



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

Manual de Coleta, Armazenamento e Transporte de Amostras Biológicas

Laboratório Central de Saúde Pública do
Estado de Mato Grosso



SES
Secretaria
de Estado
de Saúde



Governo de
Mato
Grosso



LACEN-MT
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA
DESDE 1975





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

SUMÁRIO

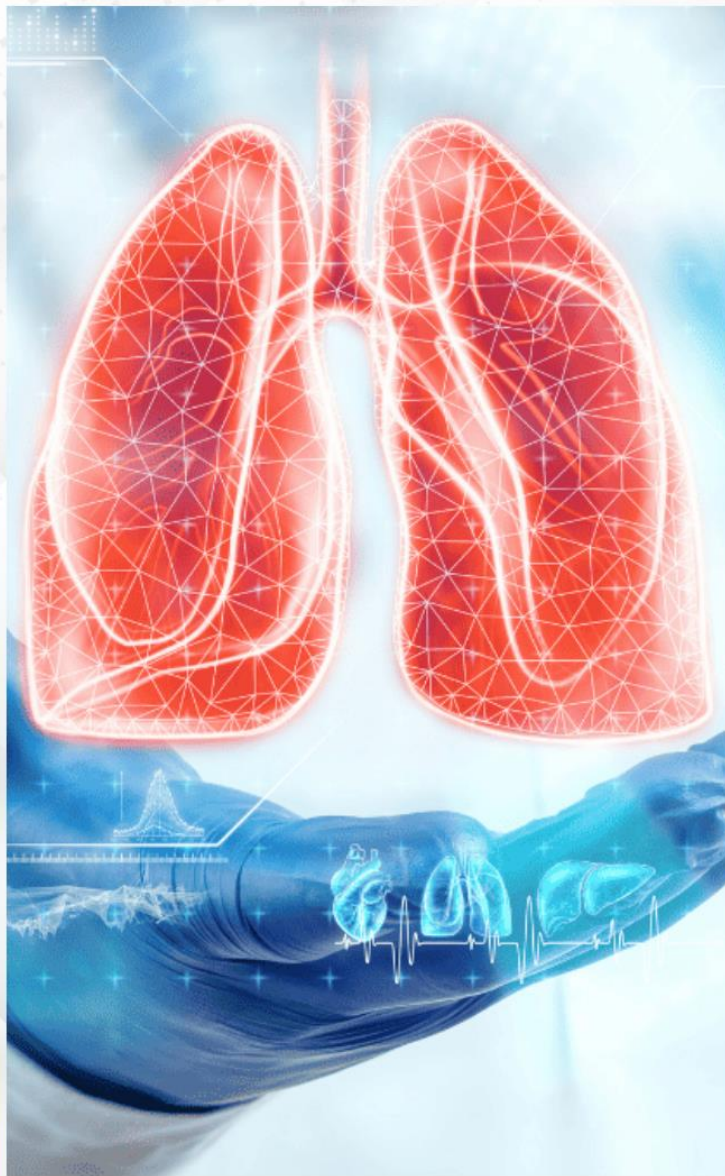
1. Apresentação	04
2. Sobre o LACEN-MT	05
3. Procedimentos de Biossegurança	06
4. Equipamentos de Proteção Individual- EPIs	07
5. Equipamentos de Proteção Coletiva EPCs	08
6. Lavagem das Mãos	09
7. Limpeza de Bancada de Trabalho	10
8. Descarte de Materiais Contaminados e Perfurocortantes	11
9. Condições Gerais para Coleta, Acondicionamento e Encaminhamento de Amostras Biológicas	13





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

SUMÁRIO



10. Identificação das Amostras Biológicas	16
11. Formas de Identificação dos Tubos	17
12. Acondicionamento e Transporte	18
13. Critérios de Rejeição de Amostras	19
14. Micobacteriologia	
14.1 Tuberculose e Outras Micobactérias	22



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

1. APRESENTAÇÃO

Este Manual tem por finalidade orientar e constituir-se em uma fonte de consulta aos seus usuários, visando descrever corretamente o procedimento da coleta, armazenamento e transporte de material biológico dos municípios para o LACEN-MT, além de fornecer informações importantes, que deverão ser observadas para garantir resultados confiáveis.

O LACEN-MT propõe a todas as instituições envolvidas, participar da melhoria contínua em relação às normas de Qualidade e Biossegurança, e garantir a eficiência das ações de Vigilância em Saúde através do comprometimento de todos no que tange à melhoria da qualidade dos serviços prestados à sociedade.

Desta forma, temos o prazer de disponibilizar o presente documento para que todos tenham o conhecimento dos procedimentos e orientações que respaldam as atividades do LACEN-MT desde a coleta até a entrega no Setor de Gerenciamento e Recepção de Amostras.

Dra. Elaine Cristina de Oliveira

Diretora do LACEN-MT





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

2. SOBRE O LACEN-MT



MISSÃO

Realizar vigilância laboratorial com qualidade e confiabilidade, coordenando a rede estadual de laboratórios e gerando informações de saúde pública.



VISÃO

Destacar-se no cenário nacional e internacional como Referência Laboratorial em Saúde Pública.



VALORES

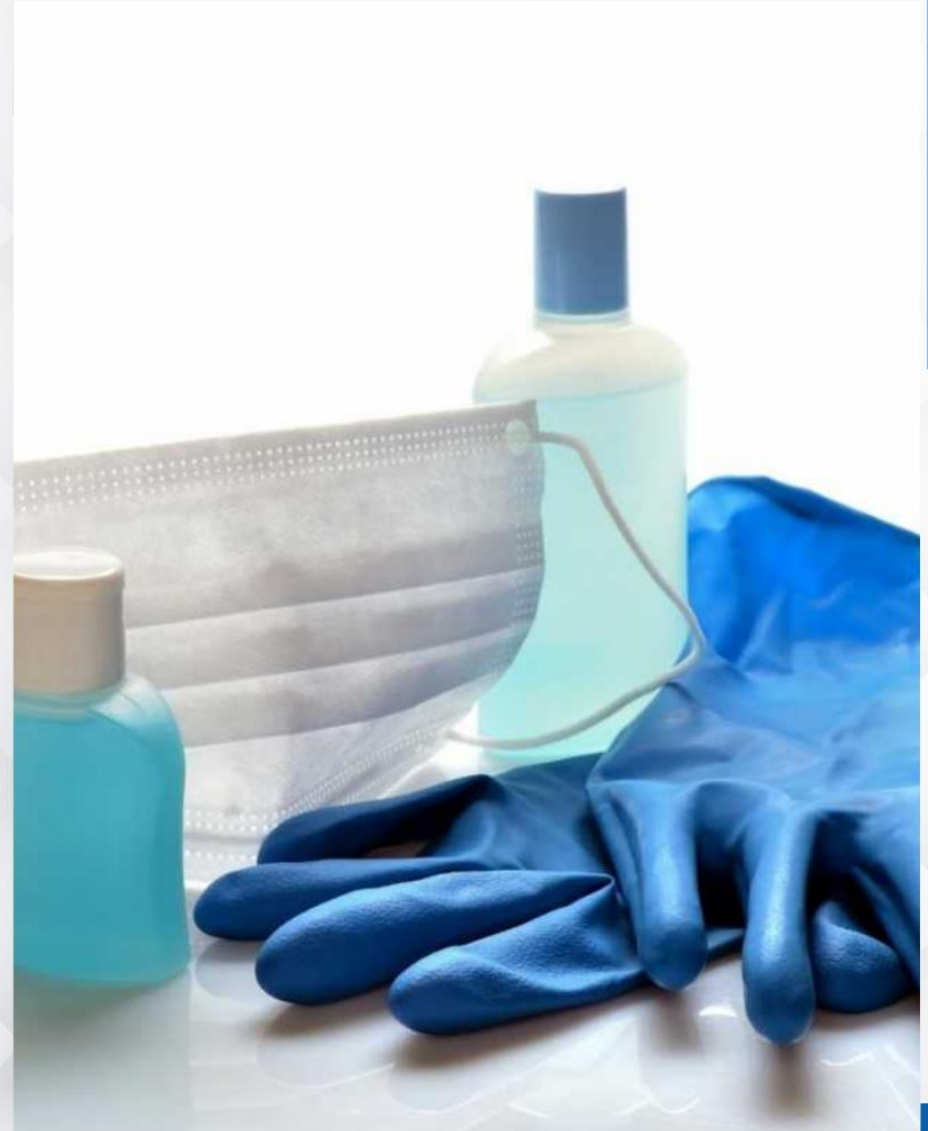
- Excelência
- Comprometimento
- Confiabilidade
- Inovação
- Ética
- Imparcialidade



3. PROCEDIMENTOS DE BIOSSEGURANÇA

Biossegurança pode ser definida como condição de segurança biológica alcançada por meio da aplicação de princípios, tecnologias e ações destinadas a prevenir, reduzir, controlar ou eliminar riscos inerentes às atividades, exposição não intencional ou disseminação accidental de agentes biológicos e derivados que possam conter riscos à saúde humana, animal, vegetal e ambiental (BRASIL, 2010). As atividades realizadas em laboratório requerem do profissional uma série de cuidados, justificada pelo risco à saúde, em função do manuseio de material biológico potencialmente contaminado, bem como da utilização de vidraria, equipamentos e produtos químicos.

A Biossegurança constitui parte integrante e importante do sistema e das políticas para determinar a qualidade do processo. Durante todo o processo, desde a coleta de material biológico até a análise laboratorial, é imprescindível a adoção de medidas de Biossegurança, de forma a diminuir os riscos envolvidos.





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

4. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPIS



Jaleco



**Touca; Face Shield
Máscara de Proteção**



Óculos de Proteção



Luvas



Calça comprida



Sapato fechado



Máscara N95





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

5. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA– EPCS



Exaustor



Chuveiros



**Cabines de Segurança
Biológica**



Lava Olhos



**Sinalizadores de
Segurança**



**Extintores de
Incêndio**



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

6. LAVAGEM DAS MÃOS

01

Deve haver uma pia exclusivamente para lavagem das mãos, e em local estratégico.

02

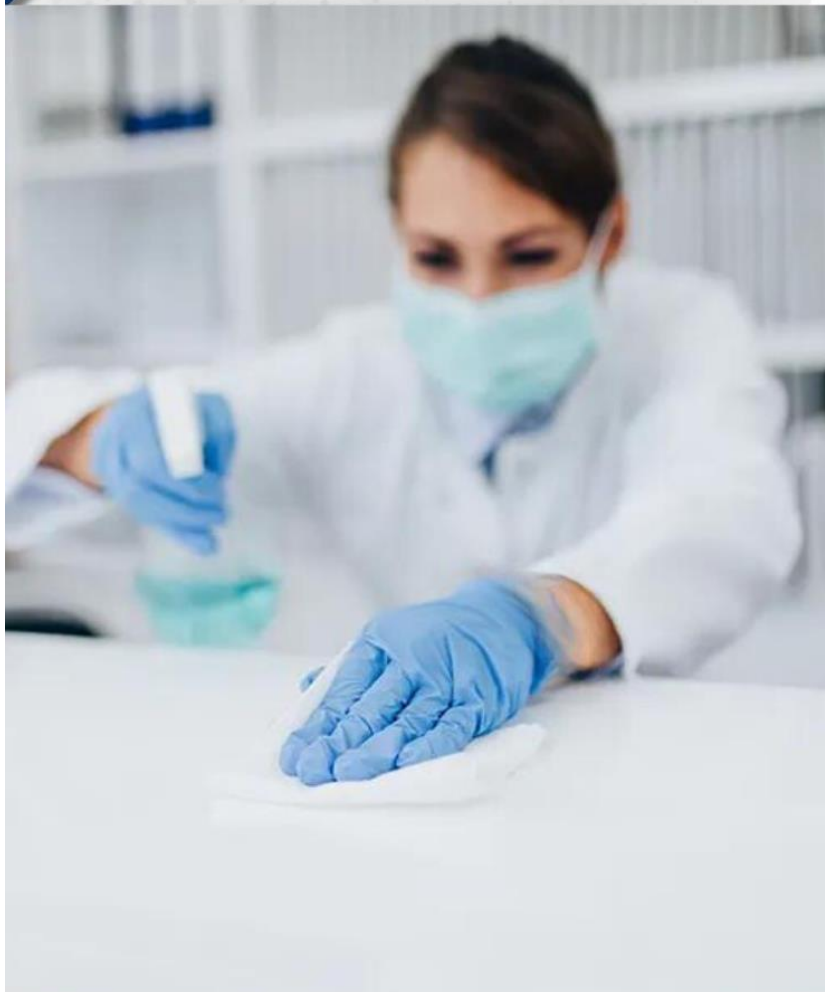
Lavar as mãos sempre ao iniciar o turno de trabalho; antes e após o uso de luvas; após a manipulação de material biológico e químico; sempre depois de ir ao banheiro; ao final das atividades e antes de deixar o laboratório.





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

7. LIMPEZA DE BANCADA DE TRABALHO



01 Embeber algodão ou gazes em solução de álcool etílico a 70° GL e/ou despejar diretamente o líquido sobre a bancada;

02 Friccionar o algodão ou gazes em toda a extensão, deixar o produto agir por 10 minutos;

03 Repetir o procedimento por mais duas vezes.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

8. DESCARTE DE MATERIAIS CONTAMINADOS E PERFUROCORTANTES

Todos os resíduos da fase pré-analítica devem obedecer a legislação da ANVISA – RDC 222/2018.

01

Se não houver no município coleta de lixo especial para este tipo de resíduo, este deverá ser autoclavado antes do descarte no lixo comum.

02

Todo resíduo gerado por materiais altamente contaminantes como as culturas, amostras da tuberculose e outros devem ser autoclavados em sacos próprios para autoclave, antes do descarte.

03

Para autoclavação, o saco deve ser preenchido somente até dois terços da sua capacidade.





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

8. DESCARTE DE MATERIAIS CONTAMINADOS E PERFUROCORTANTES

Todos os resíduos da fase pré-analítica devem obedecer a legislação da ANVISA – RDC 222/2018.



As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente



Os recipientes devem ser descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou o nível de preenchimento ficar a 5 (cinco) cm de distância da boca do recipiente, sendo expressamente proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento



O armazenamento temporário, o transporte interno e o armazenamento externo destes resíduos podem ser feitos nos mesmos recipientes utilizados para o **Grupo A**; Papéis, luvas, gaze, algodão e outros, devem ser recolhidos em lixeiras com tampa, de preferência com pedal, contendo saco para lixo específico para material infectante (cor branca leitosa).



9. CONDIÇÕES GERAIS PARA COLETA, ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS

01



As amostras biológicas devem estar todas cadastradas no Sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL);

02



É importante que as requisições, pedidos médicos, fichas de notificação (quando aplicável), ficha do GAL e os formulários estejam preenchidos corretamente;

03



Não pode ter rasuras e a identificação do nome na ficha e tubo exatamente igual ao documento apresentado pelo paciente;

04



Para cada patologia a ser investigada, encaminhar uma amostra individualizada;



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

9. CONDIÇÕES GERAIS PARA COLETA, ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS

05



As fichas epidemiológicas de investigação e/ou pedidos médicos devem conter a procedência da amostra (unidade e cidade) por extenso, não indicar com siglas ou abreviações;

06



A ficha epidemiológica de investigação deverá conter todos os agravos para o diagnóstico diferencial da investigação solicitada pelo médico;

07



Se o cadastro no GAL não estiver de acordo com a ficha, a amostra será descartada no sistema GAL, e desprezada conforme item de descarte;

08



Ao enviar amostras e/ou placas e tubos contendo culturas biológicas conferir sempre se estão acondicionadas corretamente e bem vedadas.



9. CONDIÇÕES GERAIS PARA COLETA, ACONDICIONAMENTO E ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS



Os formulários deverão ter:

- **Letra legível:** Para que não ocorram erros de registros e os laudos cheguem corretamente aos pacientes e unidades requisitantes;
- **Identificação da procedência:** Unidade de saúde com todas as informações solicitadas rigorosamente preenchidas.
- **Identificação do paciente:** Nome completo sem abreviatura, número do documento de identificação, CPF, número do Cartão do SUS, endereço completo com CEP; data de nascimento, idade e sexo; Nome da mãe completo e sem abreviatura;
- Nome e carimbo do solicitante: Identificação do solicitante do exame, com devida assinatura, CPF ou Cartão do SUS do médico solicitante, assinatura e carimbo com CRM;



Descrição da amostra coletada: Soro, sangue, papel filtro, líquido (líquido cefalorraquidiano – LCR), medula óssea, lavado brônquico, fezes, urina, secreções, vísceras e outros;

Data de coleta da amostra;

Data dos primeiros sintomas;

Exame(s) solicitado(s): Descrição do(s) exame(s) solicitado(s) deve ser legível e o volume de material enviado deve ser compatível com os mesmos, devendo deixar telefone para contato.

10. IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS BIOLÓGICAS

Ao identificar os tubos ou frascos com material biológico, colocar o nome completo do paciente, tipo de amostra biológica, data da coleta da amostra e número da requisição do GAL em etiqueta própria para identificação de tubos.

Obs: Os tubos devem ser dispostos em uma grade na mesma ordem de organização das fichas epidemiológicas de investigação e cadastro no GAL.



GAL- N° da Requisição
Nome completo do paciente



Tipo de amostra
Identificar se é 1ª, 2ª ou 3ª amostra, etc.
Data da coleta da amostra



11. FORMAS DE IDENTIFICAÇÃO DOS TUBOS

Os cuidados com a amostra envolvem também a correta identificação dos tubos. Seguem as formas corretas (figura 1) e incorretas (figura 2) de identificação:

OBS: Os técnicos dos laboratórios precisam visualizar o nível do soro no tubo ou frasco para efetuar uma pipetagem precisa. Isto não é possível quando o tubo está coberto de esparadrapo, este excesso compromete a qualidade do trabalho e sua identificação.

Figura 02- Formas INCORRETAS de identificação.



Figura 01- Formas CORRETAS de identificação.





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

12. ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE

- Não encaminhar amostras coletadas com mais de 30 dias, pois serão consideradas inadequadas e serão descartadas.
- A higiene e descontaminação da caixa térmica de transporte deve ser realizada antes e após o término da rotina e quando houver extravasamento de material biológico, a higienização e ou descontaminação deverá ser realizada de pronto. Tais procedimentos devem ser mantidas para garantir a integridade das amostras e segurança do seu portador.
- As fichas epidemiológicas e demais documentos não devem ser colocados dentro da caixa térmica, mas sim em um envelope e dentro de um saco plástico. O mesmo deve ser fixado pelo lado de fora da caixa.
- Sobre a tampa externa da caixa térmica, deve-se colocar um rótulo com o endereço, telefone e nome do remetente das amostras; bem como, o telefone, endereço do destinatário, e o nome da unidade responsável pelo recebimento do material biológico (Lacen-MT).

Modelo de rótulo

DESTINATÁRIO: LACEN-MT

Setor: Recepção de Amostras

Contato: (65) 98432-4442

Rua Santiago, nº 70-Bairro Jardim das
Américas- CEP 78060-628, Cuiabá-MT

REMETENTE: Secretaria Municipal de Saúde
ou Unidade Hospitalar ou CTA, seguida do
nome do remetente, endereço e telefone.





13. CRITÉRIOS DE REJEIÇÃO DE AMOSTRAS

1

Ficha epidemiológica com dados incompletos ou ilegíveis;

2

Amostra biológica enviada sem ficha epidemiológica (GAL e/ou SINAN);

3

Amostra biológica enviada sem identificação no recipiente;

4

Amostra biológica colhida fora do prazo correto para diagnóstico solicitado e coletadas em tubos inadequados para a metodologia;

5

Amostra biológica condicionada inadequadamente (temperatura, recipientes);

6

Amostra imprópria para análise (insuficiente, hemolisada, lipêmica extravasada, etc);

7

Amostra identificada inadequadamente (rasuras, nome abreviado ou incompleto);

8

Etiquetas inadequadas (fita crepe, sem data coleta, nome abreviado);

9

Divergência na identificação (no tubo e ficha epidemiológica);

10

Temperatura imprópria (fora do protocolo para o agravo solicitado);

11

Análise suspensa temporariamente; Amostra enviada sem requerimento, para exame antirrábico ou preenchido inadequadamente;

12

Amostras biológicas enviadas sem relatório do GAL, (protocolo de entrega em duas vias).





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT



IMPORTANTE

As amostras biológicas seguirão os critérios estabelecidos de acordo com o formulário de recebimento de amostra (Figura 03).

No caso de ocorrência de não-conformidade, a amostra será reprovada e descartada no sistema GAL, juntamente com a justificativa do descarte. Amostras de carga viral CD4/CD8 será cadastrado via e-mail SAE e/ou telefone do responsável técnico informando o motivo do descarte.

As fichas ficarão retidas no LACEN-MT no setor de recepção de amostra no prazo máximo de 60 dias.

Referente as lâminas entregues ao setor de Controle de Qualidade de Lâminas, seguirão como o critério o formulário descrito no protocolo de recebimento de lâminas para controle de qualidade.

OBS: As amostras que tiverem com atraso no prazo de liberação do resultado, será comunicado via GAL, e-mail e se necessário, ofício para unidade solicitante.



PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS E CLIAMINEOS		Código: 1.1108- FOR-01
Data: 26/02/2024	Revisão: 04	Página: 1/1
Procedência: _____ Data: ____/____/____		
Portador (a): _____		
Horário/chegada: _____ Horário/saída: _____		
Temperatura interna da caixa: _____ (02 a 08° C)		

() Amostra biológica

01- () Envio realizado corretamente.

Registramos a(s) seguinte(s) não conformidade(s) na conferência das amostras biológicas enviadas:

- 02 - () Amostra biológica enviada sem ficha epidemiológica (GAL e/ou SINAN);
- 03 - () Amostra biológica enviada sem identificação no recipiente;
- 04 - () Amostra biológica colhida fora do prazo correto para diagnóstico solicitado;
- 05 - () Amostra biológica acondicionada inadequadamente (temperatura, recipientes);
- 06 - () Amostra imprópria para análise (insuficiente, hemolisada, etc.);
- 07 - () Amostra identificada inadequadamente (rasuras, s/data de coleta, nome abreviado incompleto);
- 08 - () Amostras biológicas enviadas sem relatório do GAL, (protocolo de entrega em duas vias);
- 09 - () Amostra biológica enviada sem cadastro no GAL e sem requisição impressa;
- 10 - () Análise suspensa temporariamente;
- 11 - () Análise não realizada no LACEN MT;
- 12 - () Divergência na identificação (no tubo e ficha epidemiológica);
- 13 - () Ficha epidemiológica com dados incompletos ou ilegíveis;
- 14 - () Ficha epidemiológica enviada sem a respectiva amostra;
- 15 - () Temperatura inadequada (fora do protocolo p/ o agravo solicitado);
- 16 - () Portador não aguardou conferência e recebimento das amostras;
- 17 - () Cadastro incorreto do agravo (Metodologia)
- 18 - () Outras: _____

Observação:

Para informações pesquisar em SES MT, Unidades de Saúde, LACEN, Manual de Coleta.

Rua Santiago, 70. Jardim das Américas CEP 78060-628 – Cuiabá-MT
E-mail: recepcaoamostras@lacen@ses.mt.gov.br; gavelacen@ses.mt.gov.br

Procedência: _____ Data: ____/____/____
Portador (a): _____
Horário/chegada: _____ Telefone: _____
Horário/saída: _____
Ocorrência: _____



M:\Arquivos Compartilhados\Gerência da Qualidade e Biossegurança\1- SGQ Sistema de Gestão da Qualidade\2 - GAVE\Recepção de Amostras\FORMULÁRIOS

Figura 03 – Protocolo de recebimento de amostra biológicas



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE LÂMINAS PARA CONTROLE DE QUALIDADE		Código: 1.1108- FOR-02
Data: 19/09/2023	Revisão: 00	Página: 1/1
Procedência: _____ Data: ____/____/____		
Portador (a): _____		
Horário/chegada: _____ Horário/saída: _____		

() Lâminas para controle de Qualidade () TB () LT () MAL/CHA () MH

01- () Envio realizado corretamente. () CCO () Cúlcides

Registramos a(s) seguinte(s) não conformidade(s) na conferência de Lâminas do Controle Qualidade enviadas:

- 02 - () Lâminas enviadas sem cadastro no sistema GAL; TB;
- 03 - () Lâminas enviadas sem cadastro no sistema GAL; LT;
- 04 - () Lâminas com cadastro no sistema GAL, mas sem a respectivas lâminas;
- 05 - () Lâminas enviadas com discordância no cadastro no sistema GAL
- 06 - () Lâminas de Hanseníase enviadas sem formulário ou relacionadas sem envio;
- 07 - () Lâminas de Malária enviadas sem formulário ou sem assinatura do profissional EP.308;
- 08 - () Lâminas enviadas sem relatório do GAL, (protocolo de entrega em duas vias);
- 09 - () Lâminas quebradas;
- 10 - () Lâminas enviadas fora do prazo estipulado conforme protocolo;
- 11 - () Lâminas enviadas em desacordo com o protocolo de envio (encarte/Transporte);
- 12 - () Divergência na identificação das lâminas no cadastro ou formulário de envio;
- 13 - () Formulários de envio com dados incompletos, ilegíveis ou impróprios;
- 14 - () Lâminas sem identificação numérica, apenas c/ iniciais do nome ou ilegível;
- 15 - () Lâminas Hanseníase enviadas que não consta no formulário de envio;
- 16 - () Lâminas recebidas via malote;
- 17 - () Lâminas de Hanseníase sem informação do resultado ou resultado impróprio;
- 18 - () Outros: _____

Para informações: pesquisar em SES MT, Unidades de Saúde, LACEN, Controle de Qualidades de Lâminas, selecionar o agravo.

Rua Santiago, 70. Jardim das Américas CEP 78060-628 – Cuiabá-MT
E-mail: recepcaoamostras@lacen@ses.mt.gov.br; gavelacen@ses.mt.gov.br

Procedência: _____ Data: ____/____/____
Portador (a): _____
Horário/chegada: _____ Telefone: _____
Horário/saída: _____
Ocorrência: _____



M:\Arquivos Compartilhados\Gerência da Qualidade e Biossegurança\1- SGQ Sistema de Gestão da Qualidade\2 - GAVE\Recepção de Amostras\FORMULÁRIOS

Figura 04 – Protocolo de recebimento de lâminas



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

REPRESENTANTE DOS SETORES

MICROBIOLOGIA CLÍNICA



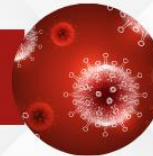
– Marco Andrey Pepato

BIOLOGIA MOLECULAR



– Adriana Santarem Ferreira

IMUNOLOGIA



– Daniele Ribatski da Silva

MICOBACTERIOLOGIA



– Doracilde Terumi Takahara

CONTROLE DE QUALIDADE DE LÂMINAS



– Adriana Almeida da Silva Xavier

RECEPÇÃO DE AMOSTRA



– Dilma Larreia de Alencar



14. Micobacteriologia



14.1- Tuberculose e outras Micobactérias

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
Cultura Teste de Sensibilidade aos Antimicrobianos - TSA Teste Rápido Molecular-TRM ou PCR em tempo real	Coletor universal de plástico descartável, transparente estéril com boca larga, tampa de rosca, volume de 3 a 5 ml	Escarro 2 amostras para cultura. 3 a 5mL.	Identificação no corpo do coletor o nome do paciente, procedência da amostra e o material colhido. Amostras de escarro devem ser provenientes da árvore brônquica, obtidas após o esforço de tosse, devendo ter a consistência mucosa, e não deve ser excessivamente salivar; No caso do exame de cultura orientamos coleta 2 (duas) amostras. No período matutino, logo após acordar em jejum, realizar limpeza da boca com água antes da expectoração; Inspirar profundamente, reter o ar no pulmão, tossir e lançar o material no recipiente, essa operação poderá ser repetida até atingir um volume e consistência satisfatórios da amostra; Fechar o pote, tomando cuidado para não contaminar a amostra, mantendo a boca do recipiente para cima; Lavar as mãos com água e sabão.	Manter sob refrigeração entre 2°C a 8°C. Cultura até 7 dias após a coleta. TRM até 4 dias após a coleta.	Os coletores devem ser enviados ao Laboratório identificados e lacrados individualmente com as tampas voltadas para cima, no interior de sacos plásticos vedados. Os coletores devem ser enviados ao Laboratório identificados e lacrados individualmente com as tampas voltadas para cima, no interior de sacos plásticos vedados

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO:

Cultura: 42 a 60 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT



14.1- Tuberculose e outras Micobactérias

TSA: 42 a 60 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Teste Rápido Molecular-TRM: 05 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário Requerido:

- Ficha de Requisição do GAL (ANEXO I);
- Cópia da Ficha Epidemiológica de Investigação SINAN (disponível em <http://www.portalsinan.saude.gov.br/tuberculose>);
- Solicitação de cultura e TSA para micobactérias (ANEXO II);

Dados Imprescindíveis que devem Constar no Formulário (Notificação):

- Informações do paciente: Nome, idade, sexo, procedência, data de coleta, identificação de coleta (primeira, segunda amostra) informar o uso de antibióticos, material colhido (escarro, urina, etc.);
- Informações epidemiológicas: Para as fichas de notificação e de solicitação de cultura, para tuberculose, identificar SEMPRE se é caso novo (diagnóstico) ou controle, se está em tratamento, esquema de tratamento, cura anterior, etc. Informação do profissional que solicitou o exame, com telefone para rastreabilidade de discordâncias, deve-se conter o nome do profissional por extenso e não apenas sua rubrica.



14.1- Tuberculose e outras Micobactérias

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
Cultura para micobactéria	Frasco estéril próprio.	Urina	Antes da coleta, realizar a higiene da genitália externa com água e sabão, tomando cuidado para retirar totalmente o excesso de sabão; Deve se coletar apenas o primeiro jato da urina matinal, e poderá ficar em temperatura ambiente até 2h; Colher no mínimo 3 amostras em dias consecutivos; Coletar material em coletor universal de polipropileno descartável, transparente estéril com boca larga, tampa de rosca, volume mínimo de 40 ml. Identificar no corpo do coletor o nome do paciente, procedência da amostra e o tipo de amostra (urina) As amostras devem ser enviadas logo após a coleta, não se deve esperar juntar várias amostras para o encaminhamento.	Sob refrigeração de 4°C a 8°C, sendo enviado no prazo máximo de 03 dias	Os coletores devem ser enviados ao Laboratório identificados e lacrados individualmente com as tampas voltadas para cima, no interior de sacos plásticos vedados.

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO:

Cultura: 42 a 60 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

TSA: 42 a 60 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Teste Rápido Molecular-TRM: 05 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário Requerido:

- Ficha de Requisição do GAL impressa;
- Cópia da ficha Epidemiológica de Investigação SINAN (disponível em <http://www.portalsinan.saude.gov.br/>);



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT



14.1- Tuberculose e outras Micobactérias

- Solicitação de cultura e TSA para micobactérias (ANEXO IX);

Dados Imprescindíveis que devem Constar no Formulário:

- Informações do paciente nome, idade, sexo, procedência, data de coleta, identificação de coleta (primeira, segunda, terceira amostra, o uso de antibióticos, qual a amostra;
- Informações epidemiológicas. Para as fichas de notificação e de solicitação de cultura, para tuberculose, identificar SEMPRE se é caso novo (diagnóstico) ou controle, se está em tratamento, esquema de tratamento, cura anterior, etc. Informação do profissional que solicitou o exame, com telefone para rastreabilidade de discordâncias, deve-se conter o nome do profissional por extenso e não apenas sua rubrica.



14.1- Tuberculose e outras Micobactérias

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
Cultura Teste de Sensibilidade aos Antimicrobianos - TSA Teste Rápido Molecular-TRM ou PCR em tempo real	Tubo estéril para coleta.	Sangue; Medula óssea 5mL (para sangue); 2mL (para medula óssea).	Hemocultura coletar a amostra em tubo estéril contendo anticoagulante de preferência Polianetol Sulfonato de Sódio ou SPS. Medula óssea: utiliza-se o anticoagulante EDTA. No caso de hemocultura coletar a amostra em tubo estéril contendo anticoagulante de preferência Polianetol Sulfonato de Sódio ou SPS (Normalmente esse anticoagulante está presente em frasco própria de hemocultura fornecido pelo laboratório que possui essa rotina). Para o mielograma (medula óssea), utiliza-se o anticoagulante EDTA.	Temperatura ambiente se encaminhada até 2 horas. Amostra coletada há mais tempo devem ser conservadas de 2°C a 8°C.	Os coletores devem ser enviados ao Laboratório identificados e lacrados individualmente (tubos, seringas, conforme material disponível).
	Coletor estéril próprio Volume Ideal: 2 a 5 ml.	Líquidos corporais assépticos (Pleural, Peritoneal, Sinovial, Ascítico, Pericárdico); Lavado Bronco Alveolar; Aspirado traqueal; LCR	Coleta realizada em ambiente hospitalar por profissional médico especializado.		

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO:

Cultura: 42 a 60 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

TSA: 42 a 60 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT



14.1- Tuberculose e outras Micobactérias

Teste Rápido Molecular-TRM: 05 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário Requerido:

- Ficha de Requisição do GAL impressa;
- Ficha de notificação SINAN (disponível em <http://www.portalsinan.saude.gov.br/tuberculose>);
- Solicitação de cultura e TSA para micobactérias (ANEXO III).

Dados Imprescindíveis que devem Constar no Formulário:

- Informações do paciente: Nome, idade, sexo, procedência, data de coleta, identificação de coleta, o uso de antibióticos, tipo de amostra;
- Informações epidemiológicas. Nas fichas de notificação e solicitação de cultura para tuberculose, identificar SEMPRE se se trata de caso novo (diagnóstico) ou controle, se está em tratamento, esquema de tratamento, cura anterior, etc.
- Informação do profissional que solicitou o exame, com telefone para rastreabilidade de discordâncias, deve-se conter o nome do profissional por extenso e não apenas sua rubrica.



14.1- Tuberculose e outras Micobactérias

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
Cultura Teste de Sensibilidade aos Antimicrobianos - TSA Teste Rápido Molecular-TRM ou PCR em tempo real	Coletor estéril próprio Os coletores devem conter solução tampão de carbonato de sódio a 10% para neutralizar o suco gástrico.	Aspirado Gástrico (Coletar 2 amostras)	São coletados sob orientação de equipe médica especializada, durante o processo de exploração por broncoscopia, em frascos estéreis.	Temperatura ambiente se encaminhada até 2 horas. Amostra coletada há mais tempo devem ser conservadas de 2°C a 8°C.	Os coletores devem ser enviados ao Laboratório identificados e lacrados individualmente com as tampas voltadas para cima, no interior de sacos plásticos vedados.
Biópsia geral (pele, osso, intestino etc.)	Coletor estéril próprio	Fragmentos de 02 a 03 cm³.	Coletar material em tubo com água destilada ou solução fisiológica estéril. Não adicionar conservantes (formol). Colher quantidade suficiente.	Temperatura ambiente	
Cepa isolada de Micobactérias	1 tubo de ensaio de vidro com tampa de rosca contendo o Meio de cultura LJ – Lowenstein-Jensen ou Meio de Cultura de Ogawa-Kudoh, semeados	Cepa isolada de Micobactérias	São coletados sob orientação de equipe médica especializada	Em estufa a 37°C.	Transporte em temperatura ambiente em caixa com paredes rígidas apropriadas para amostra com risco biológico



14.1- Tuberculose e outras Micobactérias

com o microrganismo isolado (cepa).				
--	--	--	--	--

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO:

Cultura: 42 a 60 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

TSA: 42 a 60 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Teste Rápido Molecular-TRM: 05 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário Requerido:

- Ficha de Requisição do GAL impressa;
- Ficha de notificação SINAN (disponível em <http://www.portalsinan.saude.gov.br/tuberculose>);

Solicitação de cultura e TSA para micobactérias (ANEXO III).

Dados Imprescindíveis que devem Constar no Formulário:

- Informações do paciente: Nome, idade, sexo, procedência, data de coleta, identificação de coleta, o uso de antibióticos, tipo de amostra;
- Informações epidemiológicas. Para as fichas de notificação e de solicitação de cultura, para tuberculose, identificar SEMPRE se é caso novo (diagnóstico) ou controle, se está em tratamento, esquema de tratamento, cura anterior, etc.

Informação do profissional que solicitou o exame, com telefone para rastreabilidade de discordâncias, deve-se conter o nome do profissional por extenso e não apenas sua rubrica.



14.1- Tuberculose e outras Micobactérias

TIPO DE ANÁLISE	MATERIAL PARA COLETA	TIPO DE AMOSTRA	PROCEDIMENTO DE COLETA	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE
Cultura	Coletor universal de plástico descartável, transparente estéril com boca larga, tampa de rosca, volume de 3 a 5 ml.	Pulmonares: Escarro; lavado broncoalveolar; líquido pleural, líquido traqueal; Extrapulmonar: LCR (líquido cefalorraquidiano), líquido gástrico, líquido ascítico, urina, biópsias, linfonodos ou gânglios.	Escarro deve ser coletado normalmente através da tosse espontânea. Outros materiais seguir coleta específica e com supervisão do profissional.	Temperatura ambiente se encaminhada até 2 horas. Amostra coletada há mais tempo devem ser conservadas de 2°C a 8°C.	Os coletores devem ser enviados ao Laboratório identificados e lacrados individualmente.
Teste de Sensibilidade aos Antimicrobianos - TSA	Identificação no corpo do coletor o nome do paciente, procedência da amostra e o material				
Teste Rápido Molecular-TRM ou PCR em tempo real					

TEMPO DE LIBERAÇÃO DE RESULTADO:

Cultura: 40 a 60 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

TSA: 40 a 60 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Teste Rápido Molecular-TRM: 05 dias úteis após a chegada e triagem da amostra no LACEN-MT.

Formulário Requerido:

- Ficha de Requisição do GAL impressa;
- Ficha de notificação SINAN (disponível em <http://www.portalsinan.saude.gov.br/tuberculose>);

Solicitação de cultura e TSA para micobactérias (ANEXO III).

Dados Imprescindíveis que devem Constatar no Formulário:

- Informações do paciente: Nome, idade, sexo, procedência, data de coleta, identificação de coleta, o uso de antibióticos, tipo de amostra;



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT



14.1- Tuberculose e outras Micobactérias

- Informações epidemiológicas. Para as fichas de notificação e de solicitação de cultura, para tuberculose, identificar SEMPRE se é caso novo (diagnóstico) ou controle, se está em tratamento, esquema de tratamento, cura anterior, etc.
- Informação do profissional que solicitou o exame, com telefone para rastreabilidade de discordâncias, deve-se conter o nome do profissional por extenso e não apenas sua rubrica.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

1.1 Fluxo de Recebimento de Amostras





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

1.2 Fluxo de encaminhamento de amostras em Situações Emergenciais





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

ANEXOS





Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

Anexo I - Ficha do Gal

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL
Requisição de Exame - Biologia Médica

1 Nº Requisição: 2 Unidade Saúde (ou outra fonte): 3 CNES:

4 Município Atendimento: 5 Código IBGE: 6 UF:

7 CNS Prof. de Saúde: 8 Nome do Profissional de Saúde: 9 Registro Conselho/Matricula: 10 Assinatura:

11 Data de Solicitação: 12 Finalidade: 13 Descrição:

14 Tipo Paciente: 15 CPF do paciente: 16 Nome do Paciente:

17 Data de Nascimento: 18 Idade: 19 Sexo: 20 Nacionalidade:

21 Raça/Cor: 22 Etnia: 23 Nome da Mãe:

24 Documento 1: 25 Documento 2:

26 Endereço do paciente: (Rua, Avenida...) 27 Número:

28 Complemento do endereço: 29 Ponto de Referência: 30 Bairro:

31 Município Residência: 32 Código IBGE: 33 UF:

34 CEP: 35 DDD / Telefone: 36 Zona: 37 País (Se reside fora do Brasil):

38 Agravado/Doença: 39 Data dos Primeiros Sintomas:

40 Idade Gestacional: 41 Motivo: 42 Diagnóstico:

43 Caso: 44 Tratamento: 45 Etapa de Tratamento:

46 Paciente Tomou Vacina? 47 Vacina? 48 Data da Última Dose:

49 Agravado/Doença de notificação do SINAN: 50 CID 10: 51 Nº Notificação do SINAN: 52 Data de Notificação:

53 Unidade Saúde Notificante: 54 CNES: 55 Código IBGE: 56 UF:

57 Município Notificação: 58 Código IBGE: 59 UF:

Frente

SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL) INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO DE EXAME

Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. (OBRIGATÓRIO). Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATÓRIO).
02	Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios: nome completo e sem abreviaturas.
03	Número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATÓRIO).
04	Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou de outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
05	Código do IBGE correspondente. (OBRIGATÓRIO).
06	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
07	Número do Cartão Nacional de Saúde do Profissional de Saúde – CNS (OBRIGATÓRIO).
08	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO).
09	Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO). Ex: CRM/RJ 1234.
10	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
11	Data da solicitação de exame (s) (OBRIGATÓRIO). No formato dd/mm/aaaa
12	Finalidade da requisição: 1 – Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 – Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 – Investigação (aplicável a doenças/agravs em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); 4 – Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 – Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 – Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 – Ignorado. Especificar o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual).
13	Descrição: descrever a finalidade do exame.
14	Tipo Paciente: 1- Brasileiro; 2- Estrangeiro; 3- Indígena; 4- Vulnerável
15	CPF Paciente: Se a opção for "Brasileiro", informar o número do CPF.
16	Número do Cartão Nacional de Saúde do Paciente CNS (OBRIGATÓRIO).
17	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO).
18	Data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO).
19	Idade do paciente. Este campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(s) e 4 – Anos. (OBRIGATÓRIO).
20	Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e I – Ignorado. (OBRIGATÓRIO)
21	Nacionalidade: país de origem do paciente.
22	Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação.
23	Etnia: caso o campo 19 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.
24	Nome da mãe: informar o nome completo e sem abreviações.
25 e 26	Documento: este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. 1 – RG - Carteira de Identidade; 2 – CNH - Carteira Nacional de Habilitação; 3 – CNS - Cartão Nacional de Saúde; 4 – CNASC - Certidão de Nascimento; 5 – PRONT - Prontuário e 6 – INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias.
27	Endereço do paciente (rua, avenida...)
28	Número (apartamento, casa) do endereço do paciente.
29	Dados complementares do endereço do paciente.
30	Ponto de referência para auxiliar na localização do endereço do paciente.
31	Bairro do endereço do paciente.
32	Município do endereço do paciente.
33	Código do IBGE correspondente (OBRIGATÓRIO).
34	Sigla da Unidade de Federação do endereço do paciente.
35	CEP - Código de endereçamento postal do endereço (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.
36	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone)
37	Classificação da zona do endereço do paciente. 1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.
38	País do endereço do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO)
39	Informar o nome do agravado/doença conforme tabela disponível no sistema (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).
40	Data dos primeiros sintomas – data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa.
41	Idade Gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.
42	Motivo: campo habilitado somente para hepatites virais
43	Diagnóstico: campo habilitado somente para hepatites virais
44	Classificação do tipo de caso: 1 – Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo); 2 – Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); 3 – Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo); 4 – Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 5 – Óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis); 6 – Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não); 7 – Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 – Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 – Ignorado.
45	Tratamento – informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s). (Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.

Verso



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

Anexo II - Ficha de Requisição do GAL – Tuberculose

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL
Requisição de Exame - Tuberculose

REQUISIÇÃO

1 N°Requisição: 2 Unidade Saúde (ou outra fonte): 3 CNES: 4 Município Atendimento: 5 Código IBGE: 6 UF: 7 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Profissional de Saúde: 8 Nome do Profissional de Saúde: 9 Número Conselho/Matrícula: 10 Rubrica: 11 Data de Solicitação: 12 Finalidade: 13 Descrição da Finalidade: 14 Tipo Paciente: 15 CPF do paciente: 16 Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Paciente: 17 Nome do Paciente: 18 Data de Nascimento: 19 Idade: 20 Sexo: 21 Nacionalidade: 22 Raça/Cor: 23 Etnia: 24 Nome da Mãe: 25 Documento 1: 26 Documento 2: 27 Logradouro (Rua, Avenida...): 28 Número: 29 Complemento do Logradouro: 30 Ponto de Referência: 31 Bairro: 32 Município Residência: 33 Código IBGE: 34 UF: 35 CEP: 36 DDD / Telefone: 37 Zona: 38 País (Se reside fora do Brasil): 39 Agravo/Doença Suspeita: 40 Data dos Primeiros Sintomas: 41 Idade Gestacional: 42 Finalidade do Exame: 43 Tratamento: 44 Período do Tratamento: 45 População de Risco: 46 Contato TBDR (TB Droga Resistente): 47 Notificado ao SINAN: 48 Preencher com as informações para rastrear no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde. 49 OD10: 50 N°Notificação do SINAN: 51 Data de Notificação: 52 Unidade Saúde Notificante: 53 CNES: 54 Município Notificação: 55 Código IBGE: 56 UF:

PACIENTE

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

TUBERCULOSE

SINAN

Frete

SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL)
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO DE EXAME - TUBERCULOSE

Revisada em Junho/2020

CGLAB/SVS/MS.

Ordem

Descrição dos Campos

01 Número da requisição: gerado pelo sistema após o cadastro da requisição de exame. (OBRIGATÓRIO).

02 Unidade de Saúde: nome completo e sem abreviaturas da unidade de saúde que solicita exame (s) da rede de laboratórios.

03 CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) com o número correspondente. (OBRIGATÓRIO).

04 Município de atendimento: município da Unidade de Saúde onde foi realizada a solicitação de exame(s).

05 Código do IBGE: correspondente ao Município de atendimento. (OBRIGATÓRIO).

06 UF: sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde responsável pela solicitação de exame(s).

07 CNS (Cartão Nacional de Saúde) do profissional de saúde. (AUTO-PREENCHIMENTO).

08 Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).

09 Número do conselho ou matrícula (abreviatura) do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO). Ex: CRM/RJ 1234.

10 Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).

11 Data da solicitação do exame (s) no formato dd/mm/aaaa. (OBRIGATÓRIO).

12 e 13 Finalidade da requisição de exame: 1 - Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 - Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 - Investigação (aplicável a doenças/agravos em período e área definidas, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinela); 4 - Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 - Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 - Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 - Ignorado. Especificar a finalidade da requisição do exame a nível: Nacional ou Estadual. Descrição: descrição da finalidade. Ex: Inquérito de Sarampo, Programa Mãe Paranaense...

14 Tipo Paciente: 1- Brasileiro; 2- Estrangeiro; 3- Indígena; 4- Vulnerável

15 CPF Paciente: Se a opção for "Brasileiro", informar o número do CPF.

16 CNS (Cartão Nacional de Saúde) do Paciente - CNS (AUTO-PREENCHIMENTO).

17 Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).

18 Data de nascimento do paciente. No formato dd/mm/aaaa. (AUTO-PREENCHIMENTO).

19 Idade do paciente: campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia).

20 Sexo do paciente: F - Feminino; M - Masculino e I - Ignorado. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).

21 Nacionalidade: país de origem do paciente.

22 Raça/Cor: 1 - Branca; 2 - Preta; 3 - Parda; 4 - Amarela; 5 - Indígena e 99 - Sem informação. (AUTO-PREENCHIMENTO).

23 Etnia: Caso o campo 20 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia. (AUTO-PREENCHIMENTO).

24 Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).

25/26 Documento: este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. 1 - RG - Carteira de Identidade; 2 - CNH - Carteira Nacional de Habilitação; 3 - CNS - Cartão Nacional de Saúde; 4 - CNASC - Certidão de Nascimento; 5 - PRONT - Prontuário e 6 - INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias.

27 Logradouro: endereço do paciente. Ex: Rua, avenida... (AUTO-PREENCHIMENTO).

28 Número do logradouro do paciente. Ex: apartamento, casa... (AUTO-PREENCHIMENTO).

29 Complemento do logradouro: Dados complementares do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO).

30 Ponto de referência: auxilia na localização do logradouro do paciente.

31 Bairro do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO).

32 Município do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO).

33 Código do IBGE correspondente ao município de residência do paciente (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).

34 UF: Sigla da Unidade de Federação do logradouro do paciente. (AUTO-PREENCHIMENTO).

35 CEP (Código de endereçamento postal) do logradouro do paciente. Ex: 71860-800. (AUTO-PREENCHIMENTO).

36 Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone). Ex: 61-33213-8000.

37 Zona: classificação da do logradouro do paciente. 1 - Urbana; 2 - Periurbana; 3 - Rural; 4 - Silvestre e 9 - Ignorado.

38 País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO e AUTO-PREENCHIMENTO).

39 Informações Clínicas do Agravo/doença: TUBERCULOSE informar o(s) exame(s) laboratorial (s) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.

40 Data dos primeiros sintomas: data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa.

41 Idade Gestacional: paciente do sexo feminino, informar o período gestacional no momento da ocorrência do agravo/doença. O paciente do sexo masculino, informar a opção 6 - não se aplica.

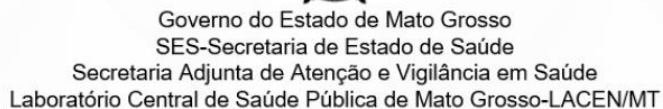
42 Finalidade do Exame: 1 - Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo); 2 - Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 9 - Ignorado

43 Tratamento: 1 - Nunca Tratou Tuberculose; 2 - Realizou Tratamento de Tuberculose

44 Período de Tratamento: informar o período de tratamento do paciente de acordo com a data da solicitação do exame (s). Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.

45 População de Risco: (indivíduos sem oportunidades, sociais, econômicas e culturais, com incapacidade de proteger os próprios interesses e possui uma qualidade de vida inferior) 1 - População Prisional; 2 - População em Situação de Rua; 3 - Internato/Institucionalizado; 4 - Profissional de Saúde/Sistema Penitenciário; 5 - HIV ou Outra Imunodepressão; 6 - Indígena; 7 - Imigrante; 8 - Usuário de Drogas; 9 - Diabético; 10 - Tabagista; 11 - Ignorado. Exemplos: população carcerária, morador de rua, usuários de drogas, doentes terminais, e etc.

Verso



Anexo III - Solicitação de Cultura e TSA para Micobactérias



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

SOLICITAÇÃO DE CULTURA, IDENTIFICAÇÃO E TESTE DE SENSIBILIDADE PARA MICOBACTÉRIAS		Código: 1.1104-FOR-01
Data: 11/04/2023	Revisão: 00	Página: 1/1

PROCEDÊNCIA DA AMOSTRA

Instituição: _____ Município: _____

Nome do Paciente: _____ Nº de registro: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Profissão: _____

EXAMES SOLICITADOS

☐ Cultura	☐ Diagnóstico	☐ Controle de Tratamento	☐ TRM-TB
☐ Identificação	☐ 1ª Amostra	☐ 1ª Amostra	
☐ Teste de Sensibilidade	☐ 2ª Amostra	☐ 2ª Amostra	

MATERIAL ENVIADO

Especificar: _____

DADOS CLÍNICOS

1. Já teve tuberculose antes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

Esquema	Ano	Cura	Abandono	Falência	Recidiva
_____	_____	☐	☐	☐	☐

2. Fatores pré-disponentes para micobacterioses:

a. Doença pulmonar obstrutiva e/ou destrutiva:

☐ Micose curada	☐ Tuberculose curada	☐ Bronquite crônica	☐ <u>Pneumocistose</u>	☐ <u>Bronquite</u>	☐ <u>Doença maligna</u>
--	---	--	---	---	--

b. Estado de imunossupressão:

☐ Doença maligna	☐ HIV/AIDS	☐ outras
☐ Uso de drogas imunossupressoras	☐ Diabetes	

c. Doença esofageana com regurgitação:

☐ Utilização de procedimentos invasivos	☐ Sim	☐ Não
☐ Prótese/implante	☐ Diálise	
☐ Injeções e/ou punções repetidas	☐ transplante	

RESULTADOS

Nº de rotina do laboratório: _____ Aspecto da amostra: _____

Cultura ☐ Negativa ☐ + ☐ ++ ☐ +++ ☐ Contaminada

Teste de sensibilidade

☐ Isoniazida	☐ Rifampicina	☐ <u>Capreomicina</u>	☐ <u>Oflaxacin</u>	☐ <u>Alsamicina</u>
☐ <u>Etambutol</u>	☐ Estreptomicina	☐ <u>Pirazinamida</u>	☐ <u>Clarithromicina</u>	☐
☐ <u>Cicloserina</u>	☐ <u>Clorofloxacina</u>	☐ <u>Etionamida</u>	☐ <u>Clofazimine</u>	☐

Espécie identificada: _____

Observações: _____

Responsável pelo Envio

Responsável pelo Exame



Governo do Estado de Mato Grosso
SES-Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública de Mato Grosso-LACEN/MT

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

Marco Andrey Pepato
Microbiologia Clínica

Adriana Santarem Ferreira
Biologia Molecular

Daniele Ribalski da Silva
Imunologia

Doracilde Terume Takahara
Micobacteriologia

Adriana Almeida da Silva Xavier
Controle de Qualidade de Lâminas

Dilma Larrea de Alencar
Recepção de Amostras da GAVE

Dayane Priscila Alves da Silva
Gerente da Qualidade e Biossegurança

Juliana Maria Godoi de Lima
Gerente Administrativa

Abelardo Augusto Ribeiro
Gerente de Planejamento e Informação

Anna Giselle e Silva Souza Campos
Gerente de Análises de Vigilância Epidemiológica

APROVAÇÃO

Klaucia Rodrigues Vasconcelos
**Coordenadora Técnica de Análises de Saúde
Pública**

Elaine Cristina de Oliveira
Diretora do LACEN-MT