



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

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)				2. CNPJ				
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>								
3. Nome				4. Data de Nascimento		5. Sexo		
				/ /		Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		
6. País		7. Cidade de nascimento		8. UF	9. 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			
10. Número de Identidade			11. CPF		12. 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			
13. Número SISCEL		14. Cartão Nacional de Saúde - CNS		15. Gestante		16. Telefone do Paciente	17. Prontuário	
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
18. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)				19. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)				
20. Nome da mãe				21. Endereço do paciente				
22. Bairro		23. CEP	24. Cidade de residência do paciente			25. UF	26. Cód. IBGE Município	
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO</b>								
27. Código do Procedimento		28. Nome do Procedimento						
02.02.03.107-1		Quantificação do RNA HIV-1						
29. 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"/>				
30. Caso Aids?	31. No momento apresenta sintomas?		32. Uso regular de antirretroviral?		33. Data início 1º antirretroviral		34. 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"/>	
<b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO</b>								
35. Diagnóstico			36. CID 10			41. CRM (Nº Registro do Conselho)		
						UF/CRM: ___/___/___		
37. Nome do Profissional Solicitante				38. Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo		
				/ /				
39. Documento		40. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante						
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>								
<b>LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA</b>								
42. Nome de instituição (Carimbo Padrão)				43. Data da coleta		44. Hora da Coleta		
				/ /				
<b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>								
45. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			46. CNES		47. Data do recebimento		48. Hora	
					/ /			
<b>Carga Viral</b>	49. Nº Solicitação exame	50. Identificador da amostra		51. Responsável			52. Data do resultado	
							/ /	
	53. Condições de chegada da amostra						54. 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 _____							
55. Quantidade de cópias		56. Log		57. Volume da Amostra		58. Técnica utilizada		

www.aids.gov.br/siscel