



REQUISIÇÃO

|                             |  |  |  |                                 |  |                |  |
|-----------------------------|--|--|--|---------------------------------|--|----------------|--|
| 1 NºRequisição:             |  | 2 Unidade de Saúde (ou outra fonte):*  |  | 3 CNES:*                        |  |                |  |
|                             |  | HOSPITAL UNIVERSITÁRIO   |  | 3   1   5   7   2   4   5       |  |                |  |
| 4 Município de Atendimento: |  |  |  | 5 Código BGE:*                  |  | 6 UF:          |  |
| FLORIANÓPOLIS               |  |  |  |                                 |  | S   C          |  |
| 7 CNS Prof. de Saúde:       |  | 8 Nome do Profissional de Saúde:*  |  | 9 Registro Conselho/Matricula:* |  | 10 Assinatura: |  |
|                             |  |  |  |                                 |  |                |  |
| 11 Data de Solicitação:*    |  | 12 Finalidade:   |  | 13 Descrição:                   |  |                |  |
|                             |  | 1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação<br>4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado |  |                                 |  |                |  |

PACIENTE

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

INFORMAÇÕES CLÍNICAS - DIAGNÓSTICO

|   |  |  |  |   |                 |                                 |  |
|---|--|--|--|---|-----------------|---------------------------------|--|
| 37 Agravo/Doença:   |  |  |  |   |                 | 38 Data dos Primeiros Sintomas: |  |
|   |  |  |  |   |                 |                                 |  |
| 39 Idade Gestacional:   |  | 40 Motivo:   |  |   | 41 Diagnóstico: |                                 |  |
| 1 - 1º Trim. 2 - 2º Trim. 3 - 3º Trim. 4 - Ignorada<br>5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado                                   |  |  |  |   |                 |                                 |  |
| 42 Caso:  |  | 43 Tratamento:   |  | 44 Etapa de Tratamento:   |                 |                                 |  |
| 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito<br>6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado |  | Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana<br>3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado |  | 1 - Pré-tratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento<br>4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado |                 |                                 |  |
| 45 Paciente Tomou Vacina?   |  | 46 Vacina?   |  | 47 Data da Última Dose:   |                 |                                 |  |
| 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  |  |  |  |   |                 |                                 |  |

**Detalhes do Agravo Carga Viral Hepatite B e C**

INFORMAÇÕES CLÍNICAS - MONITORAMENTO

|   |  |                 |  |  |  |                       |  |
|---|--|-----------------|--|--|--|-----------------------|--|
| 48 Motivo do Exame:                               |  |                 |  | 49 Estágio da doença:                                  |  |                       |  |
|   |  |                 |  |  |  |                       |  |
| 50 Tratamento:                                    |  | 51 Comorbidade: |  | 52 Data do diagnóstico:                                |  | 53 Início da Terapia: |  |
|   |  |                 |  |  |  |                       |  |
| 54 Etapa do tratamento: (Somente para Hepatite C) |  |                 |  | 55 Comprometimento Hepático: (Somente para Hepatite C) |  |                       |  |
|   |  |                 |  |  |  |                       |  |

**Detalhes do Agravo Carga Viral Hepatite B e C**

INFORMAÇÕES CLÍNICAS - GENOTIPAGEM

|                              |  |  |  |  |  |                                |  |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|
| 56 Comorbidade:              |  |  |  |  |  | 57 Data do diagnóstico:        |  |
|                              |  |  |  |  |  |                                |  |
| 58 Comprometimento Hepático: |  |  |  |  |  | 59 Data da última Carga Viral: |  |
|                              |  |  |  |  |  |                                |  |



Folha: /

60 Agravado/Doença de notificação do SINAN: **Hepatites Virais**      61 CID10:\* **B 1 9**      62 NºNotificação do SINAN:\*      63 Data de Notificação:\*

64 Unidade de Saúde Notificante: **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU - UFSC**      65 CNES\* **3 1 5 7 2 4 5**

66 Município de Notificação: **FLORIANÓPOLIS**      67 Código IBSGE\*      68 UF: **S C**

| 69 Exame Solicitado:* | 70 Material Biológico:* | 71 Localização: | 72 Amostra:*(1ª, 2ª, 3ª, Única) | 73 1 - IN 2 - IB 3 - LM 4 - MTB 5 - MTV 6 - FF 7 - FA 8 - FO 9 - BF 10 - PF | 74 Data da coleta:* | 75 Hora da coleta: | 76 Usou medicamento antes da data da coleta? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado<br>Especifique:      Data início do uso: |
|-----------------------|-------------------------|-----------------|---------------------------------|---|---------------------|--------------------|--|
| HCV-RNA CARGA VIRAL   | Sangue                  |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |
|                       |                         |                 |                                 |   |                     |                    |  |

77 Observações:

NOTIFICAÇÃO SINAN

AMOSTRA / EXAME

DADOS COMPLEMENTARES

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

| <b>Ordem</b> | <b>Descrição dos Campos</b>   |
|--------------|---|
| 01           | Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . 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 <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .   |
| 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. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .   |
| 06           | Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).  |
| 07           | Número do Cartão Nacional de Saúde do Profissional de Saúde – CNS <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .  |
| 08           | Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .   |
| 09           | Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . Ex: CRM/RJ 1234.  |
| 10           | Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).  |
| 11           | Data da solicitação de exame (s) <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . No formato <b>dd/mm/aaaa</b> .  |
| 12           | Finalidade da requisição: <b>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</b> . Especificar o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual). |
| 13           | Descrição: descrever a finalidade do exame.   |
| 14           | Número do Cartão Nacional de Saúde do Paciente – CNS <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .   |
| 15           | Paciente: nome completo e sem abreviatura. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .   |
| 16           | Data de nascimento do paciente no formato <b>dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO)</b> .   |
| 17           | 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). <b>1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(s) e 4 – Anos. (OBRIGATÓRIO)</b> .   |
| 18           | Sexo do paciente. <b>F – Feminino; M – Masculino e I – Ignorado. (OBRIGATÓRIO)</b>  |
| 19           | Nacionalidade: país de origem do paciente.  |
| 20           | Raça/Cor: <b>1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação.</b>   |
| 21           | Etnia: caso o campo 19 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.   |
| 22           | Nome da mãe: informar o nome completo e sem abreviações.  |
| 23 e 24      | 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). <b>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.</b>   |
| 25           | Endereço do paciente (rua, avenida...)  |
| 26           | Número (apartamento, casa) do endereço do paciente.   |
| 27           | Dados complementares do endereço do paciente.   |
| 28           | Ponto de referência para auxiliar na localização do endereço do paciente.   |
| 29           | Bairro do endereço do paciente.   |
| 30           | Município do endereço do paciente.  |
| 31           | Código do IBGE correspondente <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .  |
| 32           | Sigla da Unidade de Federação do endereço do paciente.  |
| 33           | CEP - Código de endereçamento postal do endereço (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.   |
| 34           | Código da localidade e o telefone para contato do paciente. <b>(DDD e número do telefone)</b>   |
| 35           | Classificação da zona do endereço do paciente. <b>1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.</b>  |
| 36           | País do endereço do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .   |
| 37           | Informar o nome do agravo/doença conforme tabela disponível no sistema <b>(PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .   |
| 38           | Data dos primeiros sintomas – data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato <b>dd/mm/aaaa</b> .   |
| 39           | 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 <b>sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.</b>  |
| 40           | Motivo: campo habilitado somente para hepatites virais  |
| 41           | Diagnóstico: campo habilitado somente para hepatites virais (Monitoramento e Genotipagem)   |
| 42           | Classificação do tipo de caso: <b>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 –</b>  |

|    |  |
|----|--|
|    | <b>Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 – Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 – Ignorado.</b>  |
| 43 | 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.  |
| 44 | Etapa de tratamento – corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s), podendo ser:<br><b>1 – Pré-tratamento (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.</b>                   |
| 45 | 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). <b>1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado.</b>   |
| 46 | Vacina: informar se o paciente tomou vacina do agravo/doença.  |
| 47 | Data da última dose da vacina do agravo/doença suspeita ou confirmada que, o paciente tomou no formato <b>dd/mm/aaaa</b> . Especifique o tipo da vacina.   |
| 48 | Motivo do exame: exibir o campo motivo do exame, quando o campo Diagnóstico for marcado com Carga Viral Hepatite B ou C  |
| 49 | Estágio da doença: exibir o campo estágio da doença, quando o campo Diagnóstico for marcado com Carga Viral Hepatite B ou C  |
| 50 | Tratamento: exibir o campo tratamento quando o campo Diagnóstico for marcado com Carga Viral Hepatite B ou C   |
| 51 | Comorbidade: exibir o campo quando o campo Diagnóstico for marcado com Carga Viral Hepatite B, C ou Genotipagem Hepatite C   |
| 52 | Data do diagnóstico: exibir o campo data do diagnóstico quando o campo diagnóstico for marcado como Carga Viral Hepatite B   |
| 53 | Início da terapia: exibir o campo início da terapia quando o campo diagnóstico for marcado como Carga Viral Hepatite B   |
| 54 | Etapa do tratamento (Somente para Hepatite C): exibir o campo etapa do tratamento quando o campo Diagnóstico for marcado com Carga Viral Hepatite C  |
| 55 | Comprometimento Hepático (somente para Hepatite C): este campo será habilitado quando o campo diagnóstico for marcado com Carga Viral Hepatite B, C ou Genotipagem Hepatite C – <b>Se este campo for habilitado abrirá também Valor da Elastografia Hepática (kPa) e Valor do APRI/FIB4</b>  |
| 56 | Comorbidade (Genotipagem): exibir o campo quando o campo Diagnóstico for marcado com Carga Viral Hepatite B, C ou Genotipagem Hepatite C   |
| 59 | Data da última carga viral: exibir o campo quando o campo Diagnóstico for marcado com Carga Viral Hepatite   |
| 60 | Agravo/Doença: informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).   |
| 61 | Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme descrita na ficha de investigação do SINAN <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .  |
| 62 | Preencher com o número da notificação atribuído pela unidade de saúde ou outra fonte conforme descrita na ficha de investigação do SINAN <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .   |
| 63 | Informar a data da notificação conforme descrita na ficha de notificação SINAN no formato <b>dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS)</b> .   |
| 64 | Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação.   |
| 65 | Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE)</b> .   |
| 66 | Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.   |
| 67 | Código do IBGE <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO)</b> .  |
| 68 | Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN <b>(OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE DE FEDERAÇÃO)</b> .  |
| 69 | Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente <b>(OBRIGATÓRIO)</b> pelo profissional de saúde.  |
| 70 | 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 <b>(OBRIGATÓRIO)</b> .   |
| 71 | Informar caso o material biológico requeira localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. <b>Ex. Abdômen, Braço direito, ...</b>   |
| 72 | Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. <b>1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; nª – nª amostra e U – Única (OBRIGATÓRIO)</b> .   |
| 73 | Material Clínico em que a amostra foi enviada: 1- IN – <b>Amostra in Natura</b> ; 2 - IB – <b>Isolado Bacteriano</b> ; 3 - LM – <b>Lâmina</b> ; 4 - MTB – <b>Meio de Transporte Bacteriano</b> ; 5 - MTV – <b>Meio Transporte Viral</b> ; 6 - FF – <b>Fixado em Formol</b> ; 7 - FA – <b>Fixado em Álcool</b> ; 8 - FO – <b>Fixado em Outros</b> ; 9 - BP – <b>Bloco de Parafina</b> e 10 - PF – <b>Em Papel de Filtro</b> . |
| 74 | <b>Data da Coleta:</b> informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) <b>(OBRIGATÓRIO)</b> . No formato <b>dd/mm/aaaa</b>  |
| 75 | <b>Hora da Coleta:</b> informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato <b>hh:mm Ex. 12h 54min</b>   |
| 76 | Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta. <b>1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado</b> Caso a informação seja <b>1 - Sim</b> , Especificar e a data de início do uso do medicamento.  |
| 77 | Observações: informar dados clínicos/ laboratoriais adicionais que auxiliam no diagnóstico laboratorial.   |