|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sistema Ministério Laudo Médico para Emissão de BPA-I** Departamento de Doenças de Condições Crônicas  **Único de da** e Infecções Sexualmente Transmissíveis  **Saúde Saúde** Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV Sistema de Controle de Exames Laboratoriais -  SISCEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.Instituição solicitante (carimbo padrão)\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **2.CNPJ** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | . | | |  | . | | | / - |
| **INFORMAÇÕES BÁSICAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome completo do usuário sus\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **5.Identificação do usuário sus nos**  **relatórios** | | | | | | | | |
| **3. Civil:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | ( ) | | |  | **1**-Civil | | | **2**-Social |
| **4. Social:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Data de Nascimento\*** | | | **7. Sexo\*** | | | | | | | **8. País\*** | | | | | | | | | | **9. Cidade de nascimento\*** | | | | | | | | | | | | | | |
| / / | | |  | | 1-Masculino  2- Feminino | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. UF\*** | | **11. Raça/Cor\*** | | | | | | | | | | **12. Número de Identidade** | | | | | | | | **13. CPF\*** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **1-**Branca; **2**-Preta; **3**-Amarela;  **4**-Parda; **5**-Indígena - Etnia: ; | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | . |  |  |  | | | . | - | | | | |  | | |
| **14. Escolaridade** | | | | | | | | | | | | | | | | **15. Cartão Nacional de Saúde – CNS\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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; **7-**Ignorado. | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **16. Gestante\*** | | | | | | | **17. Idade Gestacional\*** | | | | | | | | **18.Telefone do Usuário SUS** | | | | | | | | | | **19. Prontuário** | | | | | | | | | |
| ( ) **S**-Sim - **N**-Não | | | |  | |  | Semanas | | | | | | | | ( ) | | - |  |  |  | | | | |  | | | | | | | | | |
| **20. Nome do Responsável (se usuário sus for menor de idade)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **21. CPF do Responsável (se usuário sus for menor de idade)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | |  | . |  | | |  | . | | | - |
| **22. Nome da mãe\*** | | | | | | | | | | | | | | **23. Endereço do usuário sus\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **24.Bairro\*** | | | | | | | | **25. CEP\*** | | | | | | | **26. Cidade de residência do usuário sus\*** | | | | | | | | | | | | **27. UF** | | | | | **28. Cód. IBGE Município** | | |
|  | | | | | | | | - | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| **DADOS DA SOLICITAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **29. Código do Procedimento** | | | | | | **30. Nome do Procedimento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **02.02.03.107-1** | | | | | | **Quantificação do RNA HIV-1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral** ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral** ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **31.3. Diagnóstico** ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **32. CID 10\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **33. Nome do Profissional Solicitante\*** | | | | | | | | | | | | | | **34. Data da Solicitação** | | | | | | **35. Assinatura e Carimbo\*** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | / / | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **36. Registro do Conselho Profissional\*** | | | | | | | | | **37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante\*** | | | | | | | | | | |
| Conselho/UF/Nº | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **39. Data da coleta\*** | | | | | | | | | | | **40. Hora da Coleta\*** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | / / | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)** | | | | | | | | | | | | | | **42. CNES** | | | | **43. Data do recebimento** | | | | | | | | | | | **44. Hora** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | / / | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Carga Viral HIV** | **45. Nº Solicitação exame** | | | **46. Identificador da amostra** | | | | | | | | | **47. Responsável** | | | | | | | | | | | | | | | | **48. Data do resultado** | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | / / | | | | | |
| **49. Condições de chegada da amostra** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **50. Material Biológico** | | | | | | | |
| **1**-Amostra adequada; **2**-Amostra hemolisada; **3**-Amostra em frasco inadequada; **4**-Amostra mal identificada ;  ( ) **5**-Amostra mal acondicionada; **6**-Amostra lipêmica ; **7**-Outros ;  **8-**Amostra coagulada; **9**-Amostra com volume inadequado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ( )Sangue | | | | | | | ( ) Plasma |
| **51. Quantidade de cópias** | | | **52. Log** | | | | | | | | **53. Volume da amostra** | | | | | | | **54. Técnica utilizada** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

\* Preenchimento obrigatório Versão 05/09/2019 - [www.aids.gov.br/siscel](http://www.aids.gov.br/siscel)