

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