



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*	27. CEP*	
28. Telefone		29. País*	30. Gestante*	31. Idade Gestacional*		32. Escolaridade (em anos)			
()				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 2. Não 3. Ignorado	Uso de drogas injetáveis Transfusão sanguínea		Tratamento/hemotransfusão 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*									
1. Reagente	SOROLOGIA LABORATORIAL								
2. Não Reagente	Teste inicial anti-HIV		Data da Coleta						
3. Não Realizado									
4. Indeterminado	Teste complementar anti-HIV		Data da Coleta		p17	gp41	p65/66/68	gp36	
5. Ignorado	Western blot				p24/25	p51/55	gp120	gp105	
					p31/34	p55	gp160		

*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	Teste complementar anti-HIV	Data da Coleta	1 (gp36)	3 (gp120)	5 (p24)			
2. Não Reagente	Imunoblot rápido		2 (gp 160)	4 (gp41)				
3. Não Realizado	SOROLOGIA POR TESTE RÁPIDO							
4. Indeterminado	Teste Rápido 1	Data da Coleta	TR detectou HIV-2	1. Sim	Teste Rápido 2	Data da Coleta	TR detectou HIV-2	1. Sim
5. Ignorado				2. Não				2. Não
BIOLOGIA MOLECULAR								
Teste Qualitativo	N° de cópias/mL	Log	Data da Coleta	Carga Viral	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)