



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Laudo Médico para Emissão de BPA-I

Contagem de Linfócitos T CD4⁺ / CD8⁺

Departamento de DST, Aids e
Hepatites Virais
Sistema de Controle de Exames
Laboratoriais - SISCEL

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)				2. CNPJ				
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE								
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 5-indígena - Etnia: _____ 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 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	
DADOS DA SOLICITAÇÃO								
27. Código do Procedimento			28. Nome do Procedimento					
02.02.03.002-4			Contagem de Linfócitos T CD4 ⁺ / CD8 ⁺					
29. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado								
Avaliar indicação do tratamento <input type="checkbox"/>		Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>		Falha ou troca terapêutica <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"/>	
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO								
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"/>								
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA								
42. Nome de instituição (Carimbo Padrão)				43. Data da coleta		44. Hora da Coleta		
				/ /				
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE								
45. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			46. CNES		47. Data do recebimento	48. Hora		
					/ /			
CD4 ⁺ / CD8 ⁺	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 _____						<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma	
55. CD4 (valor absoluto)		56. CD8 (valor absoluto)		57. Média CD3 (valor absoluto)		58. Técnica utilizada		

www.aids.gov.br/siscel