



Laudo Médico para Emissão de BPA-I  
Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ				
<b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>								
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*		9. Cidade de nascimento*		
		1-Masculino 2-Feminino 3- Intersexo						
10. UF*	11. Raça/Cor*			12. Número de Identidade		13. CPF*		
	1-Branca; 2-Preta; 3-Amarela; 4-Parda; 6- Não Informado; 5-Indígena - Etnia: _____; 7- Ignorado							
14. Escolaridade				15. Cartão Nacional de Saúde – CNS*				
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		
		Semanas		(    )				
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. Cidade de residência do usuário sus*		27. UF*	28. Cód. IBGE Município	
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO</b>								
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento						
02.02.03.107-1		Quantificação do RNA HIV-1						
<b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO</b>								
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*								
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral								
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral								
31.3. Diagnóstico								
31.4. Investigação de infecção viral aguda pelo HIV								
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								
<b>LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA</b>								
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*			39. Data da coleta*		40. Hora da Coleta*			
<b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>								
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			42. CNES		43. Data do recebimento		44. Hora	
Carga Viral HIV	45. Nº Solicitação exame	46. Identificador da amostra		47. Responsável			48. Data do resultado	
	49. Condições de chegada da amostra						50. Material Biológico	
	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. Quantidade de cópias	52. Log		53. Volume da amostra		54. Técnica utilizada			

\*Preenchimento obrigatório

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