



Formulário para Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite D (Delta)

DADOS DA INSTITUIÇÃO

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*		2. CNES*
3. Nome do profissional solicitante*	4. Registro do conselho profissional* Conselho/UF/Nº	5. Assinatura e Carimbo*
6. Data da solicitação* / /	7. CPF do profissional*	

INFORMAÇÕES BÁSICAS

8. CNS do(a) paciente*	Nome completo do(a) usuário(a)*		12. Preferência de identificação*			
	10. Oficial		<input type="checkbox"/> 1. Oficial <input type="checkbox"/> 2. Social			
9. CPF*	11. Social		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. Prontuário	31. Gestante*	32. Escolaridade (em anos)		
			<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<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		
33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*				34. CPF do(a) responsável		

DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO

35. Idade gestacional*	36. Motivo do exame*	37. Classificação Internacional de Doenças (CID)*			
<input type="checkbox"/> 1. 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2. 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º trimestre <input type="checkbox"/> 4. Ignorado <input type="checkbox"/> 5. Não se aplica	<input type="checkbox"/> 1. Diagnóstico <input type="checkbox"/> 2. Monitoramento <input type="checkbox"/> 3. Seguimento pós-tratamento	<input type="checkbox"/> 1. Hepatite aguda B com agente Delta (co-infecção), com coma hepático (B16.0) <input type="checkbox"/> 2. Hepatite aguda B com agente Delta (co-infecção), sem coma hepático (B16.1) <input type="checkbox"/> 3. Superinfecção Delta aguda de portador de hepatite B (B17.0) <input type="checkbox"/> 4. Hepatite viral crônica B com agente Delta (B18.0)			

DADOS LABORATORIAIS

1. Reagente 3. Não realizado 5. Ignorado 2. Não Reagente 4. Indeterminado	38. Teste Anti-HDV-Total* (Informação obrigatória para análise dos critérios de realização do exame de CV-HDV)	
	Resultado: <input type="checkbox"/>	Data da Coleta: ____/____/____ Data de Liberação: ____/____/____

LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA

39. Nome da instituição*	40. Data da coleta*	41. Hora da coleta*
	____/____/____	:

LOCAL DE RECOLHIMENTO DA AMOSTRA

42. Nome da instituição (Carimbo padrão)*	43. Data do recolhimento*
	____/____/____

LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE

44. Nome da instituição*	45. CNES*	46. Data do recebimento*	47. Hora do recebimento*
		____/____/____	:

Carga Viral	48. Solicitação do exame*	49. Identificador da amostra*	50. Responsável*		51. Data do resultado*
	____/____/____				____/____/____
	52. Material biológico*	53. Volume da amostra	54. UI/mL	55. Log	56. Técnica*

*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/aids/pt-br> (Versão 07.2024)

INSTRUCIONAL - SOLICITAÇÃO DE EXAME DE CARGA VIRAL DO VÍRUS DA HEPATITE D (DELTA)

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com *.

8. CNS do(a) paciente*: Inserir o número do Cartão Nacional de Saúde do Usuário SUS. O correto preenchimento do CNS no formulário eletrônico do GAL permite que os campos de identificação do indivíduo sejam preenchidos automaticamente.

9. CPF*: Inserir o número do Cadastro de Pessoa Física do Usuário SUS. Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros, vulnerável e indígena (conforme decreto 9.723, de 11 de março de 2019).

10. Oficial: Nome do Usuário SUS, conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.

11. Social: Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

12. Preferência de identificação*: Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.

13. Sexo*: Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.

15. Raça/Cor*: Solicitar ao Usuário SUS que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. Essa classificação deverá ser auto referida.

36. Motivo do exame*: Informar a justificativa para a solicitação. As orientações para o uso do teste de carga viral no diagnóstico, monitoramento e seguimento pós-tratamento da infecção pelo HDV podem ser acessadas no PCDT de Hepatite B e Coinfecções (capítulo 24), disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>.

37. Idade Gestacional*: Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar "5".

38. Motivo do exame*: Informar a justificativa para a solicitação. As orientações para o uso do teste de carga viral no diagnóstico e monitoramento da infecção pelo HDV podem ser acessadas no PCDT de Hepatite B e Coinfecções, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>.

39. Classificação Internacional de Doenças (CID)*: Informar a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Os CID-10 podem ser consultados no PCDT de Hepatite B e Coinfecções (<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>).

40. Teste Anti-HDV Total*: Informar a data de coleta e resultado do exame para detecção de anticorpos totais contra o vírus da hepatite D (Delta). O resultado reagente é requisito obrigatório para a autorização do exame de carga viral do Vírus da Hepatite D (CV-HDV).