GO através da REDELAB disponibiliza os kits de coleta (Ver item 9.2).

- coletar antes da antibioticoterapia, sempre que possível;
- instruir claramente o paciente sobre o procedimento;
- observar a antissepsia na coleta de todos os materiais clínicos;
- coletar do local onde o micro-organismo suspeito tenha maior probabilidade de ser isolado;
- considerar o estágio da doença na escolha do material. Patógenos entéricos, causadores de diarreia, estão presentes em maior quantidade e são mais facilmente isolados durante a fase aguda ou diarreica do processo infeccioso intestinal;
- quantidade suficiente de material deve ser coletada para permitir uma completa análise microbiológica;
- o pedido do exame deve conter, além da identificação do paciente, dados como idade, doença de base e indicação do uso de antibióticos.

6.6 – Informações técnicas:

- utilizar somente criotubos apropriados para acondicionar em freezer -80°C ou botijão de nitrogênio (Quando for o caso);
- tubos de vidro serão rejeitados;
- **NUNCA colocar tubos de vidro em botijão de nitrogênio ou gelo seco;**

- a coleta de sangue deve ser seguida respeitando a sequência de coleta de tubos definida pelo fabricante que está sendo utilizado no momento (Figura 1).

Fonte: Manual de coleta 2019 PNCQ

**Figura 1** – Sequência da Ordem dos Tubos de Coleta.

## 6.7 – Requisitos de identificação da amostra

A identificação da amostra é um dos fatores mais importantes para a garantia do exame correto, portanto:

- amostras só serão aceitas mediante a existência de uma requisição (GAL/pedido médico de exame, visto que é na requisição/pedido médico que constam informações para a realização do exame;
- o frasco ou tubo, onde está acondicionada a amostra deve ser identificado com o nome completo do paciente, data de nascimento, data de coleta e natureza da amostra (soro, plasma, sangue, LCR, etc), os dados devem ser correspondentes aos contidos na requisição/pedido médico do exame;
- o tipo de amostra deve corresponder ao exame solicitado, ou seja, a amostra não deve ser de um local/tipo e a requisição do exame citar outro;
- as informações dos tubos ou frascos devem ser legíveis e sem rasuras.

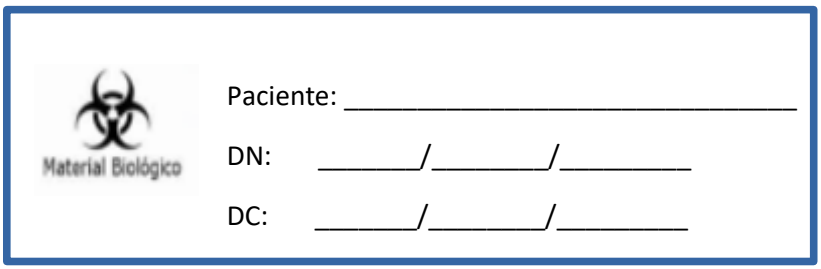



**Figura 2** – Etiqueta de identificação.

6.8 – Requisitos de documentação

As amostras biológicas devem estar acompanhadas de documentos específicos devidamente preenchidos para cada doença/agravo conforme as instruções próprias de cada exame solicitado descritas em cada módulo.

- requisição de exames do sistema GAL - preenchida manualmente (GAL-ANEXO A);
- requisição do sistema GAL preenchida eletronicamente (GAL-ANEXO B);
- ficha exames encaminhados para a rede de laboratórios, em duas vias (GAL-ANEXO C);
- fichas do SINAN em casos de doenças de notificação compulsória - disponíveis em cada módulo de acordo com cada agravo;
- pedido Médico;
- laudo Médico para Emissão de BPA-I;
- relatório do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO);
- ficha de investigação/notificação EPIZOOTIA;
- histórico Clínico.

Amostras para controle de qualidade deverão ser enviadas junto com o formulário específico para cada agravo conforme o manual.

As amostras biológicas que não estiverem de acordo com os critérios estabelecidos em cada módulo serão devolvidas ao portador junto com a documentação enviada, acompanhada do formulário Comprovante de devolução de amostras biológicas e/ou documentos sob condições especiais (SECOL 05-ANEXO D), com o motivo da devolução.

As caixas de transporte, assim como o gelo reciclável e as grades de armazenamento das amostras, são devolvidas logo após a conferência da amostra. Sendo assim, a recepção de amostras biológicas não se responsabiliza por estes materiais caso o portador não espere a conferência.

6.9 – Acondicionamento

Para transporte externo de amostras biológicas é recomendável utilizar o sistema básico de embalagem tripla a fim de reduzir a probabilidade da embalagem sofrer danos e deixar escapar o conteúdo, expondo em risco a população e o meio ambiente. O sistema é composto de:

a) **embalagem primária:** embalagem que está em contato direto com o material biológico a ser transportado, frasco ou tubo contendo a amostra com tampa e devidamente identificada, devendo ser embalado individualmente em saco plástico e com nó na extremidade;

b) **embalagem secundária:** embalagem intermediária, colocada entre a embalagem primária e a embalagem terciária, com fins de conter a embalagem primária, pode ser um recipiente rígido com tampa (de plástico) onde deve ser colocado os tubos ou frascos com amostra biológica, tampar e colocar dentro da caixa;

c) **embalagem terciária:** embalagem externa, utilizada exclusivamente para a proteção da carga nas operações de movimentação.

**Opção 1:** Poderá ser utilizado caixa térmica com paredes rígidas: Figura 3

- utilizar gelo reciclável quando for necessário manter temperatura refrigerada (2-8°C), em amostras com conservação a temperatura ambiente não colocar gelo reciclável;
- a identificação do expedidor e do destinatário deve ser feita na embalagem;
- as solicitações médicas, fichas de investigação e ofícios devem ser envelopados ou colocados em pastas e fixados com fita adesiva na tampa da caixa do lado de fora.

**Opção 2:** caixa de transporte conforme legislação vigente composta de caixa de isopor revestida por caixa de papelão padronizada para proteger contra danos durante o transporte. Figura 4.

- utilizar gelo reciclável quando for necessário manter temperatura refrigerada (2-8°C), em amostras com conservação a temperatura ambiente não colocar gelo reciclável;
- a identificação do expedidor e do destinatário deve ser feita na embalagem;
- as solicitações médicas, fichas de investigação e ofícios devem ser envelopados e fixados com fita adesiva na tampa da caixa de isopor que será acondicionada na caixa de papelão.

**Figura 3** – Opção 1 - Caixa para transporte de amostras com paredes rígidas.

**Figura 4** – Opção 2 - Caixa de transporte para material biológico (Embalagem tripla).

**Figura 5** – Risco biológico.

**Figura 6** – Acondicionamento.

## 6.10 – Transporte

O transporte de material biológico deve obedecer às normas de biossegurança e de saúde do trabalhador, de forma a prevenir riscos de exposição direta dos profissionais envolvidos, dos transportadores, da população e do ambiente ao material biológico.

O veículo transportador deve contar com condições adequadas de higiene e limpeza, bem como dispor de mecanismo que assegure a integridade da embalagem terciária e do material biológico transportado.

a) as amostras biológicas devem vir separadas dos pacientes quando transportados no mesmo veículo;

b) a caixa de transporte de amostras deve ser lavável, resistir à desinfecção e portar identificação de “Risco Biológico” e “Espécimes para Diagnóstico”;

c) higienizar a caixa de transporte após cada uso;

d) as caixas de transporte devem vir bem vedadas e fixadas durante o transporte e protegidas do sol e de umidade;

e) orientar o motorista de como proceder com as amostras em caso de acidente, avaria ou outro fato que exponha o transportador, a população ou ambiente ao risco do material biológico humano durante o trânsito, o transportador deve adotar as seguintes providências:

- informar as autoridades locais competentes sobre o fato;
- comunicar ao remetente e ao destinatário o ocorrido;
- dar destino aos resíduos gerados de acordo com as informações fornecidas pelo remetente e demais medidas de proteção à população e ao meio ambiente, quando couber; e
- documentar, registrar e arquivar as medidas adotadas.

f) possuir no carro de transporte um kit com: luvas, pá, escova, saco de lixo infectante e fita adesiva (para recolher material espalhado), frasco de álcool 70% (para limpeza do local e das mãos);

g) em caso de acidente com as amostras, todos os materiais recolhidos e utilizados na operação devem ser colocados no saco para lixo infectante bem fechado com a fita adesiva;

h) ao final, devem ser esterilizados e descartados adequadamente;

i) na caixa de transporte deve constar nome, telefone e endereço da pessoa responsável pelo envio das amostras, para ser contatada, caso haja necessidade;

j) colocar etiqueta com nome e endereço do destinatário;

k) no caso de transporte de amostras refrigeradas, a caixa de transporte deve conter termômetro para averiguação da temperatura no momento da recepção da amostra; l) as solicitações de exames não devem ser colocadas dentro da caixa de transporte junto com as amostras biológicas.

| REMETENTE | DESTINATÁRIO |
|---|---|
| Un. de Saúde: _____ | Un. de Saúde: LACEN-GO |
| Endereço:_____ | Endereço: Av. Contorno nº 3556, Jd Bela Vista – Goiânia/GO |
| Nome do responsável:_____ | Telefone: 3201-9667 |
| Telefone:_____ | |

**Figura 7** – Etiqueta de identificação da caixa de transporte.

## 7. SISTEMAS UTILIZADOS NA COORDENAÇÃO DE BIOLOGIA MÉDICA

### 7.1 – GAL-Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial

O GAL é um sistema informatizado desenvolvido para Laboratórios de Saúde Pública aplicado aos exames e ensaios de amostras de origem humana, animal e ambiental, com padrão nacional, e desenvolvido de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde com parceria entre as instituições Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na Coordenação de Atenção Básica (COSAB) e pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), na Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB).
Principais funções:

- gerenciar e acompanhar as realizações das análises laboratoriais desde a sua solicitação até emissão do laudo final;
- gerar relatórios gerenciais e de produção nas Redes de Laboratórios de Saúde Pública;
- gerar consultas e relatórios (específicos e epidemiológicos);
- enviar resultados laboratoriais dos casos suspeitos ou confirmados para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- subsidiar as tomadas de decisões pelas Vigilâncias nas esferas Nacional, Estadual e Municipal;
- padronizar as informações dos laudos e pareceres técnicos.

a) para credenciar e obter senha de acesso ao Gal o usuário deve:

- preencher do Termo de Confidencialidade (ANEXO A)

b) para acessar os módulos do Sistema: Biologia Médica Humana, Animal e Ambiental utilizar o link:

https://gal.saude.go.gov.br/gal/

c) para operar o sistema seguir orientações descritas nos links abaixo:

https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2020/01/manual-usuario-i-e6c.pdf

https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2020/01/manual-usuario-ii-e32.pdf

https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2020/01/manual-usuario-iii-049.pdf

7.2 – SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+ / CD8+ e quantificação de Carga Viral para HIV

O sistema SISCEL foi desenvolvido a partir de 1997 para facilitar o controle dos processos de cadastramento de pacientes e armazenamento do histórico dos exames realizados, os quais são úteis aos médicos para prescrição da melhor terapia para os pacientes. Todas as informações são armazenadas no banco de dados central que fica no Departamento de IST/AIDS-HV/SVS/MS e são acessadas via internet, utilizando criptografia de dados, pelos laboratórios que realizam exames de CD4+/CD8+ e Carga Viral, e coordenações estaduais e municipais de IST e Aids.

Os municípios que fazem parte da rede de Quantificação de Carga Viral e contagem de linfócitos T de $CD^{4+}/CD^{8+}$ que desejam ter acesso ao resultado do paciente deverão solicitar senha de acesso ao módulo de resultados.

7.3 – SILACEN Web - Sistema Laboratorial do LACEN-GO

O sistema SILACEN web será utilizado para cadastro de pacientes da rede de Quantificação de Carga Viral e Contagem de linfócitos T $CD^{4+}/CD^{8+}$, Genotipagem para HIV e sua utilização será apenas para registro destes exames gerando uma identificação unívoca e rastreabilidade de acordo com as exigências da legislação vigente.

## 8. MÓDULOS

As informações específicas a respeito dos exames, métodos, amostras, coleta, conservação e transporte, documentação obrigatória, critérios para rejeição de amostras, tempo de liberação e outras informações importantes estão disponíveis por módulos:

- **Módulo-Introdução:**
  https://goias.gov.br/saude/manuais-de-procedimentos-de-coleta-acondicionamento-transporte-e-rejeicao-de-amostras/

- **Módulo-Bacteriologia:**
  https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/lacen/manuais/63.2100-06%20M%C3%93DULO%20II%20-%20Bacteriologia.pdf

- **Módulo-Biologia Molecular:**
  https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/lacen/manuais/63.2100-06-MODULO-III-Biologia-Molecular.pdf

- **Módulo-Entomologia:**
  https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/lacen/manuais/63.2100-06-MODULO-IV-Entomologia.pdf

- **Módulo-Imunoparasitologia:**
  https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/lacen/manuais/63.2100-06 MÓDULO – IMUNOPARASITOLOGIA.pdf

- **Módulo-Micobactérias:**
  https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/lacen/manuais/63.2100-06-MODULO-VI-Micobacterias.pdf

- **Módulo-Micologia:**
  https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/lacen/manuais/63.2100-06%20M%C3%93DULO%20VII%20-%20Micologia.pdf

- **Módulo-Virologia:**
  https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/lacen/manuais/63.2100-06-MODULO-VIII-Virologia.pdf

- **Manual do fluxo de vigilância laboratorial de epizootias, em primatas não humanos (PNH), do Estado de Goiás:**
  https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/lacen/manuais/63.2100-04-MANUAL-DO-FLUXO-DE-VIGILANCIA-LABORATORIAL-DE-EPIZOOTIAS-EM-PRIMATAS-N-HUMANOS-DO-ESTADO-DE-GOIAS.pdf

- **Instruções para coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas pelo serviço de verificação de óbitos (SVO):**
  https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/lacen/manuais/63.2100-05 INSTRUÇÕES PARA COLETA%2C ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PELO SVO.pdf

- **Instruções de coleta de amostras clínicas e de alimentos envolvidas em surtos de doenças de transmissão hídrica e alimentar (DTHA):**
  https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/files/lacen/manuais/63.2000-09 MANUAL DE COLETA DE AMOSTRAS CLÍNICAS E DE ALIMENTOS ENVOLVIDAS EM SURTOS DE DTHA.pdf

## 9. REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS (REDELAB)

9.1 – Definição

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB é composto pelo Conjunto de Redes Nacionais vinculados às diferentes esferas do governo (federal, estadual, municipal) que tem como fundamento para sua estruturação o nível de complexidade dos laboratórios bem como critérios epidemiológicos, demográficos e geográficos relacionados à vigilância em saúde instituído pela Portaria de Consolidação n° 4/2017 (Portaria 2031/04).

9.2 – Ações:

- promover ações pela REDELAB:
- descentralizar as ações laboratoriais para vigilância em saúde;
- gerar resposta de vigilância laboratorial em nível regional/local;
- melhorar o acesso ao diagnóstico de agravos de interesse em saúde pública;
- capacitar recursos humanos para as ações laboratoriais descentralizadas;
- distribuir de insumos fornecidos pelo MS;
- supervisionar periodicamente os laboratórios da Rede: coordenar, normalizar, acompanhar, supervisionar e verificar as condições de funcionamento e o cumprimento das normas técnicas estabelecidas;
- realizar o controle de qualidade;
- implantar o sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

9.3 – Kits para coleta de material, insumos, capacitações, recarga da bala de nitrogênio e solicitação de acesso ao sistema SISCEL disponibilizados pela REDELAB

9.3.1 – Insumos fornecidos pelo MS e distribuídos pela REDELAB:

- Leishmaniose Visceral Canina – TR;
- Leishmaniose Visceral Humana – TR;
- Dengue IgM – ELISA;
- Dengue NS1 – ELISA;
- Malária – TR;
- TRM –TB (Programa de Tuberculose);
- Kit de coleta IGRA (Teste QuantiFeron – TB);
- Kit de coleta Clamídia/Gonococo.

9.3.2 – Outros insumos fornecidos pelo Lacen via rede:

- Meningite: Ágar chocolate, lâmina, criotubos, meio para hemocultura (reagente em caldo, adulto/pediátrico - Bact/Alert);
- Vírus Respiratórios: Meio de transporte viral, *swabs;*
- Monkeypox: Pote, criotubos;
- Coqueluche: *Swabs* e tubo de ágar carvão;
- DDA/DTA: *Swabs* e meio *Cary Blair;*
- Difteria: Meio PAI;
- *Swabs* estéreis de vigilância em meio *Stuart.*

9.3.3. Capacitações oferecidas pela rede de acordo com a demanda dos municípios:

- Bacteriologia (Lâminas);
- Baciloscopia (Tuberculose/Hanseníase);
- Entomologia;
- Imunoparasitologia;
- Virologia;
- Coleta, armazenamento e envio de amostras;
- Outros.

9.3.4 – Recarga da bala de nitrogênio.

9.3.5 – Solicitação de acesso ao sistema SISCEL (módulo resultados), cadastro de unidades e profissionais solicitantes para os exames de Quantificação de Carga Viral e Contagem de linfócitos $CD_4$/$CD_8$.

9.4 – Como solicitar Kits para coleta de material, insumos, capacitações, recarga da bala de nitrogênio e solicitação de acesso ao sistema SISCEL disponibilizados pela REDELAB

9.4.1 – Solicitar insumos e kits com 24 h de antecedência via e-mail, lacen.redelab@gmail.com.
Aguardar resposta ao solicitante com a data da liberação dos insumos e kits e orientações para retirada.

9.4.2 – Solicitar as capacitações por ofício e encaminhados pelo e-mail lacen.redelab@gmail.com.
Aguardar a resposta com agendamento da data para a capacitação.

9.4.3 – Solicitar recarga da bala de nitrogênio por e-mail, lacen.redelab@gmail.com, somente são aceitas as solicitações realizadas pelas regionais de saúde.
Aguardar agendamento da data de recebimento e recarga das balas pelo LACEN-GO e retirada pela das balas pela regional.

9.4.4 – Solicitar cadastro de unidade de coleta e do profissional solicitante para os exames de Quantificação de Carga Viral e Contagem de linfócitos $CD_4$/$CD_8$ por e-mail, lacen.redelab@gmail.com.

9.4.5 – Solicitar acesso ao módulo ‘resultados’ ao sistema SISCEL.

## 10. REFERÊNCIAS

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.172, DE 15 DE JUNHO DE 2004 - Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

BRASIL. PORTARIA N.º 2.031, DE 23 DE SETEMBRO DE 2004 - Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

BRASIL. PORTARIA N.º 2.606, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2005 - Classifica os Laboratórios Centrais de Saúde Pública e institui seu fator de incentivo.

BRASIL. RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 786, DE 05 DE MAIO DE 2023 - Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos.

BRASIL. PORTARIA Nº 264, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2020 - Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

BRASIL. RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos assistenciais de saúde.

BRASIL. RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 222, de 28 de março de 2018. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

BRASIL. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 504, DE 27 DE MAIO DE 2021 - Dispõe sobre as Boas Práticas para o transporte de material biológico humano.

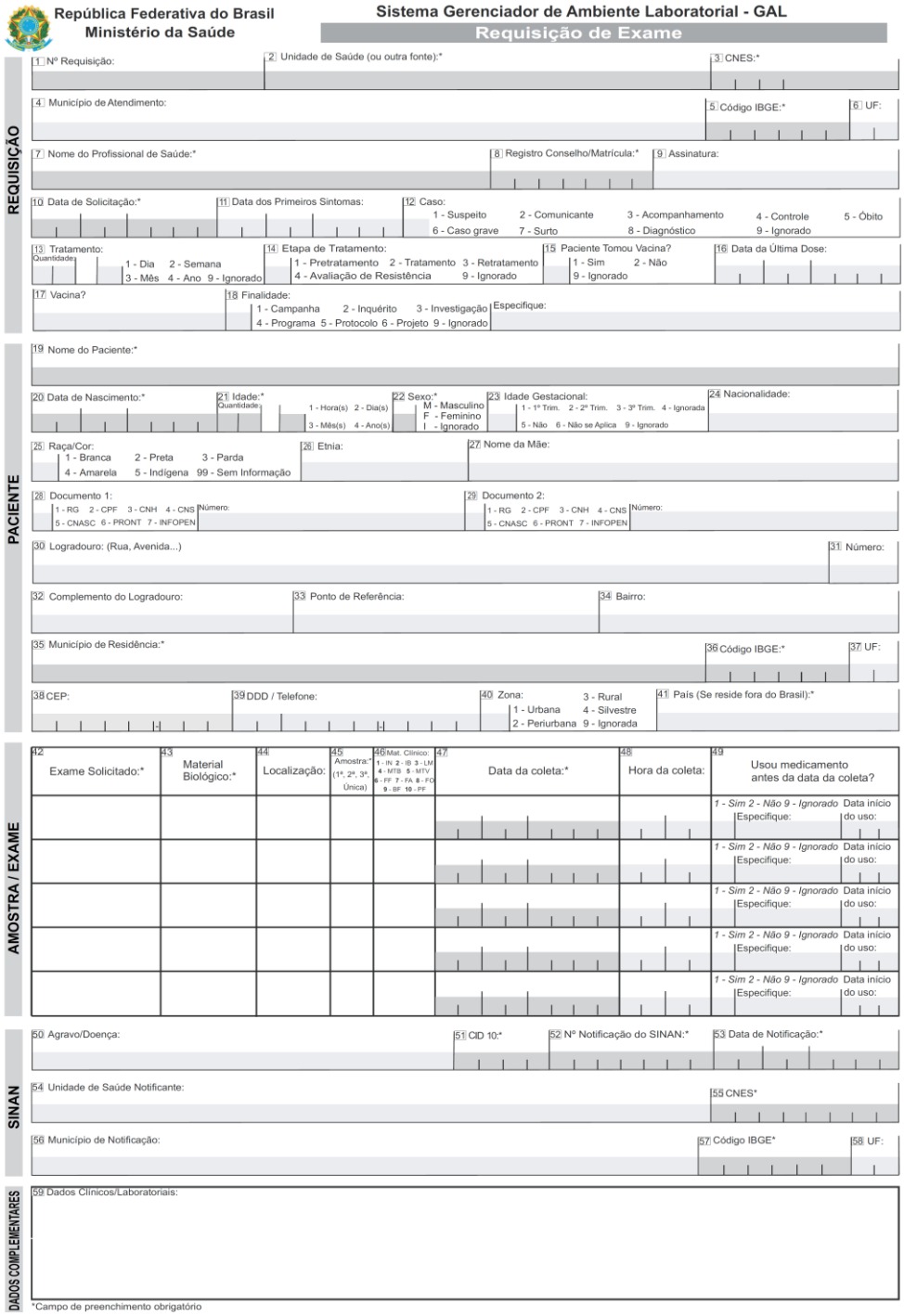
Programa Nacional de Controle de Qualidade – PNCQ - Manual de Coleta em Laboratório Clínico, 3ª Edição, 2019.

---

/ANEXO A

## ANEXO A

REQUISIÇÃO DE EXAMES DO SISTEMA GAL – PREENCHIDA MANUALMENTE



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/Matrícula:*
9 Assinatura:
10 Data de Solicitação:*
11 Data dos Primeiros Sintomas:
12 Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado
13 Tratamento: 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:

**PACIENTE**

19 Nome do Paciente:*
20 Data de Nascimento:*
21 Idade:* Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)
22 Sexo:* M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
23 Idade Gestacional: 1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado
24 Nacionalidade:
25 Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação
26 Etnia:
27 Nome da Mãe:
28 Documento 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - 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 - FO 9 - BF 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 Nº Notificação do SINAN:*
53 Data de Notificação:*
54 Unidade de Saúde Notificante:
55 CNES*
56 Município de Notificação:
57 Código IBGE*
58 UF:

**DADOS COMPLEMENTARES**

59 Dados Clínicos/Laboratoriais:

*Campo de preenchimento obrigatório

---

/ANEXO A/ Cont.

# ANEXO A CONT.

*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 – *Suspeito*** ***(diagnóstico para definição de doença/agravo);*** **2 – *Comunicante*** ***(paciente teve contato familiar, sexual com um caso);*** **3 – *Acompanhamento*** ***(paciente em tratamento de doença/agravo);*** **4 – *Controle*** ***(controle de tratamento de doença/agravo finalizado);*** **5 – *Óbito*** ***(diagnóstico para esclarecimento de causa mortis);*** **6 – *Caso grave*** ***(paciente em estado grave, internado ou não);*** **7 – *Surto*** ***(esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita);*** **8 – *Diagnóstico*** ***(paciente para confirmação da doença/agravo)*** **e 9 – *Ignorado.*** |
| 13 | Tratamento – informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s).<br>(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:<br>**1 - *Pretratamento*** ***(sem tratamento);*** **2 -*Tratamento*** ***(sob medicação);*** ***3 -*** **Retratamento** ***(iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento);*** **4 - *Avaliação de resistência*** ***(paciente com resultados laboratoriais sugestivo a resistência)*** **e 9 – *Ignorado.*** |
| 15 | O paciente tomou vacina? – O campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente já foi vacinado contra o agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame (s). ***1 – Sim;*** ***2 – Não*** **e** ***9 – Ignorado.*** |
| 16 e 17 | Data da última dose da vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmada que o paciente tomou no formato **dd/mm/aaaa.** Especifique o tipo da vacina. |
| 18 | Finalidade da requisição: **1 – *Campanha*** ***(evento investigatório com período definido para doença/agravo específico);*** **2 – *Inquérito*** ***(investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico);*** **3 – *Investigação*** ***(aplicável a doenças/agravos em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas);*** **4 – *Programa*** ***(eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais);*** **5 – *Protocolo*** ***(investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal);*** **6 – *Projeto*** **(investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 – *Ignorado*.** Especificar o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual). |
| 19 | Paciente: nome completo e sem abreviatura. **(OBRIGATÓRIO).** |
| 20 | Data de nascimento do paciente no formato **dd/mm/aaaa.** |
| 21 | Idade do paciente. Este campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida.<br>(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).<br>**1 – *Hora(s);*** **2 – *Dia(s);*** **3 – *Mês(s)*** **e 4 – *Anos*. (OBRIGATÓRIO).** |
| 22 | Sexo do paciente**. F – *Feminino*; M – *Masculino*** **e I – *Ignorado*. (OBRIGATÓRIO)** |
| 23 | Idade Gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do **sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.** |
| 24 | Nacionalidade: País de origem do paciente. |
| 25 | Raça/Cor: **1 – *Branca*; 2 – *Preta*; 3 – *Parda*; 4 – *Amarela*; 5 – *Indígena*** **e 99 – *Sem informação.*** |
| 26 | Etnia: Caso o campo 25 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia. |
| 27 | Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações. |
| 28 e 29 | Documento: Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número.<br>(Ex. CPF: 777.888.999.00 => deve ser informado o item correspondente à opção "2", que significa CPF e segunda lacuna o número 555.555.555.55). **1 – *RG – Carteira de Identidade;*** **2 – *CPF – Cadastro de Pessoa Física;*** **3 – *CNH – Carteira Nacional de Habilitação;*** **4 - *CNS – Cartão Nacional de Saúde;*** **5 – *CNASC – Certidão de Nascimento;*** **6 – *PRONT – Prontuário*** **e 7 – *INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias.*** |
| 30 | Logradouro (rua, avenida...) do paciente. |
| 31 | Número (apartamento, casa) do logradouro do paciente. |
| 32 | Dados complementares do logradouro do paciente. |
| 33 | Ponto de referência para auxiliar na localização do logradouro do paciente. |
| 34 | Bairro do logradouro do paciente. |
| 35 | Município do logradouro do paciente. |
| 36 | Código do IBGE correspondente **(OBRIGATÓRIO).** |
| 37 | Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente. |
| 38 | CEP - Código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) do paciente. |
| 39 | Código da localidade e o telefone para contato do paciente. **(DDD e número do telefone)** |
| 40 | Classificação da zona do logradouro do paciente. **1 – *Urbana*; 2 – *Periurbana*; 3 – *Rural*; 4 – *Silvestre*** **e 9 – *Ignorado.*** |
| 41 | País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. **(OBRIGATÓRIO)**. |
| 42 | Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente **(OBRIGATÓRIO)** pelo profissional de saúde. |
| 43 | Material Biológico (amostra enviada): Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológicos (s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente **(OBRIGATÓRIO)**. |
| 44 | Informar caso o material biológico requeira localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. **Ex. Abdômen, Braço direito, ...** |
| 45 | Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. **1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; nª – nª amostra e U – Única (OBRIGATÓRIO).** |
| 46 | Material Clínico em que a amostra foi enviada: 1- **IN – *Amostra in Natura*;** 2 - **IB – *Isolado Bacteriano*;** 3 - **LM – *Lâmina*;** 4 - **MTB – *Meio de Transporte Bacteriano*;** 5 - **MTV – *Meio Transporte Viral*;** 6 - **FF – *Fixado em Formol*;** 7 - **FA – *Fixado em Álcool*;** 8 - **FO – *Fixado em Outros*;** 9 - **BP – *Bloco de Parafina*** **e** 10 - **PF – *Em Papel de Filtro.*** |
| 47 | **Data da Coleta**. Informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) **(OBRIGATÓRIO).** No formato **dd/mm/aaaa** |
| 48 | **Hora da Coleta**. Informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s)**.** No formato **hh:mm Ex. 12h 54min** |
| 49 | Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta. **1 – *Sim*; 2 – *Não*** **e 9 – *Ignorado*** Caso a informação seja **1 - *Sim***, Especificar e a data de início do uso do medicamento. |
| 50 | Informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN **(PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).** |
| 51 | Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme 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 MUNICIPIO 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. |

**Revisada em Março/2012**

---

/ANEXO B

## ANEXO B

REQUISIÇÃO DO SISTEMA GAL PREENCHIDA ELETRONICAMENTE

**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

SUS Sistema Único de Saúde

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)2222-2222 | **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 | **Descricao** Dengue |

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

**Notificação SINAN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Agravo/Doença** DENGUE | **CID 10** A90 | **N.º Notificação** 1222222222222 | **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**

xxxxxxxx

1 de 1 22/1/2014 10:35

---

/ANEXO C

## ANEXO C

FICHA EXAMES ENCAMINHADOS PARA A REDE DE LABORATÓRIOS

### 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, Avidez 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.



---

/ANEXO D

## ANEXO D

SECOL 05 – COMPROVANTE DE DEVOLUÇÃO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS E/OU DOCUMENTOS SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS

Secretaria Estadual de Saúde
**Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros**
Av. Contorno, nº 3556 – Jardim Bela Vista
Goiânia-Goiás
Telefone: (62) 3201-3888

| Título: COMPROVANTE DE DEVOLUÇÃO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS E/OU DOCUMENTOS SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS | Número: SECOL 05 |
|---|---|

**MOTIVOS PARA DEVOLUÇÃO**

| ☐ RELACIONADOS À AMOSTRA | | ☐ RELACIONADOS AOS DOCUMENTOS | |
|---|---|---|---|
| 01. ☐ | Acondicionamento inadequado | 13. ☐ | Ausência de pedido médico |
| 02. ☐ | Amostra não enviada | 14. ☐ | Ausência de notificação |
| 03. ☐ | Fora do prazo de coleta | 15. ☐ | Cadastro Incorreto da amostra |
| 04. ☐ | Amostra Inadequada para análise | 16. ☐ | Preenchimento inadequado da requisição |
| 05. ☐ | Identificação ilegível | 17. ☐ | Notificação ilegível |
| 06. ☐ | Sem identificação | 18. ☐ | Notificação com agravo divergente |
| 07. ☐ | Identificação incorreta (apenas 1° nome, números ou iniciais) | 19. ☐ | Sem cadastro no Gal |
| 08. ☐ | Temperatura inadequada | 20. ☐ | Outros |
| 09. ☐ | Tubo de vidro | | |
| 10. ☐ | Vazada | | |
| 11. ☐ | Identificação divergente da documentação | | |
| | A. ☐ Requisição GAL | | |
| | B. ☐ Pedido Médico | | |
| | C. ☐ Ficha de Notificação | | |
| 12. ☐ | Outros | | |

**Observação: acessar o Manual de Procedimento de Coleta, Acondicionamento, Transporte e Rejeição de Amostras Biológicas, disponível no site do LACEN – GO, para correto envio.**

**Gerenciamento de Amostras Biológicas – (62) 3201 9625 (62) 3201 9627**

| Nome do paciente | Observação/Conduta |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Assinatura (Portador das Amostras): | Procedência das Amostras: |
|---|---|
| Assinatura (Funcionário LACEN-GO): | Data: _____/_____/20_____/. |

| Revisão 03 | 20/06/2023 | Página 1/1 |
|---|---|---|

---