



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
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. N° 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 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