



## Formulário para Solicitação do Exame Pesquisa de Multipatógenos IST – Detecção de Clamídia e Gonococo por Biologia Molecular

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						<input type="checkbox"/> 1. Oficial <input type="checkbox"/> 2. Social		
9. CPF*		11. Social						13. Sexo*		
								<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino		
14. Data de nascimento*		15. Raça/Cor*			16. Etnia	17. Nome da mãe*				
		<input type="checkbox"/> 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena								
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. Prontuário		31. Gestante*	32. Idade gestacional*				
( )					<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica				
33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)					34. CPF do(a) responsável					
35. Código do procedimento		36. Nome do procedimento								
02.02.03.099-7		DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR								
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO										
37. Motivo do exame					38. Finalidade*		39. Descrição*			
<input type="checkbox"/> 1. Usuários de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (rastreamento de assintomáticos) 2. Usuários de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (rastreamento de assintomáticos) 3. Pessoas vivendo com HIV no momento do diagnóstico de HIV (rastreamento de assintomáticos) 4. Pessoas com diagnóstico de qualquer infecção sexualmente transmissível, exceto HIV 5. Pessoas com sinais e sintomas sugestivos de infecção por clamídia e/ou gonococo 6. Outro: _____					Investigação		IST			
40. Informações Clínicas - Agravo/Doença*				41. Detalhes do agravo – Caso*						
Doenças sexualmente transmitidas				Diagnóstico						
PESQUISAS/EXAMES										
42. Exame*				43. Metodologia*						
Pesquisa de Multipatógenos IST				PCR em Tempo Real						
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA										
44. Nome da instituição*					45. Data da coleta*		46. Hora da coleta*			
					/ /		:			
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE										
47. Nome da instituição*				48. CNES*	49. Data do recebimento*		50. Hora do recebimento*			
					/ /		:			
Detecção de CT/NG	51. Identificador da amostra*		52. Responsável*					53. Data do resultado		
								/ /		
	54. Material biológico*		55. Detecção da <i>Chlamydia trachomatis</i> (CT)*		56. Detecção da <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (NG)*		57. Kit*			
1. Urina 2. Esfregaços vaginais 3. Esfregaços endocervicais 4. Esfregaços orofaríngeos 5. Esfregaços anorretais		<input type="checkbox"/> 1. Detectável <input type="checkbox"/> 2. Não detectável		<input type="checkbox"/> 1. Detectável <input type="checkbox"/> 2. Não detectável		<input type="checkbox"/> 1. Cobas 4800 CT/NG <input type="checkbox"/> 2. Cobas 5800 CT/NG				

**INSTRUCIONAL - SOLICITAÇÃO DO EXAME PESQUISA DE MULTIPATÓGENOS IST – DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR**

**DADOS DA INSTITUIÇÃO**

- 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)\*:** Informar o nome da Instituição solicitante *(Preenchimento obrigatório)*.
- 2. CNES\*:** Inserir Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da Instituição solicitante *(Preenchimento obrigatório)*.

**DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE**

- 3. Nome do profissional solicitante\*:** Informar o nome do profissional solicitante *(Preenchimento obrigatório)*.
- 4. Registro do conselho profissional\*:** Inserir o registro do conselho profissional no formato Sigla do conselho/ UF/Nº *(Preenchimento obrigatório)*.
- 5. Assinatura e Carimbo\*:** Inserir a assinatura e carimbo do profissional solicitante *(Preenchimento obrigatório)*.
- 6. Data da solicitação\*:** Inserir a data de solicitação do exame no formato dd/mm/aaaa *(Preenchimento obrigatório)*.
- 7. CPF do profissional solicitante\*:** Inserir o número do Cadastro de Pessoa Física do profissional solicitante *(Preenchimento obrigatório)*.

**INFORMAÇÕES BÁSICAS**

- 8. CNS do(a) paciente\*:** Inserir o número do Cartão Nacional de Saúde do Usuário SUS. O correto preenchimento do CNS no formulário eletrônico do GAL permite que os campos de identificação do indivíduo sejam preenchidos automaticamente *(Preenchimento obrigatório)*.
- 9. CPF\*:** Inserir o número do Cadastro de Pessoa Física do Usuário SUS *(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 - *Preenchimento obrigatório*)
- 10. Oficial:** Nome do Usuário SUS, 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 *(Preenchimento obrigatório)*.
- 13. Sexo\*:** Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa *(Preenchimento obrigatório)*.
- 14. Data de nascimento\*:** Inserir a data de nascimento no formato dd/mm/aaaa *(Preenchimento obrigatório)*.
- 15. Raça/Cor\*:** Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. Essa classificação deverá ser auto referida *(Preenchimento obrigatório)*.
- 16. Etnia:** Informar a etnia, caso seja selecionada a opção 5 (indígena) do campo Raça/cor.
- 17. Nome da mãe\*:** Nome completo da mãe sem qualquer abreviação *(Preenchimento obrigatório)*.
- 18. Nacionalidade\*:** Informar a nacionalidade do CPF do Usuário SUS *(Preenchimento obrigatório)*.
- 19. Número da identidade:** Inserir número da carteira de identidade/registro geral (RG).
- 20. Logradouro\*:** Endereço de residência do Usuário SUS – nome da rua, avenida, entre outros *(Preenchimento obrigatório)*.
- 21. Número\*:** Endereço de residência do Usuário SUS – número *(Preenchimento obrigatório)*.
- 22. Complemento:** Endereço de residência do Usuário SUS – complemento (nº do apartamento, bloco, entre outros).
- 23. Bairro\*:** Refere-se ao bairro de residência do Usuário SUS *(Preenchimento obrigatório)*.
- 24. Município\*:** Refere-se ao município de residência do Usuário SUS *(Preenchimento obrigatório)*.
- 25. Cód. IBGE:** Inserir código do IBGE referente ao município de residência do Usuário SUS.
- 26. UF\*:** Unidade federativa de residência do Usuário SUS *(Preenchimento obrigatório)*.
- 27. CEP\*:** Inserir Código de Endereçamento Postal do Usuário SUS *(Preenchimento obrigatório)*.
- 28. Telefone:** Informar o número de telefone do Usuário do SUS com DDD.
- 29. País\*:** Informar o país de residência do Usuário SUS *(Preenchimento obrigatório)*.
- 30. Prontuário:** Número do prontuário do Usuário SUS no serviço de saúde.
- 31. Gestante\*:** Informar se o Usuário SUS é ou não gestante *(Preenchimento obrigatório)*.
- 32. Idade Gestacional\*:** Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar “5” *(Preenchimento obrigatório)*.
- 33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz):** Nome Completo do responsável legal *(Preenchimento obrigatório)*.
- 34. CPF do(a) responsável:** Inserir o número do Cadastro de Pessoa Física do responsável legal.

**DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO**

- 37. Motivo do exame:** Informar a justificativa para a solicitação. As orientações para o uso do teste de detecção de Clamídia e Gonococo por biologia molecular podem ser acessadas no PCDT para atenção integral às pessoas com IST - [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022\\_isbn-1.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view) *(Preenchimento obrigatório)*.
- 38. Finalidade\*:** Sinalizar a finalidade para o qual o exame está sendo solicitado, a qual deve ser “Investigação” *(Preenchimento obrigatório)*.
- 39. Descrição\*:** Informar a descrição geral do exame, a qual deve ser “IST” *(Preenchimento obrigatório)*.
- 40. Informações Clínicas - Agravo/Doença\*:** Informar o nome do Agravo/Doença como “Doenças sexualmente transmitidas” *(Preenchimento obrigatório)*.
- 41. Detalhes do agravo – Caso\*:** Informar o caso como “Diagnóstico” *(Preenchimento obrigatório)*.

**PESQUISAS/EXAMES**

- 42. Exame\*:** Informar o nome do exame como “Pesquisa de Multipatógenos IST” *(Preenchimento obrigatório)*.
- 43. Metodologia\*:** Sinalizar a metodologia do exame como “PCR em Tempo Real” *(Preenchimento obrigatório)*.

**LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA**

- 44. Nome da instituição\*:** Informar o nome da instituição coletora *(Preenchimento obrigatório)*.
- 45. Data da coleta\*:** Inserir a data da coleta da amostra no formato dd/mm/aaaa *(Preenchimento obrigatório)*.
- 46. Hora da coleta\*:** Inserir a hora da coleta da amostra no formato hh/mm *(Preenchimento obrigatório)*.

**LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE – Preenchimento exclusivo pelo laboratório**

- 47. Nome da instituição\*:** Informar o nome da instituição executora *(Preenchimento obrigatório)*.
- 48. CNES\*:** Inserir Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde da Instituição executora *(Preenchimento obrigatório)*.
- 49. Data do recebimento\*:** Inserir a data do recebimento da amostra no formato dd/mm/aaaa *(Preenchimento obrigatório)*.
- 50. Hora do recebimento\*:** Inserir a hora do recebimento da amostra no formato hh/mm *(Preenchimento obrigatório)*.
- 51. Identificador da amostra\*:** Identificação da amostra no laboratório executor *(Preenchimento obrigatório)*.
- 52. Responsável\*:** Nome do responsável pela amostra no laboratório executor *(Preenchimento obrigatório)*.
- 53. Data do resultado:** Inserir a data de liberação do resultado no formato dd/mm/aaaa.
- 54. Material biológico\*:** Informar o tipo de material biológico *(Preenchimento obrigatório)*.
- 55. Detecção da Chlamydia trachomatis (CT)\*:** Informar o resultado como “Detectável” ou “Não detectável” *(Preenchimento obrigatório)*.
- 56. Detecção da Neisseria gonorrhoeae (NG)\*:** Informar o resultado como “Detectável” ou “Não detectável” *(Preenchimento obrigatório)*.
- 57. Kit\*:** Informar o nome do kit utilizado para execução do exame *(Preenchimento obrigatório)*.