

FICHA DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE ARBOVIROSE

Unidade de Atendimento:		
Endereço:		
Bairro:	Município:	Estado:
Fone:	Médico:	
Nome do Paciente:		
CNS:	RG:	
D.N.:	Idade:	Sexo: () Mas. () Fem.
Nome da Mãe:		
Endereço:		
Bairro:	Município:	Estado:
Tel.:	Gestante: Sim () Não () Meses ()	
Vacina c/ Febre Amarela: Sim () Não () Há (menos 3) (mais 3) Meses		
Esteve em área de Dengue nos últimos 15 dia: Sim () Não ()		
Local:		
Teve Dengue antes: Sim () Não () há _____ anos		
Data e Início dos Sintomas: ____/____/____		

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

❖ Febre	❖ Prostração	❖ Petéquias	❖ Prurido
❖ Anorexia	❖ Náuseas	❖ Epistaxe	❖ Hepatomegalia
❖ Dor Retrocular	❖ Vômitos	❖ Gengivorragia	❖ Outros
❖ Mialgia	❖ Diarreia	❖ Hem. Gastrointestinal	
❖ Artralgia	❖ Exantema	❖ Choque	
Plaquetas _____ %		Hematócrito _____ %	
Amostra de: () Sangue () Tecidos.			
Data da Coleta da Amostra ____/____/____			

PARA USO DO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA

Nome do Laboratório:	
Data de Entrada:	
Resultados:	Responsável:
Mac Elisa:	Data: ____/____/____
Inibição Hemaglutinação:	Data: ____/____/____
Isolamento Viral:	Data: ____/____/____

Data: ____/____/____