



1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ				
<b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>								
Nome completo do usuário*						5. Identificação do usuário nos relatórios		
3. Oficial:						<input type="checkbox"/> 1-Oficial    2-Social		
4. Social:								
6. Data de Nascimento*		7. Sexo*		8. País*		9. Cidade de nascimento*		
/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino						
10. UF*	11. Raça/Cor*			12. Número de Identidade		13. CPF		
	<input type="checkbox"/> 1-Branca; <input type="checkbox"/> 2-Preta; <input type="checkbox"/> 3-Amarela; <input type="checkbox"/> 4-Parda; <input type="checkbox"/> 5-Indígena - Etnia: _____;							
14. Escolaridade				15. Cartão Nacional de Saúde – CNS*				
<input type="checkbox"/> 1-Nenhuma; <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3; <input type="checkbox"/> 3- De 4 a 7; <input type="checkbox"/> 4- De 8 a 11; <input type="checkbox"/> 5- De 12 e mais; <input type="checkbox"/> 6-Não informado; <input type="checkbox"/> 7-Ignorado.								
16. Gestante*		17. Idade Gestacional*		18. Telefone do Paciente		19. Prontuário		
<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		Semanas		( ) -				
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)					21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)			
22. Nome da mãe*				23. Endereço do paciente*				
24. Bairro*		25. CEP*		26. Cidade de residência do paciente*		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				<input type="checkbox"/>				
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral				<input type="checkbox"/>				
31.3. Diagnóstico				<input type="checkbox"/>				
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	
						/ /		
<b>Carga Viral HIV</b>	45. Nº Solicitação exame		46. Identificador da amostra		47. Responsável		48. Data do resultado	
							/ /	
	49. Condições de chegada da amostra						50. Material Biológico	
	<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada; <input type="checkbox"/> 2-Amostra hemolisada; <input type="checkbox"/> 3-Amostra em frasco inadequada; <input type="checkbox"/> 4-Amostra mal identificada; <input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada; <input type="checkbox"/> 6-Amostra lipêmica; <input type="checkbox"/> 7-Outros _____; <input type="checkbox"/> 8-Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT.						<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma	
51. Quantidade de cópias		52. Log		53. Volume da amostra		54. Técnica utilizada		

\* Preenchimento obrigatório

Versão 14/06/2019 - www.aids.gov.br/siscel