

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais

Fichas de solicitação de exames

LAB/DIAHV/SVS/MS

Brasília-DF, 12 de dezembro de 2018

Laudo Médico para Emissão de BPA-I – Carga Viral HIV

		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		Laudo Médico para Emissão de BPA-I		Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais	
				Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV				Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL	
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ					
INFORMAÇÕES BÁSICAS									
Nome completo do usuário*				5. Identificação do usuário nos relatórios:					
3. Oficial:				<input type="checkbox"/> 1-Oficial 2-Social					
4. Social:									
6. Data de Nascimento*		7. Sexo*		8. País*		9. Cidade de nascimento*			
/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino							
10. UF*		11. Raça/Cor*		12. Número de Identidade		13. CPF			
		<input type="checkbox"/> 1-Branca; 2-Preta; 3-Amarela; 4-Parda; 5-Indígena - Etnia: _____;							
14. Escolaridade				15. Cartão Nacional de Saúde – CNS*					
<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; 7-Ignorado.									
16. Gestante*		17. Idade Gestacional*		18. Telefone do Paciente		19. Prontuário			
<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		Semanas		() -					
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)				21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)					
22. Nome da mãe*				23. Endereço do paciente*					
24. Bairro*		25. CEP*		26. Cidade de residência do paciente*		27. UF		28. Cód. IBGE Município	
DADOS DA SOLICITAÇÃO									
29. Código do Procedimento				30. Nome do Procedimento					
02.02.03.107-1				Quantificação do RNA HIV-1					
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO									
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*									
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral <input type="checkbox"/>									
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral <input type="checkbox"/>									
31.3. Diagnóstico <input type="checkbox"/>									
32. CID 10*									
33. Nome do Profissional Solicitante*				34. Data da Solicitação		35. Assinatura e Carimbo*			
				/ /					
36. Registro do Conselho Profissional*				37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*					
Conselho/UF/Nº									
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA									
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*				39. Data da coleta*		40. Hora da Coleta*			
				/ /					
LABORATORIO EXECUTOR DO TESTE									
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)				42. CNES		43. Data do recebimento		44. Hora	
						/ /			
45. Nº Solicitação exame		46. Identificador da amostra		47. Responsável		48. Data do resultado			
						/ /			
49. Condições de chegada da amostra				50. Material Biológico					
<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada; 2-Amostra hemolitada; 3-Amostra em frasco inadequada; 4-Amostra mal identificada; <input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada; 6-Amostra lipêmica; 7-Outros _____; 8-Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT.				<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma					
51. Quantidade de cópias:		52. Log		53. Volume da amostra		54. Técnica utilizada			

* Preenchimento obrigatório

Dados obrigatórios para faturamento:

- Nome do usuário SUS
- Data de Nascimento do usuário SUS
- CNES da instituição executora
- CNS do usuário SUS
- Sexo do usuário SUS
- CID-10
- Raça/cor
- Etnia (quando raça for indígena)
- Nacionalidade
- Endereço residencial do usuário SUS
- Bairro residencial do usuário SUS
- Cidade de residência do usuário SUS
- CEP do endereço residencial do usuário SUS

Laudo Médico para Emissão de BPA-I – Carga Viral HIV

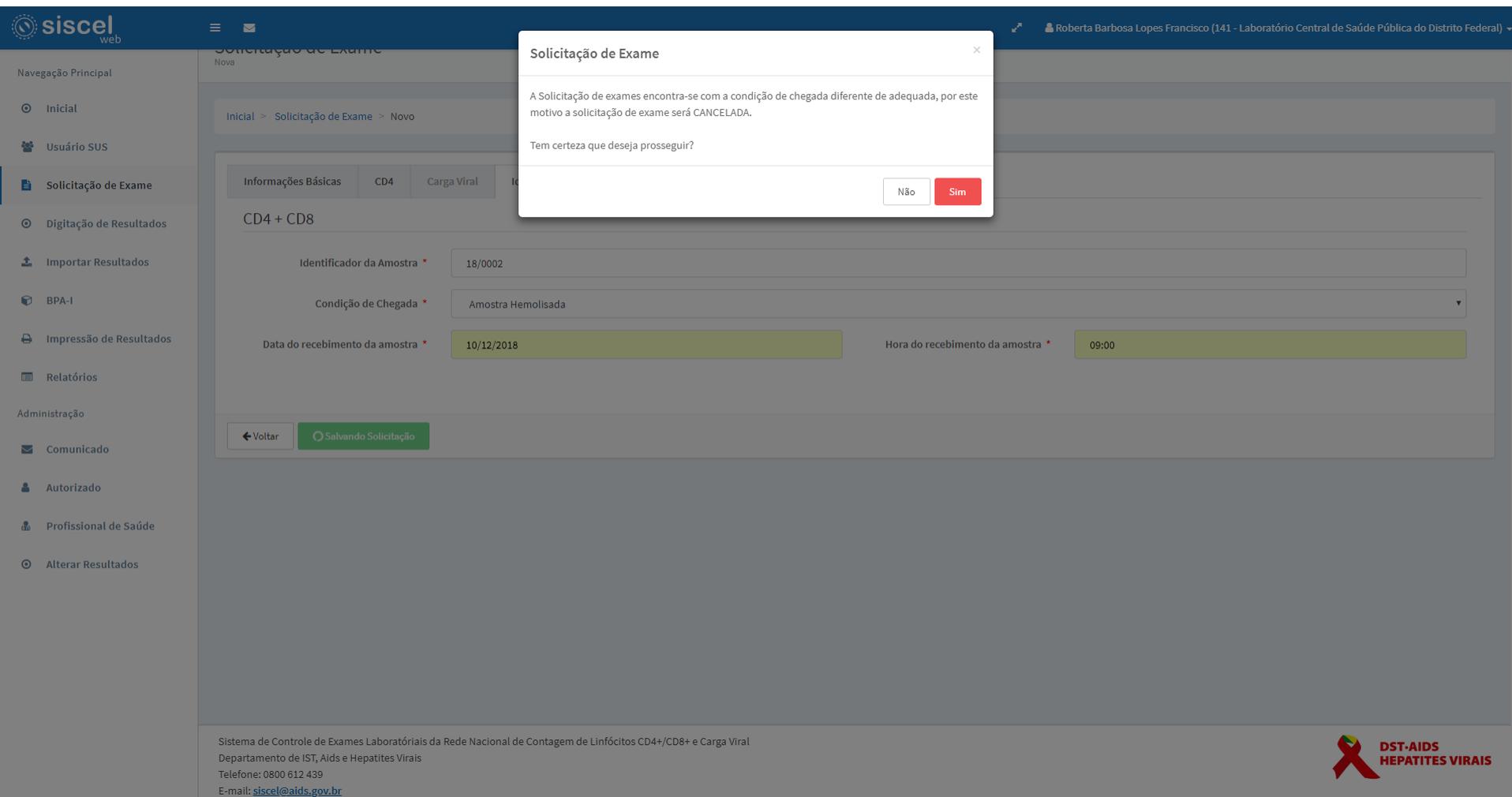
 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		Laudo Médico para Emissão de BPA-I Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV		Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL	
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ			
INFORMAÇÕES BÁSICAS							
3. Oficial:				5. Identificação do usuário nos relatórios:			
4. Social:				<input type="checkbox"/> 1-Oficial 2-Social			
6. Data de Nascimento*		7. Sexo*		8. País*		9. Cidade de nascimento*	
/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino					
10. UF*	11. Raça/Cor*		12. Número de Identidade			13. CPF	
	<input type="checkbox"/> 1-Branca; 2-Preta; 3-Amarela; 4-Parda; <input type="checkbox"/> 5-Indígena - Etnia: _____;						
14. Escolaridade				15. Cartão Nacional de Saúde – CNS*			
<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; <input type="checkbox"/> 6-Não informado; 7-Ignorado.							
16. Gestante*		17. Idade Gestacional*		18. Telefone do Paciente		19. Prontuário	
<input type="checkbox"/> S-Sim N-Não		Semanas		() -			
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)				21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)			
22. Nome da mãe*				23. Endereço do paciente*			
24. Bairro*		25. CEP*		26. Cidade de residência do paciente*		28. Cód. IBGE Município	

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO	
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*	
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral	<input type="checkbox"/>
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral	<input type="checkbox"/>
31.3. Diagnóstico	<input type="checkbox"/>

33. Nome do Profissional Solicitante*		34. Data da Solicitação		35. Assinatura e Carimbo*	
		/ /			
36. Registro do Conselho Profissional* Conselho/UF/Nº		37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*			
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA					
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*			39. Data da coleta*		40. Hora da Coleta*
			/ /		
LABORATORIO EXECUTOR DO TESTE					
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			42. CNES		43. Data do recebimento
					/ /
44. Hora					
45. Nº Solicitação exame		46. Identificador da amostra		47. Responsável	
48. Data do resultado		/ /			
49. Condições de chegada da amostra				50. Material Biológico	
<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada; 2-Amostra hemolitada; 3-Amostra em frasco inadequada; 4-Amostra mal identificada; <input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada; 6-Amostra lipêmica; 7-Outros _____; 8-Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT.				<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma	
51. Quantidade de cópias		52. Log		53. Volume da amostra	
				54. Técnica utilizada	

* Preenchimento obrigatório

Cadastro Siscel – Condição de chegada da amostra



The screenshot displays the Siscel web interface. A modal dialog box titled "Solicitação de Exame" is centered on the screen. The dialog contains the following text:

Solicitação de Exame

A Solicitação de exames encontra-se com a condição de chegada diferente de adequada, por este motivo a solicitação de exame será CANCELADA.

Tem certeza que deseja prosseguir?

Buttons: Não (white), Sim (red)

The background interface shows the "Solicitação de Exame" form with the following fields:

- Identificador da Amostra: 18/0002
- Condição de Chegada: Amostra Hemolisada
- Data do recebimento da amostra: 10/12/2018
- Hora do recebimento da amostra: 09:00

Navigation buttons at the bottom of the form include "Voltar" and "Salvando Solicitação".

Footer text: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Telefone: 0800 612 439. E-mail: siscel@aids.gov.br

Logo: DST-AIDS HEPATITES VIRAIS

Cadastro Siscel – Condição de chegada da amostra

siscel web

Roberta Barbosa Lopes Francisco (1042 - D-DST-AIDS-HV)

Navegação Principal

- Inicial
- Usuário SUS
- Solicitação de Exame**
- Digitação de Resultados
- Importar Resultados
- BPA-I
- Impressão de Resultados**
- Relatórios
- Administração
- Comunicado
- Autorizado
- Profissional de Saúde
- Alterar Resultados

Solicitação de Exame

lista

Inicial > Solicitação de Exame > Listagem

Solicitação de CD4 cadastrada com sucesso, Nº 37935090!

Filtro

Nº da Solicitação de Exame:

Nº de Identificação da Amostra:

Tipo de Exame: CD4 Carga Viral

Data da Digitação da Solicitação:

Usuário SUS:

Data de Nascimento:

Nº Solicitação	Exame	Usuário SUS	Amostra	Data da Coleta	Data de Digitação	Digitador	Ação
37934786	CD4	Oficial: Paciente de Teste Gestante Social:	gestante pcdt	02/10/2018 10:00:00	10/12/2018 16:14:24	Ana Cristina e Silva Aguiar	<input type="button" value="Visualizar"/> <input type="button" value="Editar"/>
37934755	CD4	Oficial: Criança de Teste Social:	criança pcdt	01/11/2018 01:00:00	10/12/2018 16:11:42	Ana Cristina e Silva Aguiar	<input type="button" value="Visualizar"/> <input type="button" value="Editar"/>
37912374	CV	Oficial: Paciente de Teste Social:	DFTESTE123	05/12/2018 12:00:00	05/12/2018 10:30:53	Felipy Tavares Amorim	<input type="button" value="Visualizar"/> <input type="button" value="Editar"/>
37887992	CD4	Oficial: Paciente de Teste Social:	DF123456789123456	28/11/2018 12:00:00	28/11/2018 17:24:31	Felipy Tavares Amorim	<input type="button" value="Visualizar"/> <input type="button" value="Editar"/>

Resultado aparecerá direto para o médico no sistema laudo!

Resultado – Condição de chegada da amostra

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais

Data: 10/12/2018
SISCEL

Resultado de Exame de CD4

Unidade Solicitante: D-DST-AIDS-HV
Usuário SUS (nome oficial): **PACIENTE DE TESTE ABBOTT DOIS**
(nome social): SOCIAL ABBOTT DOIS
Nome da Mãe: MAE DO PACIENTE DE TESTE ABBOTT DOIS
Nascimento: 01/02/1978 (Aproximadamente 40 anos, 10 meses e 9 dias)
Nº Ident. Usuário SUS: 99359775 Nº CNS
Médico Solicitante: 9999999/DF - Luiz Henrique de Sousa Morais
Data da solicitação:
Data da Execução:
Laboratório Executor: D-DST-AIDS-HV

Sexo:
Nº Prontuário:
Id. Amostra 18/0002
Data da coleta: 10/12/2018
Data da Impressão do resultado: 10/12/2018

Não foi possível realizar o exame de Contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ pois a amostra estava inadequada (Amostra Hemolisada). Solicitamos nova coleta de amostra.

Histórico (Últimos 18 exames)

Coleta	Cópias	Carga Viral		Resultado	CD4+/CD8+							
		Log	Método		Resultado	CD4	%	CD8	%	CD4/CD8	CD45+	Resultado
02/09/2016	Não Detectado	----	Abbott RealTime HIV1	10/01/2017	----	----	----	----	----	----	----	----
13/06/2016	Não Detectado	----	b-DNA	21/06/2016	----	----	----	----	----	----	----	----
24/05/2013	> L. Máx.	----	Abbott RealTime HIV1	24/05/2013	----	----	----	----	----	----	----	----

Obrigada!