



Laudo Médico para Emissão de BPA-I

Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV

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 - Pessoas privadas 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* <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	10. País de Nascimento*	11. Município de Nascimento*
12. UF de Nascimento*	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		
15. Raça/cor* <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 - Etnia:	16. Escolaridade <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.	17. Gestante* <input type="checkbox"/> S - Sim / N - Não	18. Idade Gestacional* 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*

- 28.1. Investigação de infecção viral aguda pelo HIV
- 28.2. Diagnóstico
- 28.3. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral
- 28.4. Avaliação de pessoas em perda de seguimento

30. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem*
Foi solicitado o exame de genotipagem na mesma data?

- Sim
- Não

Em caso de preenchimento da opção "Sim", o laboratório executor deverá priorizar a execução do exame de CV-HIV visto que o resultado será critério de inclusão/exclusão para realização do exame de genotipagem.

31. CID 10* B24

 Outro: _____

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

32. Nome do Profissional Solicitante*

33. Assinatura e Carimbo*

34. Registro no Conselho Profissional*
Conselho/UF/Nº

35. Data da Solicitação

LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA

36. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*

37. Data da coleta* 38. Hora da coleta*

39. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem*

Coleta de amostra para o exame de genotipagem na mesma data? Sim Não

Em caso de preenchimento da opção "Sim", o laboratório executor deverá priorizar a execução do exame de CV-HIV visto que o resultado será critério de inclusão/exclusão para realização do exame de genotipagem.

LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE

40. Código/Nome do Procedimento*

 02.02.03.107-1 / Quantificação do RNA HIV-1 02.13.01.078-0 / DETECÇÃO RÁPIDA DA CARGA VIRAL DO HIV

41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)

42. CNES

43. Data do recebimento

44. Hora do recebimento
:

45. N° Solicitação exame	46. Identificador da amostra	47. Responsável	
48. Data do resultado	49. Condições de chegada da amostra <input type="checkbox"/> 1 - Amostra adequada; <input type="checkbox"/> 5 - Amostra mal acondicionada; <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado;	2 - Amostra hemolisada; 6 - Amostra lipêmica; 10 - Amostra Coagulada;	3 - Amostra em frasco inadequado; 7 - Outros; 11 - Amostra com volume inadequado
50. Material Biológico <input type="radio"/> Sangue <input type="radio"/> Plasma	51. Quantidade de cópias/mL	52. Log	53. Volume da amostra
			54. Técnica utilizada

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)

DETALHAMENTO 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 carga viral do HIV. A solicitação deverá seguir os critérios indicados no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (Link: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/manuais-tecnicos-para-diagnostico>) e nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas vigentes (Link: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>).

Campo 30. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem*: O profissional prescritor deverá informar se o exame de genotipagem do HIV está sendo solicitado no mesmo momento da carga viral, para indicar ao laboratório executor da genotipagem que este deverá aguardar (15 dias) o resultado da carga viral para executar o exame de genotipagem.

Campo 31. CID 10*: Informar a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 se diferente de B24.

Campo 32. Nome do Profissional Solicitante*: Informar o nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação do exame (sem abreviaturas).

Campo 33. Assinatura e Carimbo*: A assinatura do profissional solicitante é obrigatória para a execução do exame pelo laboratório.

Campo 34. Registro no Conselho Profissional*: Informar o Conselho, a UF e o Nº do registro do profissional solicitante do exame (Ex: Conselho/UF/Nº).

Campo 35. Data da Solicitação: Informar a data da solicitação do exame.

Campo 36. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*: Informar o nome da instituição coletora.

Campo 37. Data da coleta*: Informar a data da coleta da amostra.

Campo 38. Hora da coleta*: Informar a hora da coleta da amostra.

Campo 39. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem*: O profissional do ponto de coleta deverá informar se as amostras de carga viral e genotipagem estão sendo coletadas no mesmo momento, para indicar ao laboratório executor da genotipagem que este deverá aguardar (15 dias) o resultado da carga viral para executar o exame de genotipagem.

Campo 40. 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 41. Nome de instituição (Carimbo Padrão): Informar o nome da instituição executora do exame de carga viral.

Campo 42. CNES: Informar o número do CNES da Instituição executora do exame.

Campo 43. Data do recebimento: Informar a data do recebimento da amostra no laboratório executor.

Campo 44. Hora do recebimento: Informar a hora do recebimento da amostra no laboratório executor.

Campo 45. Nº Solicitação exame: Informar o nº da solicitação do exame.

Campo 46. Identificador da amostra: Informar o identificador da amostra.

Campo 47. Responsável: Informar o nome do profissional responsável pelo exame.

Campo 48. Data do resultado: Informar a data de liberação do resultado do exame.

Campo 49. Condições de chegada da amostra: Informar a condição de chegada da amostra no laboratório executor.

Campo 50. Material Biológico: Informar o tipo de amostra recebida no laboratório executor.

Campo 51. Quantidade de cópias: Informar o resultado do exame em cópias/mL.

Campo 52. Log: Informar o resultado do exame em Log.

Campo 53. Volume da amostra: Informar o volume de amostra utilizado para a realização do exame.

Campo 54. Técnica utilizada: Informar a metodologia utilizada para a realização do exame.