



Requisitante	1	Laboratório INSTITUTO ADOLFO LUTZ - IAL				Código	2	Data de Entrada			
	3	Município de Notificação JUNDIAÍ				Código IBGE 3 5 2 5 9 0					
	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	D - dias M - meses A - anos		11		Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12	Suspeita Clínica MPOX									
	13	Caso 1-Suspeito 2-Comunicante 9-Ignorado		14	Data dos Primeiros Sintomas		15		Exame PCR		
	16	Material Enviado () CROSTA () 1 SWAB () 2 SWAB		17	Data da Coleta		18		Uso de Antibiótico na Data da Coleta 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>
	19	Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		20	Paciente tomou vacina? se sim, especificar:				Data		
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