



Formulário para Solicitação de Exame de Tipificação do alelo HLA-B*5701

1. Nome da Instituição Solicitante (carimbo padrão)*		2. CNPJ			
		. / -			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome*		5. Identificação do usuário nos relatórios	6. Data de Nascimento*	7. Sexo atribuído ao Nascimento*	
3. Oficial:		<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social	/ /	<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 3- Intersexo	
4. Social:					
8. País	9. Cidade de nascimento*		10. UF*	11. Raça/Cor	
				<input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena - Etnia: _____ 6-Não informado 7-Ignorado	
12. Número de Identidade		13. CPF	14. 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		
15. Número SISCEL		16. Cartão Nacional de Saúde - CNS*		17. Telefone do Paciente	
-				() -	
18. Gestante*		19. Idade Gestacional*		20. Prontuário	
S-Sim / N-Não		Semanas			
21. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)*			22. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)		
			. -		
23. Nome da mãe*			24. Endereço do paciente		
25. Bairro	26. CEP	27. Cidade de residência do paciente		28. UF	29. Cód. IBGE Município
	-				
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME					
30. Código do Procedimento		31. Nome do Procedimento			
02.01.02.006-8		COLETA DE SANGUE PARA TIPIFICAÇÃO DO ALELO HLA-B			
DADOS CLÍNICOS					
32. CID 10	33. Paciente exposto a antirretrovirais?*				
B24	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
34. Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso:*					
Esquemas*:		Início* (ano)	Motivo da Troca		
			FT ¹	INT ²	Outros
1°			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2°			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3°			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4°			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5°			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
35. Nome do Profissional Solicitante*		36. Documento do Profissional Solicitante*		37. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*	
		CPF:			
38. CRM (Nº Registro do Conselho)*	39. Data do Preenchimento	40. E-mail do profissional solicitante			
UF/CRM: /	/ /				
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA					
41. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*			42. Data da coleta*	43. Hora da Coleta*	
			/ /	:	
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME					
44. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão)		45. Identificador da Amostra	46. Data do recebimento	47. Hora do recebimento	
			/ /	:	

*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/aids/pt-br> (08/02/2023)

Instrucional - Solicitação tipificação do alelo HLA-B*5701 – Dados Clínicos:

Campos obrigatórios de preenchimento marcados com *.

18. Gestante*: informar se a paciente está gestante (S) ou não (N).

19. Idade Gestacional*: Informar a idade gestacional da paciente.

32. CID10: B24 (fixo, não alterar)

33. Paciente em tratamento?*: informar se o paciente já fez uso de antirretrovirais (inclusive PEP ou PrEP) – Sim ou Não. Não há indicação de realização do exame caso o paciente esteja em uso do Abacavir e não apresenta reação de hipersensibilidade.

34. Esquemas*: Campo de preenchimento obrigatório para pacientes em tratamento.

40. E-mail do profissional solicitante: informar o e-mail para contato caso deseje receber notificação que o exame está pronto.