



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

Formulário para coleta SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM DOENÇA DE CHAGAS

Registro IAM: _____

Data da Coleta: ___/___/___

1. Nome: _____

Procedência: _____

Prontuário nº: _____ Médico(a) solicitante/CRM: _____

Endereço: _____ Município: _____ Estado: _____

Bairro: _____ Telefone: (____) - _____

2. Município de nascimento: _____ Estado: _____

3. Data de Nascimento: ___/___/___

4. Gênero: (1) Feminino (2) Masculino

5. Motivo da solicitação do exame:

- | | |
|-----------------------------|---|
| (1) Paciente de Triagem | (5) Resultados discordantes em exames anteriores |
| (2) Avaliação do Tratamento | (6) Possibilidade de transmissão congênita (mãe) |
| (3) Reavaliação Sorológica | (7) Possibilidade de infecção congênita (criança) |
| (4) Infecção aguda | (8) Outros: _____ |

6. Epidemiologia:

- | | | | |
|--|---------|---------|---------|
| Morou em casa de taipa? | (1) Sim | (2) Não | (3) IGN |
| Conhece o barbeiro? | (1) Sim | (2) Não | (3) IGN |
| A mãe é portadora da doença de Chagas? | (1) Sim | (2) Não | (3) IGN |
| Já recebeu transfusão sanguínea? | (1) Sim | (2) Não | (3) IGN |
| Quando descobriu a doença? | _____ | | |

7. Exames Solicitados:

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| (1) Exames Sorológicos | (2) Exames Parasitológicos |
| (3) Western Blotting | (4) PCR |
| (5) Outros: _____ | |

8. Tipo de coleta:

- | |
|-------------------|
| (1) Tubo seco |
| (2) Tubo com EDTA |
| (3) Lâmina |

9. Resultados Sorológicos Anteriores (Caso não seja paciente de triagem):

Laboratórios: _____ / _____

IFI:	(1)/(1) positivo	(2)/(2) negativo	(3)/(3) não realizado	OBS: _____
HAI:	(1)/(1) positivo	(2)/(2) negativo	(3)/(3) não realizado	OBS: _____
ELISA:	(1)/(1) positivo	(2)/(2) negativo	(3)/(3) não realizado	OBS: _____

10. Tratamento etiológico (Benzonidazol): (1) Sim (2) Não

*Recebido em: _____ *Hora: _____ *Responsável: _____

*= preenchimento no IAM; IGN = Ignorado