FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS
INSTITUTO OCTÁVIO MAGALHÃES
Divisão de Epidemiologia e Controle de Doenças
Serviço de Doenças Bacterianas e Fúngicas
Rua Conde Pereira Carneiro, 80 Belo Horizonte – MG
CEP: 30510-010 Tel: (31) 3371-9484 / 3371-94800

# FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS
# DOENÇA DE LYME

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Sexo: ☐ M ☐ F Idade: _____ Profissão: _____

Procedência (Hospital ou Laboratório): _____

Município: _____ GRS: _____

Responsável pelo envio: _____ Telefone para contato:_____

## INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Data de início dos sintomas: ____/____/____ Data da coleta da amostra: ____/____/_____

Amostra enviada: ☐Soro ☐Líquor ☐Outro: _____

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sintomas: | Febre: | ☐Sim | ☐Não | Cefaléia | ☐ Sim | ☐ Não |
| | Mialgia | ☐Sim | ☐Não | Fadiga | ☐ Sim | ☐ Não |
| | Adenomegalia | ☐Sim | ☐Não | Artralgia | ☐ Sim | ☐ Não |
| | Meningismo | ☐Sim | ☐Não | Neurite Periferica | ☐ Sim | ☐ Não |
| | Arritimia | ☐Sim | ☐Não | Cardiopatia | ☐ Sim | ☐ Não |
| | ICC | ☐Sim | ☐Não | Problemas Oculares | ☐ Sim | ☐ Não |
| | Lesão de Pele | ☐Sim | ☐Não ----------> Se sim: | Expansiva | ☐ Sim | ☐ Não |
| | | | | >5 cm | ☐ Sim | ☐ Não |
| | | | | Lesões multiplas | ☐ Sim | ☐ Não |
| | | | | Borda Eritematosa | ☐ Sim | ☐ Não |
| | | | | Linfocitoma | ☐ Sim | ☐ Não |

Dados Clínicos e Laboratoriais: _____
_____
_____
_____

## DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Local de possível contato: ☐ Zona urbana ☐ Zona Rural

Caso humano semelhante na localidade: ☐ Sim ☐ Não

Ocoreu picada por carrapato: ☐ Sim ☐ Não Se sim tempo entre contato e doença: _____

Presença de carrapatos na localidade: ☐ Sim ☐ Não

Contato com Mata: ☐ Sim ☐ Não

Contato com animal silvestre: ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual: _____

Contato com animal domestico: ☐ Sim ☐ Não Se sim: Cão ☐ Sim ☐ Não

Cavalo ☐ Sim ☐ Não

Bovinos ☐ Sim ☐ Não

Outros: _____

Assinatura do responsável pelo envio: _____ Data : ____/____/____