



Requisitante	1 Laboratório		Código	2 Data de Entrada		
	3 Município de Notificação			Código IBGE		
	4 Unidade de Saúde			Código (SIA/SUS)		
	5 Endereço			6 (DDD) Telefone		
Paciente/Exames	7 Nome do Paciente			8 Número do Cartão SUS		
	9 Data de Nascimento		10 (ou) Idade		11 Sexo	
			D - dias M - meses A - anos		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Suspeita Clínica					
	13 Caso		14 Data dos Primeiros Sintomas		15 Exame	
	1-Suspeito 2-Comunicante 9-Ignorado					
	16 Material Enviado		17 Data da Coleta		18 Uso de Antibiótico na Data da Coleta	
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
19 Gestante		20 Paciente tomou vacina?		Data		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se sim, especificar:				
21 Requisitante				22 Data		

EXAME_NET 16/12/2006 MR CORL Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006

Obs: O material para exame só será aceito quando preenchidos os itens 1 a 16. Quando se tratar de comunicante não preencher o item 14.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

23 Endereço Completo do Paciente		
24 Município/UF de Residência do Paciente		25 (DDD) Telefone Residencial
		26 (DDD) Telefone Celular