



Secretaria de Estado da Saúde
Coordenação dos Institutos de Pesquisa
Instituto de Infectologia "Emílio Ribas"
 Avenida Dr. Arnaldo, 165 – Cerqueira Cesar – São Paulo - SP
 Cep. 01246-900 PABX 3896-1200

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
**FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES
 DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)**

NOME DA UNIDADE DE REQUISITANTE _____ COD. ORDEM _____
 COD. UNIDADE _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

MATRÍCULA _____ EST. _____ R. G. _____ DC _____ SEQ. _____ DATA NASC. _____ SEXO _____
 12. () MASC. 25. () FEM.
 NOME _____
 MUNICÍPIO _____ CÓD. MUNIC. _____

SUSPEITA CLÍNICA

DATA PRIMEIROS SINTOMAS _____
 USO DE ATB.: _____
 OUTRO MEDICAMENTO: _____
 CASO COMUNICANTE DE DOENÇA NOT. COMPULSÓRIA

SADT SOLICITADO

CÓDIGO _____
 DIAGNÓSTICO CONTROLE N° SESSÕES _____
 MATERIAL ENVIADO _____

DATA DE REQUISIÇÃO: _____ 1ª AMOSTRA 2ª AMOSTRA
 NOME DA UNIDADE QUE REALIZARÁ O SADT _____
 ENCAMINHADO PARA: _____ CÓD. UNIDADE _____
 ENDEREÇO _____ TELEFONE _____
 ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL _____ CR _____
 AMX 1508 1ª VIA-CLIENTE/SADT 2ª VIA-UNIDADE



Secretaria de Estado da Saúde
Coordenação dos Institutos de Pesquisa
Instituto de Infectologia "Emílio Ribas"
 Avenida Dr. Arnaldo, 165 – Cerqueira Cesar – São Paulo - SP
 Cep. 01246-900 PABX 3896-1200

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
**FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES
 DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)**

NOME DA UNIDADE DE REQUISITANTE _____ COD. ORDEM _____
 COD. UNIDADE _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

MATRÍCULA _____ EST. _____ R. G. _____ DC _____ SEQ. _____ DATA NASC. _____ SEXO _____
 12. () MASC. 25. () FEM.
 NOME _____
 MUNICÍPIO _____ CÓD. MUNIC. _____

SUSPEITA CLÍNICA

DATA PRIMEIROS SINTOMAS _____
 USO DE ATB.: _____
 OUTRO MEDICAMENTO: _____
 CASO COMUNICANTE DE DOENÇA NOT. COMPULSÓRIA

SADT SOLICITADO

CÓDIGO _____
 DIAGNÓSTICO CONTROLE N° SESSÕES _____
 MATERIAL ENVIADO _____

DATA DE REQUISIÇÃO: _____ 1ª AMOSTRA 2ª AMOSTRA
 NOME DA UNIDADE QUE REALIZARÁ O SADT _____
 ENCAMINHADO PARA: _____ CÓD. UNIDADE _____
 ENDEREÇO _____ TELEFONE _____
 ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL _____ CR _____
 AMX 1508 1ª VIA-CLIENTE/SADT 2ª VIA-UNIDADE

ASSINATURA DO PACIENTE

DATA

1º									
2º									
3º									
4º									
5º									
6º									
7º									
8º									
9º									
10º									

AMX 1508

ASSINATURA DO PACIENTE

DATA

1º									
2º									
3º									
4º									
5º									
6º									
7º									
8º									
9º									
10º									

AMX 1508