



REQUISIÇÃO

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

PACIENTE

14 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:º	15 Nome do Paciente:º		
16 Data de Nascimento:º	17 Idade:º	18 Sexo:º	19 Nacionalidade:º
	Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)	M - Masculino I - Ignorado F - Feminino	
20 Raça/Cor:º	21 Etnia:º	22 Nome da Mãe:º	
1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação			
23 Documento 1:	24 Documento 2:		
1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN	Número: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN		
25 Logradouro: (Rua, Avenida...)			
26 Número:			
27 Complemento do Logradouro:	28 Ponto de Referência:	29 Bairro:	
30 Município de Residência:º	31 Código IBGE:º		32 UF:º
33 CEP:	34 DDD / Telefone:	35 Zona:	36 País (Se reside fora do Brasil):º
		1 - Urbana 3 - Rural 2 - Periurbana 4 - Silvestre 9 - Ignorada	

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

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

SINAN

45 Notificado ao SINAN:	Preencher com as informações para rastreamento no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde.			46 CID 10:*	47 N° Notificação do SINAN:*	48 Data de Notificação:*
1 - Sim				A 1 6 9		
49 Unidade de Saúde Notificante:	50 CNES*					
51 Município de Notificação:	52 Código IBGE*					
53 UF:						

AMOSTRA / EXAME

54 Pesquisas (s) / Exame(s) Solicitados (s):*	55 Material Biológico:*	56 Localização:	57 Amostra:*	58 Mat. Clínico:	59 Data da coleta:*	60 Hora da coleta:	Usou medicamento antes da data da coleta?
			(1ª, 2ª, 3ª, Única)	1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF			61 62 63
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
							Especifique: Data início do uso:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
							Especifique: Data início do uso:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
							Especifique: Data início do uso:
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso:
							Especifique: Data início do uso:

RES

64 Observações Gerais :

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/agravs em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); 4 – Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 – Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 – Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 – Ignorado . Especificar a finalidade da requisição de exame a nível: Nacional ou Estadual. Ex: Inquérito de Sarampo, Programa Mãe Paranaense... Descrição: descrição da finalidade.
14	CNS (Cartão Nacional de Saúde) do Paciente – CNS (AUTO-PREENCHIMENTO) .
15	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) .
16	Data de nascimento do paciente. No formato dd/mm/aaaa . (AUTO-PREENCHIMENTO) .
17	Idade do paciente: campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número “10” e na segunda lacuna o item correspondente à opção “2”, que significa dia). 1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(s) e 4 – Anos . (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) .
18	Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e 1 – Ignorado . (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) .
19	Nacionalidade: país de origem do paciente.
20	Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação . (AUTO-PREENCHIMENTO) .
21	Etnia: Caso o campo 19 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia. (AUTO-PREENCHIMENTO) .
22	Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) .
23 e 24	Documento do paciente 01 e 02 : Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. (AUTO-PREENCHIMENTO) . (Ex. CPF: 777.888.999.00 => deve ser informado o item correspondente à opção “2”, que significa CPF e segunda lacuna o número 555.555.555.55). 1 – RG – Carteira de Identidade; 2 – CPF – Cadastro de Pessoa Física; 3 – CNH – Carteira Nacional de Habilitação; 4 – CNS – Cartão Nacional de Saúde; 5 – CNASC – Certidão de Nascimento; 6 – PRONT – Prontuário e 7 – INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias . Número do documento.
25	Logradouro: endereço do paciente. Ex: Rua, avenida... (AUTO-PREENCHIMENTO) ..
26	Número do logradouro do paciente. Ex: apartamento, casa... (AUTO-PREENCHIMENTO) .
27	Complemento do logradouro: Dados complementares do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO) .
28	Ponto de referência: auxilia na localização do logradouro do paciente.
29	Bairro do logradouro do paciente . (AUTO-PREENCHIMENTO) .
30	Município do logradouro do paciente . (AUTO-PREENCHIMENTO) .
31	Código do IBGE correspondente ao município de residência do paciente (OBRIGATÓRIO e (AUTO-PREENCHIMENTO)) .
32	UF: Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO) .
33	CEP (Código de endereçamento postal) do logradouro do paciente. Ex: 71860-800. (AUTO-PREENCHIMENTO) . (AUTO-PREENCHIMENTO) .
34	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone) . Ex: 61-33213-8000.
35	Zona: classificação da do logradouro do paciente. 1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado .
36	País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO) .
37	Dados Clínicos do Agravo/doença: TUBERCULOSE informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
38	Data dos primeiros sintomas: data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa . (OBRIGATÓRIO) .
39	Idade Gestacional: paciente do sexo feminino, informar o período gestacional no momento da ocorrência do agravo/doença. O paciente do sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica .
40	Finalidade do Exame: 1 – Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo); 2 – Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 9 – Ignorado
41	Tratamento: 1 - Nunca tratou tuberculose 2 – Realizou tratamento de tuberculose
42	Período de Tratamento: informar o período de tratamento do paciente de acordo com a data da solicitação do exame (s). Exemplo: 10 dias = >deve ser informado na lacuna quantidade o número “10”, e na segunda lacuna o item correspondente à opção “1”, que significa dia.
43	População Risco: (indivíduos sem oportunidades, sociais, econômicas e culturais, com incapacidade de proteger os próprios interesses e possui uma qualidade de vida inferior) 1 – População Prisional; 2 –População em Situação de Rua; 3 – Internato/Institucionalizado ; 4 – HIV ou outra imunodepressão; 5 – Indígena ; 6 – Imigrante ; 7 – Usuário de Drogas ; 8 – Diabético ; 9 – Tabagista ; 10 - Ignorado Exemplos: população carcerária, morador de rua, usuários de drogas, doentes terminais, e etc.
44	Contato TBDR (Tuberculose Droga Resistente): 1 – Sim; 2 – Não .
45	Agravo/doença com o número de Notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação.
46	CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) informar o código correspondente agravo/doença do SINAN, de acordo com o campo 40 (OBRIGATÓRIO PARA QUANDO A FINALIDADE - CONTROLE) .
47	Número de Notificação do SINAN (07 dígitos): especificar o número de notificação do Sistema nacional de Agravos de Notificação (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) .
48	Data da notificação: de acordo com ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa . (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS) .
49	Unidade de Saúde que realizou a notificação do SINAN.
50	CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) informar o número. (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE) .
51	Município da unidade de saúde que realizou a notificação do SINAN.
53	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICIPIO DE ATENDIMENTO) .
54	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde , que realizou a notificação no SINAN.
55	Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
56	Material Biológico (amostra enviada). Informar o(s) tipo(s) de material (is) biológicos (s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s). (OBRIGATÓRIO) .
57	Localização do material biológico, caso tenha sido especificado, da amostra foi coletada. Ex. Abdômen, raspado ...
58	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; ... ; U – Única (OBRIGATÓRIO) .
59	Material Clínico: modo como a amostra foi enviada: 1- IN – Amostra in Natura; 2 - IB – Isolado Bacteriano; 3 - LM – Lâmina; 4 - MTB – Meio de Transporte Bacteriano; 5 - MTV – Meio Transporte Viral; 6 - FF – Fixado em Formol; 7 - FA – Fixado em Álcool; 8 - FO – Fixado em Outros; 9 - BP – Bloco de Parafina e 10 - PF – Em Papel de Filtro .
60	Data da Coleta: data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato dd/mm/aaaa . (OBRIGATÓRIO) .
61	Hora da Coleta: informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min .
61,62,63	Usou medicamento na data da coleta: 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado Caso a informação seja 1 - Sim , Especificar e a data de início do uso do medicamento.
64	Observações Gerais: informações que auxiliam no diagnóstico laboratorial.