



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



Nº da Amostra

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS
DENGUE**

**LCNN/GQ
DOC. 360.005/08**

1. UNIDADE DE ATENDIMENTO DO PACIENTE:

1.1 TELEFONE DE CONTATO:

() -

2. INFORMAÇÃO PARA TRIAGEM:

2.1 Caso Grave Criança Até 12 anos Gestante Idoso Óbito Suspeito

3. PACIENTE:

3.1 Número de prontuário ou SINAN:

3.2 Nome do Paciente:

3.3 Nome da Mãe:

3.4 Endereço: Rua, Nº, Complemento:

Bairro:

Município:

CEP:

 -

3.5 Data de Nascimento:

 / /

3.6 Sexo:

 Fem Masc

4. DADOS CLÍNICOS:

4.1 Adenomegalia Anorexia Artralgia Cefaléia Choque Diarréia
 Dor retro orbitária Epistaxe Exantema Febre de ____ °C Gengivorragia Hemorragia
 Mialgia Náuseas Petéquias Prostração Prurido Vômitos
 Outras:

4.2 Vacinado contra a Febre Amarela?

 NÃO SIM, em que data: / /

4.3 Esteve em área de Febre Amarela?

 NÃO SIM, em que data: / /

4.4 Já teve Dengue antes?

 NÃO SABE NÃO SIM, em que data: / /

5. EXAME(S) SOLICITADO(S):

5.1 ISOLAMENTO Até o 5º dia NS1 Até o 3º/4º dia e/ou Projeto Sentinela (ver protocolo) PCR Até o 5º dia e/ou Casos graves/Gestantes/Óbito SOROLOGIA Após o 5º dia e/ou Casos graves/Gestantes/Óbito

6. COLETA:

6.1 1ª Coleta 2ª Coleta Outra:

6.2 Data da Coleta: / /

7. REQUERENTE:

.....

.....

 / /

Nome/Carimbo/C.R.

Assinatura

Data da Requisição