



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS  
SAF Sul Trecho 02, Bloco F, Torre 1, Edifício Premium, Térreo  
70070-600 – Brasília/DF  
Telefone: (61) 3315.7739

## NOTA INFORMATIVA Nº 125 DE 2015-CAT/DDAHV/SVS/MS

Informa acerca da reestruturação da rede de genotipagem de HIV no Sistema Único de Saúde-SUS.

O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (DDAHV) reestruturou a rede de genotipagem de HIV no âmbito do SUS, de forma a garantir maior acesso, agilidade e eficiência na realização do exame. Além disso, o Sistema de Informação de Genotipagem - SISGENO foi atualizado, de forma a apresentar-se em um formato mais amigável e de uso simplificado. Seguem abaixo as principais novidades:

- O formulário de solicitação de genotipagem foi modificado de forma a agilizar a solicitação desse exame. O novo formulário de solicitação de genotipagem está disponível para download na página [www.aids.gov.br/sisgeno](http://www.aids.gov.br/sisgeno);
- Os critérios para solicitação de genotipagem não sofreram alterações, e estão preconizados no PCDT de Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, disponível em [www.aids.gov.br/pcdt](http://www.aids.gov.br/pcdt). Serão recusadas pelo laboratório as amostras cuja solicitação de exame não preencha os critérios e/ou contenha campos obrigatórios (identificados com asterisco) não preenchidos;
- O Médico de Referência de Genotipagem (MRG) terá acesso a todos os resultados de exames realizados no seu estado no SISGENO, buscando-os por *Instituição Solicitante*. Os resultados deverão estar disponíveis no SISGENO 12 dias úteis após a data da coleta. Desta forma, é importante que a rede seja organizada para que todas as instituições solicitantes tenham MRG para laudarem seus exames de genotipagem;
- Os membros das Câmaras Técnicas poderão visualizar os exames de genotipagem, bem como os laudos feitos pelos MRG;
- Por isso, é fundamental que todos os MRG, incluindo todos os membros das Câmaras Técnicas, tenham acesso ao SISGENO. A solicitação de cadastro deverá ser feita até o dia 18 de dezembro, no endereço [sisgeno@ids.gov.br](mailto:sisgeno@ids.gov.br). Dúvidas e informações também poderão ser respondidas pelo tel: 0800612439 opção 2.

- Além disso, solicitamos que as informações sobre todos os membros das Câmaras Técnicas sejam enviadas para o email [secretariacat@ aids.gov.br](mailto:secretariacat@ aids.gov.br) até dia 18 de dezembro de 2015, conforme o modelo abaixo:

UF	Município	Instituição	Nome	CRM	telefone	email

Esperamos, com essas inovações, ampliar o acesso ao resultado oportuno de exames de genotipagem no Sistema Único de Saúde, e conseqüentemente, termos um manejo de maior qualidade de pacientes multiexperimentados em terapia antirretroviral no país.

Brasília, 11 de dezembro de 2015.

  
**Manoel Carlos Alves Braga**  
Substituto Eventual

Diretor do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de DST, Aids e Hepatites Virais

*Manoel Carlos Alves Braga*  
Diretor Substituto  
Departamento de DST, Aids  
e Hepatites Virais



## Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem de HIV

1. Nome da Instituição Solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ			
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>							
Nome*				5. Identificação do usuário nos relatórios		6. Data de Nascimento*	
3. Oficial:				<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social		/ /	
4. Social:						<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino	
8. País		9. Cidade de nascimento*		10. UF*		11. Raça/Cor	
						<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada	
12. Número de Identidade			13. CPF			14. 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	
15. Número SISCEL		16. Cartão Nacional de Saúde - CNS*		17. Gestante* S-Sim / N-Não		18. Telefone do Paciente	
-				<input type="checkbox"/>		( ) -	
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 DO EXAME</b>							
29. Código do Procedimento				30. Nome do Procedimento			
02.02.03.124-1				Genotipagem do HIV			
<b>DADOS CLÍNICOS</b>							
31. Resultado de Carga Viral (cópias/ml e log)* (realizado na rede pública ou privada)				32. Resultado de Linfócitos T CD4+ (célis/mm <sup>3</sup> ) e (%)			
Situação		Data da Coleta		Situação		Data da Coleta	
Última Carga Viral		/ /		Último CD4		/ /	
Penúltima Carga Viral		/ /					
33. CID 10		34. Comorbidades				35. Genotipagem anterior	
B24						<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Ano(s): _____	
36. Tipo de genotipagem a ser realizada*:							
<input type="checkbox"/> Genotipagem Convencional (Protease e Transcriptase Reversa)							
<input type="checkbox"/> GP41 (T 20/Enfuvirtida)							
<input type="checkbox"/> Integrase (Raltegravir)							
<input type="checkbox"/> Alça V3 GP120 (Maraviroque)							
37. Paciente em Tratamento?*				38. Indicação de Genotipagem pré-tratamento (preencher caso o paciente não esteja em tratamento)*			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Criança (0-12 anos; TV) <input type="checkbox"/> Parceria sorodiscordante (parceiro em uso atual ou prévio de TARV)			
				Nome (parceiro): _____ Data nascimento: ____/____/____			
Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso*:							
39. Usuário do esquema* <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Parceiro (genotipagem pré-tratamento) <input type="checkbox"/> Mãe (Transmissão vertical)							
Esquemas:				Início* (ano)		Motivo da Troca	
						FT <sup>3</sup> INT <sup>4</sup> Outros	
1º						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2º						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3º						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4º						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5º						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>							
40. Nome do Profissional Solicitante*				43. Documento do Profissional Solicitante*		45. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*	
41. CRM (Nº Registro do Conselho)*		42. Data do Preenchimento		44. E-mail do profissional solicitante			
UF/CRM: /		/ /					
<b>PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA</b>							
46. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*				47. Data da coleta*		48. Hora da Coleta*	
				/ /		:	
<b>PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME</b>							
49. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão)				50. Identificador da Amostra		51. Data do recebimento	
						/ /	
						:	

\*Preenchimento Obrigatório <sup>1</sup>TV – Transmissão Vertical, <sup>2</sup>TARV – Terapia Antirretroviral, <sup>3</sup>FT – Falha Terapêutica, <sup>4</sup>INT – Intolerância

<sup>5</sup> Critérios para indicação de genotipagem: Falha virológica confirmada (2 exames de carga viral consecutivos > 1000 cópias/mL - intervalo mínimo de 4 semanas e TARV há pelo menos 6 meses).

## **Instrucional - Solicitação Genotipagem HIV – Dados Clínicos:**

(Campos obrigatórios de preenchimento marcados com \*)

- 31. Resultado de Carga Viral\*:** Informar os dois últimos resultados de carga viral do paciente (cópias/ml e log) e as respectivas datas de realização, para caracterização da falha virológica.
- 32. Resultado de Linfócitos T CD4+:** Informar o último resultado de contagem de linfócitos T CD4+ do paciente (cels/mm<sup>3</sup> e %CD4) e a respectiva data de realização.
- 33. CID10: B24** (fixo, não alterar)
- 34. Comorbidades:** informar outras patologias/infecções que o paciente possui.
- 35. Genotipagem anterior:** informar se o paciente já realizou genotipagem anteriormente, e o ano da realização.
- 36. Tipo de genotipagem a ser realizada\*:** assinalar o tipo de genotipagem a ser realizada (alvo de ação do medicamento). Pode ser marcado mais de um campo, de acordo com o esquema terapêutico utilizado ou em uso. Critérios de indicação de genotipagem definidos pelas normativas: PCDT, NT 142/12, NI 10/15 (Protease e Transcriptase Reversa), NT 103/12 (Integrase e Enfuvirtida) e NT 172/13 (Maraviroque).
- 37. Paciente em Tratamento?\***: informar se o paciente está em uso de TARV – Sim ou Não. Caso o paciente não esteja em tratamento, o campo 38 deverá ser preenchido (indicação de Genotipagem pré-tratamento). Se o paciente está em tratamento, ignore o campo 38 e passe para o campo 39.
- 38. Indicação de Genotipagem pré-tratamento (preencher caso o paciente não esteja em tratamento)\*:** informar a categoria a qual o paciente não tratado pertence de acordo com a indicação de genotipagem pré-tratamento: Gestante, Criança (0-12 anos - TV) ou Parceria sorodiscordante (usuário que adquiriu HIV de parceiro positivo e em tratamento). Caso seja parceria sorodiscordante, deverá ser informado o nome e data de nascimento do parceiro (para consulta de sua TARV no SICLOM).
- 39. Usuário do esquema\*:** informar o usuário da TARV. Assinalar a opção “Paciente” caso o usuário do esquema seja o mesmo indicado no campo 3 ou 4 (assinalar esta opção para todos os pacientes em tratamento). Assinalar a opção “Parceiro” caso o usuário do esquema seja o parceiro do paciente (genotipagem pré-tratamento). Assinalar a opção “Mãe (Transmissão vertical)” caso o usuário do esquema seja a mãe da criança que fará o exame (genotipagem pré-tratamento).
- 39.1. Esquemas:** Campo de preenchimento obrigatório para pacientes em tratamento e genotipagem pré-tratamento – parceria sorodiscordante (TARV do parceiro). É facultativo o preenchimento deste campo para genotipagem pré-tratamento de criança (TARV da mãe é desconhecida). Informar o(s) esquema(s) utilizado(s) pelo paciente.
- 44. E-mail do profissional solicitante:** informar o e-mail para contato caso deseje receber notificação que o exame está pronto.

\*Preenchimento Obrigatório <sup>1</sup>TV – Transmissão Vertical, <sup>2</sup>TARV – Terapia Antirretroviral, <sup>3</sup> FT – Falha Terapêutica, <sup>4</sup> INT – Intolerância

<sup>5</sup> Critérios para indicação de genotipagem: Falha virológica confirmada (2 exames de carga viral consecutivos > 1000 cópias/mL - intervalo mínimo de 4 semanas e TARV há pelo menos 6 meses).