



Formulário para Solicitação de Exame Detecção do DNA Pró-viral do HIV-1

1. Nome da Instituição Solicitante (carimbo padrão)*			2. CNPJ	
			. . / -	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome*		5. Identificação do usuário nos relatórios	6. Data de Nascimento*	7. Sexo*
3. Oficial:		<input type="checkbox"/> 1-Oficial	/ /	<input type="checkbox"/> 1-Masculino
4. Social:		<input type="checkbox"/> 2-Social		<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 7. Ignorado	
15. Número SISCEL		16. Cartão Nacional de Saúde - CNS*	17. Telefone do Paciente	18. Prontuário
-			() -	
19. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)*			20. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)	
			. . -	
21. Nome da mãe*			22. Endereço do paciente	
23. Bairro	24. CEP	25. Cidade de residência do paciente		26. UF
	-			
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME				
28. Motivo da solicitação				
<input type="checkbox"/> 1. Diagnóstico 2. Outro motivo (Justifica) _____				
DADOS LABORATORIAIS				
EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE INFECÇÃO PELO HIV – Carga Viral do HIV-1				
29. Nº de cópias da 1ª coleta*	30. Metodologia da 1ª coleta	31. Data da coleta da 1ª coleta*	32. Data do resultado da 1ª coleta*	
		/ /	/ /	
33. Nº de cópias da 2ª coleta*	34. Metodologia da 2ª coleta	35. Data da coleta da 2ª coleta*	36. Data do resultado da 2ª coleta*	
		/ /	/ /	
37. Nº de cópias da 3ª coleta*	38. Metodologia da 3ª coleta	39. Data da coleta da 3ª coleta*	40. Data do resultado da 3ª coleta*	
		/ /	/ /	
EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE INFECÇÃO PELO HIV – Sorologia (Sororreversão)				
41. Resultado*	42. Metodologia*	43. Data da coleta*	44. Data do resultado*	
		/ /	/ /	
EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE INFECÇÃO PELO HIV – Contagem de Linfócitos T CD4+ CD8+				
45. Resultado (cél./mm ³) e (%)*	46. Metodologia	47. Data da coleta*	48. Data do resultado*	
		/ /	/ /	
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
49. Nome do Profissional Solicitante*		50. Registro do Conselho Profissional*	51. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*	
52. Data do Preenchimento	53. Telefone*	54. E-mail institucional*		
/ /	() -			
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA				
55. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*			56. Data da coleta*	57. Hora da Coleta*
			/ /	:
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME				
58. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão)		59. Identificador da Amostra	60. Data do recebimento	61. Hora do recebimento
			/ /	: