



Laudo Médico para Emissão de BPA-I

Contagem de Linfócitos T-CD4+

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*

2. CNES

INFORMAÇÕES BÁSICAS

3. CPF*	Na indisponibilidade do CPF, informar a exceção <input type="checkbox"/> 1 - Recém-nascido/criança (até 5 anos) <input type="checkbox"/> 2 - Estrangeiro <input type="checkbox"/> 3 - Pessoa em situação de rua <input type="checkbox"/> 4 - Pessoa privada de liberdade <input type="checkbox"/> 5 - Indígena		4. CNS – Cartão Nacional de Saúde*	5. Identificação Preferencial do(a) Usuário(a)* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social
6. Nome Completo do(a) Usuário(a) - Civil*				
7. Nome Social				
8. Data de Nascimento*	9. Sexo ao Nascimento*	10. País de Nascimento*	11. Município de Nascimento*	12. UF de Nascimento*
	<input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Intersexo			
13 - Identidade de Gênero <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não binário <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica				
14 - Orientação Sexual <input type="radio"/> 1 - Nenhuma <input type="radio"/> 2 - De 1 a 3; <input type="radio"/> 3 - De 4 a 7; <input type="radio"/> 4 - De 8 a 11; <input type="radio"/> 5 - De 12 e mais; <input type="radio"/> 6 - Não informado; <input type="radio"/> 7 - Ignorado.				
15. Raça/cor*	16. Escolaridade	17. Gestante*	18. Idade Gestacional*	19. Telefone do Usuário SUS
<input type="checkbox"/> 1 - Branca; <input type="checkbox"/> 2 - Preta; <input type="checkbox"/> 3 - Amarela; <input type="checkbox"/> 4 - Parda; <input type="checkbox"/> 5 - Indígena; <input type="checkbox"/> 6 - Etnia; <input type="checkbox"/> 7 - Não informada; <input type="checkbox"/> 8 - Ignorado.	<input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma; <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3; <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7; <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11; <input type="checkbox"/> 5 - De 12 e mais; <input type="checkbox"/> 6 - Não informado; <input type="checkbox"/> 7 - Ignorado.	<input type="checkbox"/> S - Sim / N - Não	<input type="checkbox"/> Semanas	
20. Prontuário	21. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)			
22. CPF do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)	23. Nome da mãe*			
24. Endereço do usuário SUS*				
25. Bairro*	26. CEP*	27. Município de residência do usuário SUS*	28. UF de residência*	

DADOS DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO

29. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*

- Avaliação inicial
- Monitoramento de pessoas **assintomáticas**¹ em seguimento
- Monitoramento de crianças e adolescentes (< 18 anos)²
- Monitoramento de pessoas em falha virológica
- Monitoramento de pessoas sintomáticas ou com infecções oportunistas
- Avaliação de imunização
- Avaliação de pessoas em perda de seguimento

¹ Resultados de CD4 < 350 células/mm³: repetir a cada 6 meses; resultados entre 350 e 500 células/mm³: repetir a cada 12 meses; dois resultados de CD4 > 500 células/mm³: não solicitar
² - No momento do diagnóstico/antes do início da Tarv; A cada 3 a 4 meses (crianças com adesão e à Tarv, com supressão viral nos últimos dois anos, podem realizar coletas de CD4 a intervalos maiores, como a cada seis meses); Seis semanas após troca da Tarv.

30. CID 10* B24

Outro: _____

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31. Nome do Profissional Solicitante*	32. Assinatura e Carimbo*
33. Registro no Conselho Profissional* Conselho/UF/Nº	34. Data da Solicitação

LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA

35. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*	36. Data da coleta*	37. Hora da coleta*
---	---------------------	---------------------

LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE

38. Código/Nome do Procedimento*	<input type="radio"/> 02.02.03.002-4 / Contagem de Linfócitos T CD4+ / CD8+ <input type="radio"/> 02.13.01.081-0 / CONTAGEM RÁPIDA DE LINFÓCITOS CD4		
----------------------------------	---	--	--

39. Nome de instituição (Carimbo Padrão)	40. CNES	41. Data do recebimento	42. Hora do recebimento
--	----------	-------------------------	-------------------------

43. Nº Solicitação exame	44. Identificador da amostra	45. Responsável
--------------------------	------------------------------	-----------------

46. Data do resultado	47. Condições de chegada da amostra <input type="checkbox"/> 1 - Amostra adequada; <input type="checkbox"/> 2 - Amostra hemolisada; <input type="checkbox"/> 3 - Amostra em frasco inadequado; <input type="checkbox"/> 4 - Amostra mal identificada; <input type="checkbox"/> 5 - Amostra a mal acondicionada; <input type="checkbox"/> 6 - Amostra lipêmica; <input type="checkbox"/> 7 - Outros; <input type="checkbox"/> 8 - Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT; <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado; <input type="checkbox"/> 10 - Amostra Coagulada; <input type="checkbox"/> 11 - Amostra com volume inadequado		
-----------------------	---	--	--

48. Material Biológico SANGUE TOTAL	49. CD4 (valor Absoluto)	50. CD8 (valor Absoluto)	51. Média CD3 (valor absoluto)	52. Técnica utilizada
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------------	-----------------------

LT-CD4⁺

ORIENTAÇÕES GERAIS

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

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

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

DESCRIÇÃO DOS CAMPOS

Campo 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*: Informar o nome completo da Instituição Solicitante do exame.

Campo 2. CNES: Informar o número do CNES da Instituição Solicitante do exame.

Campo 3. CPF (Na indisponibilidade do CPF, informar a exceção)*: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: recém-nascido/criança (até 5 anos); estrangeiros; pessoa em situação de rua no momento; pessoa privada de liberdade no momento; indígena.

Campo 4. CNS – Cartão Nacional de Saúde *: Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).

Campo 5. Identificação Preferencial do Usuário(a)*: Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).

Campo 6. Nome Completo do Usuário(a) – Civil*: Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).

Campo 7. Nome Social: De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuírem nome social que divirja do nome de registro.

Campo 8. Data de Nascimento*: Informar a data de nascimento do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).

Campo 9. Sexo ao Nascimento*: Marcar de acordo com documento de identificação do(a) usuário(a).

Campo 10. País de Nascimento*: Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).

Campo 11. Município de Nascimento*: Nome do município de nascimento (preenchimento obrigatório).

Campo 12. UF de Nascimento*: Nome da UF de nascimento.

Campo 13. Identidade de Gênero: é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).

Campo 14. Orientação Sexual: É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).

Campo 15. Raça/Cor*: Pedir ao(a) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida (preenchimento obrigatório).

Campo 16. Escolaridade: Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou.

Campo 17. Gestante*: informar se a paciente está gestante (S) ou não (N).

Campo 18. Idade Gestacional*: Informar a idade gestacional (semanas) da paciente.

Campo 19. Telefone do Usuário SUS: Nº do telefone deve ser precedido pelo DDD.

Campo 20. Prontuário: Informar o nº do prontuário do usuário SUS.

Campo 21. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade): Informar o nome completo do responsável, se usuário(a) SUS for menor de idade.

Campo 22. CPF do Responsável (se usuário SUS for menor de idade): Informar o número do CPF do responsável, se usuário(a) SUS for menor de idade.

Campo 23. Nome da mãe*: Informar o nome completo da mãe sem qualquer abreviação.

Campo 24. Endereço do usuário SUS*: Refere-se ao endereço de residência do(a) usuário(a) - nome da rua, avenida, entre outros.

Campo 25. Bairro*: Refere-se ao bairro de residência do(a) usuário(a).

Campo 26. CEP*: Informar o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do(a) usuário(a).

Campo 27. Município de residência do usuário SUS*: Refere-se ao município de residência do(a) usuário(a).

Campo 28. UF de Residência*: Refere-se a Unidade Federativa de residência do(a) usuário(a).

Campo 29. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*: O profissional solicitante deverá informar o motivo da solicitação do exame de contagem de linfócitos T-CD4+. A solicitação deverá seguir os critérios definidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas vigentes (Link: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>).

Campo 30. CID 10*: Informar a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 se diferente de B24.

Campo 31. Nome do Profissional Solicitante*: Informar o nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação do exame (sem abreviaturas).

Campo 32. Assinatura e Carimbo*: A assinatura do profissional solicitante é obrigatória para a execução do exame pelo laboratório.

Campo 33. Registro no Conselho Profissional*: Informar o Conselho, a UF e o Nº do registro do profissional solicitante do exame (Ex: Conselho/UF/Nº).

Campo 34. Data da Solicitação: Informar a data da solicitação do exame.

Campo 35. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*: Informar o nome da instituição coletora.

Campo 36. Data da coleta*: Informar a data da coleta da amostra.

Campo 37. Hora da coleta*: Informar a hora da coleta da amostra.

Campo 38. Código/Nome do Procedimento*: Assinalar o código e o nome do procedimento conforme Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

Campo 39. Nome de instituição (Carimbo Padrão): Informar o nome da instituição executora do exame de carga viral.

Campo 40. CNES: Informar o número do CNES da Instituição executora do exame.

Campo 41. Data do recebimento: Informar a data do recebimento da amostra no laboratório executor.

Campo 42. Hora do recebimento: Informar a hora do recebimento da amostra no laboratório executor.

Campo 43. Nº Solicitação exame: Informar o nº da solicitação do exame.

Campo 44. Identificador da amostra: Informar o identificador da amostra.

Campo 45. Responsável: Informar o nome do profissional responsável pelo exame.

Campo 46. Data do resultado: Informar a data de liberação do resultado do exame.

Campo 47. Condições de chegada da amostra: Informar a condição de chegada da amostra no laboratório executor.

Campo 48. Material Biológico: Sangue total (fixo, não alterar).

Campo 49. CD4 (valor absoluto): Informar o resultado de CD4 em células/mm³.

Campo 50. CD8 (valor absoluto): Informar o resultado de CD8 em células/mm³.

Campo 51. Média CD3 (valor absoluto): Informar o resultado de CD3 em células/mm³.

Campo 52. Técnica utilizada: Informar a metodologia utilizada para a realização do exame.