



Secretaria de Estado de Saúde
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA NOEL NUTELS



Nº da Amostra

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS
CHIKUNGUNYA

LCNN/GQ
FR. 300.001/001

1. UNIDADE DE ATENDIMENTO DO PACIENTE:

1.1 TELEFONE DE CONTATO: () -

2. INFORMAÇÃO PARA TRIAGEM:

2.1 Caso Grave Gestante Idoso Suspeito Óbito - Data do Óbito: / /

2.2 Início dos Sintomas: / /

3. PACIENTE: 3.1 CNS 3.2 SINAN

3.3 Nome do Paciente:

3.4 Nome da Mãe:

3.5 Endereço: Rua, Nº, Complemento:

Bairro: Município: CEP: -

3.6 Data de Nascimento: / / 3.7 Sexo: Fem Masc 3.8 Ocupação:

4. DADOS CLÍNICOS:

4.1 Adenomegalia Alteração Sist. Nervoso Central Alteração Transaminases Anorexia Artralgia
 Artrite Cefaléia Choque Diarréia Dor Abdominal Dor retro orbitária Epistaxe
 Exantema Febre _____ Cº Gengivorragia Hemorragia Hepatomegalia Hipotensão Mialgia
 Náuseas Petéquias Prostração Prurido Sangramento Volemia Vômitos
 Outro(s):

4.2 Vacinado contra a Febre Amarela? NÃO SIM, em que data: / /

4.3 Histórico de Viagem nos últimos 15 dias: NÃO SIM, em que data: / / Onde?

4.4 Já teve Dengue antes? NÃO SABE NÃO SIM, em que data: / /

5. EXAME(S) SOLICITADO(S):

5.1 Sorologia (IgM) Sorologia (IgG) RT-PCR
Até o 8º dia de doença após o início dos sintomas.

6. COLETA:

6.1 1ª Coleta Data da Coleta: / / 2ª Coleta Data da Coleta: / /

OBS: A 2ª COLETA É OBRIGATÓRIA

7. REQUISITANTE:

..... / /
Nome/Carimbo/C.R. Assinatura Data da Requisição