

SUS Formulário para Solicitação de Exames para o Diagnóstico e Monitoramento da Hepatite D (Delta) Campos de preenchimento obrigatório estão identificados com asterisco (*). O não preenchimento destes campos impossibilitará a realização do exame.									
DADOS DA INSTITUIÇÃO									
1. Instituição solicitante* (Utilizar carimbo padrão ou letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)						2.UF*	3. CNES*		
DADOS DA INSTITUIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
4. Nome do profissional solicitante*				5. Registro do conselho* profissional*			6. Assinatura e Carimbo*		
				Conselho/UF/Nº					
7. Data de Solicitação*									
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO									
8. Nome completo do(a) usuário(a) – Civil* (Preencher com letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)							10. Preferência de identificação*		
9. Nome Social (Preencher com letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)									
11. CPF*		11.1. Na indisponibilidade do CPF, informar a exceção:					12. Data de nascimento*		
13. Sexo atribuído ao Nascer*		14. Raça/Cor*					15. Nacionalidade*		
		*Etnia							
16. Nome completo da mãe* (Caso nome da mãe não seja conhecido, informar principal responsável. Preencher com letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)									
17. Identidade de Gênero			18. Orientação Sexual			19. Escolaridade (em anos)			
INFORMAÇÕES DE ENDEREÇO									
20. Logradouro*				21. Número*		22. Complemento		23. Bairro*	
24. Município*		25. UF*	26. CEP*		27. Zona		28. País*		29. Telefone
									()
DETALHES CLÍNICOS GERAIS									
30. Agravado/Doença*			31. Gestante*		32. Idade Gestacional				
Hepatites Virais									
33. Motivo da Solicitação* (Preencher apenas uma categoria conforme necessidade)									
O A) Diagnóstico da hepatite D (Válido para realização de fluxograma completo de diagnóstico com a realização do anti-HDV e CV-HDV a ser realizado no LACEN-RO e FIOCRUZ/RO) Para a categoria é obrigatório informar resultado de teste de HBsAg para análise dos critérios de realização do exame de anti-HDV*									
Resultado do HBsAg*		Data da coleta do HBsAg*		Data da liberação do HBsAg*		Metodologia utilizada para o HBsAg*			
O B) Diagnóstico - Conclusão diagnóstica (Realização apenas CV-HDV a ser realizada na FIOCRUZ/RO) Para a categoria é obrigatório informar resultado de exame de anti-HDV previo para realização da CV-HDV*									
Resultado do anti-HDV*		Data da coleta do anti-HDV*			Data da liberação do anti-HDV*				
O C) Monitoramento - Durante ou pós-tratamento (Realização apenas CV-HDV a ser realizada na FIOCRUZ/RO) Para a categoria é obrigatório informar resultado de exame de anti-HDV previo para realização da CV-HDV*									
Resultado do anti-HDV*		Data da coleta do anti-HDV*			Data da liberação do anti-HDV*				
DETALHES DO AGRAVO E NOTIFICAÇÃO									
34. Classificação Internacional de Doenças (CID)*									
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA									
35. Nome da instituição* (Utilizar carimbo padrão ou letra de forma legível. Não utilizar siglas, iniciais e abreviações)						36. Data da coleta*		37. Hora da coleta*	
PARA PREENCHIMENTO DO LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE (ANTI-HDV)									
38. Identificador da amostra*		39. Data do recebimento da amostra*		40. Hora do recebimento*		41. Responsável pelo recebimento*		42. Data do resultado*	
PARA PREENCHIMENTO DO LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE (CARGA VIRAL HDV)									
43. Identificador da amostra*		44. Data do recebimento da amostra*		45. Hora do recebimento*		46. Responsável pelo recebimento*			

*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/aids/pt-br> (Versão 05.2026)

ORIENTAÇÕES GERAIS

Os campos com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.

As alternativas com ícone ☐ indicam que uma única resposta é possível.

As alternativas com ícone ☐ indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

1. **Nome da instituição solicitante***: preencher ou carimbar de maneira legível o nome completo da instituição onde está sendo solicitado o exame.
2. **UF**: preencher com a Unidade da Federação (UF) da instituição que está solicitando o exame.
3. **CNES**: preencher com número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade que está solicitando o exame.
4. **Nome do Profissional Solicitante***: preencher com o nome completo do(a) profissional responsável pela solicitação.
5. **Registro no Conselho Profissional***: informar o número de registro no respectivo conselho profissional.
6. **Assinatura Carimbo e Carimbo do Solicitante do Solicitante***: campo destinado à assinatura e carimbo do(a) profissional solicitante.
7. **Data da Solicitação***: informar a data de solicitação no formato DIA/MÊS/ANO.
8. **Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil***: preencher com o nome civil completo do usuário que será avaliado, conforme documento oficial.
9. **Nome Social**: preencher com o nome social do usuário que será avaliado, quando informado. Este deverá ser o nome utilizado para se referir ao usuário.
10. **Identificação preferencial***: selecionar o nome pelo qual o(a) usuário(a) prefere ser identificado(a) no atendimento e nos registros de comunicação: nome civil ou nome social
11. **CPF***: preencher com o número de Cadastro de Pessoa Física (CPF) do usuário que será avaliado.
 - 11.1. **Na indisponibilidade do CPF, informar a exceção**: preencher este campo apenas quando se tratar de usuário(a) em alguma das seguintes exceções: quando se tratar de usuário **Estrangeiro**; quando se tratar de usuário(a) **Indígena**; quando se tratar de usuário(a) **Vulnerável**.
12. **Data de Nascimento***: preencher com a data de nascimento do usuário que será avaliado, no formato DIA/MÊS/ANO.
13. **Sexo atribuído ao Nascimento***: marcar **Feminino** caso o sexo atribuído ao nascimento do usuário seja feminino; marcar **Masculino** caso seja masculino.
14. **Raça/Cor***: marcar de acordo com a autodeclaração do(a) usuário, utilizando as categorias do IBGE: Branca; Preta; Parda; Amarela; e indígena. Caso o usuário(a) indígena seja informar a Etnia.
15. **Nacionalidade***: preencher com a informação de nacionalidade do usuário.
16. **Nome da mãe***: preencher com o nome completo da mãe do(a) usuário(a). Caso o nome da mãe não seja conhecido, informar principal responsável; caso criança com família homoparental, informar um dos responsáveis.
17. **Identidade de Gênero**: marcar de acordo com a autodeclaração do(a) usuário(a): quando se tratar de mulher cis; quando se tratar de homem cis; quando se tratar de mulher trans ou travesti; quando se tratar de homem trans; quando se tratar de pessoa não binária; quando a identidade de gênero não for informada; quando se tratar de outra identidade de gênero não mencionada nas opções anteriores.
18. **Orientação Sexual**: marcar de acordo com a autodeclaração do(a) usuário(a): quando se tratar de orientação heterossexual; quando se tratar de orientação homossexual; quando se tratar de orientação bissexual; quando se tratar de orientação assexual; quando se tratar de orientação pansexual; quando se tratar de outra orientação sexual não citada nas opções anteriores; e quando a orientação sexual não for informada.
19. **Escolaridade (em anos)**: marcar de acordo com a autodeclaração do(a) usuário(a): nenhuma, quando usuário(a) informar ser analfabeto ou não possuir nenhum nível de escolaridade; de 1 a 3, quando informar tal nível de escolaridade; de 4 a 7, quando informar tal nível de escolaridade; de 8 a 11, quando informar tal nível de escolaridade; de 12 e mais; não informado, não for dado nenhuma informação; ignorado, quando não for possível obter a informação.
20. **Logradouro***: preencher com as informações de logradouro/rua do(a) usuário(a).
21. **Número***: preencher com as informações de número do endereço do(a) usuário(a).
22. **Complemento***: preencher com as informações de complemento do endereço do(a) usuário(a), quando houver.
23. **Bairro***: preencher com as informações de bairro do(a) usuário(a).
24. **Município***: preencher com as informações de município do(a) usuário(a).
25. **UF***: preencher com as informações de Unidade Federativa do(a) usuário(a).
26. **CEP***: preencher com as informações de Código de Endereçamento Postal (CEP) do(a) usuário(a).
27. **Zona**: preencher com as informações de Zona Habitacional do(a) usuário(a), utilizando as categorias: Urbana; Periurbana; Rural; Área Silvestre; e ignorado, quando não for possível obter a informação.
28. **País**: preencher com as informações de país de residência do(a) usuário(a).
29. **Telefone**: preencher com as informações de contato telefônico do(a) usuário(a).
30. **Agravo/Doença***: preencher como Hepatites Virais.
31. **Gestante***: marcar Sim quando se tratar de gestante e Não, quando não gestante.
32. **Idade Gestacional***: Obrigatório se resposta ao campo 33 (Gestante) for Sim. Informar a idade gestacional, em semanas completas, conforme a data da última menstruação (DUM) ou exame de imagem mais recente, podendo ser marcadas as opções: 1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre; ignorado; e não se aplica.
33. **Motivo da Solicitação/Caso***: preencher apenas uma categoria conforme necessidade:
 - A) **Diagnóstico da hepatite D** - Válido para realização de fluxograma completo de diagnóstico com a realização do anti-HDV e CV-HDV a ser realizado no LACEN-RO e FIOCRUZ/RO. Para a categoria é obrigatório informar o resultado de teste de HBsAg, assim como data da coleta, data de liberação e metodologia utilizada para realização do teste para análise dos critérios de realização do exame de anti-HDV.
 - B) **Diagnóstico - Conclusão diagnóstica** - Realização apenas CV-HDV a ser realizada na FIOCRUZ/RO. Para a categoria é obrigatório informar resultado de exame de anti-HDV prévio, assim como data da coleta, data de liberação e laboratório de realização do exame para análise dos critérios para realização da CV-HDV.
 - C) **Monitoramento - Durante ou pós-tratamento** - Realização apenas CV-HDV a ser realizada na FIOCRUZ/RO. Para a categoria é obrigatório informar resultado de exame de anti-HDV prévio, assim como data da coleta, data de liberação e laboratório de realização do exame para análise dos critérios para realização da CV-HDV.
34. **Classificação Internacional de Doenças (CID)***: Informar a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Os CID-10 podem ser consultados no PCDT de Hepatite B e Coinfecções (<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>).

PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DA COLETA AMOSTRA*

35. **Nome da instituição***: preencher com o nome completo da instituição responsável pela coleta, em letra de forma legível ou utilizar carimbo padrão.
36. **Data da Coleta***: informar a data em que a amostra foi coletada, no formato DIA/MÊS/ANO.
37. **Hora da Coleta***: informar o horário da coleta da amostra, utilizando o formato de 24 horas.

PARA PREENCHIMENTO PELOS LABORATÓRIOS EXECUTORES DOS EXAMES*

38. **Identificador da Amostra***: informar o número ou código identificador da amostra encaminhada para análise.
39. **Data do Recebimento***: informar a data em que a amostra foi recebida pela instituição executora.
40. **Hora do Recebimento***: informar o horário em que a amostra foi recebida pela instituição executora, em formato de 24 horas
41. **Responsável pelo recebimento***: preencher com o nome completo do(a) profissional que recebeu a amostra no laboratório executor.
42. **Identificador da Amostra***: informar o número ou código identificador da amostra encaminhada para análise.
43. **Data do Recebimento***: informar a data em que a amostra foi recebida pela instituição executora.
44. **Hora do Recebimento***: informar o horário em que a amostra foi recebida pela instituição executora, em formato de 24 horas
45. **Data do Recebimento***: informar a data em que a amostra foi recebida pela instituição executora.
46. **Responsável pelo recebimento***: preencher com o nome completo do(a) profissional que recebeu a amostra no laboratório executor.