



## “Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – Formação de referências municipais”

# REFERÊNCIAS GAL



A APRESENTAÇÃO IRÁ  
COMEÇAR EM  
ALGUNS MINUTOS!!!

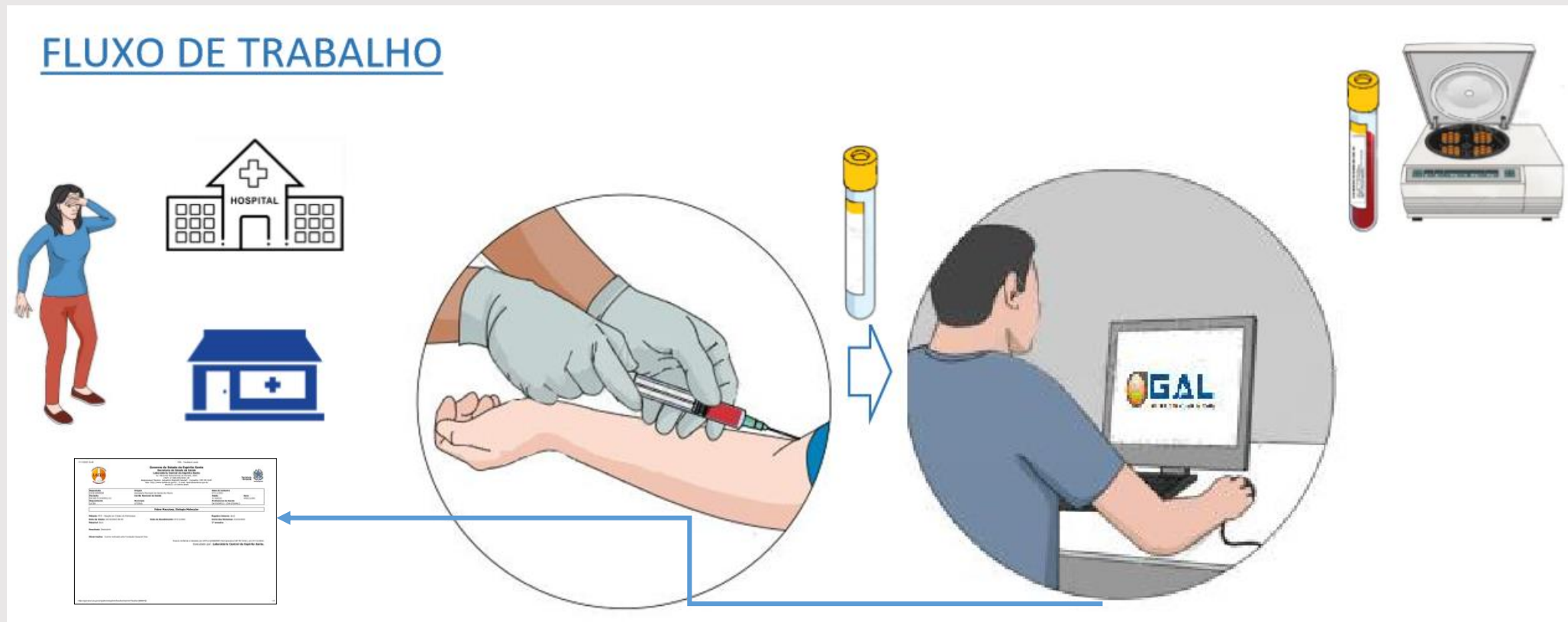
Novembro 2022

Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (LACEN/ES)  
Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo  
[lagen@saude.es.gov.br](mailto:lagen@saude.es.gov.br)



# FLUXO DE TRABALHO

**Objetivo:** Formação de Referências Municipais Gal a fim de garantir maior segurança e rastreabilidade no fluxo de acesso ao GAL.





# GAL

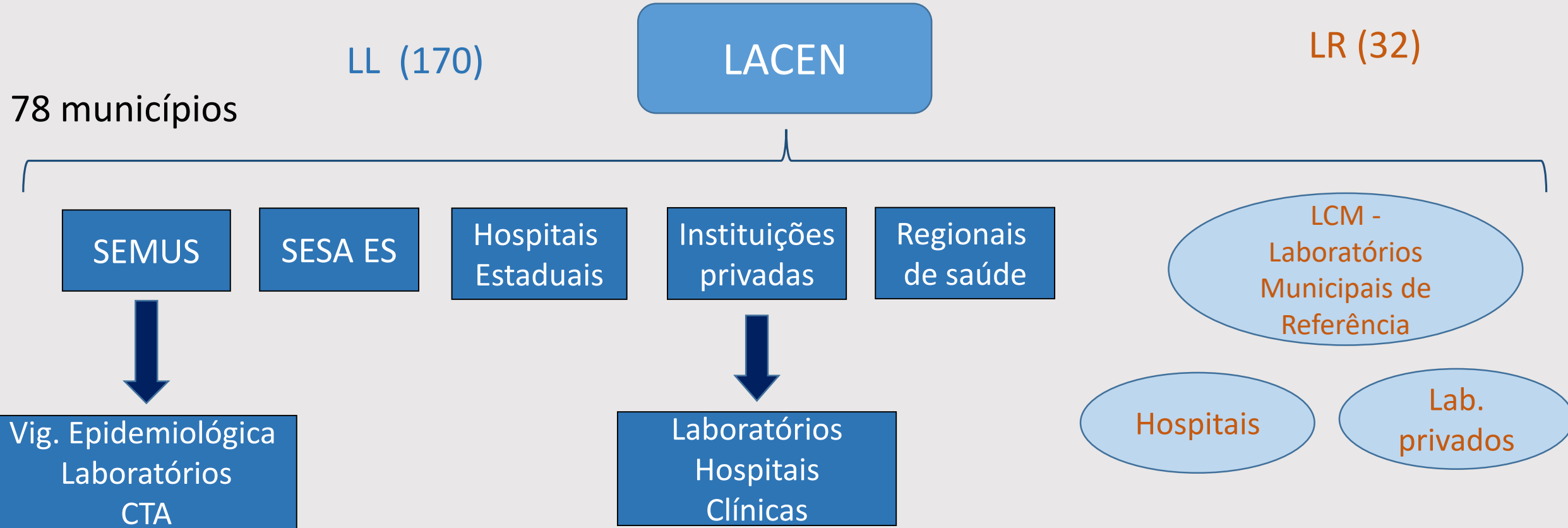
- Sistema informatizado desenvolvido pelo DATASUS para os laboratórios que realizam **análises de interesse a saúde pública/exames de notificação compulsória**, de amostras de origem humana, animal e ambiental.
- **NO ES** o sistema é **gerenciado pelo LACEN**.

## GAL NO ES

- **Abrangência:** Laboratórios Públicos e Privados
- **Usuários ativos:** 1190
- **LL – Laboratórios que solicitam exame:** 170
- **LR - Laboratórios que realizam exames:** 32

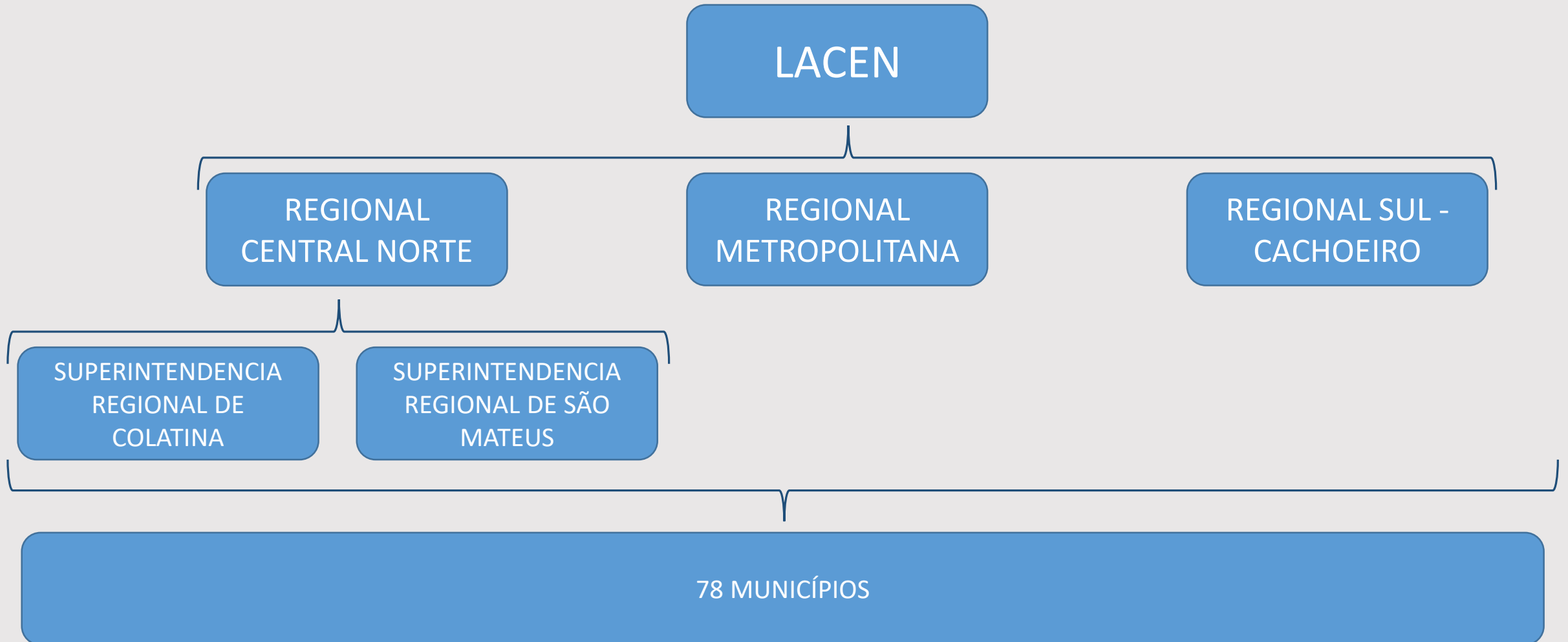


# REDE GAL NO ES





# FLUXOGRAMA DA REDE





# FLUXOGRAMA DA REDE

## 1) Referência Estadual: LACEN

- Isabella Recla Segatto
- Keyla Fonseca Quinderé

## 2) Referências Regionais: Superintendência Regional de Saúde

- Regional Central/Norte
  - Superintendência Regional de Colatina
  - Superintendência Regional de São Mateus
- Regional Cachoeiro
- Regional Metropolitana

## 3) Referências Municipais: SEMUS / Vigilâncias

## 4) Usuário: senha de acesso pessoal



# RESPONSABILIDADES - usuário

- 1) Assinar o TERMO DE CONFIDENCIALIDADE;
- 2) Participar das capacitações;
- 3) Manter sigilo sobre os dados de acesso ao sistema;
- 4) Informar à Referência Municipal, Regional ou Estadual o desligamento da instituição.



# RESPONSABILIDADES – Referência Municipal

- 1) Capacitar usuários e instituições públicas e privadas a operar o sistema GAL;
- 2) Manter o controle da identificação e quantitativo de usuários do GAL por laboratório;
- 3) Analisar as solicitações de acesso ao GAL quanto ao preenchimento correto do TERMO DE CONFIDENCIALIDADE e do ofício com autorização do gestor com perfil de acesso;
- 4) Encaminhar a documentação para a referência da regional e na impossibilidade à Estadual;
- 5) Informar à Referência Regional ou na impossibilidade, a estadual a necessidade de inativação de usuários.





# RESPONSABILIDADES – Referência Regional

- 1) Capacitar na operação do sistema referências municipais e quando necessário usuários;
- 2) Manter o controle da identificação e quantitativo de usuários do GAL por unidade/laboratório/município;
- 3) Analisar as solicitações de acesso ao GAL quanto ao preenchimento correto do TERMO DE CONFIDENCIALIDADE e do ofício com autorização do gestor com perfil de acesso;
- 4) Encaminhar a documentação para a Referência Estadual;
- 5) Informar à Referência Estadual a necessidade de inativação de usuários.



# RESPONSABILIDADES – Referência Estadual

- 1) Instituir a rotina de capacitações para opera o sistema GAL;
- 2) Promover ações para estimular a implantação do sistema de informações conforme políticas do Ministério da Saúde e do Governo do Estado;
- 3) Controlar a periodicidade de último acesso de forma a verificar a falta de rotina, inativando usuários quando necessário;
- 4) Analisar a documentação que acompanha o pedido de acesso, sendo imprescindível apresentar o TERMO DE CONFIDENCIALIDADE e autorização formal do gestor da unidade/laboratório informando o perfil de acesso;
- 5) Criar o usuário e senha;
- 6) Responder ao solicitante informando dados de acesso.



# COMO SOLICITAR LOGIN E SENHA?



- SERVIDOR SEMUS / LCM
- HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS
- LABORATÓRIOS MUNICIPAIS
- LABORATÓRIOS PRIVADOS



SOLICITAÇÃO VIA E-MAIL



- SERVIDOR SESA:
- REGIONAIS
  - HOSPITAIS ESTADUAIS
  - LACEN

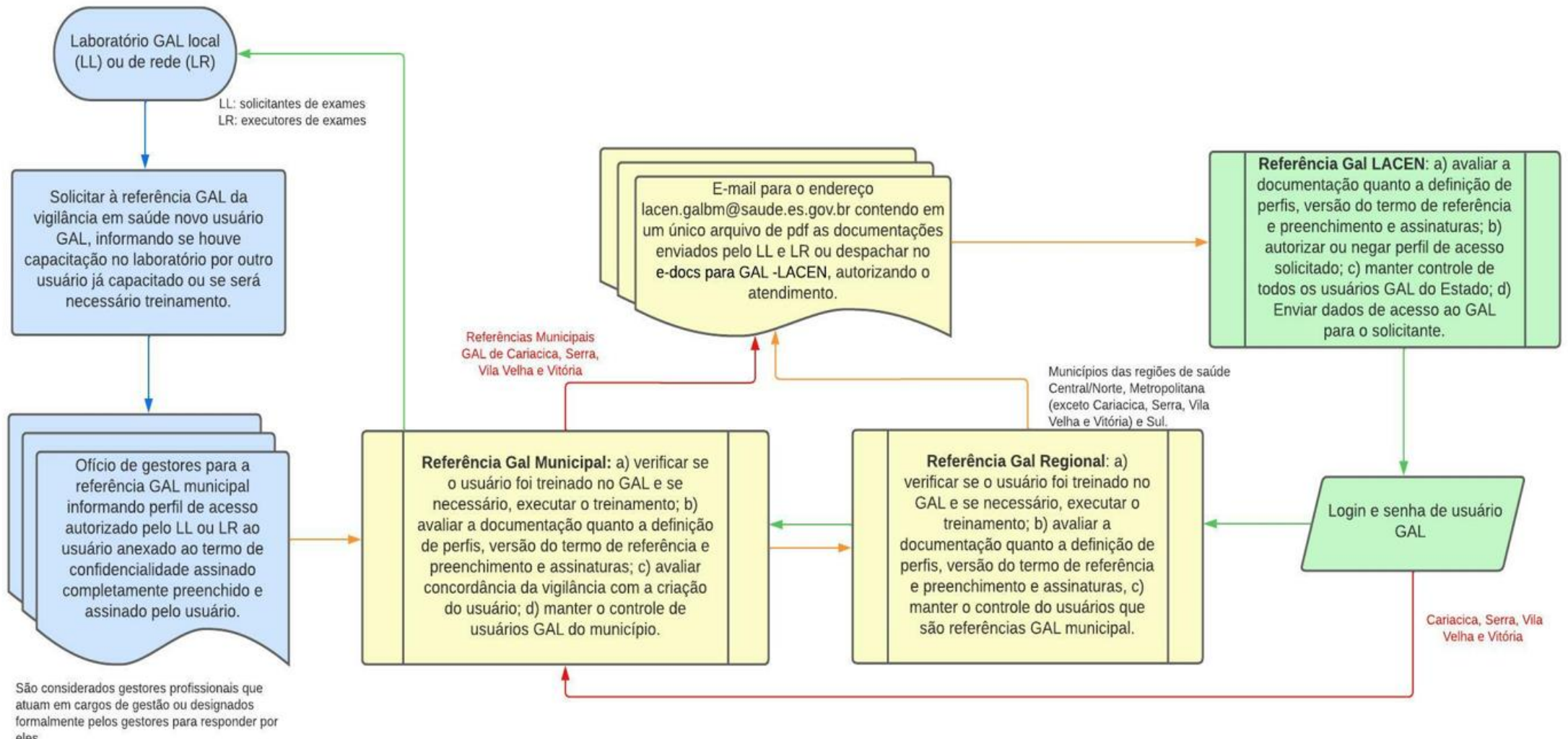


SOLICITAÇÃO VIA E-DOCS



# SOLICITAÇÃO DE ACESSO

SEMUS / LCM / Hospital / Lab. privado





# SOLICITAÇÃO DE ACESSO

## SOLICITAÇÃO VIA E-MAIL

### OFÍCIO DA GESTÃO

MODELO DE OFÍCIO

CABEÇALHO DA INSTITUIÇÃO CONTENDO NOME E BRASÃO/LOGOMARCA

OFxxxxxx: N° xxxx2021

CIDADE, DATA (\_\_\_ de \_\_\_ de 2021).

Prezados,

Considerando a necessidade do serviço, solicitamos acesso ao sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) conforme termo de confidencialidade anexo e perfil(s) abaixo descrito(s) para o(s) profissional(is):

- Nome completo do profissional e número de conselho de classe ou matrícula: perfil

Atenciosamente,

XXXXXXXX (Nome de profissional de cargo de gestão na Secretaria de Saúde/Instituição)

XXXXXXXX (Cargo)

A(o) Sr (a)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Referência Regional do GAL

RODAPÉ DA INSTITUIÇÃO (ENDEREÇO, CEP, TELEFONE, CONTATOS)



### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

	TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	FMLAT03.001
--	--	-------------

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Cargo/função: \_\_\_\_\_ N° Funcional: \_\_\_\_\_

Conselho de Classe/Matrícula (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

Em atendimento aos dispositivos legais brasileiros, assumo o compromisso de manter confidencialidade sobre todas as informações técnicas e pessoais do sistema a que tenho acesso (marcar o sistema):

( ) Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)  
( ) Harpya  
( ) SISCEL

Estando ciente e de acordo com as obrigações de atendimento às diretrizes estabelecidas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (Lacen/ES) na utilização do sistema:

- Tratar com estrita confidencialidade toda informação, documentada ou não, recebida por mim no desempenho de minhas funções, e não divulgar as informações fornecidas pelo sistema do Lacen/ES a qualquer pessoa ou organização que não seja o titular dos dados ou solicitante da análise ou autoridade sanitária (em cumprimento a determinação legal), e em não usar estas informações para obter qualquer tipo de vantagem.
- Manter toda a documentação disponibilizada pelo sistema de forma segura;
- Não produzir cópias, fotografias e transferir quaisquer documentos extraídos do sistema e/ou informações confidenciais do Lacen/ES e dos pacientes/empresas para parte não autorizada.
- Não agir de maneira prejudicial à imagem ou aos interesses do Lacen/ES.
- Zelar pela senha recebida para utilizar o sistema, visto que é pessoal e intransferível.
- Cooperar com os procedimentos de investigação na eventualidade de qualquer desvio dos requisitos estabelecidos neste documento.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções administrativas, cíveis e penais que poderão advir a qualquer tempo, mantendo sigilo absoluto quanto aos dados e informações contidas no sistema, utilizando-os exclusivamente para o propósito das atividades relacionadas ao bom andamento das finalidades precípua do Lacen/ES, da vigilância em saúde e da assistência médica ao paciente.

Data, \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura \_\_\_\_\_

Revisão: 00      Data de homologação: 12/07/2022      Página: 1/1

ENVIAR VIA E-MAIL



REFERÊNCIA REGIONAL



REFERÊNCIA ESTADUAL:

LOGIN E SENHA DE ACORDO COM O PERFIL DE ACESSO SOLICITADO



OF/xx/xxx/xxxx Nº xxx/2021

CIDADE, DATA (\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021).

Prezados,

Considerando a necessidade do serviço, solicitamos acesso ao sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) conforme termo de confidencialidade anexo e perfil(s) abaixo descrito(s) para o(s) profissional(is):

- Nome completo do profissional e número de conselho de classe ou matrícula:  
perfil

Atenciosamente,

XXXXXXXX (Nome de profissional de cargo de gestão na Secretaria de Saúde/Instituição)

XXXXXXXX (Cargo)

A(o) Sr (a)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Referência Regional do GAL



# PERFIS DE ACESSO

Módulo	Perfil	Descrição de permissões
Biologia Médica Humana	BMH - Cadastro	Somente cadastrar e encaminhar a rede solicitações de exames.
	BMH – Usuário LL / CADASTRO E RESULTADO	Cadastrar, encaminhar a rede solicitações de exames, consultar exames/paciente e impressão de laudos.
	BMH - Consulta e Impressão	Somente consultar exames/paciente e impressão de laudos.
Animal	Ban – Cadastro	Somente cadastrar e encaminhar a rede solicitações de exames.
	Ban – Cadastro e Impressão	Cadastrar, encaminhar a rede solicitações de exames, consultar exames/paciente e impressão de laudos.
Ambiental	AMB - Cadastro	Somente cadastrar e encaminhar a rede solicitações
	AMB – Cadastro e Impressão	Cadastrar, encaminhar a rede solicitações de exames, consultar exames/paciente e impressão de laudos





# CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE  
DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

FM.AT03.001

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Cargo/função: \_\_\_\_\_ N° Funcional: \_\_\_\_\_

Conselho de Classe/Matrícula (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

Em atendimento aos dispositivos legais brasileiros, assumo o compromisso de manter confidencialidade sobre todas as informações técnicas e pessoais do sistema a que tenho acesso (marcar o sistema):

- ( ) Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)
- ( ) Harpya
- ( ) SISCEL

Estando ciente e de acordo com as obrigações de atendimento às diretrizes estabelecidas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (Lacen/ES) na utilização do sistema:

- a) Tratar com estrita confidencialidade toda informação, documentada ou não, recebida por mim no desempenho de minhas funções, e não divulgar as informações fornecidas pelo sistema do Lacen/ES a qualquer pessoa ou organização que não seja o titular dos dados ou solicitante da análise ou autoridade sanitária (em cumprimento a determinação legal), e em não usar estas informações para obter qualquer tipo de vantagem.
- b) Manter toda a documentação disponibilizada pelo sistema de forma segura;
- c) Não produzir cópias, fotografias e transferir quaisquer documentos extraídos do sistema e/ou informações confidenciais do Lacen/ES e dos pacientes/empresas para parte não autorizada.
- d) Não agir de maneira prejudicial à imagem ou aos interesses do Lacen/ES.
- e) Zelar pela senha recebida para utilizar o sistema, visto que é pessoal e intransferível.
- f) Cooperar com os procedimentos de investigação na eventualidade de qualquer desvio dos requisitos estabelecidos neste documento.





# SOLICITAÇÃO DE ACESSO

## SOLICITAÇÃO VIA E-DOCS – SERVIDORES SESA

REFERÊNCIA GAL:  
capacitar o  
servidor a operar  
o sistema

Servidor: Acessar o E-docs e  
preencher o TERMO DE  
CONFIDENCIALIDADE

Chefia imediata: Definir Perfil de  
Acesso e despachar via E-docs para  
REFERÊNCIA REGIONAL

REFERÊNCIA REGIONAL:  
Atualizar cadastro de  
usuários/municípios e Despachar o  
E-docs para o grupo GAL-LACEN

REFERÊNCIA ESTADUAL:  
LOGIN E SENHA DE ACORDO COM O  
PERFIL DE ACESSO SOLICITADO



E-Docs

E-Docs - Gestão Arquivística de  
Documentos e Processos Administrativos  
do Estado do Espírito Santo

TREINAMENTO

ACESSAR

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO		F.MAT03.001
Nome completo:		
CPF:		Telefone:
e-mail:		
Cargo/Função: TECNICO NIVEL SUPERIOR - DT		Nº Funcional:
Conselho de Classe/Matrícula (se aplicável):		
Nome da instituição:		
Em atendimento aos dispositivos legais brasileiros, assumo o compromisso de manter confidencialidade sobre todas as informações técnicas e pessoais do sistema a que tenho acesso (marcar o sistema): <input type="checkbox"/> Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) <input type="checkbox"/> Harpya <input type="checkbox"/> SISCEL		
Estando ciente e de acordo com as obrigações de atendimento às diretrizes estabelecidas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (Lacen/ES) na utilização do sistema:		
a. Tratar com estrita confidencialidade toda informação, documentada ou não, recebida por mim no desempenho de minhas funções, e não divulgar as informações fornecidas pelo sistema do Lacen/ES a qualquer pessoa ou organização que não seja o titular dos dados ou solicitante da análise ou autoridade sanitária (em cumprimento a determinação legal), e em não usar estas informações para obter qualquer tipo de vantagem;		
b. Manter toda a documentação disponibilizada pelo sistema de forma segura;		
c. Não produzir cópias, fotografias e transferir quaisquer documentos extraídos do sistema e/ou informações confidenciais do Lacen/ES e dos pacientes/empresas para parte não autorizada;		
d. Não agir de maneira prejudicial à imagem ou aos interesses do Lacen/ES;		
e. Zelar pela senha recebida para utilizar o sistema, visto que é pessoal e intransferível.		
f. Cooperar com os procedimentos de investigação na eventualidade de qualquer desvio dos requisitos estabelecidos neste documento.		
Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções administrativas, cíveis e penais que poderão advir a qualquer tempo, mantendo sigilo absoluto quanto aos dados e informações contidas no sistema, utilizando-os exclusivamente para o propósito das atividades relacionadas ao bom andamento das finalidades precípuas do Lacen/ES, da vigilância em saúde e da assistência médica ao paciente.		
_____, 17 de novembro de 2022 (assinado eletronicamente via e-Docs)		



# SOLICITAÇÃO DE ACESSO ADMINISTRADORES

- Liberado até 1 administrador por Município mediante solicitação via ofício assinado pelo Secretário de Saúde e pelo servidor com comprometimento de ambos de consultar apenas resultados de pacientes atendidos pelo município ou residentes no mesmo.
- O ofício também deve informar a necessidade do município e a finalidade que o acesso será utilizado.
- A liberação do perfil administrador será realizada conforme análise da Gestão GAL do LACEN em parceria com a Regional de Saúde.



# SOLICITAÇÃO DE ACESSO NOVOS LABORATÓRIOS – LL ou LR

LL – Importância de separar SEMUS / Unidades que não deveriam ter acesso aos dados da Secretaria.

Ex.: Hospitais privados

LR – Laboratórios Municipais que realizam exames de interesse em saúde pública. Ex.: Tuberculose, Hanseníase, Hepatites virais, HIV, Dengue, Leishmaniose canina (teste rápido), entre outros.



# SOLICITAÇÃO DE ACESSO NOVOS LABORATÓRIOS – LL ou LR

## OFÍCIO DA GESTÃO

CABEÇALHO DA INSTITUIÇÃO CONTENDO NOME E BRASÃO/LOGOMARCA

OF070xxxx/xxxx Nº xxx/2021

CIDADE, DATA (\_\_\_ de \_\_\_ de 2021).

Prezados,

Considerando a necessidade do serviço, solicitamos acesso ao sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) conforme termo de confidencialidade anexo e perfil(s) abaixo descrito(s) para o(s) profissional(is):

- Nome completo do profissional e número de conselho de classe ou matrícula: perfil

Atenciosamente,

XXXXXXXX (Nome de profissional de cargo de gestão na Secretaria de Saúde/Instituição)

XXXXXXXX (Cargo)

A(o) Sr (a)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Referência Regional do GAL

RODAPÉ DA INSTITUIÇÃO (ENDEREÇO, CEP, TELEFONE, CONTATOS)



## TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

	TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	FMA.T03.001
--	--	-------------

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Cargo/função: \_\_\_\_\_ N° Funcional: \_\_\_\_\_

Conselho de Classe/Matrícula (se aplicável): \_\_\_\_\_

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

Em atendimento aos dispositivos legais brasileiros, assumo o compromisso de manter confidencialidade sobre todas as informações técnicas e pessoais do sistema a que tenho acesso (marcar o sistema):

( ) Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)

( ) Harpya

( ) SISCEL

Estando ciente e de acordo com as obrigações de atendimento às diretrizes estabelecidas pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (Lacen/ES) na utilização do sistema:

- Tratar com estrita confidencialidade toda informação, documentada ou não, recebida por mim no desempenho de minhas funções, e não divulgar as informações fornecidas pelo sistema do Lacen/ES a qualquer pessoa ou organização que não seja o titular dos dados ou solicitante da análise ou autoridade sanitária (em cumprimento a determinação legal), e em não usar estas informações para obter qualquer tipo de vantagem.
- Manter toda a documentação disponibilizada pelo sistema de forma segura;
- Não produzir cópias, fotografias e transferir quaisquer documentos extraídos do sistema e/ou informações confidenciais do Lacen/ES e dos pacientes/empresas para parte não autorizada.
- Não agir de maneira prejudicial à imagem ou aos interesses do Lacen/ES.
- Zelar pela senha recebida para utilizar o sistema, visto que é pessoal e intransferível.
- Cooperar com os procedimentos de investigação na eventualidade de qualquer desvio dos requisitos estabelecidos neste documento.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções administrativas, cíveis e penais que poderão advir a qualquer tempo, mantendo sigilo absoluto quanto aos dados e informações contidas no sistema, utilizando-os exclusivamente para o propósito das atividades relacionadas ao bom andamento das finalidades precípuas do Lacen/ES, da vigilância em saúde e da assistência médica ao paciente.

Data, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura

Revisão: 00	Data de homologação: 12/07/2022	Página: 1/1
-------------	---------------------------------	-------------



## TERMO DE CADASTRO DE LABORATÓRIO

	CADASTRO DO LABORATÓRIO	FM.CG01.004
--	-------------------------	-------------

**1 - Identificação da Instituição/Laboratório**

Nome: \_\_\_\_\_

Apelido: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município/ES: \_\_\_\_\_ Regional: \_\_\_\_\_

Fone / Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Responsável Técnico do Lab: \_\_\_\_\_ Registro Conselho: \_\_\_\_\_

Principal Área de Atuação

Análises Clínicas  Ambiental

Saúde Pública  Posto de Coleta

Outra: \_\_\_\_\_

Esfera Principal

Pública Federal  Privada Com Fins Lucrativos

Pública Estadual  Privada Sem Fins Lucrativos

Pública Municipal  Serviços Terceirizados

Esfera Secundária

Fundação  Instituição de Pesquisa

Autarquia  Secretaria Municipal de Saúde

Universidade  Outro: \_\_\_\_\_

**Diagnósticos: doenças de notificação compulsória, agravos e eventos de saúde pública**

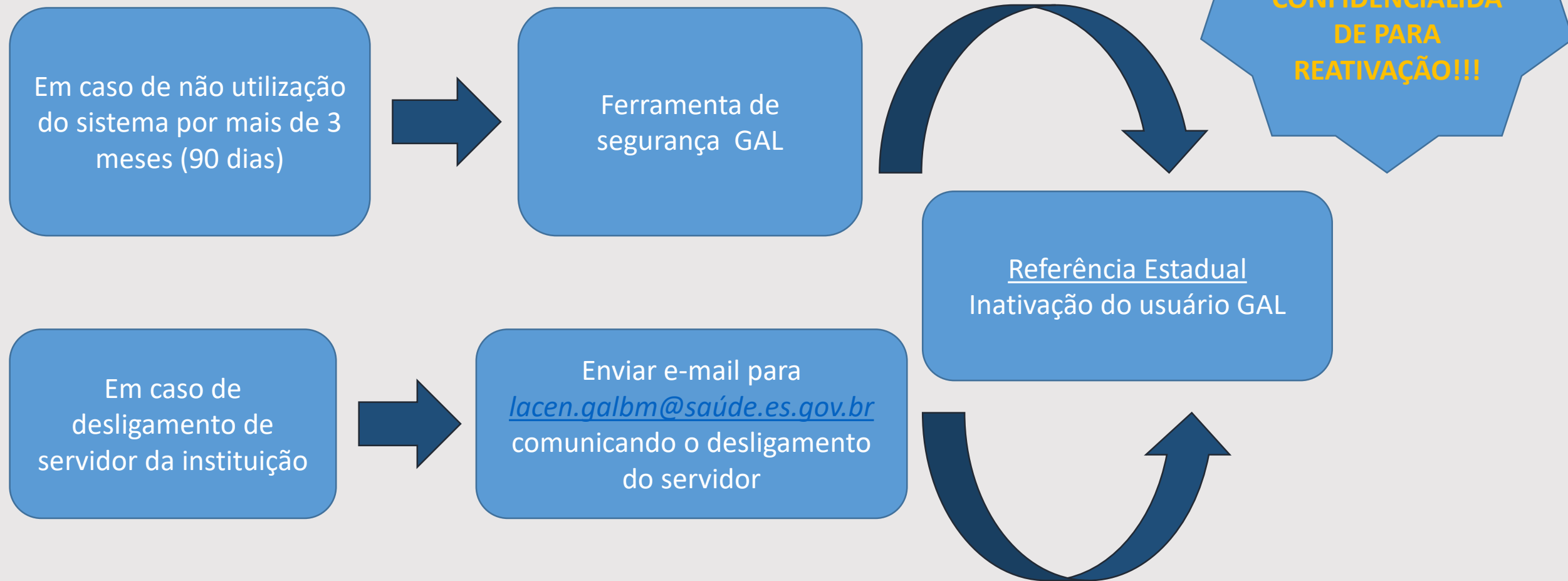
SELECIONE A OPÇÃO MARCANDO UM X EM RELAÇÃO AOS AGRAVOS

	QUAIS EXAMES REALIZA	ENVIA PARA LACEN/ES	ENVIA PARA POUTRO(S) LABORATÓRIO(S) QUAL(IS)
Astroz pneumônico			
Arenavirus			
Botulismo			
Cólera			
Coqueluche			
Dengue			
Difteria			
Doença de Chagas Aguda			
Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)			
Doença Diarreica Aguda			
Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"			
Doença Meningocócica			
Ebola			
Esquistossomose			
Febre Amarela			
Febre de Chikungunya			
Febre do Nilo			
Febre Maculosa e outras Rickettsioses			

Revisão: 01	Data de Homologação: 17/05/2019	Página: 1/3
-------------	---------------------------------	-------------



# INATIVAÇÃO DE USUÁRIOS





# SITE DO LACEN


**SESA**  
Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

Governo Ministério da Saúde SESAnet

Buscar

Home / Vigilância em Saúde / LACEN - Laboratório Central

## Laboratório Central



O LACEN, laboratório de referência estadual para análises das áreas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB, conforme Portaria de Consolidação Nº 4/Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.

Realiza diagnóstico confirmatório e diferencial de doenças/agravos de interesse em saúde pública, análises para detecção de surtos, epidemias, eventos inusitados e o controle de qualidade analítica da rede estadual. Executa análises de produtos sujeitos ao controle sanitário em alimentos, bebidas e medicamentos e da qualidade da água para consumo humano. Participa de programas nacionais, estaduais e municipais de análises laboratoriais. Promove capacitações técnicas aos profissionais da rede de saúde pública. Coordena a rede estadual de laboratórios que realizam análises de interesse em saúde.

MISSÃO  
Realizar análises laboratoriais de interesse da Vigilância em Saúde, contribuindo para a melhoria da saúde da população.

VISÃO  
Ser reconhecido pela excelência na realização de análises laboratoriais em saúde pública.

VALORES  
Ética, qualidade e compromisso com a saúde pública.

**COORDENAÇÃO GERAL**  
Coordenador Geral : Rodrigo Ribeiro Rodrigues  
Telefone: (27)3636-8409 / Fax: (27)3636-8387  
E-mail: lacen@saude.es.gov.br

Coordenar e executar ações da política de Laboratórios de Saúde Pública, atuando de forma integrada às Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental no diagnóstico laboratorial de interesse a saúde pública.

- \* NÚCLEO ADMINISTRATIVO
- \* NÚCLEO DA QUALIDADE
- \* NÚCLEO DE BIOLOGIA MÉDICA
- \* NÚCLEO DE PRODUTOS

- « CAPACITAÇÕES
- « REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA
- « GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL GAL
- « FORMULÁRIOS DO LACEN/GAL/SISCEL
- « MANUAIS
- « ATENDIMENTO AO CLIENTE

Endereço eletrônico: <https://saude.es.gov.br/laboratorio-central>

Caso não saiba o endereço procure no Google: LACEN SESA ES

\* **NÚCLEO ADMINISTRATIVO**

\* **NÚCLEO DA QUALIDADE**

\* **NÚCLEO DE BIOLOGIA MÉDICA**

\* **NÚCLEO DE PRODUTOS**

« **CAPACITAÇÕES**

« **REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA**

« **GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL GAL**

« **FORMULÁRIOS DO LACEN/GAL/SISCEL**

« **MANUAIS**

« **ATENDIMENTO AO CLIENTE**



# MANUAL E FORMULÁRIOS DO LACEN



## MANUAL DE PROCEDIMENTOS TÉCNICOS PARA COLETA, ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS



<https://saude.es.gov.br/manuais-lacen>

## FORMULÁRIOS DO LACEN/GAL/SISCEL



### FORMULÁRIOS GAL:

- Módulo Biologia Médica Humana - Requisição de Exame
- Módulo Biologia Médica Humana - Requisição de Exame para Tuberculose
- Módulo Ambiental - Solicitação de Análise de Amostra de Água
- Módulo Animal - Área Invertebrados - Protocolo de Campo de Entomologia e Macologia
- Módulo Animal - Área Vertebrados - Protocolo de Investigação Animal Completo
- Módulo Animal - Área Vertebrados - Protocolo de Investigação Animal Simplificado
- Módulo Controle de Qualidade - Protocolo de Envio de Controle de Qualidade Analítica

### FORMULÁRIOS LACEN/ES:

- Formulário de Solicitação de Exame - Bartonelose
- Solicitação de exame para Doença de Lyme Simile
- Controle de Qualidade da Esquistossomose
- Controle de Qualidade da Hanseníase
- Controle de Qualidade da Malária
- Solicitação de Exames para Bactéria Multi-R - KPC/VRE/MRSA
- Solicitação de Exames para Doenças Diarreicas - DTHA
- Informe Mensal de Baciloscopia da Hanseníase
- Solicitação de Exame de Carga Viral do HBV pela Técnica de Biologia Molecular
- Solicitação de Exame de Carga Viral do HCV pela Técnica de Biologia Molecular
- Controle de Qualidade de Baciloscopia da Tuberculose
- Solicitação de Pesquisa de Anticorpos Anti-Rábicos
- Informe Mensal de Baciloscopia da Tuberculose
- Solicitação de Exames para Fungos
- Solicitação de Genotipagem do Virus da Hepatite C

### FORMULÁRIOS SISCEL:

- Solicitação de Exames Contagem de Linfócitos T CD4/CD8
- Solicitação de Exame Quantificação de Carga Viral do HIV

### DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:

As fichas de investigação deverão ser geradas e impressas por meio do sistema e-SUS Vigilância em Saúde (e-SUS VS).

- Ficha de notificação de caso de micobacteriose não tuberculosa

<https://saude.es.gov.br/formularios-do-lacen-gal-sinan>





# TREINAMENTO BÁSICO







# POR QUE UTILIZAR O GAL?

- Informatização do laboratório a custo zero;
- Acompanhamento de todo o processo de análise laboratorial;
- Acesso aos resultados em tempo real;
- Emissão de laudos de acordo com as normas vigentes;
- Informações organizadas;
- Economia de tempo, papel e telefone;
- Emissão de relatórios gerenciais e epidemiológicos;
- Disponibilização imediata dos resultados para tomada de decisões (SESA e MS).





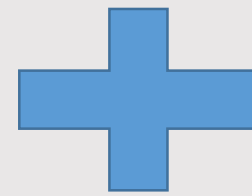
# A FERRAMENTA GAL PROPORCIONA

- Interligar a rede de laboratórios desde os requisitantes aos realizadores de exames.
- Enviar amostras ao LACEN ou ao LCM (Laboratório Municipal) para diagnóstico, e aquelas destinadas ao LACEN para o **controle de qualidade**.
- **Gerir o ambiente laboratorial desde a solicitação de exames até a emissão de laudo.**
- **GGLAB disponibiliza o sistema para laboratórios municipais, além do LACEN.**
- Utilizar o sistema via *web*, permitindo o acesso imediato e impressão de resultados **via web** no Sistema GAL;



# A FERRAMENTA GAL PROPORCIONA

- Atender requisitos de segurança necessários: assinatura digital; cadastro unívoco; rastreabilidade durante todo o processo laboratorial.
- **Padronizar laudos** conforme legislação vigente e normas de qualidade;
- Compartilhar informações de atividades laboratoriais dos componentes da REDLAB entre as secretarias de saúde municipal, estadual e o ministério da saúde → emissão de relatórios técnicos de produção.
- Otimizar a capacidade de resposta na área de Vigilância Laboratorial em Saúde.



# QUE UM SISTEMA DE LABORATÓRIO





# MÓDULOS EM PRODUÇÃO

- **BIOLOGIA MÉDICA:** amostras de origem humana
- **CONTROLE DE QUALIDADE:** (tuberculose e hanseníase)
- **ANIMAL:** amostras de origem animal: (vertebrados/invertebrados)
- **AMBIENTAL:** água de consumo humano (Vigiágua)

Área Restrita

Servidor: gal.lacen.es.gov.br  
Versão: 2.15.3  
Reg. INPI: 09.382-1  
Cliente: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/107.0.0.0 Safari/537.36

"Este Programa encontra-se protegido contra a utilização não autorizada, conforme preceitua a Lei nº 9.609, de 19 de fevereiro de 1998, regulamentada"

SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Laboratório**

Usuário: 7r3k1  
Senha: .....  
Módulo: Selecione o Módulo  
Laboratório:

Entrar Limpar

**Administrador**

Usuário: 7r3k1  
Senha: .....  
Entrar Limpar



# REQUISITOS DE ACESSO

- Computador com acesso a internet;
- Navegador Web Mozilla Firefox ou Google Chrome (versão atualizada);
- Profissional capacitado pelo Laboratório de Rede e senha de acesso;
- **Acessar o endereço: <https://gal.lacen.es.gov.br/gal>**
- Caso não saiba o endereço procure no Google: GAL ES





# CADASTRO UNÍVOCO

A numeração adotada pelo sistema é:

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_  
ano, regional, unidade e o número seqüencial

**LACEN: 220301000000**

## Nº regionais:

- Central/ Norte - São Mateus: 01
  - Central/ Norte - Colatina: 02
  - Metropolitana: 03
  - Sul - Cachoeiro: 04
- 
- Nº LACEN: 01



# IMPRESSÃO DE ETIQUETAS

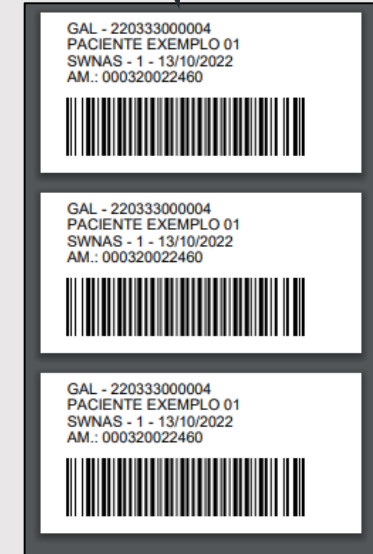
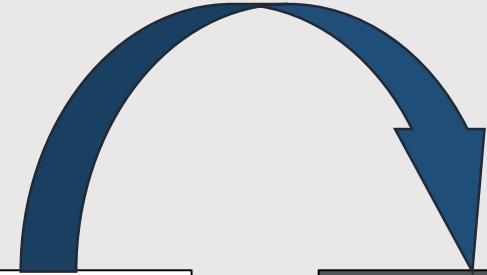
## REQUISIÇÃO GAL

18/11/2022 15:53 GAL-Imprimir Requisição

**Prefeitura Municipal de Saúde de Vitória**  
 Secretaria Municipal de Saúde de Vitória  
 Rua Almirante Barros, 59 - 3º andar de Frente Alameda Princesa do Sul, VILA RÉS CEP: 29052-170  
 CNPJ: 27.142.206/0001-06  
 Responsável Técnico: Regina Paula Brinda Tardioli - Conselho: RES: 509  
 Site: www.vitoria.es.gov.br - E-mail: gabinete@vitoria.es.gov.br  
 Telefone: (27)3317-2766 - Fax: (27)3324-9944

**Paciente**

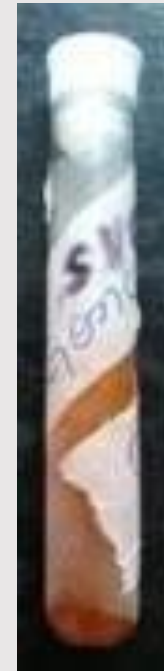
Cartão SUS	CPF	Sexo	Idade
PACIENTE EXEMPLO 01	387901300	F	36 ANOS
Nome	Data de Nascimento	Raça	Estado
PACIENTE EXEMPLO 01	38/09/1986	BRANCA	ES
Nacionalidade	Religião	Logradouro	N.
BRASIL			
Documentos do Paciente		Nome da Mãe	Referência
		MAR EXEMPLO 01	
Complemento		Bairro	Telefone
			(27)3325-7642
Município	Cod. IBGE	UF	CEP
VITÓRIA	320930	ES	29.060-370
Unidade de Saúde		Cod. CMES	Município
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ALAGUANO ARIOVALDO FRAILESSA		0012004	VITÓRIA
Cartão Profissional de Saúde		Profissional de Saúde	N. Registro/Classe Profissional
		DR EXEMPLO	CRM XXX
<b>Dados da Solicitação</b>		Finalidade	Descrição
Data de Solicitação		Investigação	COVID-19
13/10/2022			
<b>Informações Clínicas</b>			
Agravos		Data dos primeiros sintomas	Estado Gestacional
COVID-19		10/10/2022	1º Trimestre
Motivo		Diagnóstico	
<b>Dados do Agravado</b>			
Nome	Nome VÍTIMA	Data da Última Dose	Vacina
		11/10/2022	P2/18S
<b>Notificação SINAN</b>			
Agravado/Doença	CID 10	N.º Notificação	Data de Notificação
COVID-19	B74.2	12345	12/10/2022
Unidade de Saúde Notificante		CMES	
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ALAGUANO ARIOVALDO FRAILESSA		0012004	
Município	Cod. IBGE	UF	
VITÓRIA	320930	ES	ESPIRITO SANTO
<b>Análise/LABOR</b>			
COVID-19, Biologia Molecular - Swab nasal - 1ª amostra			
Exame	Metodologia	Material	Localização
COVID-19, Biologia Molecular	AT-PCR em tempo real	Swab nasal	1
			Em Pálio de Transporte Viral
			13/10/2022
			08:00
<b>Observações</b>			
Estado geral do paciente xxxxx paciente informado			







# CERTO OU ERRADO???





# DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O ENVIO AO LACEN

## REQUISIÇÃO GAL

Form of a requisition (Requisição GAL) from the Government of Espírito Santo. It includes fields for patient name, address, date of birth, and laboratory information. The form is titled 'Requisição GAL' and is part of the 'Sistema de Informação de Agravos de Notificação'.



## E-SUS

Form of a notification (E-SUS) for Dengue. It includes fields for patient name, address, date of birth, and clinical data. The form is titled 'E-SUS' and is part of the 'Sistema de Informação de Agravos de Notificação'.



## FORMULÁRIO LACEN

Form of a LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública) form. It includes fields for patient name, address, date of birth, and clinical data. The form is titled 'FORMULÁRIO LACEN' and is part of the 'Sistema de Informação de Agravos de Notificação'.



## RELATÓRIO DO GAL (2 VIAS)

Table of a GAL (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) report. It shows a list of patients with columns for name, address, date of birth, and clinical data. The table is titled 'RELATÓRIO DO GAL (2 VIAS)' and is part of the 'Sistema de Informação de Agravos de Notificação'.



# CADASTRO DE REQUISIÇÕES





# REGRAS DE CADASTRAMENTO

- Não acentue e nem use ç.
- Dados obrigatórios são sinalizados em vermelho, mas é importante informar o máximo de dados.

## **POR QUÊ?**


- Dados do GAL (telefone e endereço) facilitam busca ativa.
- Sistemas são mais facilmente consultados do que papéis.



# PÁGINA DE ACESSO AO GAL

<http://gal.lacen.es.gov.br/gal>

Área Restrita



Gerenciador de Ambiente Laboratorial

Servidor: gal.lacen.es.gov.br  
Versão: 2.15.1  
Reg. INPI: 09.382-1  
Cliente: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/105.0.0.0 Safari/537.36

"Este Programa encontra-se protegido contra a utilização não autorizada, conforme preceitua a Lei nº 9.609, de 19 de fevereiro de 1998, regulamentada"

SUS + | MINISTÉRIO DA SAÚDE

### Laboratório

Usuário:

Senha:

Módulo:

Laboratório:

### Administrador

Usuário:

Senha:

Módulo: Biologia Médica  
Laboratório:

- LACEN
- Semus XXX
- Regional XXX
- Hospital XXX



# INCLUIR NOVA REQUISIÇÃO

**LABORATÓRIO GAL**  
Gerenciador de Ambiente Laboratorial

**Laboratório**

- Alterar Senha
- Biologia Médica
  - Entrada
    - Requisição**
    - Triagem
  - Impressão
  - Consultas
  - Relatórios
  - Configuração
  - Formulários e Manuais
  - Notícias
  - Sobre

**Biologia Médica :: Requisição**

✳ Sel. Todos **+** Incluir ✎ Alterar ✖ Excluir 🖨 Imprimir 🖨 Imprimir Etiquetas **Cód. barras:** Requisição **CNS:** CNS

Requisição	Paciente	CNS	CPF	Dt. Cadastro	Mun. Re
150333002358				01/12/2015	VIT
150333001662					
210333057012					
170333001699					
200333002544					
200333002546					
200333002649					
200333002673					
200333002738					
200333002548					
200333002886					
200333016032					
160333000854					
200333018018					
200333026164					
170333002714					
200333001202					
200333001770					
200333002191					
200333019347					

**Incluir Requisição**

**Requisição**

**Requisitante**

Unidade de Saúde:  Cód. CNES:  Município:  Cod. IBGE:  UF:

CNS Prof. de Saúde:  Nome do Profissional de Saúde:  Reg. Conselho/Matrícula:

**Dados da solicitação**

Data da solicitação:  Finalidade:  Descrição:

**Paciente**

**Identificação**

Tipo Paciente:  CPF do Paciente:

CNS do Paciente:  Paciente:



# INCLUIR NOVA REQUISIÇÃO

**Dados da solicitação**

Data da solicitação:

Finalidade:

Descrição:

**Paciente**

**Identificação**

Tipo Paciente:

CPF do Paciente:

Paciente:

Idade:  Sexo:  Nacionalidade:

Raça/Cor:  Etnia:  Nome da Mãe:

Documento 1 do Paciente:  Documento 2 do Paciente:



- CPF é obrigatório para brasileiro!!!
- Estrangeiro não tem CPF, preencher a identificação do paciente manual e cadastrar o número do passaporte.
- Indígena – preencher etnia
- Vulnerável



# FINALIDADE

- Campanha: evento investigatório com período definido para doença/agravo específico. Ex: Fique sabendo.
- Inquérito: investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico. Ex: Covid – Coleta Agendada / Inquérito sorológico.
- **Investigação: aplicável a doenças/agravs de notificação compulsória. Ex: Dengue, Zika, Febre Amarela.**  
**Se tiver mais de uma doença/agravo, colocar a **suspeita principal**.**
- Programa: eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais. Ex: Unidade Sentinela de Influenza.





# FINALIDADE

- **Protocolo:** definição de perfil ligado à doença/agravo principal. Ex: monitoramento de tratamento Tuberculose/ hanseníase/ Hepatite crônica/ Lâmina de verificação de cura de malária. Monitoramento de vacina RAIVA HUMANA.
- **Projeto:** investigação de agravo/doença ligado a pesquisa.
- **Ignorado:** EVITAR O USO. Alguns agravos que não são de notificação compulsória, por exemplo Herpes.





# ENDEREÇO E TELEFONE: BUSCA ATIVA

- CUIDADO COM O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA QUANDO O CADASTRO É FEITO POR MEIO DO CPF → CNS PODE ESTAR DESATUALIZADO!!

**Endereço**

Logradouro:	Número:	Complemento:	Ponto de referência:	Bairro:	
<input type="text" value="RUA X"/>	<input type="text" value="51"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="IGREJA"/>	<input type="text" value="VILA FELIZ"/>	
Município:	Cód. IBGE:	UF:	CEP:	Telefone:	Zona:
<input style="border: 2px solid blue;" type="text" value="VITORIA"/>	<input type="text" value="320530"/>	<input type="text" value="ES"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="URBANA"/>
País:					
<input type="text" value="BRASIL"/>					



# DETALHES DO AGRAVO

Principal suspeita clínica -  
AGRAVO/DOENÇA

Incluir Requisição

Informações Clínicas

Dados clínicos gerais

Agravo/Doença:  Data 1ºs sintomas:

Idade gestacional:  Motivo:  Diagnóstico:

Detalhes do agravo

Caso:  Tratamento:  Etapa:

Vacina?:  Data da última dose:

Óbito  
Caso Grave  
Surto  
Diagnóstico  
Ignorado

Salvar Cancelar

Sempre incluir na contagem o dia do início dos sintomas!

Importante:  
A data dos primeiros sintomas deve ser **igual** ao E-SUS!

Caso: Importante para diferenciar a gravidade dos casos e aplicar protocolo de priorização.  
Tratamento: uso de medicamentos podem afetar o diagnóstico laboratorial.



# AMOSTRAS E PESQUISAS

## 1º amostra

Soro / Swab  
nasal / Líquor /  
Escarro

Doenças  
transmitidas por  
carrapatos  
(Biologia Molecular – PCR)

Febre Maculosa –  
Sorologia

**Amostras**

Nova amostra:

Data da Colet:  Hora da Colet:  Medicamento:

Data de Inicio

Material	Localização	Amostra	Material Clínico	Data c
----------	-------------	---------	------------------	--------

**Pesquisas/Exames**

Nova pesquisa:

Exame	Metodologia	Amostra	Status
VANTHUYR ANASTACIO	209124860950009	77269357749	30/12/2021
SANDRA FELIX PEREIRA	703306206331810	12355977763	30/12/2021



# Nº DE AMOSTRA

## AMOSTRA

- 1 = 1ª amostra coletada para um exame
- 2 = 2ª amostra. Coletada em casos de solicitação do protocolo para confirmação diagnóstica, avaliar soroconversão. Normalmente em até 30 dias da primeira coleta.

Ex: para diagnóstico de tuberculose renal poderão ser coletadas até 5 amostras de urina (amostras 1, 2, 3, 4,5)



# MATERIAL CLÍNICO

Material clínico em que a amostra foi enviada. Ex:

- IN= amostra “in natura” (ex: soro, líquido)
- LM = lâmina (ex: lâminas enviadas para o controle de qualidade da hanseníase, em que o material biológico é raspado intradérmico e o clínico lâmina)
- MTV = meio de transporte viral (ex: Influenza - swab de nasofaringe e orofaringe é colocado em MTV).

**Cuidado!!! Se não informar, automaticamente será inserido “in natura”.**



# PESQUISA

- Um exame ou um conjunto de exames determinados para o diagnóstico de uma doença.
- Seleção dela faz a inclusão de todas os exames.
- **Leia antes e após selecionar ->**  
se necessário faça a expansão da caixa contendo o nome da pesquisa.

Nova pesquisa: Pesquisa Amostra  Incluir  Excluir  Incluir exame  Excluir exame

Exame	Metodologia	Amostra	Status
<b>Doenças Transmitidas por Carrapatos: Soro - 1ª amostra--IN - Amostra "in natura"</b>			
Anaplasmosse, Biologia Molecular	PCR – Reação em Cadeia de Polim...	Soro - 1ª amostra	Não salva
Babesiose, Biologia Molecular	PCR – Reação em Cadeia de Polim...	Soro - 1ª amostra	Não salva
Borreliose, Biologia Molecular	PCR – Reação em Cadeia de Polim...	Soro - 1ª amostra	Não salva
Coxiella (Febre Q) - Biologia Molecular	PCR – Reação em Cadeia de Polim...	Soro - 1ª amostra	Não salva
Ehrlichiose Humana, Biologia Molec...	PCR – Reação em Cadeia de Polim...	Soro - 1ª amostra	Não salva
Encefalite de Tick Borne	RT-PCR em tempo real	Soro - 1ª amostra	Não salva
Febre Maculosa, Biologia Molecular	PCR – Reação em Cadeia de Polim...	Soro - 1ª amostra	Não salva

<b>Febre Maculosa - Sorologia: Soro - 1ª amostra--IN - Amostra "in natura"</b>			
Febre Maculosa, IgM	Imunofluorescência Indireta	Soro - 1ª amostra	Não salva
Febre Maculosa, IgG	Imunofluorescência Indireta	Soro - 1ª amostra	Não salva



# ENCAMINHAR NA REDE

Encaminhar na rede – **1º amostra**



**Laboratório** <<

- Alterar Senha
- Biologia Médica
  - Entrada
    - Requisição
    - Triagem**
    - Triagem Externa (GAL GAL)
    - Identificação da Amostra
  - Grade de Amostras
- Processo
- Impressão
- Correlativos
- Consultas
- Relatórios
- Interfaces
- Configuração
- Sequenciamento

**Biologia Médica Humana :: Triagem**

**Cód. Barras:** **Requisição**  Mapa de Trabalho  Impressão de Etiqueta **Ação:** Localizar

Requisição	Cód.Amostra	Paciente	CNS	Req. Exte...	Lab. Externo	Setor	Exame	Metodologia	Material	Am...	Restrição	Dt. Co...
22033300...	320022465	PACIENTE EXEMPLO 01				Microbiologi...	Lyme, IgM	Enzimaimunoe...	Soro	1ª a...	Não	17/10/...
22033300...	320022465	PACIENTE EXEMPLO 01				Microbiologi...	Lyme, IgG	Enzimaimunoe...	Soro	1ª a...	Não	17/10/...
22033300...	320022465	PACIENTE EXEMPLO 01				Microbiologi...	Borreliose, Biol...	PCR – Reação ...	Soro	1ª a...	Não	17/10/...
22033300...	320022465	PACIENTE EXEMPLO 01					Ehrlichiose Hu...	PCR – Reação ...	Soro	1ª a...	Não	17/10/...
22033300...	320022465	PACIENTE EXEMPLO 01				Microbiologi...	Febre Maculos...	PCR – Reação ...	Soro	1ª a...	Não	17/10/...
22033300...	320022465	PACIENTE EXEMPLO 01					Anaplasnose, ...	PCR – Reação ...	Soro	1ª a...	Não	17/10/...
22033300...	320022465	PACIENTE EXEMPLO 01					Babesiose, Biol...	PCR – Reação ...	Soro	1ª a...	Não	17/10/...
22033300...	320022465	PACIENTE EXEMPLO 01					Encefalite de Ti...	RT-PCR em te...	Soro	1ª a...	Não	17/10/...
22033300...	320022465	PACIENTE EXEMPLO 01				Microbiologi...	Lyme, IgG	Western Blot	Soro	1ª a...	Não	17/10/...
22033300...	320022465	PACIENTE EXEMPLO 01				Microbiologi...	Lyme, IgM	Western Blot	Soro	1ª a...	Não	17/10/...





# EXEMPLO DE REQUISIÇÃO GAL



## Prefeitura Municipal de Saúde de Vitória Secretaria Municipal de Saúde de Vitória Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

Rua Almirante Barroso, SN - 3ª andar do Pronto Atendimento Praia do Suá, Bairro Praia do Suá, Vitória/ES CEP: 29052-170  
CNPJ: 27.142.058/0001-25  
Responsável Técnico: Regina Maria Binda Terrão - Conselho: /ES: 509  
Site: www.vitoria.es.gov.br - E-mail: dlcentral@vitoria.es.gov.br  
Telefone: (27)3137-2766 - Fax: (27)3324-5944



Paciente			
Cartão SUS		CPF	
Nome		Data de Nascimento	Idade
<b>PACIENTE EXEMPLO 02</b>		18/10/1990	32 ANO(S)
Nacionalidade		Raça	Etnia
BRASIL			
Documentos do Paciente		Nome da Mãe	Logradouro
			RUA XXX
Complemento		Referência	Bairro
XX		XX	XX
Município	Cod. IBGE	UF	Telefone
VITORIA	320530	ES	
		CEP	Zona

Requisitante			
Unidade de Saúde		Cód. CNES	Município
LACEN		0012424	VITORIA
Cartão Profissional de Saúde		Profissional de Saúde	Cod. Município
		DR EXEMPLO	320530
			N. Registro/Classe Profissional
			CRM EXEMPLO

Dados da Solicitação	
Data da Solicitação	
24/10/2022	
Finalidade	Descrição
Investigação	Febre Maculosa

Informações Clínicas		
Agravo	Data dos primeiros sintomas	Idade Gestacional
FEBRE MACULOSA / RICKETTSIOSES	23/10/2022	
Motivo	Diagnóstico	
Dados do Agravo		
Caso	Tomou vacina	
Suspeito	Não	



# EXEMPLO DE REQUISIÇÃO GAL

<b>Notificação SINAN</b> Agravado/Doença FEBRE MACULOSA / RICKETTSIOSES Unidade de Saúde Notificante LACEN Município VITORIA	CID 10 A77	N.º Notificação 123456	Data da Notificação 24/10/2022 CNES 0012424 UF ESPIRITO SANTO
Cód. IBGE 320530			

Doenças Transmitidas por Carrapatos - Soro - 1ª amostra -							Medicamento			
Exame	Metodologia	Material	Localizacao	Amostra	Material Clínico	Data da Coleta	Hora da Coleta	Usou?	Nome	Data de Início do Uso
Encefalite de Tick Borne	RT-PCR em tempo real	Soro		1	Amostra "in natura"	24/10/2022	09:00			
Borreliose, Biologia Molecular	PCR - Reação em Cadeia de Polimerase	Soro		1	Amostra "in natura"	24/10/2022	09:00			
Anaplasmoze, Biologia Molecular	PCR - Reação em Cadeia de Polimerase	Soro		1	Amostra "in natura"	24/10/2022	09:00			
Ehrlichiose Humana, Biologia Molecular	PCR - Reação em Cadeia de Polimerase	Soro		1	Amostra "in natura"	24/10/2022	09:00			
Febre Maculosa, Biologia Molecular	PCR - Reação em Cadeia de Polimerase	Soro		1	Amostra "in natura"	24/10/2022	09:00			
Babesiose, Biologia Molecular	PCR - Reação em Cadeia de Polimerase	Soro		1	Amostra "in natura"	24/10/2022	09:00			
Febre Maculosa - Soro - 1ª amostra -							Medicamento			
Exame	Metodologia	Material	Localizacao	Amostra	Material Clínico	Data da Coleta	Hora da Coleta	Usou?	Nome	Data de Início do Uso
Febre Maculosa, IgG	Imunofluorescência Indireta	Soro		1	Amostra "in natura"	24/10/2022	09:00			
Febre Maculosa, IgM	Imunofluorescência Indireta	Soro		1	Amostra "in natura"	24/10/2022	09:00			
Febre Maculosa - Soro - 2ª amostra -							Medicamento			
Exame	Metodologia	Material	Localizacao	Amostra	Material Clínico	Data da Coleta	Hora da Coleta	Usou?	Nome	Data de Início do Uso
Febre Maculosa, IgG	Imunofluorescência Indireta	Soro		2	Amostra "in natura"	08/11/2022	07:00			
Febre Maculosa, IgM	Imunofluorescência Indireta	Soro		2	Amostra "in natura"	08/11/2022	07:00			

<b>Observações</b> Estado geral do individuo - sintomas.
---



# CONSULTA

**Laboratório** | **Biologia Médica :: Consultar Paciente**

- Alterar Senha
- Biologia Médica
  - Entrada
  - Requisição
  - Triagem
- Impressão
- Consultas
  - Consultar Paciente**
  - Consultar Exame
- Relatórios
- Configuração
- Formulários e Manuais
- Notícias
- Sobre

**Filtros Iniciais**

Requisição: [Requisição] [OK]

CPF: [ ]

CNS: [ ]

Paciente: [ ]

Município Residência: [ ]

Filtrar

**Laboratório** | **Biologia Médica :: Consultar Exame**

- Alterar Senha
- Biologia Médica
  - Entrada
  - Requisição
  - Triagem
- Impressão
- Consultas
  - Consultar Paciente
  - Consultar Exame**
- Relatórios
- Configuração
- Formulários e Manuais
- Notícias
- Sobre

**Filtros Iniciais**

Requisição: [Requisição] [OK] | Amostra: [Amostra] [OK]

CPF: [ ] | CNS: [ ]

Paciente: [ ]

Município Residência: [ ] | Município Requisitante: [ ]

Exame: [ ] | Status: [ ]

Data Início: [ ] | Data Fim: [ ]

Não exibir exames cancelados


\* Período referente ao Cadastro do Exame.

Filtrar

Consulta exames: após selecionar o exame, pode-se consultar o status para ver os procedimentos realizados no GAL . Somente é possível visualizar registros efetuados em 06 meses, tempo superior deverá ser pesquisado em Nova consulta.



# CONSULTA


Laboratório Cen

**Laboratório**

- Alterar Senha
- Biologia Médica
  - Entrada
  - Processo
  - Impressão
  - Correlativos
  - Consultas
    - Consultar Histórico
    - Consultar Paciente**
    - Consultar Exame
    - Análise Exame/Metodologia
    - Análise Kit/Exame/Metodologia
  - Relatórios
  - Interfaces
  - Configuração

**Biologia Médica :: Consultar Paciente**

Ver Detalhe Nova Consulta Visualizar Resultados Cód. barras: Requisição [input type="text"/>] [input type="text"/>] CNS

Requisição	Paciente	CNS	CPF	Idade	Tipo Idade	Sexo	Dt. Cadastro	Mun. Residência	Requisitante
220333000010	KEYLA FONSECA DA CUNHA	15930002	11062973771	36	Ano(s)	Feminino	21/11/2022	VITORIA	LACEN

**Detalhe do paciente** 15930002 11062973771 36 Ano(s) Feminino 21/11/2022 VITORIA LACEN

Requisição Paciente Informações Clínicas Notificação SINAN Exames solicitados Observações

Consultar Status Consultar Restrição Consultar Amostra Consultar Condição

Consultar Status Externo Visualizar Resultado

Código	Exame	Metodologia	Num. Interno	Num. Amostra	Amostra	Restrição	Status	Lab. Responsável
<b>Doenças Transmitidas por Carrapatos / Soro - 1ª amostra</b>								
890695	Anaplasnose, Biolo...	PCR – Reação em ...		320022472	Soro - 1ª a...	Não	Exame em Análise	Laboratório Central do ...
890696	Babesiose, Biologia...	PCR – Reação em ...		320022472	Soro - 1ª a...	Não	Exame em Análise	Laboratório Central do ...
890697	Borreliose, Biologia ...	PCR – Reação em ...		320022472	Soro - 1ª a...	Não	Exame em Análise	Laboratório Central do ...
890698	Ehrlichiose Humana...	PCR – Reação em ...		320022472	Soro - 1ª a...	Não	Exame em Análise	Laboratório Central do ...
890699	Encefalite de Tick B...	RT-PCR em tempo ...		320022472	Soro - 1ª a...	Não	Exame em Análise	Laboratório Central do ...
890700	Febre Maculosa, Bi...	PCR – Reação em ...		320022472	Soro - 1ª a...	Não	Exame em Análise	Laboratório Central do ...
<b>Febre Maculosa / Soro - 1ª amostra</b>								
890701	Febre Maculosa, IgM	Imunofluorescência ...		320022472	Soro - 1ª a...	Não	Encaminhar para Laboratório de Ref...	Laboratório Central do ...
890702	Febre Maculosa, IgG	Imunofluorescência ...		320022472	Soro - 1ª a...	Não	Encaminhar para Laboratório de Ref...	Laboratório Central do ...

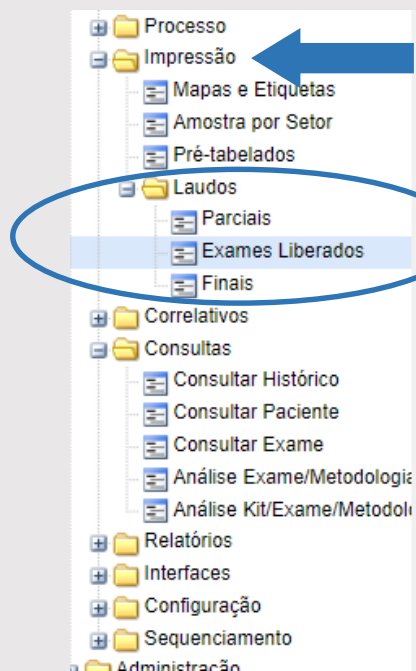
https://gal.lacen.es.gov.br/galhomolog/bmh/consulta-paciente-laboratorio/cons... gal.lacen.es.gov.br/galhomolog/bmh/consulta-paciente-laboratorio/consultar-statu...

### Consultar Status: "Anaplasnose, Biologia Molecular/PCR – Reação em Cadeia de Polimerase"

Data	Status	Laboratório	Usuário	Importação CSV	Impressão Parcial		Imp F
					situação	Data	
21/11/2022 às 14:35 hs	Disponível para Encaminhar	SEMUS VITORIA	KEYLA QUINDERE		Não		Não
21/11/2022 às 14:37 hs	Encaminhado ao Laboratório de Rede	SEMUS VITORIA	KEYLA QUINDERE		Não		Não
21/11/2022 às 14:37 hs	Aguardando Triagem	LACEN	KEYLA QUINDERE		Não		Não
21/11/2022 às 15:34 hs	Exame em Análise	LACEN	KEYLA QUINDERE		Não		Não



# IMPRESSÃO DO RESULTADO



Filtros Iniciais

Requisição	CPF do Paciente:	CNS do Paciente:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Paciente: <input type="text"/>		
Data Início:	Data Fim:	Município Requisitante:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exame: <input type="text"/>		
Laboratório Cadastro: <input type="text"/>		

\* Data Início e Fim referentes a liberação de exames. Período máximo de 31 dias.

Filtrar Limpar



# IMPRESSÃO DO RESULTADO



**Governo do Estado do Espírito Santo**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Laboratório Central do Espírito Santo**  
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2025  
CNPJ: 27.080.605/0001-96  
Responsável Técnico: Jaqueline Pegoretti Goulart - Conselho: CRF-ES 5247  
Site: <http://www.saude.es.gov.br> - E-mail: [lacen@saude.es.gov.br](mailto:lacen@saude.es.gov.br)  
Telefone: (27)3636-8409



<b>Requisição</b> 220333000008	<b>Origem</b> Secretaria Municipal de Saúde de Vitória	<b>Data de Cadastro</b> 07/11/2022	
<b>Paciente</b> PACIENTE EXEMPLO 02	<b>Cartão Nacional de Saúde</b>	<b>Idade</b> 32 ANO(S)	<b>Sexo</b> MASCULINO
<b>Requisitante</b> LACEN	<b>Município</b> VITORIA	<b>Profissional de Saúde</b> DR. EXEMPLO / CRM EXEMPLO	

## Febre Maculosa, Biologia Molecular

**Método:** PCR - Reação em Cadeia de Polimerase

**Data da Coleta:** 24/10/2022 09:00

**Material:** Soro

**Data do Recebimento:** 07/11/2022

**Registro Interno:** abcd

**Início dos Sintomas:** 23/10/2022

**1ª amostra**

**Resultado:** Detectável

**Observações:** Exame realizado pela Fundação Ezequiel Dias.

Exame conferido e liberado por KEYLA QUINDERE (Farmaceutica CRF ES 5232), em 07/11/2022.  
Executado por: **Laboratório Central do Espírito Santo.**



# REFERÊNCIAS TÉCNICAS DO GAL

**1) Referência Estadual:** Keyla Fonseca Quinderé / Isabella Recla Segatto

E-mail: [lagen.galbm@saude.es.gov.br](mailto:lagen.galbm@saude.es.gov.br) - Tel: (27) 3636-8392

**2) Referências Regionais**

• **Região Central/ Norte – Colatina** - HELOISA JORDANNA COLLATO E SILVA

e-mail: [heloisacollato@saude.es.gov.br](mailto:heloisacollato@saude.es.gov.br)- Tel (27) 3717-2515

• **Região Central/ Norte – São Mateus** - RAMON DE SOUZA CARVALHO

e-mail: [ramoncarvalho@saude.es.gov.br](mailto:ramoncarvalho@saude.es.gov.br) - Tel: (27) 3767-6501

• **Região Metropolitana:** JOILDO GOMES ALVES DE VASCONCELOS

e-mail: [joildovasconcelos@saude.es.gov.br](mailto:joildovasconcelos@saude.es.gov.br) - Tel (27) 3636-2708

• **Região Sul:** CRISTIANE LOVATI DAL COL AZEREDO

e-mail: [srsci.galbm@saude.es.gov.br](mailto:srsci.galbm@saude.es.gov.br)- Tel: (28) 3526-4327