



Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem de HIV

Campos de preenchimento obrigatório estão identificados com asterisco (*). O não preenchimento destes campos impossibilitará a realização do exame.

Junho/2026

1. Instituição solicitante* (Utilizar carimbo padrão ou letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)	2. UF	3. CNES
---	--------------	----------------

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4. CPF*	4.1. Na indisponibilidade do CPF, informar a exceção <input type="radio"/> Recém-nascido/criança (até 5 anos) <input type="radio"/> Estrangeiro <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Pessoa em situação de rua <input type="radio"/> Pessoa privada de liberdade	5. Identificação Preferencial* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social	6. Data de Nascimento*
----------------	---	---	-------------------------------

7. Nome Completo do(a) Usuário(a) - Civil* (Preencher com letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)

8. Nome Social (Preencher com letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)

9. Sexo atribuído ao Nascer* <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo	10. Identidade de Gênero <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não binário	11. Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Assexual <input type="radio"/> Pansexual
--	--	---

12. Raça/cor* <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena Etnia: _____	13. Gestante* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	14. Idade Gestacional* _____ Semanas	15. Peso (se < de 18 anos)	15.1. Deglute comprimido <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
--	--	---	-----------------------------------	--

16. Nome da mãe* (Caso nome da mãe não seja conhecido, informar principal responsável. Preencher com letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)
--

DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME

17. Código do Procedimento : 02.02.03.124-1	18. Nome do Procedimento: Genotipagem do HIV-1	19. Amostra: Sangue total
--	---	----------------------------------

20. Categoria de indicação de genotipagem: Preencher apenas uma categoria de indicação de genotipagem (A, B ou C), de acordo com a necessidade avaliada
--

○ A) PRÉ-TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL - Válido para usuários que nunca tenham feito uso de TARV Coletar amostra ANTES do início da TARV:

A1) Grupo prioritário*: Solicitar apenas após conclusão diagnóstica da infecção por HIV-1 <input type="radio"/> Gestante <input type="radio"/> RN/Criança (<13 anos) <input type="radio"/> Adolescente (13-17 anos)	CV-HIV: Data da Coleta ____/____/____	Resultado: _____ cópias/mL	Laboratório <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
---	--	-----------------------------------	---

A2) Outros Grupos*: Solicitar apenas após conclusão diagnóstica da infecção por HIV-1; É obrigatório ter última CV-HIV com resultado ≥ 500 cópias/mL <input type="radio"/> Usuário de PrEP <input type="radio"/> Parceria sorodiferente <input type="radio"/> Coinfecção TB-HIV	CV-HIV*: Data da Coleta ____/____/____	Resultado*: _____ cópias/mL	Laboratório* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
--	---	------------------------------------	--

○ B) FALHA VIROLÓGICA CONFIRMADA - Válido para qualquer PVHA em uso de TARV. É necessário ter duas CV-HIV seguidas com valor ≥ 200 cópias/mL, sendo a última obrigatoriamente ≥ 500 cópias/mL; Intervalo mínimo de 4 semanas entre as CV-HIV; Intervalo máximo de 12 meses entre a última CV-HIV e a solicitação de genotipagem.

Penúltima CV-HIV* (obrigatoriamente ≥ 200 cópias/mL) CV-HIV: Data da Coleta* ____/____/____	Resultado: _____ cópias/mL	Laboratório* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
--	-----------------------------------	--

Última CV-HIV* (obrigatoriamente ≥ 500 cópias/mL) CV-HIV: Data da Coleta* ____/____/____	Resultado: _____ cópias/mL	Laboratório* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
---	-----------------------------------	--

○ C) FALHA VIROLÓGICA SUSPEITA - Válido apenas para PVHA gestante em uso de TARV É necessário ter a última CV-HIV com resultado obrigatoriamente ≥ 500 cópias/mL; Intervalo de tempo máximo de 12 meses entre a última CV-HIV e a solicitação de genotipagem.

Última CV-HIV* (obrigatoriamente ≥ 500 cópias/mL) CV-HIV: Data da Coleta* ____/____/____	Resultado*: _____ cópias/mL	Laboratório* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
---	------------------------------------	--

21. Esquemas ARV utilizados (prévio e/ou atual) Se TV suspeita ou confirmada (Grupo A1), informar esquema profilático/preemptivo da criança (1º espaço) e TARV da mãe (2º e 3º espaços); Se parceria sorodiferente (Grupo A2), informar TARV da parceria; Se falha virológica (categorias B e C), informar TARV do/a usuário/a	20.1. Ano de uso
---	-------------------------

1º	
2º	
3º	

22. Tipo de genotipagem a ser realizada*:
--

<input type="checkbox"/> Genotipagem Convencional Protease e Transcriptase Reversa	<input type="checkbox"/> Integrase Solicitar em caso de falha atual ou prévia a INI	<input type="checkbox"/> Genotropismo (Alça V3 GP120 – maraviroque) Será executado na vigência de resistência a 3 ou 4 classes (ITRN, ITRNN, INI e IP) após avaliação do laboratório executor
--	---	---

DADOS CLÍNICOS

23. CID 10 B24	24. Comorbidades <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Doença óssea <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Outra _____	25. Genotipagem Anterior Mais Recente* <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim ____/____ – Mês/Ano da coleta do último exame de genotipagem
--------------------------	--	--

26. Nome do Profissional Solicitante*	27. Assinatura e Carimbo*
--	----------------------------------

28. Registro no Conselho Profissional* Conselho/UF/INº	29. Data da Solicitação
--	--------------------------------

PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA*

30. Nome de instituição Coletora (Utilizar carimbo padrão ou letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)*

31. UF*	32. CNES	33. Data da coleta*	34. Hora da coleta*
----------------	-----------------	----------------------------	----------------------------

PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME

35. Nome de instituição Executora (Utilizar carimbo padrão ou letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)*
--

36. Identificador da Amostra	37. Data do recebimento*	38. Hora do recebimento*
-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Legenda: CV-HIV: carga viral do HIV; INI: inibidor de integrase; IP: inibidores da protease; ITRN: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos; ITRNN: inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos; PrEP: profilaxia pré-exposição ao HIV; PVHA: pessoa vivendo com HIV e/ou aids; RN: recém-nascido; TARV: terapia antirretroviral; TB-HIV: tuberculose-HIV; TV: Transmissão vertical

ORIENTAÇÕES GERAIS

Os campos com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.
As alternativas com ícone indicam que uma única resposta é possível.
As alternativas com ícone indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

Junho/2026

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

Instrucional - Solicitação Genotipagem HIV: (Campos obrigatórios de preenchimento marcados com*)

1. **Nome da instituição solicitante***: preencher ou carimbar, de forma legível, o nome completo da instituição onde o exame está sendo solicitado.
 2. **UF**: informar a Unidade da Federação (UF) da instituição solicitante.
 3. **CNES**: preencher com o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade solicitante.
 4. **CPF***: preencher com o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do(a) usuário(a) que será avaliado(a).
 - 4.1. **Na indisponibilidade do CPF, informar a exceção***: preencher este campo apenas quando o(a) paciente se enquadrar em uma das seguintes situações: recém-nascido(a) ou criança (até 5 anos), pessoa estrangeira, pessoa indígena, pessoa em situação de rua ou pessoa privada de liberdade.
 5. **Identificação Preferencial**: Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).
 6. **Data de Nascimento***: preencher com a data de nascimento do(a) usuário(a), no formato **DIA/MÊS/ANO**.
 7. **Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil***: preencher com o nome civil completo do(a) usuário(a), conforme documento oficial.
 8. **Nome Social**: preencher com o nome social do(a) usuário(a), quando informado. Este deverá ser o nome utilizado para se referir ao(a) usuário(a).
 9. **Sexo atribuído ao nascimento***: selecionar a opção correspondente ao sexo atribuído ao nascimento do(a) usuário(a): **masculino, feminino ou intersexo**.
 10. **Identidade de gênero**: selecionar a identidade de gênero do(a) usuário(a), conforme informado: **mulher cis, homem cis, mulher trans ou travesti, homem trans, pessoa não binária, outra identidade de gênero, ou não informada**, quando a informação não for fornecida.
 11. **Orientação sexual**: selecionar a orientação sexual informada pelo(a) usuário(a): **heterossexual, homossexual, bissexual, assexual ou pansexual**.
 12. **Raça/Cor***: preencher de acordo com a autodeclaração do(a) usuário(a), utilizando as categorias do IBGE: **amarela, branca, preta, parda ou indígena**. Se Indígena, informar Etnia.
 13. **Gestante***: assinalar **Sim**, quando se tratar de pessoa gestante, ou **Não**, quando não gestante.
 14. **Idade gestacional***: preenchimento obrigatório quando o campo 13. **Gestante** estiver marcado como **Sim**. Informar a idade gestacional em semanas completas, conforme a data da última enstruação (DUM) ou exame de imagem mais recente.
 15. **Peso, se <18 anos**: informar o peso do(a) usuário(a) menor de 18 anos, em quilogramas (kg). O preenchimento deste campo é obrigatório para menores de 18 anos.
 - 15.1. **Deglute comprimido**: preenchimento fortemente recomendado para usuários(as) menores de 18 anos e adultos(as) com qualquer dificuldade de deglutição.
 16. **Nome da mãe***: preencher com o nome completo da mãe do(a) paciente. Quando o nome da mãe não for conhecido, informar o(a) principal responsável. Em caso de criança com família homoparental, informar o nome de um(a) dos(as) responsáveis.
 20. **Categorias de indicação de genotipagem***
Preencher apenas uma categoria de indicação de genotipagem, de acordo com o perfil do(a) usuário(a)/paciente.
A) Categoria PRE-TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL: Indicada para grupos com maior risco de resistência transmitida, com diagnóstico atual ou recente de infecção pelo HIV e que **nunca utilizaram tratamento antirretroviral (TARV)**. Recomenda-se a coleta da amostra **antes do início da TARV**.
A.1) Grupo prioritário*: selecionar o grupo ao qual o(a) usuário(a)/paciente pertence:
 - **Gestante**: solicitar após conclusão diagnóstica da infecção pelo HIV em pessoa gestante, sem uso prévio ou atual de TARV;
 - **Recém-nascido(a)/criança**: solicitar em caso de suspeita ou confirmação de infecção pelo HIV em pessoa com menos de 13 anos, sem uso de TARV;
 - **Adolescente**: solicitar após conclusão diagnóstica da infecção pelo HIV em pessoa entre 13 e 17 anos.Para todos os grupos prioritários (A.1), não é obrigatório apresentar resultado de **CV-HIV**. Entretanto, recomenda-se a realização da CV-HIV antes do início da TARV para avaliação basal. Quando disponível, informar **data da coleta, resultado do exame e natureza do laboratório (público ou privado)**.
A.2) Outros grupos*: selecionar a situação correspondente ao(a) usuário(a)/paciente:
 - **Usuário(a) de PrEP**: solicitar após conclusão diagnóstica de infecção pelo HIV, com última **CV-HIV ≥ 500 cópias/mL**, para pessoas com histórico de uso de PrEP durante ou após o período provável de infecção pelo HIV;
 - **Parceria sorodiferente**: solicitar após conclusão diagnóstica de infecção pelo HIV, com última **CV-HIV ≥ 500 cópias/mL**, quando houver exposição sexual com parceria vivendo com HIV em uso de TARV;
 - **Pessoa com coinfeção TB-HIV**: solicitar após conclusão diagnóstica de infecção pelo HIV, com última **CV-HIV ≥ 500 cópias/mL**, em pessoas com tuberculose ativa no momento do diagnóstico.Para os grupos de **A.2**, é obrigatório informar a **data da coleta da CV-HIV, resultado do exame (necessariamente ≥ 500 cópias/mL) e natureza do laboratório (público ou privado)**.
B) Categoria FALHA VIROLÓGICA CONFIRMADA: Indicada para qualquer pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) em uso de TARV.
Para solicitação, é necessário:
 - duas **CV-HIV consecutivas ≥ 200 cópias/mL**, sendo a **última obrigatoriamente ≥ 500 cópias/mL**;
 - intervalo mínimo de **4 semanas** entre as CV-HIV;
 - intervalo máximo de **12 meses** entre a última CV-HIV e a solicitação da genotipagem.Informar, sobre a **Penúltima CV-HIV***, a **data da coleta, resultado do exame (obrigatoriamente ≥ 200 cópias/mL)** e a **natureza do laboratório (público ou privado)**. Informar, sobre a **Última CV-HIV***, a **data da coleta, resultado do exame (obrigatoriamente ≥ 500 cópias/mL)** e a **natureza do laboratório (público ou privado)**. Recomenda-se que o teste seja realizado **durante o uso da TARV**, devido à necessidade de pressão seletiva exercida pelos medicamentos.
C) Categoria FALHA VIROLÓGICA SUSPEITA: Aplicável a **PVHA gestante em uso de TARV**.
Para solicitação, é necessário:
 - última **CV-HIV ≥ 500 cópias/mL**;
 - intervalo máximo de **12 meses** entre a última CV-HIV e a solicitação da genotipagem.Informar, sobre a **Última CV-HIV***, a **data da coleta, resultado do exame (obrigatoriamente ≥ 500 cópias/mL)** e a **natureza do laboratório (público ou privado)**. Recomenda-se que o teste seja realizado **durante o uso da TARV**, devido à necessidade de pressão seletiva exercida pelos medicamentos.
 21. **Esquemas ARV utilizados (previamente ou em uso atual)**: Preencher até **três esquemas antirretrovirais (ARV)**, com os respectivos períodos de uso.
 - Em casos de **transmissão vertical (TV) suspeita ou confirmada – Grupo A.1**, informar o **esquema profilático/preemptivo da criança (1º espaço)** e a **TARV da mãe (2º e 3º espaços)**;
 - Em casos de **parceria sorodiferente – Grupo A.2**, informar a **TARV da parceria**;
 - Em casos de **falha virológica (categorias B e C)**, informar a **TARV do(a) usuário(a)**.O preenchimento deste campo **não é obrigatório**, porém é **fortemente recomendado**, pois contribui para melhor definição da proposta terapêutica.
 22. **Tipo de genotipagem***: Selecionar o(s) tipo(s) de genotipagem a ser(em) realizado(s), conforme histórico terapêutico e critérios clínicos vigentes.
 - **Genotipagem convencional**: inclui análise das classes **ITRN, ITRNN e IP**;
 - **Integrase**: inclui análise para **inibidores de integrase (INI)** e deve ser solicitada em casos de falha atual ou prévia ao uso de **dolutegravir** ou **raltegravir**;
 - **Genotropismo (Alça V3 GP120 – maraviroque)**: realizado em situações de resistência a **três ou quatro classes terapêuticas (ITRN, ITRNN, INI e IP)**, após avaliação do laboratório executor.Pode ser selecionada **mais de uma opção**, conforme o histórico de esquemas terapêuticos utilizados ou em uso. Os critérios de indicação dos tipos de genotipagem são definidos pelos **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) vigentes**.
 24. **Comorbidades**: Informar outras patologias, condições clínicas ou infecções apresentadas pelo(a) paciente.
 25. **Genotipagem anterior mais recente***: Informar se o(a) paciente **já realizou genotipagem anteriormente**. Em caso afirmativo, informar o **mês e ano da coleta** do exame de genotipagem mais recente.
 26. **Nome do(a) profissional solicitante***: Preencher com o **nome completo** do(a) profissional responsável pela solicitação do exame.
 27. **Assinatura e carimbo do(a) solicitante***: Campo destinado à **assinatura** e ao **carimbo profissional** do(a) solicitante.
 28. **Registro no conselho profissional***: Informar o **número de registro** no respectivo conselho profissional.
 - Solicitações de genotipagem da **Categoria A (Pré-tratamento antirretroviral)** podem ser realizadas por profissionais das áreas de **enfermagem** ou **farmácia**;
 - Solicitações das **Categorias B e C (Falha virológica – suspeita ou confirmada)** devem ser realizadas, obrigatoriamente, por **profissional médico(a)**.
 29. **Data da solicitação**: Informar a data da solicitação no formato **DIA/MÊS/ANO**
- PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA***
30. **Nome da instituição coletora**: Preencher com o **nome completo da instituição responsável pela coleta**, de forma legível ou utilizando carimbo institucional.
 31. **UF**: Informar a **Unidade da Federação (UF)** da instituição coletora.
 32. **CNES**: Informar o número do **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)** da instituição coletora.
 33. **Data da coleta**: Informar a data em que a amostra foi coletada, no formato **DIA/MÊS/ANO**.
 34. **Hora da coleta**: Informar o horário da coleta da amostra, utilizando o **formato de 24 horas**.
- PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME***
35. **Nome da instituição executora**: Preencher com o **nome completo da instituição responsável pela execução do exame**, de forma legível ou utilizando carimbo institucional.
 36. **Identificador da amostra**: Informar o **número ou código identificador** da amostra encaminhada para análise.
 37. **Data do recebimento**: Informar a data em que a amostra foi recebida pela instituição executora.
 38. **Hora do recebimento**: Informar o horário em que a amostra foi recebida pela instituição executora, utilizando o **formato de 24 horas**.