



Dados Clínicos necessários para realização de Reação em Cadeia pela Polimerase (PCR) específica para a família Herpesvíridae em amostra de líquido cefalorraquidiano (CMV / HSV1 / HSV2 / VZV / EBV)

Favor enviar em anexo a requisição médica

Observação 1 : o material deverá ser colocado em tubo seco estéril e mantido a $\pm 4^{\circ}\text{C}$, desde a coleta até a entrega no laboratório, o que deve ocorrer o mais rapidamente possível, com intervalo não superior a 36 horas

Observação 2: não serão processadas amostras clínicas dos pacientes que vierem sem todos os dados desta requisição preenchidos. Informação adicionadas úteis poderão ser encaminhadas em carta anexada.

Nome do Paciente _____

Data de Nascimento ___/___/___ Idade: _____ Reg. Hospitalar do paciente _____

Unidade hospitalar Solicitante: _____

Enfermaria _____ Leito: _____

Início dos Sintomas ___/___/___ Data da Coleta do Material encaminhado ___/___/___

Data da Internação: ___/___/___

Assinalar sinais de inflamação meníngea: () cefaleia () rigidez de nuca () fotofobia

Assinalar sinais de encefalite: () distúrbio agudo de memória () desorientação

() alucinação () psicose () alteração de personalidade () agitação

() anormalidade neurológicas focais () convulsão

Outros dados clínicos úteis: _____

Presença de Febre () sim () não Se sim, de quantos graus centígrados? _____

Paciente é portador de alguma imunodeficiência? () sim () não Se sim, identificá-la à seguir: _____

Paciente recebeu algum antiviral? () sim () não Se sim, qual? _____

Há quanto tempo recebe antiviral? _____ Quando foi a última dose? _____

Resultado LCR realizado em ___/___/___ Concentração de proteínas: _____

Leucócitos : _____/mm³ Células Vermelhas: _____/mm³



**NÚCLEO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
CENTRO DE VIROLOGIA DO INSTITUTO ADOLFO LUTZ**

Av. Dr. Arnaldo, nº 355, São Paulo – SP Telefones: (11) 3068-2906



Av. Dr. Arnaldo, nº 355, São Paulo – SP

Telefones: (11) 3068-2906 (11) 3088-3753

Foi(ram) realizada(s) tomografia computadorizada? Descrever resultado(s) _____

Foi(ram) realizada(s) ressonância magnética? Descrever resultado(s) _____

Qual a suspeita principal de fator etiológico? _____

Quais os outros fatores etiológicos suspeitados? _____

Foi encaminhado material para pesquisa de outros fatores etiológicos infecciosos? Anote materiais e quais fatores etiológicos _____

Em que se baseiam essas suspeitas de fatores etiológicos? _____

Médico Responsável pelo Paciente: _____

Médico Responsável pela Solicitação: _____

(Carimbo e assinatura)

Telefones de contato dos médicos : () _____ () _____ () _____