

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA DOENÇA DE LYME

Atenção! Não serão recebidas amostras se esta ficha estiver com preenchimento incompleto. Todos os campos são de preenchimento obrigatório sem exceção.

REQUISITANTE

Unidade de Saúde:	CNES:
Município:	GRS:

PROFISSIONAL DE SAUDE

Nome:	Reg. Profissional:
-------	--------------------

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome:			CNS:
Data de nasc.:	Idade :	Gênero: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Raça /Cor:
Nome da Mãe:		Nome do pai:	Estado Civil:
Profissão:	Documento (RG)	Documento (CPF):	
Endereço: Rua		n°	Bairro:
Município:	CEP	UF:	Telefone :

EPIDEMIOLOGIA

Local possível do contágio: <input type="checkbox"/> Zona urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural	Ocorreu picada por carrapato: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Presença de carrapatos na localidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Mata <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Animais Silvestres <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Animais infestados por carrapatos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Animais domésticos <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Cavalo <input type="checkbox"/> Bovinos <input type="checkbox"/> Outros	
Animal doente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Morte recente de Animal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Frequentou áreas com carrapatos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Casos humanos semelhantes na localidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Carrapato: De onde foi coletado o espécime _____	

DADOS CLINICOS DO PACIENTE

Intervalo presumível entre contato e doença: _____ <input type="checkbox"/> anos <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> dias	
<input type="checkbox"/> Estágio primário (< 3 m) <input type="checkbox"/> Estágio secundário ou recorrente (>3 m)	
Sintomas atuais	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Gânglios
Lesão de Pele	Tipo
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Expansiva <input type="checkbox"/> (>5 cm) <input type="checkbox"/> Lesões Múltiplas <input type="checkbox"/> Borda Eritematosa Duração: _____ dias
Outras lesões: <input type="checkbox"/> Morbiliforme <input type="checkbox"/> Petéquias ou púrpuras <input type="checkbox"/> Escleroderma-like <input type="checkbox"/> Linfocitoma <input type="checkbox"/> Eritema Nodoso	

Neurológico	Articular	Cardíaco
Menigite <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Artralgia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cardiomegalia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Neurite Craniana <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual queixa? _____	Miopatia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ICC <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Neurite Periférica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual queixa? _____	Artrite <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Arritmia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Queixa psiquiátrica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual sintoma? _____	Local _____	Qual? _____
Queixas cognitivas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Fadiga crônica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

LABORATÓRIO

<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Plaquetopenia <input type="checkbox"/> Elevação Transaminases <input type="checkbox"/> Elevação Bilirrubinas <input type="checkbox"/> FAN positivo <input type="checkbox"/> VHS _____
<input type="checkbox"/> Látex positivo <input type="checkbox"/> PCR positivo Uréia _____ Creatinina _____ <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Leucocitúria <input type="checkbox"/> Proteinúria
Líquor: Celularidade: _____ ml Linfo-mono? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Proteína: _____ mg/dl

Outros dados laboratoriais:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E JUSTIFICATIVA DO(S) EXAME(S)
