



1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ				
INFORMAÇÕES BÁSICAS								
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; 2-Preta; 3-Amarela; 4-Parda; <input type="checkbox"/> 5-Indígena - Etnia: _____;						
14. Escolaridade				15. Cartão Nacional de Saúde - CNS*				
<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; <input type="checkbox"/> 6-Não informado; 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	
		-						
DADOS DA SOLICITAÇÃO								
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento						
02.02.03.002-4		Contagem de Linfócitos T CD4 ⁺ / CD8 ⁺						
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO								
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"/>				
31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 cel./mm ³ ?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
31.2.2. Paciente assintomático?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
31.2.3. Carga Viral indetectável?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
31.3. Avaliação de imunização e/ou profilaxia para Infecção Oportunista				<input type="checkbox"/>				
32. CID 10*								
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE								
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								
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA								
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão) *				39. Data da coleta*		40. Hora da Coleta*		
				/ /				
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE								
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)				42. CNES		43. Data do recebimento	44. Hora	
						/ /		
CD4 ⁺ / CD8 ⁺	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; 2-Amostra hemolisada; 3-Amostra em frasco inadequada; 4-Amostra mal identificada; <input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada; 6-Amostra lipêmica; 7-Outros _____; 8-Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT.						<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma	
51. CD4 (valor absoluto)		52. CD8 (valor absoluto)		53. Média CD3 (valor absoluto)		54. Técnica utilizada		

* Preenchimento obrigatório