



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. Telefone do Paciente	
-						() -	
18. Gestante* S-Sim / N-Não			19. Idade Gestacional*			20. Prontuário	
			Semanas				
21. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)*					22. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)		
					. -		
23. Nome da mãe*				24. Endereço do paciente			
25. Bairro		26. CEP	27. Cidade de residência do paciente			28. UF	29. Cód. IBGE Município
		-					
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME							
30. Código do Procedimento			31. Nome do Procedimento				
02.01.02.006-8			COLETA DE SANGUE PARA TIPIFICAÇÃO DO ALELO HLA-B				
DADOS CLÍNICOS							
32. CID 10		33. Paciente exposto a antirretrovirais?*					
B24		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
34. Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso:*							
Esquemas*:				Início* (ano)	Motivo da Troca		
					FT ¹	INT ²	Outros
1º					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2º					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3º					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4º					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5º					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
35. Nome do Profissional Solicitante*			36. Documento do Profissional Solicitante*			37. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*	
			CPF:				
38. CRM (Nº Registro do Conselho)*		39. Data do Preenchimento	40. E-mail do profissional solicitante				
UF/CRM: /		/ /					
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA							
41. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*					42. Data da coleta*		43. Hora da Coleta*
					/ /		:
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME							
44. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão)			45. Identificador da Amostra		46. Data do recebimento	47. Hora do recebimento	
					/ /	:	

Instrucional - Solicitação tipificação do alelo HLA-B*5701 – Dados Clínicos:

(Campos obrigatórios de preenchimento marcados com *)

18. Gestante*: informar se a paciente está gestante (S) ou não (N).

19. Idade Gestacional*: Informar a idade gestacional da paciente.

32. CID10: B24 (fixo, não alterar)

33. Paciente em tratamento?*: informar se o paciente já fez uso de antirretrovirais (inclusive PEP ou PrEP) – Sim ou Não. Não há indicação de realização do exame caso o paciente esteja em uso do Abacavir e não apresenta reação de hipersensibilidade.

34. Esquemas*: Campo de preenchimento obrigatório para pacientes em tratamento.

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