



| DADOS DA INSTITUIÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|-----------------|---|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)* | | | | | 2. CNES* | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Nome do profissional solicitante* | | | 4. Registro do conselho profissional* | | | 5. Assinatura e Carimbo* | | | | | | | | | | | |
| | | | Sigla do conselho/UF/Nº ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Data da solicitação* | | | 7. CPF do profissional solicitante* | | | | | | | | | | | | | | |
| ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMAÇÕES BÁSICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. CNS do(a) paciente* | | Nome completo do(a) usuário(a)* | | | | | 12. Preferência de identificação* | | | | | | | | | | |
| | | 10. Oficial <input type="checkbox"/> | | | | | <input type="checkbox"/> 1. Oficial <input type="checkbox"/> 2. Social | | | | | | | | | | |
| 9. CPF* | | 11. Social <input type="checkbox"/> | | | | | 13. Sexo* | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino | | | | | | | | | | |
| 14. Data de nascimento* | | 15. Raça/Cor* | | | 16. Etnia* | | 17. Nome da mãe* | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Nacionalidade* | | 19. Número da identidade | | 20. Logradouro* | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Número* | 22. Complemento | 23. Bairro* | | 24. Município* | | 25. Cód. IBGE | 26. UF* | 27. CEP* | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28. Telefone | | 29. País* | 30. Gestante* | | 31. Idade Gestacional* | | 32. Escolaridade (em anos) | | | | | | | | | | |
| () | | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não | | <input type="checkbox"/> 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º trimestre 4. Ignorado <input type="checkbox"/> 5. Não se aplica | | <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma 2. De 1 a 3 3. De 4 a 7 4. De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5. De 12 e mais 6. Não informado 7. Ignorado | | | | | | | | | | |
| 33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)* | | | | | | 34. CPF do(a) responsável | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROVÁVEL MODO DE TRANSMISSÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35. Transmissão Vertical* | | | 36. Transmissão Sexual* | | | 37. Transmissão Sanguínea* | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Ignorado | | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Ignorado | | | <input type="checkbox"/> 1. Relações sexuais com homens <input type="checkbox"/> 2. Relações sexuais com mulheres | | | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Ignorado | | | | <input type="checkbox"/> Uso de drogas injetáveis <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Tratamento/hemotransfusão para hemofilia <input type="checkbox"/> Acidente com material biológico (soroconversão em até 6 meses) | | | |
| INFORMAÇÕES SOBRE TRANSFUÇÃO/ACIDENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38. Data da transfusão/acidente* | | 39. UF* | 40. Município onde ocorreu a transfusão/acidente * | | 41. Código IBGE | 42. Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente* | | | 43. Código | | | | | | | | |
| ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44. Após investigação realizada conforme Portaria SVS/MS nº29/2013, a transfusão ou acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?* | | | | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Ignorado | | 45. Viajou para outros países?* | | 46. Contato com pessoas que estiveram em outros países?* | | | | | | | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Ignorado | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Ignorado | | | | | | | | |
| 47. Relação dos locais pelos quais passou o paciente ou o contato* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data (Dia/Mês/Ano) | | UF | Município/Localidade | | | País | | Paciente ou Contato? | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DE TESTAGEM E LABORATORIAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48. Evidência Laboratorial de infecção pelo HIV* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOROLOGIA LABORATORIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Reagente | Teste inicial anti-HIV <input type="checkbox"/> Data da Coleta ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Não Reagente | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Não Realizado | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Indeterminado | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Ignorado | Teste complementar anti-HIV Western blot <input type="checkbox"/> | | Data da Coleta ____/____/____ | | <input type="radio"/> p17 <input type="radio"/> p24/25 <input type="radio"/> p31/34 | <input type="radio"/> gp41 <input type="radio"/> p51/55 <input type="radio"/> p55 | <input type="radio"/> p65/66/68 <input type="radio"/> gp120 <input type="radio"/> gp160 | <input type="radio"/> gp36 <input type="radio"/> gp105 | | | | | | | | | |

*Preenchimento obrigatório



Formulário para Solicitação de Exame de Diagnóstico da Infecção pelo HIV-2

| | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|---|---|----------------------------|--|------------------|
| 1. Reagente 2. Não Reagente 3. Não Realizado 4. Indeterminado 5. Ignorado | Teste complementar anti-HIV <input type="checkbox"/> Imunoblot rápido | Data da Coleta ___/___/___ | <input type="radio"/> 1 (gp36) <input type="radio"/> 2 (gp 160) | <input type="radio"/> 3 (gp120) <input type="radio"/> 4 (gp41) | <input type="radio"/> 5 (p24) | | | |
| SOROLOGIA POR TESTE RÁPIDO | | | | | | | | |
| | Teste Rápido 1 <input type="checkbox"/> | Data da Coleta ___/___/___ | TR detectou HIV-2 <input type="checkbox"/> | 1. Sim 2. Não | Teste Rápido 2 <input type="checkbox"/> | Data da Coleta ___/___/___ | TR detectou HIV-2 <input type="checkbox"/> | 1. Sim 2. Não |
| BIOLOGIA MOLECULAR | | | | | | | | |
| Teste Qualitativo <input type="checkbox"/> | Nº de cópias/mL _____ | Log _____ | Data da Coleta ___/___/___ | Carga Viral <input type="checkbox"/> | Nº de cópias/mL _____ | Log _____ | Data da Coleta ___/___/___ | |
| CONTAGEM DE LINFÓCITOS T | | | | | | | | |
| Data da Coleta ___/___/___ | Contagem T CD3 _____ | Contagem T CD4 _____ | Contagem T CD8 _____ | Contagem T CD45+ _____ | | | | |
| LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA | | | | | | | | |
| 49. Nome da instituição (Carimbo padrão)* | 50. Data da coleta* ___/___/___ | 51. Hora da coleta* ____:____ | 52. Material Biológico | | | | | |
| LOCAL DE RECOLHIMENTO DA AMOSTRA | | | | | | | | |
| 53. Nome da instituição (Carimbo padrão)* | 54. Data do recolhimento* ___/___/___ | | | | | | | |
| LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE | | | | | | | | |
| 55. Nome da instituição (Carimbo padrão)* | 56. CNES | 57. Data do recebimento* ___/___/___ | 58. Hora do recebimento* ____:____ | | | | | |
| 59. Responsável | 60. Metodologia utilizada | 61. Resultado | 62. Data do resultado ___/___/___ | | | | | |

*Preenchimento obrigatório

www.aids.gov.br (12/02/2021)