



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

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

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\*

29. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem\*  
Foi solicitado o exame de genotipagem na mesma data?

Em caso de preenchimento da opção "Sim", o laboratório executor deverá priorizar a execução do exame de CV-HIV visto que o resultado será critério de inclusão/exclusão para realização do exame de genotipagem.

30. CID 10\*

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

## DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31. Nome do Profissional Solicitante\*

32. Assinatura e Carimbo\*

33. Registro no Conselho Profissional\*  
Conselho/UF/Nº

34. Data da Solicitação

## LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA

35. Nome de instituição (Carimbo Padrão)\*

36. Data da coleta\*

37. Hora da coleta\*

38. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem\*  
Coleta de amostra para o exame de genotipagem na mesma data?

Em caso de preenchimento da opção "Sim", o laboratório executor deverá priorizar a execução do exame de CV-HIV visto que o resultado será critério de inclusão/exclusão para realização do exame de genotipagem.

## LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE

39. Código/Nome do Procedimento\*

40. Nome de instituição (Carimbo Padrão)

41. CNES

42. Data do recebimento

43. Hora do recebimento

44. Nº Solicitação exame

45. Identificador da amostra

46. Responsável

47. Data do resultado

48. Condições de chegada da amostra

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

49. Material Biológico

50. Quantidade de cópias/mL

51. Log

52. Volume da amostra

53. Técnica utilizada

Carga Viral HIV

## ORIENTAÇÕES GERAIS

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

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

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

## DETALHAMENTO 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 carga viral do HIV. A solicitação deverá seguir os critérios indicados no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (Link: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/manuais-tecnicos-para-diagnostico>) e nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas vigentes (Link: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>).

**Campo 29. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem\*:** O profissional prescriptor deverá informar se o exame de genotipagem do HIV está sendo solicitado no mesmo momento da carga viral, para indicar ao laboratório executor da genotipagem que este deverá aguardar (15 dias) o resultado da carga viral para executar o exame de genotipagem.

**Campo 30. CID 10\*:** Informar a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 se diferente de B24.

**Campo 31. Nome do Profissional Solicitante\*:** Informar o nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação do exame (sem abreviaturas).

**Campo 32. Assinatura e Carimbo\*:** A assinatura do profissional solicitante é obrigatória para a execução do exame pelo laboratório.

**Campo 33. Registro no Conselho Profissional\*:** Informar o Conselho, a UF e o N° do registro do profissional solicitante do exame (Ex: Conselho/UF/N°).

**Campo 34. Data da Solicitação:** Informar a data da solicitação do exame.

**Campo 35. Nome de instituição (Carimbo Padrão)\*:** Informar o nome da instituição coletora.

**Campo 36. Data da coleta\*:** Informar a data da coleta da amostra.

**Campo 37. Hora da coleta\*:** Informar a hora da coleta da amostra.

**Campo 38. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem\*:** O profissional do ponto de coleta deverá informar se as amostras de carga viral e genotipagem estão sendo coletadas no mesmo momento, para indicar ao laboratório executor da genotipagem que este deverá aguardar (15 dias) o resultado da carga viral para executar o exame de genotipagem.

**Campo 39. 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 40. Nome de instituição (Carimbo Padrão):** Informar o nome da instituição executora do exame de carga viral.

**Campo 41. CNES:** Informar o número do CNES da Instituição executora do exame.

**Campo 42. Data do recebimento:** Informar a data do recebimento da amostra no laboratório executor.

**Campo 43. Hora do recebimento:** Informar a hora do recebimento da amostra no laboratório executor.

**Campo 44. N° Solicitação exame:** Informar o n° da solicitação do exame.

**Campo 45. Identificador da amostra:** Informar o identificador da amostra.

**Campo 46. Responsável:** Informar o nome do profissional responsável pelo exame.

**Campo 47. Data do resultado:** Informar a data de liberação do resultado do exame.

**Campo 48. Condições de chegada da amostra:** Informar a condição de chegada da amostra no laboratório executor.

**Campo 49. Material Biológico:** Informar o tipo de amostra recebida no laboratório executor.

**Campo 50. Quantidade de cópias:** Informar o resultado do exame em cópias/mL.

**Campo 51. Log:** Informar o resultado do exame em Log.

**Campo 52. Volume da amostra:** Informar o volume de amostra utilizado para a realização do exame.

**Campo 53. Técnica utilizada:** Informar a metodologia utilizada para a realização do exame.