

## REQUISIÇÃO PARA EXAME

### PESQUISA DE TÍTULOS PROTETORES EM

### RAIVA

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

|                                          |                                          |                                          |                                          |
|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| MUNICÍPIO                                | ESTABELECIMENTO DE SAÚDE                 | CNPJ                                     | CNPES                                    |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> |

#### DADOS DO PACIENTE

|                                                     |                                                                                                                                |                                          |                                          |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE                                    |                                                                                                                                | DDD                                      | TELEFONE                                 |
| <input style="width: 90%;" type="text"/>            |                                                                                                                                | <input style="width: 10%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                      | DATA DE NASCIMENTO                                                                                                             | SEXO                                     | RAÇA                                     |
| <input style="width: 90%;" type="text"/>            | <input style="width: 10%;" type="text"/> / <input style="width: 10%;" type="text"/> / <input style="width: 10%;" type="text"/> | <input style="width: 10%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| NOME DA MÃE                                         |                                                                                                                                |                                          |                                          |
| <input style="width: 90%;" type="text"/>            |                                                                                                                                |                                          |                                          |
| ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)                          |                                                                                                                                |                                          |                                          |
| <input style="width: 90%;" type="text"/>            |                                                                                                                                |                                          |                                          |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                             | UF                                                                                                                             | CEP                                      |                                          |
| <input style="width: 90%;" type="text"/>            | <input style="width: 10%;" type="text"/>                                                                                       | <input style="width: 90%;" type="text"/> |                                          |
| PROFISSÃO: <input style="width: 90%;" type="text"/> |                                                                                                                                |                                          |                                          |

#### DADOS COMPLEMENTARES

##### ESQUEMA VACINAL UTILIZADO

( ☐ ) Tratamento Pré-exposição

( ☐ ) Tratamento Pós-exposição

Nº de Doses:

Nº de Reforços:

Data da última dose:  /  /

Data da coleta:  /  /

##### MOTIVO PARA SOLICITAÇÃO DO EXAME

|                                          |
|------------------------------------------|
| <input style="width: 98%;" type="text"/> |
| <input style="width: 98%;" type="text"/> |

#### SOLICITAÇÃO

|                                          |                                          |                                          |
|------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE         | DDD                                      | TELEFONE                                 |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | <input style="width: 10%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> |

#### ENDEREÇO PARA ENCAMINHAMENTO DE RESULTADO

##### LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA

Rua: FELIPE SCHMIDT

nº 788

Bairro: CENTRO

Cidade: FLORIANÓPOLIS

UF: SANTA CATARINA

CEP: 88010-002

Fone/Fax: (48) 3251 7815

|                                          |
|------------------------------------------|
| <input style="width: 98%;" type="text"/> |
|------------------------------------------|

Responsável Técnico/LACEN