



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

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) 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*	17. Nome da mãe*	
	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*
28. Telefone	29. País*	30. Gestante*	31. Idade Gestacional*	27. CEP*
()			1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica	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			

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO

35. Transmissão Vertical*	36. Transmissão Sexual*	37. Transmissão Sanguínea*
1. Sim 2. Não 3. Ignorado	1. Sim 2. Não 3. Ignorado	1. Relações sexuais com homens 2. Relações sexuais com mulheres 1. Sim injetáveis 2. Não Transfusão 3. Ignorado sanguínea Uso de drogas para hemofilia Acidente com material biológico (soroconversão em até 6 meses)

INFORMAÇÕES SOBRE TRANSFUSÃO/ACIDENTE

38. Data da transfusão/acidente*	39. UF*	40. Município onde ocorreu a transfusão/acidente *	41. Código IBGE	42. Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente*	43. Código

44. Após investigação realizada conforme Portaria SVS/MS nº29/2013, a transfusão ou acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?*	1. Sim 2. Não 3. Ignorado	45. Viajou para outros países?*	46. Contato com pessoas que estiveram em outros países?*
		1. Sim 2. Não 3. Ignorado	1. Sim 2. Não 3. Ignorado

47. Relação dos locais pelos quais passou o paciente ou o contato*

Data (Dia/Mês/Ano)	UF	Município/Localidade	País	Paciente ou Contato?

DADOS DE TESTAGEM E LABORATORIAIS

48. Evidência Laboratorial de infecção pelo HIV*	SOROLOGIA LABORATORIAL				
1. Reagente 2. Não Reagente 3. Não Realizado 4. Indeterminado 5. Ignorado	Teste inicial anti-HIV Data da Coleta				
	Teste complementar anti-HIV Western blot	Data da Coleta	p17 p24/25 p31/34	gp41 p51/55 p55	p65/66/68 gp120 gp160
					gp36 gp105

*Preenchimento obrigatório

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



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 Imunoblot rápido	Data da Coleta		1 (gp36) 2 (gp 160)	3 (gp120) 4 (gp41)	5 (p24)			
	SOROLOGIA POR TESTE RÁPIDO								
	Teste Rápido 1	Data da Coleta	TR detectou HIV-2	1. Sim 2. Não	Teste Rápido 2	Data da Coleta	TR detectou HIV-2	1. Sim 2. Não	
	BIOLOGIA MOLECULAR								
	Teste Qualitativo	Nº de cópias/mL	Log	Data da Coleta	Carga Viral	Nº 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)