



Formulário para Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite C

DADOS DA INSTITUIÇÃO

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*		2. CNES*	
3. Nome do profissional solicitante*		4. Registro do conselho profissional* Conselho/UF/Nº ____/____/____	5. Assinatura e Carimbo*
6. Data da solicitação* ____/____/____		7. CPF do profissional*	

INFORMAÇÕES BÁSICAS

8. CNS do(a) paciente*		Nome completo do(a) usuário(a)*		12. Preferência de identificação*									
9. CPF*		10. Oficial <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 1. Oficial <input type="checkbox"/> 2. Social									
14. Data de nascimento*		11. Social <input type="checkbox"/>		13. Sexo* <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino									
15. Raça/Cor* <input type="checkbox"/> 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada		16. Etnia*		17. Nome da mãe*									
18. Nacionalidade*		19. Número da identidade		20. Logradouro*									
21. Número*		22. Complemento		23. Bairro*		24. Município*		25. Cód. IBGE		26. UF*		27. CEP*	
28. Telefone ()		29. País*		30. Prontuário		31. Gestante* <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não		32. Escolaridade (em anos) <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 7. Ignorado					
33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*								34. CPF do(a) responsável					

35. Código do procedimento		36. Nome do procedimento									
02.02.03.108-0		Quantificação de RNA do vírus da hepatite C									

DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO

37. Idade gestacional* <input type="checkbox"/> 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica		38. Motivo do exame* <input type="checkbox"/> 1. Diagnóstico 2. Avaliação pós-tratamento (RVS) 3. Suspeita de reinfeção		39. Estágio da doença (CID)* <input type="checkbox"/> 1. Hepatite C aguda (B17.1) 2. Hepatite C crônica (B18.2)	
---	--	--	--	---	--

LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA

40. Nome da instituição*		41. Data da coleta* ____/____/____		42. Hora da coleta* :	
--------------------------	--	---------------------------------------	--	--------------------------	--

LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE

43. Nome da instituição*		44. CNES*		45. Data do recebimento* ____/____/____		46. Hora do recebimento* :			
Carga Viral	47. Solicitação do exame* ____/____/____		48. Identificador da amostra*		49. Responsável*		50. Data do resultado* ____/____/____		
	51. Material biológico*		52. Volume da amostra		53. UI/mL		54. Log		55. Técnica*

*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/aids/pt-br> (08/02/2023)

Instrucional - Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite C

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com *.

8. CNS do(a) paciente*: Número do Cartão Nacional de Saúde do indivíduo, o correto preenchimento do CNS no formulário eletrônico do GAL permite que os campos de identificação do indivíduo sejam preenchidos automaticamente.

9. CPF*: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros, vulnerável e indígena (conforme decreto 9.723, de 11 de março de 2019 Presidência da República).

Nome completo do(a) usuário(a)* (conforme decreto nº 8.727/2016 e portaria MS nº 1.820/2009).

10. Oficial: Nome completo conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.

11. Social: Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

12. Preferência de identificação*: Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.

13. Sexo*: Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.

37. Idade Gestacional*: Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar "5".

38. Motivo do exame*: Informar a justificativa para a solicitação. As orientações para o uso do teste de carga viral no diagnóstico da infecção pelo HCV podem ser acessadas no **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. As orientações para os exames de acompanhamento da infecção crônica pelo HCV podem ser acessadas no **PCDT para a Hepatite C e Coinfecções**. Ambos estão disponíveis em <https://www.gov.br/aids/pt-br>.

39. Estágio da doença (CID)*: Informar o estadiamento da infecção. As orientações para definir o estágio da doença estão disponíveis no **PCDT para a hepatite C e Coinfecções**.