



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		
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		
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
				16. Telefone do Paciente		
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				
02.02.03.107-1		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?		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
				33. Data início 1º antirretroviral		
				/ /		
				34. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mês/ano)		
				____/____ 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		
Carga Viral	49. Nº Solicitação exame		50. Identificador da amostra		51. Responsável	
					/ /	
	53. Condições de chegada da amostra					52. Data do resultado
	<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2 - Amostra hemolisada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra lipêmica / 7-Outros _____					54. Material Biológico
55. Quantidade de cópias		56. Log		57. Volume da Amostra		
				58. Técnica utilizada		

www.aids.gov.br/siscel