

## 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)\*

## 2. CNES

## INFORMAÇÕES BÁSICAS

3. CPF*	Na indisponibilidade do CPF, informar a exceção <input type="checkbox"/> 1 - Recém-nascido/criança (até 5 anos) <input type="checkbox"/> 2 - Estrangeiro <input type="checkbox"/> 3 - Pessoa em situação de rua <input type="checkbox"/> 4 - Pessoa privada de liberdade <input type="checkbox"/> 5 - Indígena		4. CNS – Cartão Nacional de Saúde*	5. Identificação Preferencial do(a) Usuário(a)* Selecione uma opção
6. Nome Completo do(a) Usuário(a) - Civil*				
7. Nome Social				
8. Data de Nascimento*	9. Sexo ao Nascimento*	10. País de Nascimento*	11. Município de Nascimento*	12. UF de Nascimento*
	<input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Intersexo			
13 - Identidade de Gênero Selecione uma opção	14 - Orientação Sexual Selecione uma opção			
15. Raça/cor*	16. Escolaridade	17. Gestante*	18. Idade Gestacional*	19. Telefone do Usuário SUS
<input type="checkbox"/> 1 - Branca; 2 - Preta; 3 - Amarela; 4 - Parda; <input type="checkbox"/> 5 - Indígena; 6 - Etnia: <input type="checkbox"/> 6 - Não informada; 7 - Ignorado	<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; 7 - Ignorado.	<input type="checkbox"/> S - Sim / N - Não	<input type="checkbox"/> Semanas	
20. Prontuário	21. Nome do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)			
22. CPF do Responsável (se usuário SUS for menor de idade)	23. Nome da mãe*			
24. Endereço do usuário SUS*				
25. Bairro*	26. CEP*	27. Município de residência do usuário SUS*		28. UF de residência*

## DADOS DA SOLICITAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO

## 29. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado\*

- Avaliação inicial  
 Monitoramento de pessoas **assintomáticas**<sup>1</sup> em seguimento  
 Monitoramento de crianças e adolescentes (< 18 anos)<sup>2</sup>  
 Monitoramento de pessoas em falha virológica
- Monitoramento de pessoas sintomáticas ou com infecções oportunistas  
 Avaliação de imunização  
 Avaliação de pessoas em perda de seguimento

<sup>1</sup> Resultados de CD4 < 350 células/mm<sup>3</sup>; repetir a cada 6 meses; resultados entre 350 e 500 células/mm<sup>3</sup>; repetir a cada 12 meses; dois resultados de CD4 > 500 células/mm<sup>3</sup>; não solicitar  
<sup>2</sup> - No momento do diagnóstico/antes do início da Tarv; A cada 3 a 4 meses (crianças com adesão e à Tarv, com supressão viral nos últimos dois anos, podem realizar coletas de CD4 a intervalos maiores, como a cada seis meses); Seis semanas após troca da Tarv.

## 30. CID 10\* Selecione uma opção

\*\* 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*
---	---------------------	---------------------

## LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE

38. Código/Nome do Procedimento*	Selecione uma opção	
----------------------------------	---------------------	--

39. Nome de instituição (Carimbo Padrão)	40. CNES	41. Data do recebimento	42. Hora do recebimento
--	----------	-------------------------	-------------------------

43. N° Solicitação exame	44. Identificador da amostra	45. Responsável
--------------------------	------------------------------	-----------------

46. Data do resultado	47. Condições de chegada da amostra <input type="checkbox"/> 1 - Amostra adequada; <input type="checkbox"/> 2 - Amostra hemolisada; <input type="checkbox"/> 3 - Amostra em frasco inadequado; <input type="checkbox"/> 4 - Amostra mal identificada; <input type="checkbox"/> 5 - Amostra a 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"/> 9 - Ignorado; <input type="checkbox"/> 10 - Amostra Coagulada; <input type="checkbox"/> 11 - Amostra com volume inadequado		
-----------------------	---	--	--

48. Material Biológico <b>SANGUE TOTAL</b>	49. CD4 (valor Absoluto)	50. CD8 (valor Absoluto)	51. Média CD3 (valor absoluto)	52. Técnica utilizada
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------------	-----------------------

## 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)

## DESCRÍÇÃO 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 possuírem 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:** Nº do telefone deve ser precedido pelo DDD.

**Campo 20. Prontuário:** Informar o nº do prontuário do usuário SUS.

**Campo 21. 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 22. 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 23. Nome da mãe\*:** Informar o nome completo da mãe sem qualquer abreviação.

**Campo 24. Endereço do usuário SUS\*:** Refere-se ao endereço de residência do(a) usuário(a) - nome da rua, avenida, entre outros.

**Campo 25. Bairro\*:** Refere-se ao bairro de residência do(a) usuário(a).

**Campo 26. CEP\*:** Informar o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do(a) usuário(a).

**Campo 27. Município de residência do usuário SUS\*:** Refere-se ao município de residência do(a) usuário(a).

**Campo 28. UF de Residência\*:** Refere-se a Unidade Federativa de residência do(a) usuário(a).

**Campo 29. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado\*:** O profissional solicitante deverá informar o motivo da solicitação do exame de contagem de linfócitos T-CD4+. A solicitação deverá seguir os critérios definidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas vigentes (Link: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>).

**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 Nº do registro do profissional solicitante do exame (Ex: Conselho/UF/Nº).

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

**Campo 40. CNES:** Informar o número do CNES da Instituição executora do exame.

**Campo 41. Data do recebimento:** Informar a data do recebimento da amostra no laboratório executor.

**Campo 42. Hora do recebimento:** Informar a hora do recebimento da amostra no laboratório executor.

**Campo 43. Nº Solicitação exame:** Informar o nº da solicitação do exame.

**Campo 44. Identificador da amostra:** Informar o identificador da amostra.

**Campo 45. Responsável:** Informar o nome do profissional responsável pelo exame.

**Campo 46. Data do resultado:** Informar a data de liberação do resultado do exame.

**Campo 47. Condições de chegada da amostra:** Informar a condição de chegada da amostra no laboratório executor.

**Campo 48. Material Biológico:** Sangue total (fixo, não alterar).

**Campo 49. CD4 (valor absoluto):** Informar o resultado de CD4 em células/mm<sup>3</sup>.

**Campo 50. CD8 (valor absoluto):** Informar o resultado de CD8 em células/mm<sup>3</sup>.

**Campo 51. Média CD3 (valor absoluto):** Informar o resultado de CD3 em células/mm<sup>3</sup>.

**Campo 52. Técnica utilizada:** Informar a metodologia utilizada para a realização do exame.