



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

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ	
				. / -	
INFORMAÇÕES BÁSICAS					
Nome completo do usuário SUS*				5. Identificação do usuário SUS nos relatórios	
3. Civil:				<input type="checkbox"/> 1-Civil 2-Social	
4. Social:					
6. Data de Nascimento*		7. Sexo atribuído ao Nascimento*		8. País*	
/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino 2-Feminino 3- Intersexo			
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: _____; 6-Não informada; 7-Ignorada				. . -
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 Usuário SUS		19. Prontuário
<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		Semanas	() -		
20. Nome do Responsável (se o usuário SUS for menor de idade)				21. CPF do Responsável (se o usuário SUS for menor de idade)	
				. . -	
22. Nome da mãe*			23. Endereço do usuário SUS*		
24. Bairro*		25. CEP*	26. Cidade de residência do usuário SUS*	27. UF*	28. Cód. IBGE Município
		-			
DADOS DA SOLICITAÇÃO					
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento			
02.02.03.002-4		Contagem de Linfócitos T CD4 ⁺ / CD8 ⁺			
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"/>					
31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 cel./mm ³ ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
31.2.2. Paciente assintomático? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
31.2.3. Carga Viral indetectável? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
31.3. Avaliação de imunização e/ou profilaxia para Infecção Oportunista <input type="checkbox"/>					
32. CID 10*					
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
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*
			/ /		
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE					
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)		42. CNES		43. Data do recebimento	44. Hora
				/ /	
CD4 ⁺ / CD8 ⁺	45. Nº Solicitação exame		46. Identificador da amostra		47. Responsável
	49. Condições de chegada da amostra				48. 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; 8- Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT; 9- Ignorado; 10-Amostra Coagulada; 11-Amostra com volume inadequado				/ /
	51. CD4 (valor absoluto)		52. CD8 (valor absoluto)	53. Média CD3 (valor absoluto)	54. Técnica utilizada
					SANGUE TOTAL

*Preenchimento obrigatório

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