



## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DETERMINANTES PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES Condições Clínicas/Epidemiológicas

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

### 1 – Hepatites Virais

<input type="checkbox"/> Doadores de sangue/órgão	<input type="checkbox"/> Susceptibilidade a Hepatite "A"
<input type="checkbox"/> Usuário de drogas injetáveis/inaláveis	<input type="checkbox"/> Monitoramento de tratamento Hepatite "B" após 6 meses
<input type="checkbox"/> Histórico de transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho com exposição a material biológico
<input type="checkbox"/> Histórico de transfusão sanguínea anterior a 1993	<input type="checkbox"/> Ambulatório DST/AIDS/HIV
<input type="checkbox"/> Gestante – Pré natal	<input type="checkbox"/> Receptor de sangue/órgãos
<input type="checkbox"/> Contato domiciliar e/ou sexual com portador Hepatite "B"	<input type="checkbox"/> Avaliar tratamento com inibidores de protease (Hepatite C). Período de tratamento:
<input type="checkbox"/> Contato domiciliar e/ou sexual com portador Hepatite "C"	<input type="checkbox"/> Resposta virológica sustentada Hepatite C (3 meses após final de tratamento com Sofosbuvir, Simeprevir e Daclatasvir
<input type="checkbox"/> Paciente Anti HBc Reagente, proveniente de Banco de sangue.	<input type="checkbox"/> Resposta virológica sustentada Hepatite C (6 meses após final de tratamento)
<input type="checkbox"/> Diagnóstico: Alterações de aminotranferase, colúria, icterícia.	<input type="checkbox"/> Monitorar/avaliar tratamento ou falha terapêutica (Hepatite B). Período de tratamento:
<input type="checkbox"/> Hemodiálise	<input type="checkbox"/> Confirmar diagnóstico - HBs Ag reagente isolado e indivíduos menores de 18 meses filhos de mães portadoras crônicas do HBV
<input type="checkbox"/> Recém Nascido de mãe portadora de Hepatite "B"	<input type="checkbox"/> Pesquisa de Hepatite B oculta (Anti-HBc Total reagente isolado)

### 2 – Dengue/ Chikungunya/Zika /Malária/ Sarampo/Rubéola/Doença De Chagas

Viagem para área endêmica nos últimos 15 dias. Local: \_\_\_\_\_

### 3 – Leptospirose

Exerceu trabalhos, mesmo domésticos, onde teve contato com água parada, valas, esgotos, água ou lama de enchentes?

### 4 – Leishmaniose Tegumentar

Realizou teste de Montenegro?  Sim  Não. Resultado \_\_\_\_\_ mm

Local da lesão: \_\_\_\_\_ tempo de evolução da lesão: \_\_\_\_\_

### 5 – Bacteriologia

<input type="checkbox"/> Doente ► Período de incubação: _____ h _____ min <input type="checkbox"/> Manipulador <input type="checkbox"/> Contato. Nome do doente: _____  Exame de Líquor realizado: Leucócitos totais: _____ p/mm <sup>3</sup> ; Neutrófilos: _____ % Linfócitos: _____ % Glicose: _____  Proteínas: _____ Gram: _____ Cultura: _____	<b>Foi administrado antibiótico antes da coleta?</b>  <input type="checkbox"/> Sim. Data de início do tratamento: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado  Observações: _____
---	--

### Sinais /Sintomas

<input type="checkbox"/> adenomegalia <input type="checkbox"/> alterações respiratórias <input type="checkbox"/> anorexia <input type="checkbox"/> artralgia <input type="checkbox"/> calafrios <input type="checkbox"/> cefaléia <input type="checkbox"/> choque/hipotensão <input type="checkbox"/> congestão conjuntival <input type="checkbox"/> convulsão <input type="checkbox"/> derrame pleural <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> disfunção hepática ou renal	<input type="checkbox"/> dispnéia <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> disfunção hepática ou renal <input type="checkbox"/> dor abdominal <input type="checkbox"/> dor na panturrilha <input type="checkbox"/> dor retro orbitária <input type="checkbox"/> edema agudo do pulmão <input type="checkbox"/> edema membros e articulações <input type="checkbox"/> epistaxe <input type="checkbox"/> esplenomegalia <input type="checkbox"/> estupor/coma <input type="checkbox"/> exantema	<input type="checkbox"/> febre <input type="checkbox"/> hemorragia digestiva pulmonar <input type="checkbox"/> hemorragia gastrointestinal <input type="checkbox"/> hemorragia pulmonar <input type="checkbox"/> hepatomegalia <input type="checkbox"/> hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/> icterícia <input type="checkbox"/> insuficiência renal <input type="checkbox"/> linfadenopatia <input type="checkbox"/> meningismo <input type="checkbox"/> mialgia <input type="checkbox"/> microcefalia	<input type="checkbox"/> miocardite <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> oligúria/anúria <input type="checkbox"/> petéquias <input type="checkbox"/> plaquetopenia <input type="checkbox"/> prostração <input type="checkbox"/> prurido <input type="checkbox"/> sinais neurológicos ( parestesia, paralisia, outros) <input type="checkbox"/> síndrome respiratória aguda grave (SRAG) <input type="checkbox"/> sudorese <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> vômitos
---	--	---	---