



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Laudo Médico para Emissão de BPA-I
Quantificação de Ácido Nucléico – Carga viral do HIV

Programa Nacional de DST/Aids
Sistema de Controle de Exames
Laboratoriais - SISCEL

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)				2. CNPJ			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
3. Nome				4. Data de Nascimento		5. Sexo	
				/ /		Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
6. Cidade de nascimento				7. UF		8. Raça/Cor	
						<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda <input type="checkbox"/> 5-indígena 6-não informado 7-ignorada	
9. Número de Identidade			10. CPF			11. Escolaridade	
						<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 / 9. ignorado	
12. Número SISCEL		13. Cartão Nacional de Saúde - CNS		14. Gestante		15. Telefone do Paciente	16. Prontuário
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
17. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)					18. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)		
19. Nome da mãe				20. Endereço do paciente			
21. Bairro		22. CEP		23. Cidade de residência do paciente		24. UF	25. Cód. IBGE Município
DADOS DA SOLICITAÇÃO							
26. Código do Procedimento			27. Nome do Procedimento			28. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado	
02.02.03.107-1			Quantificação do RNA HIV-1			Avaliar indicação do tratamento: <input type="checkbox"/>	
29. Caso Aids?		30. No momento apresenta sintomas?		31. Uso regular de anti-retroviral?		32. Data início 1º anti-retroviral	Monitorar o tratamento: <input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		/ /	Falha ou troca terapêutica: <input type="checkbox"/>
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO							
33. Diagnóstico			34. CID 10			39. CRM (Nº Registro do Conselho)	
						UF/CRM: /	
35. Nome do Profissional Solicitante			36. Data da Solicitação			Assinatura e Carimbo	
			/ /				
37. Documento		38. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante					
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>							
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA							
40. Nome de instituição (Carimbo Padrão)				41. Data da coleta		42. Hora da Coleta	
				/ /			
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE							
43. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			44. CNES		45. Data do recebimento	46. Hora	
					/ /		
Carga Viral	47. N° Solicitação exame		48. Identificador da amostra		49. Responsável		50. Data do resultado
							/ /
	51. Condições de chegada da amostra						52. Material Biológico
	<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2 - Amostra hemolisada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra lipêmica / 7-Outros						
53. Quantidade de cópias		54. Log		55. Volume da Amostra		56. Técnica utilizada	