



GOVERNO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE

## FICHA PARA ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS CLÍNICAS

### Doenças Diarreicas Agudas



**Caso de doença diarreica aguda** - Paciente com diminuição da consistência das fezes e/ou mais de 03 evacuações de fezes amolecidas ou aquosas/dia, acompanhada ou não de vômitos, febre e dor abdominal, presença de muco e/ou sangue nas fezes, com duração de até 14 dias, com ou sem desidratação.

Identificação	1	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	2	Hora da coleta	3	Data da coleta
	4	Nome do Paciente	5	Data de Nascimento		
	6	Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	7	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	8	Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	10		Nome da mãe	9		Número do Cartão SUS
Residência	11	UF	12	Município de Residência	13	Bairro
	14					Logradouro (rua, avenida,...)
	15	Número	16	Complemento (apto., casa, ...)	17	CEP
	18	Ponto de Referência	19	(DDD) Telefone	20	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado

#### Dados Complementares do Caso

Clínicos	21	Data dos Primeiros Sintomas	22	Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Câimbras <input type="checkbox"/> Dor Abdominal <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Choque	23	Desidratação 1 - Não 2 - Algum Grau 3 - Grave 9- Ignorado
	24	Característica da Diarréia 1- Aquosa 2- Pastosa 3- Ignorado	25	Frequências das evacuações/Dia 1 - de 3 a 5 2 - de 6 a 10 3 - de 11 a 20 4 - acima de 20	26	Presença de: <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Muco 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	27	Tipo de Atendimento 1 - Hospitalar 3 - Domiciliar 2 - Ambulatorial 4 - Nenhum 9 - Ignorado	28	Data do Atendimento	29	Data da Internação
Atendimento	31		Município do Hospital	32		Nome do Hospital
Laboratório	33	Material Colhido 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Fezes <i>in natura</i> <input type="checkbox"/> Swab retal <input type="checkbox"/> Swab fecal <input type="checkbox"/> Urina				
	34	Uso de Antibiótico Antes da Coleta de Material 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	35	Caso Afirmativo, Qual?		

Responsável pelo preenchimento:

Unidade de Saúde

(DDD) Telefone

#### Para uso do LACEN

Data do recebimento do material	Hora	Nº GAL:	Sector de encaminhamento:
			<input type="checkbox"/> Virologia <input type="checkbox"/> Bacteriologia <input type="checkbox"/> Parasitologia
Forma de acondicionamento da amostra:		*Se inadequada especificar:	
<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequada*			

Responsável pelo recebimento:

(DDD) Telefone