

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.ULACC.006- Página 1/3	
Título do Documento	IMUNOHEMATOLOGIA - TESTE DE HIV	Emissão: 21/05/2020	Próxima revisão: 21/05/22
		Versão: 2	

1. OBJETIVO(S)

Estabelecer procedimentos realizados para o processamento das amostras biológicas através do teste imunocromatográfico rápido para determinação qualitativa de anticorpos do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tipo 1, tipo 2 e subtipo O no sangue total humano, soro ou plasma, auxiliando no diagnóstico das infecções por HIV.

2. MATERIAL

- Amostra soro/plasma recente límpido;
- Cassete (conservar entre 2°C a 30°C);
- Pipeta automática para 10 µl.;
- Solução Tampão.

HUAB / EBSERH / UFRN
Cópia Controlada
SGQV/S
Sant: Cruz
Em. 23/12/2020

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1. Todas as amostras devem estar à temperatura ambiente (20°C a 25°C), antes de realizar o teste;
2. Retirar o cassete (dispositivo de teste) da embalagem protetora, colocá-la sobre uma superfície limpa e nivelada, e identificá-la de forma adequada (iniciais do nome ou número de cadastro do paciente);
3. Transferir 10 µl de soro ou plasma para dentro do poço da amostra;
4. Segure verticalmente o frasco de solução tampão e adicione duas gotas no poço da amostra;
5. Aguardar a formação das linhas;
6. Interpretar os resultados entre 15 a 30min. Não interpretar após 30min.

4. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. Teste Reagente:

Formação de 2 linhas vermelhas, uma na região controle (C) e uma na região teste (T) após 15 minutos. Não interpretar após 30 minutos.

4.2. Teste Não Reagente:

Formação de 1 linha vermelha, na região controle (C) e ausência completa de linha na região teste (T) após 15 minutos. Não interpretar após 30 minutos.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.ULACC.006- Página 2/3	
Título do Documento	IMUNOHEMATOLOGIA - TESTE DE HIV	Emissão: 21/05/2020	Próxima revisão:21/05/22
		Versão: 2	

4.3. Teste Inválido:

A ausência de formação de linha vermelha na região controle (C) indica erro no procedimento ou deterioração do cassete. Neste caso, repetir o teste utilizando novo cassete.

ATENÇÃO! Devido à possibilidade de reatividade cruzada, uma única soropositividade para HIV-1, HIV2 ou subtipo O pode conduzir, em alguns casos, ao aparecimento das duas linhas coloridas nas áreas de teste T1 e T2. O vírus HIV-2 é raro no Brasil. Em caso de suspeita de infecção pelo HIV-2, siga as orientações do Manual Técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV e entre em contato com o Setor de Vigilância epidemiológica e Saúde do HUAB-SVS).

5. MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV:

Segundo o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, aprovado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 29 de 17 de dezembro de 2013, um resultado reagente para HIV no teste inicial, utilizando o kit ABON para HIV, deve ser complementado por outro teste rápido de diferente metodologia ou fabricante. No ULAC/HUAB, o teste confirmatório é o fabricado pelo BIO-MANGUINHOS.

Para mais informações sobre como realizar um diagnóstico seguro acesse o manual na página www.aids.gov.br

6. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatites B e Coinfecções/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

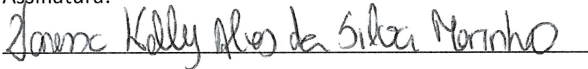


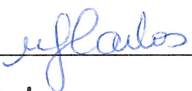
Manual de Teste de HIV. ABON, 2019.

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Elaboração	Data: 21/05/2020
------------	------------------

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.ULACC.006- Página 3/3	
Título do Documento	IMUNOHEMATOLOGIA - TESTE DE HIV	Emissão: 21/05/2020	Próxima revisão: 21/05/22
		Versão: 2	

<p>Nome: Vanessa Kelly Alves da Silva Marinho Siape: 2167501 Função: Farmacêutica Bioquímica</p> <p>Nome: Natália Tavares de Paula Siape: 2994115 Função: Bióloga</p>	<p>Assinatura: </p> <p>Assinatura: </p>
<p>Revisão</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	<p>Data: ___/___/___</p> <p>Assinatura: _____</p>
<p>Validação</p> <p>Nome: Função: Membro do SGQVS</p>	<p>Data: <u>23/12/2020</u></p> <p>Assinatura:  Carla Cilene A. D. Petronio Chefe do Setor de Vigilância em Saúde HUAB/EBSERH Mat. 2158184</p>
<p>Aprovação</p> <p>Nome: Maria das Graças M. Carlos SIAPE: 2169683 Função: Chefe do Setor de Diagnóstico e Imagem</p>	<p>Data: <u>23/12/2020</u></p> <p>Assinatura:  Maria das Graças M. Carlos Chefe do Setor de Diagnóstico e Imagem HUAB/EBSERH SIAPE: 2169683</p>

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

