



Formulário para Solicitação de Exame de Detecção do DNA pro-viral do HIV-1

DADOS DA INSTITUIÇÃO					
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*		2. CNES*			
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
3. Nome do profissional solicitante*		4. Registro do conselho profissional*	5. Assinatura e Carimbo*		
		Sigla do conselho/UF/Nº ____ / ____ /			
6. Data da solicitação*		7. CPF doprofissional solicitante*			
/ /					
INFORMAÇÕES BÁSICAS					
8. CNS do(a) paciente*		Nome completo do(a) paciente*			
		10. Oficial			
9. CPF do paciente*		11. Social			
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. Número da identidade		19. Prontuário	20. Logradouro*		
21. Número*	22. Complemento		23. Bairro*		
25. Cód. IBGE		26. UF*	27. CEP*	28. Telefone	29. País*
				()	
30. Nome da mãe*				31. CPF da mãe*	
32. Código do procedimento		33. Nome do procedimento 02.02.03.004-0 DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)			
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME					
34. Motivo da solicitação*					
<input type="checkbox"/> Teste complementar após resultado de primeira carga viral de HIV detectável (qualquer valor). <input type="checkbox"/> Teste complementar após resultado de primeira carga viral de HIV detectável (qualquer valor) e resultado de segunda carga viral de HIV inferior a 100 cópias/mL. <input type="checkbox"/> Outro motivo: _____ No caso de outro motivo, solicitar autorização prévia do DATHI/SVSA/MS para realização do exame - tratamento@aids.gov.br .					
DADOS LABORATORIAIS					
EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE INFECÇÃO PELO HIV – Carga Viral do HIV (CV-HIV)					
35. Data da 1ª coleta*		36. Metodologia do exame da 1ª coleta		37. Nº de cópias/mL do 1º exame*	38. Data do resultado do 1º exame*
/ /					/ /
39. Data da 2ª coleta*		40. Metodologia do exame da 2ª coleta		41. Nº de cópias/mL do 2º exame*	42. Data do resultado do 2º exame*
/ /					/ /
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA					
43. Nome da instituição (Carimbo padrão)*			44. Material Biológico	45. Data da coleta*	46. Hora da coleta*
			SANGUE TOTAL	/ /	:
LOCAL DE RECOLHIMENTO DA AMOSTRA					
47. Nome da instituição (Carimbo padrão)*				48. Data do recolhimento*	
				/ /	
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE					
49. Nome da instituição (Carimbo padrão)*			50. CNES	51. Data do recebimento*	52. Hora do recebimento*
				/ /	:

*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/aids/pt-br> (19/02/2024)