



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 / / | |
| 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* | |
| | | 10. Oficial | | 1. Oficial 2. Social | |
| 9. CPF* | | 11. Social | | 13. Sexo* | |
| | | | | 1. Feminino 2. Masculino | |
| 14. Data de nascimento* | | 15. Raça/Cor* | | 16. Etnia* | |
| | | 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada | | | |
| 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* | | 32. Escolaridade (em anos) | |
| | | 1. Sim 2. Não | | 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* | | 38. Motivo do exame* | | 39. Estágio da doença (CID)* | |
| 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica | | 1. Diagnóstico 2. Avaliação pós-tratamento (RVS) 3. Suspeita de reinfecção | | 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**.