

**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 1 - Recém-nascido/criança (até 5 anos) 2 - Estrangeiro 3 - Pessoa em situação de rua 4 - Pessoa privada de liberdade 5 - Índigena		4. CNS – Cartão Nacional de Saúde*	5. Identificação Preferencial do(a) Usuário(a)*
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*
1 - Masculino 3 - Intersexo 2 - Feminino				
13 - Identidade de Gênero		14 - Orientação Sexual		
15. Raça/cor* 1 - Branca; 2 - Preta; 3 - Amarela; 4 - Parda; 5 - Índigena - Etnia: 6 - Não informada; 7 - Ignorada		16. Escolaridade 1 - Nenhuma; 2 - De 1 a 3; 5 - De 12 e mais; 6 - Não informado; 7 - Ignorado.		17. Gestante* S - Sim / N - Não
20. Prontuário	18. Idade Gestacional* Semanas			
19. Telefone do Usuário SUS				
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*	30. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem* Foi solicitado o exame de genotipagem na mesma data?
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\*

\*\* Se outro, preencher o campo com o código:

**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?		
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*	
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 1 - Amostra adequada; 5 - Amostra mal acondicionada; 9 - Ignorado;	2 - Amostra hemolisada; 6 - Amostra lipêmica; 10 - Amostra Coagulada; 3 - Amostra em frasco inadequado; 7 - Outros; 11 - Amostra com volume inadequado; 4 - Amostra mal identificada; 8 - Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT;
50. Material Biológico	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  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.