



1. Nome da Instituição Solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome*				5. Identificação do usuário nos relatórios		6. Data de Nascimento*	7. Sexo*
3. Oficial:				<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social		/ /	<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino
4. Social:							
8. País		9. Cidade de nascimento*		10. UF*	11. Raça/Cor		
					<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 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 5. - De 12 e mais / 6. não informado / 9. ignorado		
15. Número SISCEL	16. Cartão Nacional de Saúde - CNS*		17. Gestante* S-Sim / N-Não		18. Telefone do Paciente	19. Prontuário	
-			<input type="checkbox"/>		() -		
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
		-					
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME							
29. Código do Procedimento			30. Nome do Procedimento				
02.02.03.124-1			Genotipagem do HIV				
DADOS CLÍNICOS							
31. Resultado de Carga Viral (cópias/ml e log)* (realizado na rede pública ou privada)				32. Resultado de Linfócitos T CD4+ (cél/mm ³) e (%)			
Situação	Data da Coleta	Cópias	Log	Situação	Data da Coleta	CD4 (µl)	% CD4
Última Carga Viral	/ /			Último CD4	/ /		
Penúltima Carga Viral	/ /						
33. CID 10		34. Comorbidades			35. Genotipagem anterior		
B24					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Ano(s): _____		
INDICAÇÃO DE GENOTIPAGEM							
36. Tipo de genotipagem a ser realizada*:							
<input type="checkbox"/> Genotipagem Convencional (Protease e Transcriptase Reversa) <input type="checkbox"/> GP41 (T 20/Enfuvirtida) <input type="checkbox"/> Integrase (Raltegravir) <input type="checkbox"/> Alça V3 GP120 (Maraviroque)							
37. Paciente em Tratamento?*		38. Indicação de Genotipagem pré-tratamento (preencher caso o paciente não esteja em tratamento)*					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Criança (0-14 anos; TV) <input type="checkbox"/> Parceria sorodiscordante (parceiro em uso atual ou prévio de TARV) Nome (parceiro): _____ Data nascimento: ____/____/____					
Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso*:							
39. Usuário do esquema:* <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Parceiro (genotipagem pré-tratamento) <input type="checkbox"/> Mãe (Transmissão vertical)							
Esquemas:			Início* (ano)	Motivo da Troca			
				FT ³	INT ⁴	Outros	
1°				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2°				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3°				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4°				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5°				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
40. Nome do Profissional Solicitante*			43. Documento do Profissional Solicitante*		45. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*		
41. CRM (Nº Registro do Conselho)*	42. Data do Preenchimento		44. E-mail do profissional solicitante				
UF/CRM: /	/ /						
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA							
46. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*				47. Data da coleta*		48. Hora da Coleta*	
				/ /		:	
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME							
49. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão)			50. Identificador da Amostra	51. Data do recebimento		52. Hora do recebimento	
				/ /		:	

Instrucional - Solicitação Genotipagem HIV – Dados Clínicos:

(Campos obrigatórios de preenchimento marcados com *)

31. Resultado de Carga Viral*: Informar os dois últimos resultados de carga viral do paciente (cópias/ml e log) e as respectivas datas de realização, para caracterização da falha virológica.

32. Resultado de Linfócitos T CD4+: Informar o último resultado de contagem de linfócitos T CD4+ do paciente (cels/mm³ e %CD4) e a respectiva data de realização.

33. CID10: B24 (fixo, não alterar)

34. Comorbidades: informar outras patologias/infecções que o paciente possui.

35. Genotipagem anterior: informar se o paciente já realizou genotipagem anteriormente, e o ano da realização.

36. Tipo de genotipagem a ser realizada*: assinalar o tipo de genotipagem a ser realizada (alvo de ação do medicamento). Pode ser marcado mais de um campo, de acordo com o esquema terapêutico utilizado ou em uso. Critérios de indicação de genotipagem definidos pelas normativas: PCDT, NT 142/12, NI 10/15 (Protease e Transcriptase Reversa), NT 103/12 (Integrase e Enfuvirtida) e NT 172/13 (Maraviroque).

37. Paciente em Tratamento?*: informar se o paciente está em uso de TARV – Sim ou Não. Caso o paciente não esteja em tratamento, o campo 38 deverá ser preenchido (indicação de Genotipagem pré-tratamento). Se o paciente está em tratamento, ignore o campo 38 e passe para o campo 39.

38. Indicação de Genotipagem pré-tratamento (preencher caso o paciente não esteja em tratamento)*: informar a categoria a qual o paciente não tratado pertence de acordo com a indicação de genotipagem pré-tratamento: Gestante, Criança (0-14 anos - TV) ou Parceria sorodiscordante (usuário que adquiriu HIV de parceiro positivo e em tratamento). Caso seja parceria sorodiscordante, deverá ser informado o nome e data de nascimento do parceiro (para consulta de sua TARV no SICLOM).

39. Usuário do esquema*: informar o usuário da TARV. Assinalar a opção “Paciente” caso o usuário do esquema seja o mesmo indicado no campo 3 ou 4 (assinalar esta opção para todos os pacientes em tratamento). Assinalar a opção “Parceiro” caso o usuário do esquema seja o parceiro do paciente (genotipagem pré-tratamento). Assinalar a opção “Mãe (Transmissão vertical)” caso o usuário do esquema seja a mãe da criança que fará o exame (genotipagem pré-tratamento).

39.1. Esquemas: Campo de preenchimento obrigatório para pacientes em tratamento e genotipagem pré-tratamento – parceria sorodiscordante (TARV do parceiro). É facultativo o preenchimento deste campo para genotipagem pré-tratamento de criança (TARV da mãe é desconhecida). Informar o(s) esquema(s) utilizado(s) pelo paciente.

44. E-mail do profissional solicitante: informar o e-mail para contato caso deseje receber notificação que o exame está pronto.

* Preenchimento Obrigatório ¹TV – Transmissão Vertical, ²TARV – Terapia Antirretroviral, ³FT – Falha Terapêutica, ⁴INT – Intolerância

⁵ Critérios para indicação de genotipagem: Falha virológica confirmada (2 exames de carga viral consecutivos > 1000 cópias/mL - intervalo mínimo de 4 semanas e TARV há pelo menos 6 meses).