



## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME PARA DOENÇA DE LYME SÍMILE

PREENCHER  TODOS  OS CAMPOS COM LETRA LEGÍVEL OU DIGITADO.

### I – Dados gerais

1-Unidade requisitante	2-CNES	3-Município
4-Profissional requisitante/ Registro no Conselho	5-Data da coleta ____/____/____	6- Amostra

### II – Dados do paciente

7-Nome completo do paciente:				
8-Data de nascimento: ____/____/____	9-Idade:	10-Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem.	11- Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Ignorado	12 - Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/ Divorciado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Não Informado
13-CPF:	14- RG:	15- EMISSOR:	16- CNS:	
17- Data e Local (Estado) de Expedição:				
18-Profissão:				
19- Nome da mãe:				
20- Nome do pai:				
21-Endereço: rua ou avenida			22-Nº	
23-Complemento:	24-Bairro:	25-Município		
26-Ponto de referência			27-Telefone ( ) _____	
28-Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	29-CEP	30-UF	31-País (se residente fora do Brasil)	

### III - Dados epidemiológicos

32- Local de possível contato: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	33- Presença de carrapatos na localidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	34- Picada de carrapato? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	35- Mata? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
36- Animais silvestres? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	37- Animais domésticos: <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Cavalo <input type="checkbox"/> Bovinos <input type="checkbox"/> Outros _____		
38-Animais infestados por carrapatos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	39- Animal doente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	40- Morte recente de animal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
41- Casos humanos semelhantes na localidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		42-Frequentou áreas com carrapatos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
43- Carrapato: explicar de onde foi coletado o espécime			



--

**IV- Dados clínicos do Paciente**

<b>44- Data dos 1º sintomas:</b> ____/____/____	<b>45- Intervalo presumível entre contato e doença:</b> _____Anos/ Meses/Dias	<b>46- Estágio primário (&lt;3 M):</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>47-Estágio secundário ou recorrente (&gt;3M):</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>48- Sintomas Atuais:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Adenomegalia <input type="checkbox"/> Gânglios	
<b>49- Lesão de pele:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> No ponto da picada <input type="checkbox"/> Lesão expansiva <input type="checkbox"/> > 5 cm <input type="checkbox"/> Lesões múltiplas <input type="checkbox"/> Borda eritematosa. Duração: _____ dias Outras lesões: <input type="checkbox"/> Mobiliforme <input type="checkbox"/> Petéquias ou Púrpuras <input type="checkbox"/> Escleroderma-like <input type="checkbox"/> Linfocitoma <input type="checkbox"/> Eritema Nodoso		
<b>50- Neurológico:</b> <input type="checkbox"/> Meningite <input type="checkbox"/> Neurite craniana Qual queixa: _____ <input type="checkbox"/> Neurite periférica Qual queixa: _____ <input type="checkbox"/> Queixa psiquiátrica Qual sintoma: _____ <input type="checkbox"/> Queixa cognitiva		
<b>51- Articular/ Muscular / Cardíaco:</b> <input type="checkbox"/> Fadiga crônica <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Artrite Local: _____ <input type="checkbox"/> Miopatia <input type="checkbox"/> Cardiomegalia <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> Arritmia Qual? _____		
<b>52- Dados clínicos e laboratoriais de relevância:</b> <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"/> Látex positivo VHS _____ <input type="checkbox"/> PCR positivo Uréia _____ Creatinina _____ <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Leucocitúria <input type="checkbox"/> Proteinúria <b>Líquor:</b> Celularidade: _____ ml Proteína: _____ mg/dl Linfo-mono? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Outros dados laboratoriais: _____		
<b>53- Hipóteses Diagnósticas e Justificativa do(s) Exame(s)</b>		
<b>54- Observações:</b>		
<b>55- Nome do Médico Responsável:</b>		
<b>56- E-mail para envio de resultado:</b> lacen.microbiologia@saude.es.gov.br		