



REQUISIÇÃO

1 N° Requisição:	2 Unidade de Saúde (ou outra fonte):*	3 CNES:
4 Município de Atendimento:	5 Código IBGE:	6 UF:
7 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional de Saúde:	8 Nome do Profissional de Saúde:	9 Número do Conselho/Matrícula:
10 Rubrica:	11 Data de Solicitação:	12 Finalidade:
13 Descrição da Finalidade:	1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação	4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado

PACIENTE

14 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente:	15 Nome do Paciente:
16 Data de Nascimento:	17 Idade:
18 Sexo:	19 Nacionalidade:
20 Raça/Cor:	21 Etnia:
22 Nome da Mãe:	23 Documento 1:
24 Documento 2:	25 Logradouro: (Rua, Avenida...)
26 Complemento do Logradouro:	27 Ponto de Referência:
28 Bairro:	29 Número:
30 Município de Residência:	31 Código IBGE:
32 UF:	33 CEP:
34 DDD / Telefone:	35 Zona:
36 País (Se reside fora do Brasil):	37 Agravo/Doença:
38 Data dos Primeiros Sintomas:	39 Idade Gestacional:
40 Caso:	41 Tratamento:
42 Etapa de Tratamento:	43 Paciente tomou vacina?
44 Vacina:	45 Data da Última Dose:

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

46 Notificado ao SINAN:	47 CID 10:	48 N° Notificação do SINAN:	49 Data de Notificação:
50 Unidade de Saúde Notificante:	51 CNES:	52 Município de Notificação:	53 Código IBGE:
54 UF:	55 Pesquisa (s) / Exame(s) Solicitado (s):*	56 Material Biológico:	57 Localização:
58 Amostra:	59 Mar. Clínico:	60 Data da coleta:	61 Hora da coleta:
62 Usou medicamento antes da data da coleta?	63 Data início do uso:	64 Data início do uso:	65 Data início do uso:

SINAN

66 Observações Gerais:

AMOSTRA / EXAME

67 Observações Gerais:

007.059.118