



Formulário para Solicitação de Exame de Diagnóstico da Infecção pelo HIV-2

1. Reagente 2. Não Reagente 3. Não Realizado 4. Indeterminado 5. Ignorado	Teste complementar anti-HIV <input type="checkbox"/> Imunoblot rápido	Data da Coleta ___/___/___	<input type="radio"/> 1 (gp36) <input type="radio"/> 2 (gp 160)	<input type="radio"/> 3 (gp120) <input type="radio"/> 4 (gp41)	<input type="radio"/> 5 (p24)		
SOROLOGIA POR TESTE RÁPIDO							
Teste Rápido 1 <input type="checkbox"/>	Data da Coleta ___/___/___	TR detectou HIV-2 <input type="checkbox"/>	1. Sim 2. Não	Teste Rápido 2 <input type="checkbox"/>	Data da Coleta ___/___/___	TR detectou HIV-2 <input type="checkbox"/>	1. Sim 2. Não
BIOLOGIA MOLECULAR							
Teste Qualitativo <input type="checkbox"/>	N° de cópias/mL _____	Log _____	Data da Coleta ___/___/___	Carga Viral <input type="checkbox"/>	N° de cópias/mL _____	Log _____	Data da Coleta ___/___/___
CONTAGEM DE LINFÓCITOS T							
Data da Coleta ___/___/___	Contagem T CD3 _____	Contagem T CD4 _____	Contagem T CD8 _____	Contagem T CD45+ _____			
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA							
49. Nome da instituição (Carimbo padrão)*	50. Data da coleta* ___/___/___	51. Hora da coleta* ____:____	52. Material Biológico				
LOCAL DE RECOLHIMENTO DA AMOSTRA							
53. Nome da instituição (Carimbo padrão)*	54. Data do recolhimento* ___/___/___						
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE							
55. Nome da instituição (Carimbo padrão)*	56. CNES	57. Data do recebimento* ___/___/___	58. Hora do recebimento* ____:____				
59. Responsável	60. Metodologia utilizada	61. Resultado	62. Data do resultado ___/___/___				

*Preenchimento obrigatório

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