



Formulário de Parecer do Médico de Referência em Genotipagem

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)		2. CNPJ	
		.	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3. Nome		4. Data de Nascimento	
		/ /	
6. País		7. Cidade de nascimento	
8. UF		9. Raça/Cor	
		<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda <input type="checkbox"/> 5-indígena - Etnia: _____ <input type="checkbox"/> 6-não informado 7-ignorada	
10. Número de Identidade		11. CPF	
		. . -	
12. Escolaridade		13. Número SISCEL	
		<input type="checkbox"/> 1. nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 5. - De 12 e mais / 6. não informado / 9. ignorado	
14. Cartão Nacional de Saúde - CNS		15. Gestante	
		<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não () -	
16. Telefone do Paciente			
17. Prontuário			
18. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)		19. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)	
		. . -	
20. Nome da mãe		21. Endereço do paciente	
22. Bairro		23. CEP	
		-	
24. Cidade de residência do paciente		25. UF	
DADOS DA SOLICITAÇÃO			
27. Data do recebimento da solicitação		28. Médico Solicitante (UF/CRM – Nome)	
/ /		UF/CRM: / Nome:	
29. INTERPRETAÇÃO CLÍNICA			
Mutações do ITRN			
Mutações do ITRNN			
Mutações da Protease			
30. ESQUEMA ANTI-RETROVIRAL SUGERIDO			
A)			
B)			
C)			
D)			
DADOS DO MÉDICO DE REFERÊNCIA EM GENOTIPAGEM (MRG)			
31. Nome do MRG		32. CRM (Nº Registro do Conselho)	
		UF/CRM: /	
33. Telefone		34. Fax	
() -		() -	
35. E-mail		36. Data da Sugestão Clínica	
		/ /	