|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sistema Ministério Laudo Médico para Emissão de BPA-I** Departamento de Doenças de Condições Crônicas  **Único de da** e Infecções Sexualmente Transmissíveis  **Saúde Saúde** Contagem de Linfócitos T CD4+ / CD8+ 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: ; **6**-Não informada;  **7**-Ignorada | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | . . - | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **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 o usuário SUS for menor de idade)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **21. CPF do Responsável (se o 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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **02.02.03.002-4** | | | | | | | | | | **Contagem de Linfócitos T CD4+ / CD8+** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 cel./mm3? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31.2.2. Paciente assintomático? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31.2.3. Carga Viral indetectável? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **31.3. Avaliação de imunização e/ou profilaxia para Infecção Oportunista** ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **32. CID 10\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | / / | | | | | | |  | |  | | | | | |
| **CD4+ / CD8+** | | **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 ;  **10-**Amostra Coagulada; **11**-Amostra com volume inadequado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sangue | | | | | | | | |
| **51. CD4 (valor absoluto)** | | | | | | | | **52. CD8 (valor absoluto)** | | | | | | | **53. Média CD3 (valor absoluto)** | | | | | | | | | **54. Técnica utilizada** | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |  | |

\* Preenchimento obrigatório Versão 04/09/2019 - [www.aids.gov.br/siscel](http://www.aids.gov.br/siscel)