



Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem do Vírus da Hepatite C

DADOS DA INSTITUIÇÃO

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*	2. CNES*
--	----------

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

3. Nome do profissional solicitante*	6. Documento do profissional	7. Assinatura e Carimbo*
	CPF: CNS:	
4. Data da solicitação*	5. Registro do conselho profissional*	
/ /	Conselho/UF/Nº ____/____/____	

INFORMAÇÕES BÁSICAS

8. CNS do(a) paciente*	Nome completo do(a) usuário(a)*			12. Preferência de identificação*
	10. Oficial	<input type="checkbox"/> 1. Oficial <input type="checkbox"/> 2. Social		
9. CPF*	11. Social	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino		
15. Data de nascimento*	16. Raça/Cor*	17. Etnia*	18. Nome da mãe*	
	<input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 6. Não informado <input type="checkbox"/> 7. Ignorada			
19. Nacionalidade*	20. Número da identidade	21. Logradouro*	22. Número*	23. Complemento
24. Número GAL	25. Bairro*	26. Município*	27. Cód. IBGE	28. UF*
30. Telefone	31. País*	32. Prontuário	33. Gestante*	34. Escolaridade (em anos)
()			<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma <input type="checkbox"/> 2. De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3. De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4. De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5. De 12 e mais <input type="checkbox"/> 6. Não informado <input type="checkbox"/> 7. Ignorado
35. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*	36. CPF do(a) responsável			

37. Código do procedimento	38. Nome do procedimento			
----------------------------	--------------------------	--	--	--

02.02.03.021-0		Genotipagem de Vírus da Hepatite C		
----------------	--	------------------------------------	--	--

DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRADO

39. CID10	40. Última quantificação do RNA do HCV*			40.1 Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem?*
B18.2	Data ____/____/____	UI/mL	Log	Solicitação de exame de carga viral na mesma data? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA

41. Nome da instituição (Carimbo padrão)*	42. Data da coleta*	43. Hora da coleta*
	/ /	:

44. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem*: coleta de amostra de carga viral na mesma data?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
--	------------------------------	------------------------------

LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE

45. Nome da instituição (Carimbo padrão)*	46. CNES*	47. Data do recebimento*	48. Hora do recebimento*
		/ /	:
49. Genótipo	50. Subtipo	51. Metodologia utilizada	

*Preenchimento obrigatório

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

Instrucional - Solicitação de Exame de Genotipagem 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).

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.

14. Peso*: Informar o peso corporal se criança com idade inferior a 12 anos.

40. Última quantificação do RNA do HCV*: Exame de carga viral de pelo menos 500 UI/mL e realizado em um período anterior máximo de 12 meses (conforme Nota Informativa nº 32/2016/CLAB/DDAHV/SVS/MS).

40.1. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem*: O médico deverá informar se os exames de carga viral e genotipagem estão sendo solicitados no mesmo momento.

44. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem*: O profissional do ponto de coleta deverá informar se as amostras de carga viral e de genotipagem estão sendo coletadas no mesmo momento, para indicar ao laboratório executor da genotipagem que este deverá aguardar (15 dias) o resultado da carga viral para executar o exame de genotipagem.