



REQUISIÇÃO

1 N°Requisição:	2 Unidade de Saúde (ou outra fonte):*	3 CNES:*
4 Município de Atendimento:	5 Código BGE:*	6 UF:
7 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional de Saúde:°	8 Nome do Profissional de Saúde:°	9 Número Conselho/Matricula:*
10 Rubrica:		
11 Data de Solicitação:*	12 Finalidade:*	13 Descrição da Finalidade:
	1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado	

PACIENTE

14 Tipo Paciente:	15 CPF do paciente:*		
1 - Brasileiro 2 - Estrangeiro 3 - Indígena 4 - Vulnerável			
16 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:°	17 Nome do Paciente:°		
18 Data de Nascimento:°	19 Idade:°	20 Sexo:°	21 Nacionalidade:°
	Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)	M - Masculino I - Ignorado F - Feminino	
22 Raça/Cor:°	23 Etnia:°	24 Nome da Mãe:°	
1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação			
25 Documento 1:	26 Documento 2:		
1 - RG 2 - CNH 3 - CNS 4 - CNASC 5 - PRONT 6 - INFOPEN	Número: 1 - RG 2 - CNH 3 - CNS 4 - CNASC 5 - PRONT 6 - INFOPEN		
27 Logradouro: (Rua, Avenida...)	28 Número:		
1 - RG 2 - CNH 3 - CNS 4 - CNASC 5 - PRONT 6 - INFOPEN			
29 Complemento do Logradouro:	30 Ponto de Referência:	31 Bairro:	
32 Município de Residência:°	33 Código BGE:°	34 UF:°	
35 CEP:	36 DDD / Telefone:	37 Zona:	38 País (Se reside fora do Brasil):°
		1 - Urbana 2 - Periurbana 3 - Rural 4 - Silvestre 9 - Ignorada	

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

39 Agravado/Doença Suspeito:*	40 Data dos Primeiros Sintomas:	41 Idade Gestacional:
TUBERCULOSE		1 - 1° Trim. 2 - 2° Trim. 3 - 3° Trim. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado
42 Finalidade do Exame:*	43 Tratamento:*	44 Período do Tratamento:*
1 - Diagnóstico 2 - Controle 9 - Ignorado	1 - Nunca Tratou Tuberculose 2 - Realizou Tratamento de Tuberculose	Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado
45 População de Risco:*	46 Contato TBDR (TB Droga Resistente):*	
1 - População Prisional 2 - População em Situação de Rua 3 - Internado/Institucionalizado 4 - Profissional de Saúde/Sistema Penitenciário 5 - HIV ou Outra Imunodepressão 6 - Indígena 7 - Imigrante 8 - Usuário de Drogas 9 - Diabético 10 - Tabagista 11 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não	

SINAN

47 Notificado ao SINAN:	Preencher com as informações para rastreamento no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde.	48 CID10:*	49 N°Notificação do SINAN:*	50 Data de Notificação:*
1 - Sim		A 1 6 9		
51 Unidade de Saúde Notificante:	52 CNES*			
53 Município de Notificação:	54 Código BGE*	55 UF:		

AMOSTRA / EXAME

56 Pesquisas (s) / Exame(s) Solicitados (s):*	57 Material Biológico:*	58 Localização:	59 Amostra:*	60 Mat. Clínico:	61 Data da coleta:*	62 Hora da coleta:	Usou medicamento antes da data da coleta?
			(1ª, 2ª, 3ª, Única)	1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF			63 64 65 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:

66 Observações Gerais:

Dados Complementares

*Campo de preenchimento obrigatório °Preenchimento automático com informações do Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição: gerado pelo sistema após o cadastro da requisição de exame. (OBRIGATÓRIO) .
02	Unidade de Saúde: nome completo e sem abreviaturas da unidade de saúde que solicita exame (s) da rede de laboratórios.
03	CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) com o número correspondente. (OBRIGATÓRIO) .
04	Município de atendimento: município da Unidade de Saúde onde foi realizada a solicitação de exame(s).
05	Código do IBGE: correspondente ao Município de atendimento. (OBRIGATÓRIO) .
06	UF: sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde responsável pela solicitação de exame(s).
07	CNS (Cartão Nacional de Saúde) do profissional de saúde. (AUTO-PREENCHIMENTO) .
08	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) .
09	Número do conselho ou matrícula (abreviatura) do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) . Ex: CRM/RJ 1234.
10	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
11	Data da solicitação do exame (s) no formato dd/mm/aaaa . (OBRIGATÓRIO) .
12 e 13	Finalidade da requisição de exame: 1 – Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 – Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 – Investigação (aplicável a doenças/agravos em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); 4- Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 – Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 – Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 – Ignorado . Especificar a finalidade da requisição do exame a nível: Nacional ou Estadual. Descrição: descrição da finalidade. Ex: Inquérito de Sarampo, Programa Mãe Paranaense...
14	Tipo Paciente: 1- Brasileiro; 2 - Estrangeiro; 3 - Indígena; 4 - Vulnerável
15	CPF Paciente: Se a opção for "Brasileiro", informar o número do CPF.
16	CNS (Cartão Nacional de Saúde) do Paciente – CNS (AUTO-PREENCHIMENTO) .
17	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) .
18	Data de nascimento do paciente. No formato dd/mm/aaaa . (AUTO-PREENCHIMENTO) .
19	Idade do paciente: campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(s) e 4 – Anos. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) .
20	Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e I – Ignorado. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) .
21	Nacionalidade: país de origem do paciente.
22	Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação. (AUTO-PREENCHIMENTO) .
23	Etnia: Caso o campo 20 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia. (AUTO-PREENCHIMENTO) .
24	Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações. (OBRIGATÓRIO e AUTO -PREENCHIMENTO) .
25/26	Documento: este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. 1 – RG - Carteira de Identidade; 2 - CNH - Carteira Nacional de Habilitação; 3 - CNS - Cartão Nacional de Saúde; 4 - CNASC Certidão de Nascimento; 5 – PRONT – Prontuário e 6 – INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias.
27	Logradouro: endereço do paciente. Ex: Rua, avenida... (AUTO-PREENCHIMENTO) ..
28	Número do logradouro do paciente. Ex: apartamento, casa... (AUTO-PREENCHIMENTO) .
29	Complemento do logradouro: Dados complementares do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO) .
30	Ponto de referência: auxilia na localização do logradouro do paciente.
31	Bairro do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO) .
32	Município do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO) .
33	Código do IBGE correspondente ao município de residência do paciente (OBRIGATÓRIO e AUTO -PREENCHIMENTO) .
34	UF: Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO) .
35	CEP (Código de endereçamento postal) do logradouro do paciente. Ex: 71860-800. (AUTO-PREENCHIMENTO) . (AUTO-PREENCHIMENTO) .
36	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone) . Ex: 61-33213-8000.
37	Zona: classificação da do logradouro do paciente. 1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.
38	País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) .
39	Informações Clínicas do Agravo/doença: TUBERCULOSE informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
40	Data dos primeiros sintomas: data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa .
41	Idade Gestacional: paciente do sexo feminino, informar o período gestacional no momento da ocorrência do agravo/doença. O paciente do sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.
42	Finalidade do Exame: 1 – Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo); 2 – Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 9 – Ignorado
43	Tratamento: 1 - Nunca Tratou Tuberculose; 2 – Realizou Tratamento de Tuberculose
44	Período de Tratamento: informar o período de tratamento do paciente de acordo com a data da solicitação do exame (s). Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.
45	População de Risco: (indivíduos sem oportunidades, sociais, econômicas e culturais, com incapacidade de proteger os próprios interesses e possui uma qualidade de vida inferior) 1 – População Prisional; 2 – População em Situação de Rua; 3 – Internato/Institucionalizado ; 4 – Profissional de Saúde/Sistema Penitenciário; 5 – HIV ou Outra Imunodepressão; 6 – Indígena ; 7 – Imigrante ; 8 – Usuário de Drogas ; 9 – Diabético ; 10 – Tabagista ; 11 - Ignorado Exemplos: população carcerária, morador de rua, usuários de drogas, doentes terminais, e etc.
46	Contato TBDR (Tuberculose Droga Resistente): 1 – Sim; 2 – Não.
47	Agravo/doença com o número de Notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação.
48	CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) informar o código correspondente agravo/doença do SINAN, de acordo com o campo 45 (OBRIGATÓRIO PARA QUANDO A FINALIDADE - CONTROLE) .
49	Número de Notificação do SINAN (07 dígitos): especificar o número de notificação do Sistema nacional de Agravos de Notificação (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) .
50	Data da Notificação: de acordo com ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa . (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) .
51	Unidade de Saúde Notificante: unidade que realizou a notificação do SINAN.
52	CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) informar o número. (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE) .
53	Município de Notificação: Município que realizou a notificação do SINAN.
54	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO) .
55	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde, que realizou a notificação no SINAN.
57	Material Biológico (amostra enviada). Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológicos (s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s). (OBRIGATÓRIO) .
58	Localização: localização do material biológico, caso tenha sido especificado, da amostra foi coletada. Ex.: <i>raspado da cabeça, nódulo na face ...</i>
59	Amostra: informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; ... ; U – Única (OBRIGATÓRIO) .
60	Material Clínico: modo como a amostra foi enviada: 1 - IN – Amostra in Natura; 2 - IB – Isolado Bacteriano; 3 - LM – Lâmina; 4 - MTB – Meio de Transporte Bacteriano; 5 - MTV – Meio Transporte Viral; 6 - FF – Fixado em Formal; 7 - FA – Fixado em Álcool; 8 - FO – Fixado em Outros; 9 - BP – Bloco de Parafina e 10 - PF – Em Papel de Filtro.
61	Data da Coleta: data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato dd/mm/aaaa . (OBRIGATÓRIO) .
62	Hora da Coleta: informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min.
63, 64, 65	Usou medicamento na data da coleta: 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado Caso a informação seja 1 - Sim, Especifique e inserir a data de início do uso do medicamento.
56	Pesquisa (s) / Exame (s) Solicitado (s): conjunto de exame (s) e metodologia (s) relacionada (s) e associado (s) ao Número (s) da (s) Amostra (s) que foi (am) coletada (s).
66	Observações Gerais: informações que auxiliam no diagnóstico laboratorial.