



# Laudo Médico para Emissão de BPA-I Contagem de Linfócitos T-CD4+

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)\*

2. CNES

## INFORMAÇÕES BÁSICAS

3. CPF\*

Na indisponibilidade do CPF, informar a exceção  
1 - Recém-nascido/criança (até 5 anos)  
2 - Estrangeiro 3 - Pessoa em situação de rua  
4 - Pessoa privada de liberdade 5 - Indígena

4. CNS – Cartão Nacional de Saúde\*

5. Identificação Preferencial do(a) Usuário(a)\*

6. Nome Completo do(a) Usuário(a) - Civil\*

7. Nome Social

8. Data de Nascimento\*

9. Sexo ao Nascimento\*

1 - Masculino 3 - Intersexo  
2 - Feminino

10. País de Nascimento\*

11. Município de Nascimento\*

12. UF de Nascimento\*

13 - Identidade de Gênero

14 - Orientação Sexual

15. Raça/cor\*

1 - Branca; 2 - Preta; 3 - Amarela; 4 - Parda; 5 - Indígena  
6 - Não informada; 7 - Ignorada - Etnia:

16. Escolaridade

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.

17. Gestante\*

S - Sim N - Não

18. Idade Gestacional\*

Semanas

19. Telefone do Usuário SUS

20. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)

21. CPF do Responsável

(se usuário SUS for menor de idade)

22. Nome da mãe\*

23. Endereço do usuário SUS\*

24. Bairro\*

25. CEP\*

26. Município de residência do usuário SUS\*

27. UF de residência\*

## DADOS DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO

28. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado\*

Avaliação inicial

Monitoramento de pessoas **assintomáticas**<sup>1</sup> em seguimento

Monitoramento de pessoas em falha virológica

Monitoramento de pessoas sintomáticas ou com infecções oportunistas

Avaliação de imunização

Avaliação de pessoas em perda de seguimento

<sup>1</sup> - Resultados de CD4 < 350 células/mm<sup>3</sup>: repetir a cada 6 meses; resultados entre 350 e 500 células/mm<sup>3</sup>: repetir a cada 12 meses; dois resultados de CD4 > 500 células/mm<sup>3</sup>: não solicitar

29. CID 10\*

\*\* Se outro, preencher o campo com o código:

## DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30. Nome do Profissional Solicitante\*

31. Assinatura e Carimbo\*

32. Registro no Conselho Profissional\*

Conselho/UF/Nº

33. Data da Solicitação

## LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA

34. Nome de instituição (Carimbo Padrão)\*

35. Data da coleta\*

36. Hora da coleta\*

## LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE

37. Código/Nome do Procedimento\*

38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)

39. CNES

40. Data do recebimento

41. Hora do recebimento

42. Nº Solicitação exame

43. Identificador da amostra

44. Responsável

45. Data do resultado

46. Condições de chegada da amostra

1 - Amostra adequada; 2 - Amostra hemolisada; 3 - Amostra em frasco inadequado; 4 - Amostra mal identificada;  
5 - Amostr a mal acondicionada; 6 - Amostra lipêmica; 7 - Outros; 8 - Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT;  
9 - Ignorado; 10 - Amostra Coagulada; 11 - Amostra com volume inadequado

47. Material Biológico

**SANGUE  
TOTAL**

48. CD4

(valor Absoluto)

49. CD8

(valor Absoluto)

50. Média CD3

(valor absoluto)

51. Técnica utilizada

LT-CD4\*

\*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/aids/pt-br> (AGOSTO2024)

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Os campos com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

As alternativas com ícone  indicam que uma única resposta é possível.

As alternativas com ícone  indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

## DESCRIÇÃO DOS CAMPOS

**Campo 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)\*:** Informar o nome completo da Instituição Solicitante do exame.

**Campo 2. CNES:** Informar o número do CNES da Instituição Solicitante do exame.

**Campo 3. CPF (Na indisponibilidade do CPF, informar a exceção)\*:** Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: recém-nascido/criança (até 5 anos); estrangeiros; pessoa em situação de rua no momento; pessoa privada de liberdade no momento; indígena.

**Campo 4. CNS – Cartão Nacional de Saúde\*:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).

**Campo 5. Identificação Preferencial do Usuário(a)\*:** Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).

**Campo 6. Nome Completo do Usuário(a) – Civil\*:** Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).

**Campo 7. Nome Social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuem nome social que divirja do nome de registro.

**Campo 8. Data de Nascimento\*:** Informar a data de nascimento do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).

**Campo 9. Sexo ao Nascimento\*:** Marcar de acordo com documento de identificação do(a) usuário(a).

**Campo 10. País de Nascimento\*:** Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).

**Campo 11. Município de Nascimento\*:** Nome do município de nascimento (preenchimento obrigatório).

**Campo 12. UF de Nascimento\*:** Nome da UF de nascimento.

**Campo 13. Identidade de Gênero:** é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).

**Campo 14. Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).

**Campo 15. Raça/Cor\*:** Pedir ao(a) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida (preenchimento obrigatório).

**Campo 16. Escolaridade:** Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou.

**Campo 17. Gestante\*:** informar se a paciente está gestante (S) ou não (N).

**Campo 18. Idade Gestacional\*:** Informar a idade gestacional (semanas) da paciente.

**Campo 19. Telefone do Usuário SUS:** N° do telefone deve ser precedido pelo DDD.

**Campo 20. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade):** Informar o nome completo do responsável, se usuário(a) SUS for menor de idade.

**Campo 21. CPF do Responsável (se usuário SUS for menor de idade):** Informar o número do CPF do responsável, se usuário(a) SUS for menor de idade.

**Campo 22. Nome da mãe\*:** Informar o nome completo da mãe sem qualquer abreviação.

**Campo 23. Endereço do usuário SUS\*:** Refere-se ao endereço de residência do(a) usuário(a) - nome da rua, avenida, entre outros.

**Campo 24. Bairro\*:** Refere-se ao bairro de residência do(a) usuário(a).

**Campo 25. CEP\*:** Informar o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do(a) usuário(a).

**Campo 26. Município de residência do usuário SUS\*:** Refere-se ao município de residência do(a) usuário(a).

**Campo 27. UF de Residência\*:** Refere-se a Unidade Federativa de residência do(a) usuário(a).

**Campo 28. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado\*:** O profissional solicitante deverá informar o motivo da solicitação do exame de contagem de linfócitos T-CD4+. A solicitação deverá seguir os critérios definidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas vigentes (Link: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>).

**Campo 29. CID 10\*:** Informar a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 se diferente de B24.

**Campo 30. Nome do Profissional Solicitante\*:** Informar o nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação do exame (sem abreviaturas).

**Campo 31. Assinatura e Carimbo\*:** A assinatura do profissional solicitante é obrigatória para a execução do exame pelo laboratório.

**Campo 32. Registro no Conselho Profissional\*:** Informar o Conselho, a UF e o N° do registro do profissional solicitante do exame (Ex: Conselho/UF/N°).

**Campo 33. Data da Solicitação:** Informar a data da solicitação do exame.

**Campo 34. Nome de instituição (Carimbo Padrão)\*:** Informar o nome da instituição coletora.

**Campo 35. Data da coleta\*:** Informar a data da coleta da amostra.

**Campo 36. Hora da coleta\*:** Informar a hora da coleta da amostra.

**Campo 37. Código/Nome do Procedimento\*:** Assinalar o código e o nome do procedimento conforme Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

**Campo 38. Nome de instituição (Carimbo Padrão):** Informar o nome da instituição executora do exame de carga viral.

**Campo 39. CNES:** Informar o número do CNES da Instituição executora do exame.

**Campo 40. Data do recebimento:** Informar a data do recebimento da amostra no laboratório executor.

**Campo 41. Hora do recebimento:** Informar a hora do recebimento da amostra no laboratório executor.

**Campo 42. N° Solicitação exame:** Informar o n° da solicitação do exame.

**Campo 43. Identificador da amostra:** Informar o identificador da amostra.

**Campo 44. Responsável:** Informar o nome do profissional responsável pelo exame.

**Campo 45. Data do resultado:** Informar a data de liberação do resultado do exame.

**Campo 46. Condições de chegada da amostra:** Informar a condição de chegada da amostra no laboratório executor.

**Campo 47. Material Biológico:** Sangue total (fixo, não alterar).

**Campo 48. CD4 (valor absoluto):** Informar o resultado de CD4 em células/mm<sup>3</sup>.

**Campo 49. CD8 (valor absoluto):** Informar o resultado de CD8 em células/mm<sup>3</sup>.

**Campo 50. Média CD3 (valor absoluto):** Informar o resultado de CD3 em células/mm<sup>3</sup>.

**Campo 51. Técnica utilizada:** Informar a metodologia utilizada para a realização do exame.