

GERT/COOVE/SVEA/SUBVAPS/SESRJ

REQUISIÇÃO TESTE IGRA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. INFORMAÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE** | | | | | | | | | |
| Unidade do Solicitante \* | | | | | | | CNES\* | | |
| Município \* | | | | | | | | | |
| **2. DADOS DO PACIENTE** | | | | | | | | | |
| Nome do Paciente \* | | | | | | | | CNS | |
| Documento (CPF/RG/CNH/INFOPEN) | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento | Idade \* | | | Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Ignorado | | | | | |
| Nome da Mãe | | | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | |
| Município de Residência | | | | | | UF | | | País |
| **3. DADOS CLÍNICOS (CAMPO OBRIGATÓRIO)** | | | | | | | | | |
| **População Alvo** | * criança ≥ 2 anos e ≤ 10 anos contato de TB ativa ; * PVHIV com contagem de linfócitos T-CD4 > 350 células/mm³ * candidatos à transplante de célula tronco * pessoas em uso de imunológicos * pessoas em uso de imunossupressores * pessoas em situação de pré-transplante de órgãos | | | | | | | | |
| Tratamento prévio de Tuberculose ☐ Sim ☐ Não | | | | | | | | | |
| **4. INFORMAÇÕES DA AMOSTRA** | | | | | | | | | |
| Data da Coleta \* | | | Hora da Coleta\* | | Amostra de Sangue Total coletada em \*  KIT IGRA (4 tubos/paciente)  Tubo de Herapina | | | | |
| Observações Adicionais | | | | | | | | | |
| **5. SOLICITAÇÃO (OBRIGATÓRIO)** | | | | | | | | | |
| Data da Solicitação | | Solicitante (Assinatura e Carimbo) | | | | | | | |

\* Campos de Preenchimento Obrigatório Fevereiro 2023

NOTA INFORMATIVA Nº 2/2022-CGLAB/DAEVS/SVS/MS

NOTA INFORMATIVA Nº 2/2022-CGDR/.DCCI/SVS/MS

NOTA INFORMATIVA Nº 1/2023-CGDR/.DCCI/SVS/MS