

**Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL**  
**REQUISICÃO DE EXAMES – LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA**

1. Nº Requisição:		
2. Unidade de Saúde: *		3. Nº CNES: *
4. Município de atendimento:		5. UF:
		6. Código IBGE: *
7. Responsável pela solicitação: *		8. Registro profissional / matrícula: *
9. Telefone: *		e mail:
10. Data solicitação:	11. Data primeiros sintomas:	12. Caso: ( ) 1- Suspeito 2- Comunicante 3- Acompanhamento
13. Tratamento ( ) Quantidade ( ) 1- Dia 2- Semana 3- Mês 4- Ano 9- Ignorado		
14. Etapa de tratamento: ( ) 1- Pré-tratamento 2- Tratamento 3- Retratamento 4- Avaliação de Resistência 9- Ignorado		
15. Paciente tomou vacina? ( ) 1- Sim ( ) 2- Não 9- Ignorado		16. Data da última dose:

**DADOS DO PACIENTE**

17. Nome do paciente: *			
18. Data nascimento: *	19. Idade (anos)*( )	20. Sexo: * ( )	21. Idade gestacional: ( )
22. Nome da mãe: *		23. Documento 1 ( RG): Nº:	24. Documento 2 ( CPF): Nº:
25. Endereço: Logradouro (Rua, Avenida...)		26. Número:	27. Complemento:
28. Ponto de referência:		29. Bairro:	
30. Município de residência: *		31. Código IBGE: *	
32. UF:	33. CEP:	34. DDD / Telefone:	
35. Zona: ( ) 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		36. País (se residir fora do Brasil): *	

**AMOSTRA / EXAME**

37. Exame solicitado: ( ) RIFI	
38. Material enviado: ( ) Soro ( ) Líquor	
39. Amostra * : ( ) única ( ) 1ª amostra ( ) Controle	
40. Data da coleta: *	Data de envio ao IPB/LACEN:

**SINAN**

41. Agravo / doença: *	42. CID 10:	43. Nº notif. SINAN:	44. Data solicitação:
45. Unidade de saúde notificante:		46. CNES:	
47. Município de notificação:		48. UF:	49. Cód. IBGE:

**DADOS CLÍNICOS LABORATORIAIS \***

Manifestações clínicas (sinais e sintomas): .....  Há quantos dias?..... Exame anterior: ( ) Sim Data:..... Resultado:..... ( ) Não  Sorologia para HIV: ( ) Positiva ( ) Negativa ( ) Não realizada
--

\* Campo de preenchimento obrigatório