



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Laudo Médico para Emissão de BPA-I
Quantificação de Ácido Nucléico – Carga viral do HIV

Departamento de DST, Aids e
Hepatites Virais
Sistema de Controle de Exames
Laboratoriais - SISCEL

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Primeira Carga Viral?	1. Instituição solicitante (carimbo padrão)	2. CNPJ
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		././ -

INFORMAÇÕES BÁSICAS

Nome completo do usuário			5. Identificação do usuário nos relatórios		
3. Oficial:			<input type="checkbox"/> 1-Oficial 2-Social		
4. Social:					
6. Data de Nascimento	7. Sexo	8. País			
././	<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino				
9. Cidade de nascimento			10. UF	11. Raça/Cor	
				<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda <input type="checkbox"/> 5-indígena - Etnia: _____ <input type="checkbox"/> 6-não informado 7-ignorada	
12. Número de Identidade		13. CPF		14. Escolaridade	
				<input type="checkbox"/> 1. nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5. - De 12 e mais / 6. não informado / 9. ignorado	
15. Número SISCEL	16. Cartão Nacional de Saúde - CNS	17. Gestante	18. Telefone do Paciente	19. Prontuário	
-		<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não	() -		
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)			21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)		
22. Nome da mãe			23. Endereço do paciente		
24. Bairro	25. CEP	26. Cidade de residência do paciente		27. UF	28. Cód. IBGE Município
	-				
29. Código do Procedimento	30. Nome do Procedimento				
02.02.03.107-1	Quantificação do RNA HIV-1				
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado					
Avaliar indicação do tratamento <input type="checkbox"/>		Falha ou troca terapêutica <input type="checkbox"/>		Auxiliar no diagnóstico de criança exposta <input type="checkbox"/>	
Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>		Indicação para Genotipagem <input type="checkbox"/>		Rastreamento do HIV <input type="checkbox"/>	
32. Caso Aids?	33. No momento apresenta sintomas?	34. Uso regular de antirretroviral?	35. Data início 1º antirretroviral	36. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mês/ano)	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	././	____/____ IGN <input type="checkbox"/>	

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO

37. Diagnóstico	38. CID 10	43. CRM (Nº Registro do Conselho)
		UF/CRM: ____/____
39. Nome do Profissional Solicitante	40. Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo
	././	
41. Documento	42. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante	
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>		

LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA

44. Nome de instituição (Carimbo Padrão)	45. Data da coleta	46. Hora da Coleta
	././	

LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE

47. Nome de instituição (Carimbo Padrão)	48. CNES	49. Data do recebimento	50. Hora
		././	

Carga Viral	51. Nº Solicitação exame	52. Identificador da amostra	53. Responsável	54. Data do resultado
				././
	55. Condições de chegada da amostra			56. Material Biológico
	<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2 - Amostra hemolisada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada <input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra lipêmica / 7-Outros _____			
	57. Quantidade de cópias	58. Log	59. Volume da Amostra	60. Técnica utilizada

www.aids.gov.br/siscel