



# 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 do profissional solicitante*	
/ /			
INFORMAÇÕES BÁSICAS			
8. CNS do(a) paciente*	Nome completo do(a) paciente*		12. Preferência de identificação*
	10. Oficial <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 1. Oficial <input type="checkbox"/> 2. Social
9. CPF do paciente*	11. Social <input type="checkbox"/>		13. Sexo*
			<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
14. Data de nascimento*	15. Raça/Cor*	16. Etnia*	17. Nacionalidade*
/ /	<input type="checkbox"/> 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada		
18. Número da identidade	19. Prontuário	20. Logradouro*	
21. Número*	22. Complemento	23. Bairro*	24. Município*
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 - <a href="mailto:tratamento@aims.gov.br">tratamento@aims.gov.br</a> .			
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*
		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/aims/pt-br> (19/02/2024)