

# Guia para Qualificação da Etapa Pré-Analítica dos Exames de Quantificação da Carga Viral do HIV/HBV/HCV e Detecção de Clamídia/Gonococo





Apoiar a gestão estadual/municipal, laboratórios executores de exames e profissionais da rede de atenção à saúde que atuam na oferta dos exames de quantificação da Carga Viral (CV) do HIV/HBV/HCV e Detecção de Clamídia/Gonococo (CT/NG) no que compete a qualificação da etapa pré-analítica, com vista a ofertar um serviço de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente  
Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS

NOTA TÉCNICA Nº 83/2025-CGHA/.DATHI/SVSA/MS

**1. ASSUNTO**

Dispõe sobre orientações para os laboratórios/serviços de saúde da Rede Nacional de Quantificação da Carga Viral do HIV/HBV/HCV e Biologia Molecular para Detecção de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* quanto a qualidade de amostras biológicas obtidas durante a etapa pré-analítica.

Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-83-2025-cgha-dathi-svsa-ms/view>



A fase pré-analítica contempla todas as etapas que precedem o ensaio laboratorial, entre elas:



A solicitação dos exames



As orientações ao usuário sobre a coleta



A coleta, armazenamento e transporte da amostra



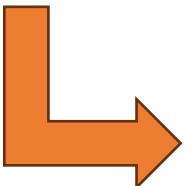
Recebimento e triagem das amostras pelo laboratório/serviço de saúde



O cadastro do usuário e requisição



As solicitações dos exames deverão seguir as recomendações dos Manuais Técnicos para Diagnóstico (<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/manuais-tecnicos-para-diagnostico>) e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT - <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>) do Ministério da Saúde.



Resumidamente, os exames de CV são utilizados no contexto de investigação de infecção viral aguda (HIV e HCV), conclusão diagnóstica (HIV, HCV e HBV), bem como para o monitoramento clínico; e o exame de detecção de CT/NG no diagnóstico etiológico das infecções ou no rastreamento de pessoas assintomáticas.

Aponte a câmera do celular  
para acesso rápido aos **PCDTs**.



Aponte a câmera do celular para  
acesso rápido aos **Manuais Técnicos  
de Diagnóstico**.



## **SOLICITAÇÃO DOS EXAMES**



As fichas de solicitação para os exames podem ser encontradas no site do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI/SVSA/MS), através dos links:

- <https://www.gov.br/aids/pt-br/sistemas-de-informacao/siscel> (CV-HIV).
  - <https://www.gov.br/aids/pt-br/sistemas-de-informacao/gal> (CV-HBV, CV-HCV e CT/NG).

CV-HIV		CV-HIV	
Laudo Médico para Emissão de BPA-I			
1. Instituição solicitante (Carimbo Padrão)*		2. CNES	
INFORMAÇÕES BÁSICAS			
3. CPF* 4. Número da Identidade Civil - Niterói e outros 5. Número do RG 6. Nome Completo do(a) Usuário(a) - Civil*		7. Nome Social	
8. Data de Nascimento* 9. Sexo do Nascitmo* 10. País de Nascimento*		11. Município de Nascimento* 12. UF de Nascimento*	
13. Identidade de Gênero OM: Outro; GI: Gênero Inclusivo; OM+GI: Outro+Gênero Inclusivo; ON: Oitavo. ONd: Oitavo de Jéssica		14. Orientação Sexual Homoafetivo; Heteroafetivo; Bissexual; Questionante; Closet; Homossexual; Gay; Jéssica	
15. Raça/Cor: 1- Branca; 2- Preta; 3- Amarela; 4- Parda; 5- Indígena; 6- Outra		16. Escolaridade 1- Fundamental; 2- Média; 3- Superior; 4- Superior + Pós-Graduação; 5- Superior + Pós-Graduação Universitária; 6- Superior Universitária; 7- Superior Universitária + Pós-Graduação	
17. Gestação: 1- Gravida; 2- Gravidez; 3- Gestante; 4- Gestante + Pós-Graduação		18. Idade Gestacional* 1- Gravidez; 2- Gestante; 3- Gestante + Pós-Graduação	
19. Terceiro de Usuário SUS		20. Prontuário: 21. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)	
22. CPF do Responsável		23. Nome da mãe*	
24. Endereço do usuário SUS*			
25. Bairro*		26. CEP*	
27. Município de residência do usuário SUS*		28. UF de Residência*	
DADOS DA SOLICITAÇÃO			
<b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO</b> 28. Motivo que levou a este atendimento sendo solicitado: 1- Consulta de reavaliação de paciente com resultado HIV+ 2- Diagnóstico 3- Consulta de reavaliação de paciente em tratamento antirretrovírus 4- Avaliação de pessoas em perda de seguimento			
30. Solicitação simultânea ao exame de carga viral e genotipagem? O SIM O NÃO		31. ID 10º B24 32. Nome do Profissional Solicitante* 33. Assinatura e Carimbo*	
34. Registro no Conselho Profissional* 35. Data da Solicitação		36. Nome de Instituição (Carimbo Padrão)* 37. Data da coleta* 38. Horas da coleta	
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA			
Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem? Coleta de amostra para o exame de genotipagem na mesma data? O SIM O NÃO			
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE			
40. Código/Nome do Procedimento* 002.02.03.107-1 / Quantificação do RNA HIV-1 002.13.01.078-0 / DETECÇÃO RÁPIDA DA CARGA VIRAL DE HIV			
41. Nome de Instituição (Carimbo Padrão)		42. CNES 43. Data de recebimento 44. Horas de recebimento	
45. Nº Solicitação exame		46. Identificador da amostra	
47. Responsável		48. Data do resultado	
49. Condições de chegada da amostra: 1- Ámbar seca; 2- Ámbar revestida; 3- Ámbar em frasco; 4- Ámbar com sonda;		50. Material Biológico 51. Quantidade de copiente(s) 52. Log 53. Volume da amostra 54. Técnica utilizada	
Carga Viral HIV O Sangue O Plasma			
Preenchimento obligatório <a href="http://www.gov.br/brasil/pt-br/janiero/2023">http://www.gov.br/brasil/pt-br/janiero/2023</a>			

		<h1 style="text-align: center;">Contagem de LT-CD4+</h1>		
<b>Laudo Médico para Emissão de BPAI Contagem de Linfócitos T-CD4+</b>				
<b>1. Instituição solicitante (carimbo/padrão)</b>		<b>2. CHES</b>		
<b>INFORMAÇÕES BASICAS</b>				
<b>3. CPF:</b> <input type="text"/> No Residencial do CPF, Tenho o Número: <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Estrangeiro <input type="checkbox"/> 2 - Estrangeiro - Perdeu o número de cas <input type="checkbox"/> 3 - Perdeu o número de cas <input type="checkbox"/> 4 - Perdeu o número de cas e não sou estrangeiro		<b>4. CNS - Cartão Nacional de Saúde</b> <input type="checkbox"/> 1 - Possuo <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não tenho		<b>5. Identificação Preferencial do(a) Usuário(a)</b> <input type="checkbox"/> 1 - Nome Civil <input type="checkbox"/> 2 - Nome Padrão
<b>6. Nome Completo do(a) Usuário(a) - Civil</b> <input type="text"/>				
<b>7. Nome Social</b> <input type="text"/>				
<b>8. Data de Nascimento:</b> <input type="text"/> 05/06/1980 <b>10. País de Nascimento:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Brasil <input type="checkbox"/> 2 - Outros - Informe _____		<b>11. Município de Nascimento*</b> <input type="text"/>		<b>12. UF de Nascimento*</b> <input type="text"/>
<b>13. Identidade de Gênero</b> <input type="checkbox"/> 1 - Homem <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Mulher <b>14. Orientação Sexual</b> <input type="checkbox"/> 3 - Outro <b>15. Raça:</b> <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <b>16. Escolaridade</b> <input type="checkbox"/> 6 - Analfabeto <input type="checkbox"/> 7 - Fundamental <input type="checkbox"/> 8 - Médio <input type="checkbox"/> 9 - Superior <input type="checkbox"/> 10 - Pós-Graduação <input type="checkbox"/> 11 - Bacharelado <input type="checkbox"/> 12 - Mestrado <input type="checkbox"/> 13 - Doutorado <b>17. Gestante?</b> <input type="checkbox"/> 14 - Sim <input type="checkbox"/> 15 - Não <b>18. Idade Gestacional</b> <input type="checkbox"/> 16 - Sem gestação <input type="checkbox"/> 17 - Gravidez <input type="checkbox"/> 18 - Menstruação <b>19. Telefone do Usuário SUS</b> <input type="text"/>				
<b>20. Profissão:</b> <input type="text"/>				
<b>21. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)</b> <input type="text"/>		<b>22. CPF do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)</b> <input type="text"/>		
<b>23. Nome da mãe*</b> <input type="text"/>				
<b>24. Endereço do usuário SUS*</b> <input type="text"/>				
<b>25. Bairro*</b> <input type="text"/>		<b>26. CEP*</b> <input type="text"/>		<b>27. Município de residência do usuário SUS*</b> <input type="text"/>
<b>28. UF de residência*</b> <input type="text"/>				
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO</b>				
<b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO*</b>				
<b>29. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*</b> <input type="checkbox"/> A - Avaliação individual <input type="checkbox"/> B - Avaliação de pessoas assintomáticas* em segmento <input type="checkbox"/> C - Monitoramento de crianças e adolescentes (até 18 anos)* <input type="checkbox"/> D - Monitoramento de pessoas em fármaco terapêutico <input type="checkbox"/> E - Monitoramento de pessoas em fármaco terapêutico entre 18 e 60 anos <input type="checkbox"/> F - Monitoramento de pessoas com idade acima de 60 anos <input type="checkbox"/> G - Monitoramento de pessoas com comorbidades <input type="checkbox"/> H - Monitoramento de pessoas com comorbidades entre 18 e 60 anos <input type="checkbox"/> I - Monitoramento de pessoas com comorbidades entre 60 e 70 anos <input type="checkbox"/> J - Monitoramento de pessoas com comorbidades acima de 70 anos <input type="checkbox"/> K - Monitoramento de pessoas com infecções oportunistas <input type="checkbox"/> L - Avaliação de imunização <input type="checkbox"/> M - Avaliação de pessoas em perda de segmento <input type="checkbox"/> N - Monitoramento de pessoas com infecções oportunistas				
<b>30. CID 10* - B24</b>				
<b>O Outro:</b> <input type="text"/>				
<b>DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
<b>31. Nome do Profissional Solicitante*</b> <input type="text"/>		<b>32. Assinatura e Carimbo*</b> <input type="text"/>		
<b>33. Registro no Conselho Profissional*</b> <input type="text"/>				
<b>34. Data da Solicitud</b> <input type="text"/>		<b>35. Local de coleta da amostra</b> <input type="text"/>		
<b>36. Nome de Instituição (Carimbo Padrão)*</b> <input type="text"/>		<b>37. Data da coleta*</b> <input type="text"/>		
<b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>				
<b>38. Código/Nome do Procedimento*</b> <input type="text"/> 02.02.03.002-4 / Contagem de Linfócitos T CD4+ / CD8+ + 02.13.01.015-0 / CONTAGEM RÁPIDA DE LINFÓCITOS CD4				
<b>39. Nome de Instituição (Carimbo Padrão)</b> <input type="text"/>				
<b>40. CID 10*</b> <input type="text"/>		<b>41. Data do recebimento</b> <input type="text"/>		
<b>42. Hora do recebimento</b> <input type="text"/>				
<b>43. NF/Solicitação exame</b> <input type="text"/>				
<b>44. Identificador da amostra</b> <input type="text"/>				
<b>45. Responsável</b> <input type="text"/>				
<b>46. Data do resultado</b> <input type="text"/>				
<b>47. Condicões de chegada da amostra</b> <input type="checkbox"/> 1 - Ameadada <input type="checkbox"/> 2 - Arrebatada <input type="checkbox"/> 3 - Arrebatada com sangue <input type="checkbox"/> 4 - Arrebatada em frasco indevidamente <input type="checkbox"/> 5 - Arrebatada com sangue <input type="checkbox"/> 6 - Arrebatada com sangue e glicose <input type="checkbox"/> 7 - Arrebatada com sangue e citrato <input type="checkbox"/> 8 - Arrebatada com sangue e citrato <input type="checkbox"/> 9 - Arrebatada com sangue e citrato				
<b>48. Material Biológico</b> <input type="checkbox"/> 1 - Sangue Total <input type="checkbox"/> 2 - CDB (soro/leucocitos) <input type="checkbox"/> 3 - Urina <input type="checkbox"/> 4 - Feces <input type="checkbox"/> 5 - Mucos <input type="checkbox"/> 6 - Secreção vaginal <input type="checkbox"/> 7 - Líquido pleural <input type="checkbox"/> 8 - Líquido cefalorraquídeo <input type="checkbox"/> 9 - Líquido sinovial <input type="checkbox"/> 10 - Líquido amniótico <input type="checkbox"/> 11 - Amostra com volume irreverenciável				
<b>49. Termo utilizada para descrição do exame ou os critérios no PCDT:</b> <input type="text"/>				
<b>50. Preenchimento obrigatório</b> <input type="checkbox"/>				
<a href="https://www.gov.br/abrasip/pt-br/janeiro2025">https://www.gov.br/abrasip/pt-br/janeiro2025</a>				

# CV-HBV


**Ministério da Saúde**  
 Secretaria de Vigilância em Saúde  
 Departamento de Doenças e Condições Crônicas e  
 Infecções Sexualmente Transmissíveis

**Formulário para Solicitação de Exame de**  
**Carga Viral do Virus da Hepatite B**

<b>DADOS DA INSTITUIÇÃO</b>			
1. Instituição solicitante (Levando preenchido)*		2. CNES*	
3. Nome do profissional solicitante*		4. Registro do conselho profissional*	
5. Assinatura e Cântero*			
6. Data de solicitação*		7. CPF do profissional*	
/ /		/ /	
<b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>			
8. CNIS do(a) paciente*		Nome completo (data) usuário(a)*	
9. CNP*		10. Oficial	
11. Social		12. Preferência de identificação*	
13. Sexo*		14. Data de nascimento*	
15. Raça/Cor*		16. Etnia*	
17. Número de identidade		18. Nome do(a) mãe*	
19. Número*, 20. Complemento		21. Bairro*	
22. Telefone		23. Município*	
24. Cód. INE*		25. Cód. INE*	
26. UF*		27. CEP*	
28. Telefone		29. País*	
30. Prazo(s)		31. Gestante*	
32. Local de coleta		33. Escalonamento (em anos)	
( )		<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
34. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*		35. CPF do(a) responsável	
36. Código do procedimento		37. Nome do procedimento	
<b>02.13.01.020-8</b>			
<b>Identificação do vírus da hepatite B por PCR (quantitativo)</b>			
<b>DETALHAMENTO DAS INFORMAÇÕES DO AGRAVO</b>			
<b>38. Idade gestacional*</b>			
<input type="checkbox"/> 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre <input type="checkbox"/> 4º trimestre		<b>39. Motivo do exame*</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico <input type="checkbox"/> 2. Avaliar indicação de tratamento <input type="checkbox"/> 3. Monitorar tratamento <input type="checkbox"/> 4. Gestante portadora de hepatite B <input type="checkbox"/> 5. Investigação de transmissão vertical		<b>40. Estágio da doença (CID)*</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Hepatite A aguda [16] <input type="checkbox"/> 2. Hepatite C crônica sem Delta [81.8] <input type="checkbox"/> 3. Hepatite C crônica com Delta [81.8]			
<b>LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA</b>			
40. Nome da instituição*		41. Data da coleta*	
42. Endereço*		43. Hora da coleta*	
44. CNES*			
45. Data do recebimento*			
46. Hora do recebimento			
/ / :			
<b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME</b>			
47. Solicição do exame*		48. Identificador da amostra*	
49. Responsável*		50. Data do resultado*	
51. Material biológico*		52. Volume da amostra	
53. US (mL)		54. Log	
55. Técnica*			

\*Preenchimento obrigatório

[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) [27/04/2020]

# Detecção de CT/NG

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Divisão de DST/AIDS, Tuberculose, Hepatites  
Vírus e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Formulário para Solicitação do Exame Pesquisa de  
Multipartênicos IST – Detecção de Clamídia e  
Gonococo por Biologia Molecular

<b>DADOS DA INSTITUIÇÃO</b>		<b>2. CNES*</b>				
3. Instituição encarregada (ainda que diferente da instituição de realização)						
<b>DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>						
4. Nome do profissional solicitante*		5. Assinatura e Carimbo*				
5. Logr. do consultor profissional*		6. Logr. do consultor profissional*				
7. CNP do profissional solicitante*						
8. / /						
<b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>						
9. CNH do paciente*		Nome completo do(a) usuário(a)*				
10. Oficial		11. Profissional				
12. CPF*		13. Socie				
14. Data de nascimento*		15. Raca/Coração*				
		16. Etnia				
		17. Nome da mãe*				
18. Nacionalidade*		19. Número de identidade				
		20. Logradouro*				
21. Nome**	22. Complemento	23. Bairros**	24. Município**	25. Cód. IBGE	26. UIR*	27. CEP*
28. Telefone	29. País**	30. Prioritário	31. Gestante**	32. Idade gestacional*	33. ID materno	34. Idade gestacional*
( )				1. Até 36 semanas	2. De 37 a 41 semanas	3. Iúno
35. Nome da responsável (se o paciente for menor de idade ou incapaz)		36. CPF da responsável*				
37. Código do procedimento		38. Nome do procedimento				
37.02.03.009-7		DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR				
<b>DETALHAMENTO DOS DADOS DO AVALIADO</b>						
39. Módulo do exame		40. Finalidade*				
1. Teste de Prófilo de Imunoprevenção (PIF) (análise de autoanticorpos)		39. Detecção de infecção				
2. Unidades de Prófilo de Imunoprevenção (PIF) (análise de autoanticorpos)		40. Detecção de infecção				
3. Pequena Pifro com HRP no momento da diagnóstico de IST (análise de autoanticorpos)		Investigação				
4. Pequena Pifro com HRP no momento da diagnóstico de IST (análise de anticorpos IgM)		IST				
5. Pessas com sintomas e sintomas sugestivos de infecção por clamídia e/ou gonococo						
41. Informações clínicas - Agente/Doença*		42. Detalhes do agravo - Caso*				
Doenças sexualmente transmissíveis		Diagnóstico				
43. Exame**		44. Metodologia*				
Pesquisa de Multipartênicos IST		PCR em Tela Real				
<b>DETALHAMENTO DA AMOSTRA</b>						
45. Nome da amostra*		46. Data da coleta*				
47. Nome da instituição*		48. Data do recebimento*				
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE						
49. Nome da instituição*		50. Data de resultado				
51. Identificação da amostra**		52. Responsável*				
53. Material biológico*		54. Detecção da Chlamydia trachomatis (CT)*				
1. Urina		55. Detecção da Neisseria gonorrhoeae (NG)*				
2. Esfregaço vaginal		56. Kit*				
3. Esfregaço endovenoso		1. Isolamento				
4. Esfregaço orofaringeo		2. Não detectável				
5. Esfregaço analrectal		3. Cobais 4000 CT/NG				
*Preenchimento obrigatório		4. Cobais 5000 CT/NG				
		5. Cobais 1000 CT/NG				
		6. Cobais 500 CT/NG				
		7. Cobais 100 CT/NG				
		8. Cobais 50 CT/NG				
		9. Cobais 10 CT/NG				
		10. Cobais 5 CT/NG				
		11. Cobais 1 CT/NG				
		12. Cobais 0,5 CT/NG				
		13. Cobais 0,1 CT/NG				
		14. Cobais 0,05 CT/NG				
		15. Cobais 0,01 CT/NG				
		16. Cobais 0,005 CT/NG				
		17. Cobais 0,001 CT/NG				
		18. Cobais 0,0005 CT/NG				
		19. Cobais 0,0001 CT/NG				
		20. Cobais 0,00005 CT/NG				
		21. Cobais 0,00001 CT/NG				
		22. Cobais 0,000005 CT/NG				
		23. Cobais 0,000001 CT/NG				
		24. Cobais 0,0000005 CT/NG				
		25. Cobais 0,0000001 CT/NG				
		26. Cobais 0,00000005 CT/NG				
		27. Cobais 0,00000001 CT/NG				
		28. Cobais 0,000000005 CT/NG				
		29. Cobais 0,000000001 CT/NG				
		30. Cobais 0,0000000005 CT/NG				
		31. Cobais 0,0000000001 CT/NG				
		32. Cobais 0,00000000005 CT/NG				
		33. Cobais 0,00000000001 CT/NG				
		34. Cobais 0,000000000005 CT/NG				
		35. Cobais 0,000000000001 CT/NG				
		36. Cobais 0,0000000000005 CT/NG				
		37. Cobais 0,0000000000001 CT/NG				
		38. Cobais 0,00000000000005 CT/NG				
		39. Cobais 0,00000000000001 CT/NG				
		40. Cobais 0,000000000000005 CT/NG				
		41. Cobais 0,000000000000001 CT/NG				
		42. Cobais 0,0000000000000005 CT/NG				
		43. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		44. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		45. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		46. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		47. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		48. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		49. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		50. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		51. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		52. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		53. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		54. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		55. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		56. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		57. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		58. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		59. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		60. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		61. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		62. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		63. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		64. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		65. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		66. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		67. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		68. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		69. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		70. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		71. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		72. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		73. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		74. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		75. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		76. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		77. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		78. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		79. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		80. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		81. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		82. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		83. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		84. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		85. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		86. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		87. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		88. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		89. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		90. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		91. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		92. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		93. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		94. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		95. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		96. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		97. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		98. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		99. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		100. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		101. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		102. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		103. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		104. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		105. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		106. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		107. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		108. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		109. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		110. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		111. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		112. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		113. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		114. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		115. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		116. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		117. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		118. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		119. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		120. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		121. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		122. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		123. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		124. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		125. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		126. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		127. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		128. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		129. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		130. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		131. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		132. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		133. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		134. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		135. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		136. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		137. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		138. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		139. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		140. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		141. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		142. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		143. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		144. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		145. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		146. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		147. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		148. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		149. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		150. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		151. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		152. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		153. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		154. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		155. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		156. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		157. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		158. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		159. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		160. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		161. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		162. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		163. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		164. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		165. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		166. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		167. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		168. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		169. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		170. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		171. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		172. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		173. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		174. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		175. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		176. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		177. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		178. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		179. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		180. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		181. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		182. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		183. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		184. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		185. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		186. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		187. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		188. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		189. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		190. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		191. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		192. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		193. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		194. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		195. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		196. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		197. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		198. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		199. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		200. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		201. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		202. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		203. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		204. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		205. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		206. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		207. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		208. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		209. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		210. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		211. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		212. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		213. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		214. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		215. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		216. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		217. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		218. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		219. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		220. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		221. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		222. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		223. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		224. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
		225. Cobais 0,0000000000000001 CT/NG				
		226. Cobais 0,00000000000000005 CT/NG				
</						

**Nome do exame de CT/NG no GAL:**

**Atenção:**

- É fundamental se manter atualizado quanto as alterações nas fichas de solicitação dos exames.
- Quando necessário, o laboratório/serviço de saúde executor do exame deve realizar contato com as unidades solicitantes que, porventura, estejam utilizando fichas de solicitação desatualizadas.
- Os profissionais atuantes nos laboratórios/serviços de saúde executores de exames devem realizar a verificação das solicitações de exames realizadas pelo corpo clínico.
  - Exemplo: avaliar se a amostra coletada está adequada às exigências do exame solicitado; conferir a compatibilidade entre o exame solicitado e a condição clínica a ser investigada.
- A unidade solicitante deve realizar o preenchimento correto, completo e legível da ficha de solicitação.
  - Exemplo: preenchimento incorreto, incompleto e não legível são critérios de rejeição de amostras pelo laboratório/serviço executor do exame; ou vão impactar no tempo de liberação do resultado do exame, uma vez que demandam um tempo maior para busca dos dados faltantes ou incorretos ou mesmo para compreensão das informações escritas na ficha de solicitação recebida pelo local executor do exame.
    - ✓ Recomenda-se que a unidade executora do exame realize um compilado mensal dos erros recebidos e informe a unidade solicitante e Coordenação Estadual sobre as dificuldades encontradas. Dessa forma, é possível estabelecer um fluxo de comunicação e alinhamento das expectativas, resultando na qualificação contínua da rede.



Essas ações permitem a redução da necessidade de repetições desnecessárias, otimizando tempo, custos e melhorando a experiência e segurança do usuário do SUS.



## Informações adicionais dispostas na RDC Nº 978, de 6 de junho de 2025

Art. 132. O Serviço que executa EAC deve:

I - disponibilizar ao paciente ou responsável instruções (físicas, digitais ou verbais) em linguagem acessível, orientando sobre o preparo e a coleta do material biológico, tendo como objetivo a compreensão do paciente;

II - solicitar ao paciente documento válido com foto que comprove a sua identificação para o cadastro;

III - dispor de instruções escritas, disponíveis e atualizadas para todos as atividades pré-analíticas; e

IV - disponibilizar meios que permitam a rastreabilidade de toda a fase pré- analítica.

§1º Para pacientes em atendimento de urgência ou submetidos a regime de internação, a comprovação dos dados de identificação também poderá ser obtida em seu prontuário.

§2º O profissional responsável pela coleta do material biológico para exames anatomo-patológicos deve certificar-se da identidade do paciente e da correta caracterização do material a examinar.

§3º No âmbito de políticas públicas de promoção e proteção da saúde e prevenção e controle de doenças, na ausência de documento válido com foto, a comprovação da identificação do paciente para o cadastro poderá ser feita conforme estabelecido em normativa vigente do Ministério da Saúde.

Ver mais na próxima página



## Usuário SEM documento com foto como proceder?

Inicialmente, é importante que o serviço identifique as razões para ausência de documento, e que tenham mecanismos locais de articulação intersetorial que favoreçam a disponibilização de documento ao usuário nos casos possíveis.



Aos usuários sem identificação, sugere-se que o serviço de saúde viabilize o Cartão Nacional do SUS. Recomenda-se, ainda, articulação com a assistência social do serviço ou município para viabilizar novo documento de identificação.

## Obrigatoriedade do CPF (Lei Nº 14.534, de 11 de janeiro de 2023) nos sistemas de informação – como proceder mediante a ausência?

A obrigatoriedade do CPF é uma medida para aprimorar a assistência às PVHA e que não deve ser, sob nenhuma hipótese, uma barreira de acesso dos usuários aos serviços necessários.



Existem populações específicas em que é mais comum não possuir CPF (exemplo: recém-nascidos e crianças com até 5 anos de idade, pessoas privadas de liberdade, pessoas em situação de rua, indígenas e estrangeiros) e, que por tal motivo, impossibilitaria o cadastro de tais pacientes nos sistemas. Entretanto, nesses casos, o serviço deverá informar em qual situação o usuário está incluído e o campo CPF deverá ser atualizado nos sistemas assim que o documento estiver disponível.



## Informações adicionais dispostas na RDC Nº 978, de 6 de junho de 2025

Art. 133. O Serviço que executa as atividades relacionadas ao EAC, que coleta o material biológico, é responsável pelo cadastro do paciente.

Art. 134. O cadastro do paciente deve incluir as seguintes informações:

I - número de registro de identificação do paciente;

II - nome completo do paciente;

III - nome social, quando aplicável;

IV - data de nascimento;

V - sexo biológico;

VI - nome da mãe;

VII - telefone ou endereço do paciente; e

VIII - nome e contato do responsável, em caso de menor de idade ou de incapaz.

Art. 135. O Serviço que executa as atividades relacionadas ao EAC, que coleta o material biológico, é responsável por realizar o cadastro do EAC.

Art. 136. O cadastro do EAC deve incluir as seguintes informações:

I - nome do solicitante;

II - data e horário do atendimento;

III - horário da coleta do material biológico, quando aplicável;

IV - nome e número do cadastro no CNES da unidade responsável pela coleta do material biológico;

V - exames solicitados e tipo do material biológico;

VI - informações adicionais;

VII - nome do profissional que executou o cadastro;

VIII - nome do profissional que executou a coleta do material biológico, quando aplicável;

IX - nome do profissional que validou o recebimento do material biológico, quando aplicável;

X - data prevista para a entrega do laudo, quando aplicável;

XI - indicação de urgência, quando aplicável; e

XII - informações adicionais do paciente relevantes para o EAC, como o uso de medicamentos, vitaminas e condições de saúde.

A qualidade do exame e a confiabilidade dos resultados está ligada a diversos fatores, entre eles está o fornecimento informações claras e objetivas aos usuários pela unidade coletora do exame.



#### **Objetivo do exame**

- Explicar, de forma acessível, a finalidade do teste, como a quantificação da carga viral (HIV, HBV, HCV) ou a detecção molecular de CT/NG, destacando sua importância para o diagnóstico ou monitoramento terapêutico.

#### **Conferência da identidade do usuário**

- Antes da coleta, deve-se confirmar os dados do paciente, garantindo que a amostra seja corretamente identificada. Essa verificação é essencial para evitar trocas de amostras e assegurar a rastreabilidade do exame.

#### **Potenciais interferentes**

- Informar sobre fatores que podem comprometer a precisão do exame, como exemplo, a utilização de lubrificantes, espermicidas, cremes ou géis antes da coleta de urina para o exame de detecção de CT/NG.

#### **Forma de acesso aos resultados e prazo de liberação**

- Explicar ao usuário como e quando ele poderá consultar os resultados dos exames, destacando a importância de que os resultados sejam avaliados por um profissional de saúde.

#### **Procedimentos em situações de autocoleta de amostras**

- Quando aplicável, fornecer instruções detalhadas para garantir a correta obtenção da amostra, orientando sobre o preparo e a coleta do material biológico, tendo como objetivo a compreensão do paciente.



A coleta, armazenamento e transporte de amostras devem ser realizados **conforme preconizado na bulá do fornecedor do teste e conforme o tubo coletor**, devendo ser consideradas informações como:

**Tipos de tubos coletores  
(tubo primário) validados  
para a metodologia do  
teste**

Atenção! O uso de tubos não validados é um critério de rejeição de amostras, uma vez que comprometem a qualidade e confiabilidade dos resultados. Ver mais no Anexo.

**Tipos de anticoagulantes  
validados (quando  
aplicável)**

Atenção! Alguns anticoagulantes podem não ser validados pelo fabricante do teste. Portanto, deve-se verificar quais estão validados antes da utilização para coleta de amostra. Ver mais no Anexos I da NOTA TÉCNICA Nº 83/2025-CGHA/.DATHI/SVSA/MS.

**Tipo de amostra validada**

Atenção! Cada exame é validado pelo fabricante para um tipo de amostra específico, o uso de amostra não validadas compromete a execução do exame, resultado final obtido e o atendimento ao usuário.

**Volume de amostra  
necessário para execução  
do exame**

Atenção! Amostras com volume inadequado fazem parte dos critérios de rejeição pelo laboratório. A execução do exame para amostras com baixo volume pode levar a erros de processamento por baixo volume e perda da amostra.

**Centrifugação adequada  
das amostras biológicas**

Atenção! Após a centrifugação, o gel separador não deve apresentar bolhas, fissuras ou outras irregularidades, devendo estar uniformemente distribuído ao centro do tubo e corretamente posicionado entre o plasma e os componentes celulares.

**Condições para o  
acondicionamento ou  
transporte dos tubos e  
das amostras**

Atenção! Tubos armazenados ou transportados em temperaturas inadequadas (acima ou abaixo do recomendado) podem sofrer alterações físicas e químicas, além de comprometer diretamente a qualidade das amostras coletadas.

## Informações complementares sobre os tubos de coleta de amostra



O impacto na fase pré-analítica não está relacionado apenas às condições de coleta, armazenamento e uso das amostras biológicas, mas também às condições e temperaturas recomendadas para o armazenamento e transporte dos tubos de coleta utilizados, conforme especificações de cada fabricante.

Dessa forma, considerando a diversidade de fabricantes de tubos primários utilizados na rede, os laboratórios e serviços de saúde, tanto coletores quanto executores, devem verificar atentamente as recomendações de temperatura mínima e máxima de armazenamento indicadas para cada tipo de tubo disponível em seu território

Por esse motivo, é essencial que haja monitoramento contínuo das condições de estocagem, garantindo que estejam em conformidade com as orientações do fabricante, em articulação com o almoxarifado responsável (central e local).



**As instituições executoras** ficam responsáveis por **manter-se atualizadas sobre as orientações do fornecedor, bem como capacitar e atualizar as unidades coletoras em parceria com as coordenações/gerências de HIV/Aids, Hepatites Virais e IST.**

As condições para o transporte, acondicionamento e volume de processamento de amostras a serem processadas nos equipamentos Cobas 4800/5800 (Roche) e GeneXpert (Cepheid), atuais equipamentos da Rede Nacional, estão apresentadas nos Anexos I da NOTA TÉCNICA Nº 83/2025-CGHA/.DATHI/SVSA/MS.



**As unidades coletoras** devem comprometer-se em **seguir as instruções fornecidas pelo laboratório executor**, cumprindo todos os requisitos mínimos para coleta, armazenamento e transporte de amostras.

É fundamental atentar-se às condições de armazenamento dos tubos de coleta e ao processo de centrifugação das amostras, considerando o raio do rotor da centrífuga utilizada.

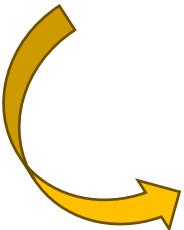
Importante! Cada tipo de tubo possui especificações próprias quanto à força centrífuga relativa (força G) necessária para a adequada separação dos componentes. A força G é um fator crítico que deve ser corretamente ajustado na centrífuga, pois valores inadequados podem comprometer a qualidade da amostra. Além disso, a conversão entre rotação por minuto (RPM) e força G deve ser feita corretamente, levando em consideração o raio do rotor da centrífuga utilizada.



## Impactos do não cumprimento das condições de coleta, armazenamento e transporte de amostras

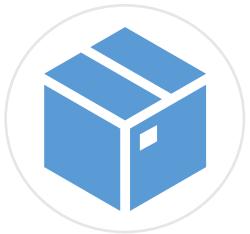
Caso as instruções não sejam seguidas, podem ocorrer prejuízos na qualidade da amostra como:

- ✓ Degradação do material genético, o que prejudica a correta identificação do alvo pesquisado;
- ✓ Contaminação cruzada, caso haja manuseio excessivo no tubo primário;
- ✓ Interferência na quantificação de material genético, caso a amostra não seja devidamente centrifugada.
- ✓ Hemólise;
- ✓ Mudança na consistência do gel separador, caso os tubos com gel sejam armazenados em temperaturas extremas ou o processo de centrifugação seja feito incorretamente;
- ✓ Entre outros.



Consequentemente, resultando em:

- Resultados falsos negativos;
- Resultados falsos positivos;
- Redução na sensibilidade e especificidade;
- Comprometimento do monitoramento de tratamento;
- Risco de diagnóstico tardio ou errôneo;
- Necessidade de retomar procedimentos de coleta;
- Danos aos equipamentos de pipetagem automática se o gel separador estiver desnivelado ou se a amostra contiver pedaços de gel;
- Entre outros.



Conforme consta na RDC Nº 978, de 6 de junho de 2025:

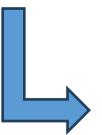
*“Art. 139. O Serviço que executa Exames de Análises Clínicas (EAC) deve **definir critérios para aceitação, rejeição, identificação e realização de EAC em material biológico.**”*



**Em hipótese alguma o laboratório/serviço de saúde executor deverá proceder com a análise de amostras fora dos critérios de estabilidade validados pelo fornecedor do exame.**



**Não é possível garantir a confiabilidade de resultados de amostras executados **fora dos critérios de estabilidade validados** pelo fornecedor do exame. Portanto, essas amostras devem ser rejeitadas pelo laboratório/serviço de saúde executor do exame.**



**Nesses casos, é importante que o laboratório/serviço de saúde oriente a unidade solicitante e, a depender da frequência, comunique a Coordenação Estadual/Municipal de HIV/aids, Hepatites Virais e IST para que medidas corretivas sejam tomadas, com realização de nova coleta de amostra.**



### Sugestão de critérios para inclusão no processo de recebimento e triagem:

- ✓ Preenchimento adequado da ficha de solicitação:
  - Avaliar a completude dos dados obrigatórios (como nome do paciente, CPF/identificador, nome da mãe, data da coleta, exame solicitado, unidade solicitante, etc.).
  - Verificar a legibilidade das informações, garantindo que não haja rasuras ou dados ambíguos.
- ✓ Compatibilidade entre solicitação e amostra:
  - Confirmar a relação adequada entre o tipo de exame solicitado, o tipo de amostra coletada (sangue, urina, secreção, etc.) e o tipo de tubo utilizado (EDTA, seco, com conservante, etc.), conforme preconizado pelo fabricante e protocolos do laboratório.
- ✓ Condições de chegada da amostra:
  - Observar e registrar: Temperatura de transporte e conservação; Volume suficiente de amostra; Integridade e identificação da amostra (etiquetagem correta e legível, sem vazamentos, coágulos, contaminação externa ou troca de tubos);
  - Aspecto físico da amostra (hemólise, lipemia, urina com excesso de sangue, presença de fezes em amostras extragenitais, entre outros, quando aplicável).
- ✓ Verificação e definição de critérios de urgência ou prioridade clínica.
  - Podem ser priorizadas amostras de: recém-nascidos, gestantes, pessoas em investigação de infecção viral aguda pelo HIV, entre outros casos que sejam considerados pertinentes localmente.
  - Recomenda-se a comunicação com a unidade solicitante/coletora para alinhamento das definições de urgências ou priorização de amostras.



Todos os exames de Carga Viral (CV) HIV/HBV/HCV e Detecção de Clamídia/Gonococo (CT/NG) devem ser cadastrados e liberados nos sistemas de informação preconizados, sendo:

- ✓ **SISCEL:** CV HIV.
- ✓ **GAL:** CV do HBV/HCV e Detecção de CT/NG.

Como parte da fase pré-analítica, o laboratório ou serviço de saúde deve verificar e realizar o cadastro do usuário do SUS no respectivo sistema, atentando-se ao preenchimento de todas as informações obrigatórias. É importante lembrar de:

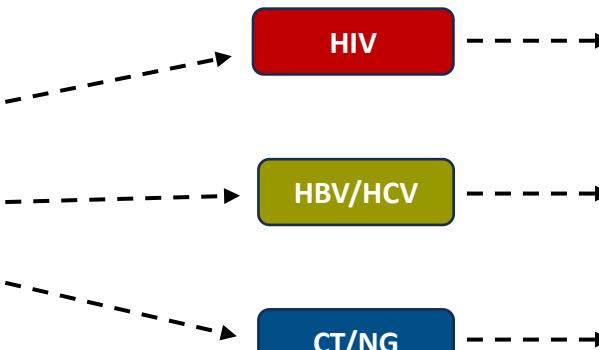
- ✓ Verificar se o usuário já possui cadastro no sistema.
- ✓ Preencher o máximo de informações possíveis para evitar duplicidade de registros.
- ✓ Nos casos em que não houver CPF disponível (especialmente para recém-nascidos, crianças com até 5 anos, pessoas privadas de liberdade, em situação de rua, indígenas ou estrangeiros), o serviço deverá proceder com o exame e o campo do CPF deverá ser atualizado nos sistemas assim que o documento estiver disponível. Para informações complementares, consultar a página 9 deste documento.

# Orientações sobre os tubos de coleta de amostra

## Carga Viral do HIV/HBV/HCV e Detecção de Clamídia/Gonococo



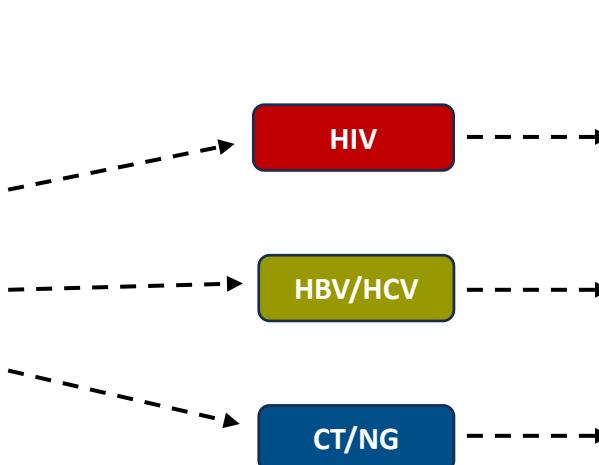
**Rede de Carga Viral Rápida  
(GeneXpert – Cepheid)**



Amostra validada	Material validado – Cepheid
Plasma	Tubo com anticoagulante EDTA K2 (com ou sem gel separador)
Plasma	Tubo com anticoagulante EDTA K2 (com ou sem gel separador)
Soro	Tubo com Ativador de Coágulo (com ou sem gel)
Vaginal, Endocervical, Orofaríngea e Anorretal	Xpert (SWAB/G-50)
Urina	Xpert (URINE/A-50)



**Rede de Convencional  
(Cobas 4800 e Cobas 5800)**



Amostra validada	Material validado – Roche
Plasma	Tubo com anticoagulante EDTA K2 (com ou sem gel separador) ou EDTA K3
Plasma	Tubo com anticoagulante EDTA K2 (com ou sem gel separador) ou EDTA K3
Soro	Tubo com Ativador de Coágulo (com ou sem gel)
Vaginal e Endocervical (Cobas 4800 e 5800) Orofaríngea e Anorretal (somente Cobas 5800)	Tubo Cobas® PCR Dual Swab
Urina (Cobas 4800 e 5800)	Tubos Cobas® PCR Urine

**NOTA:**

\*Essas informações podem ser atualizadas mediante mudança de fornecedor ou atualização das recomendações pelo fornecedor.

\*Os tipos de tubo variam de acordo com especificação de cada fabricante de teste/exame, sendo responsabilidade da instituição executora do exame: **Capacitação e atualização** dos profissionais e/ou unidades coletoras sobre os **procedimentos de coleta, armazenamento e transporte de amostras**.

Para mais informações:  
[diagnostico@aids.gov.br](mailto:diagnostico@aids.gov.br)