**Diagnóstico laboratorial de casos de sarampo**

**Formulário a enviar ao INSA com os produtos biológicos**

|  |  |
| --- | --- |
| Por favor preencha este formulário e envie junto com os produtos biológicos para: | |
| **Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA)** | |
| Laboratório Nacional de Referência de Doenças Evitáveis pela Vacinação  Departamento de Doenças Infecciosas  Aveenida Padre Cruz  1649- 016 Lisboa  Tel. 217 508 173; Fax: 217 526 400 | Central de Análises  Rua Alexandre Herculano, 321  4000-055 Porto  Tel.223 401 108 |

**Identificação do doente**

Nome­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo:  F  M Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Concelho \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnóstico clínico**

Data do diagnóstico clínico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Nome do Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contactos do médico: tel./telem.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Internamento: Sim  Não  Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidade de Saúde e serviço /outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sintomas**

Febre ≥ 38ºC  Exantema  Data de início do exantema: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Rinite  Tosse  Manchas de Koplik 

Conjuntivite 

**Doenças subjacentes** Sim Não

Imunodeficiência congénita ou adquirida  

Tratamento imunossupressor  

**Estado vacinal**

Registo de vacinação: Sim  Não 

1ª Dose: VAS  VASPR  Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2ª Dose: VAS  VASPR  Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Origem provável da infeção** (7-18 dias antes do início de sintomas)

Viagem  (país \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Contacto com um caso de sarampo  (local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Outra  (especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Produtos enviados ao INSA Exames laboratoriais a realizar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Soro ou sangue em tubo sem anticoagulante | Data colheita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | Serologia para pesquisa de anticorpos tipo IgM |
|  Urina | Data colheita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | PCR para deteção de ácido nucleico e isolamento viral |
|  Exsudado da orofaringe | Data colheita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
|  Fluídos orais | Data colheita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |

**Médico requisitante (nome legível):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_