



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# Laudo Médico para Emissão de BPA-I

## Contagem de Linfócitos T CD4<sup>+</sup> / CD8<sup>+</sup>

Departamento de DST, Aids e  
Hepatites Virais  
Sistema de Controle de Exames  
Laboratoriais - SISCEL

|   |  |   |                              |                                      |   |  |   |  |
|---|--|---|------------------------------|--------------------------------------|---|--|---|--|
| 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)   |  |   |                              | 2. CNPJ                              |   |  |   |  |
| <b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>  |  |   |                              |                                      |   |  |   |  |
| 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<br><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;<br><input type="checkbox"/> 5-Indígena - Etnia: _____;<br>6-Não informada; 7-Ignorada.   |   |                              |                                      |   |  |   |  |
| 14. Escolaridade  |  |   |                              | 15. Número SISCEL                    |   | 16. 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;<br>5-De 12 e mais; 6-Não informado; 7-Ignorado. |  |   |                              | -                                    |   |  |   |  |
| 17. Gestante  |  | 17.1. 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   |  |
|   |  | -   |                              |                                      |   |  |   |  |
| <b>DADOS DA SOLICITAÇÃO</b>   |  |   |                              |                                      |   |  |   |  |
| 29. Código do Procedimento  |  | 30. Nome do Procedimento  |                              |                                      |   |  |   |  |
| 02.02.03.002-4  |  | Contagem de Linfócitos T CD4 <sup>+</sup> / CD8 <sup>+</sup>                |                              |                                      |   |  |   |  |
| 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 <sup>3</sup> ?      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"/>                          |  |   |                              |                                      |   |  |   |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO</b>  |  |   |                              |                                      |   |  |   |  |
| 32. Diagnóstico   |  |   |                              | 33. CID 10                           |   | 34. Registro do Conselho Profissional          |   |  |
|   |  |   |                              |                                      |   | Conselho/UF/Nº _____/_____/_____               |   |  |
| 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"/>   |  |   |                              |                                      |   |  |   |  |
| <b>LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA</b>   |  |   |                              |                                      |   |  |   |  |
| 39. Nome de instituição (Carimbo Padrão)  |  |   |                              | 40. Data da coleta                   |   | 41. Hora da Coleta                             |   |  |
|   |  |   |                              | / /                                  |   |  |   |  |
| <b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>  |  |   |                              |                                      |   |  |   |  |
| 42. Nome de instituição (Carimbo Padrão)  |  |   |                              | 43. CNES                             |   | 44. Data do recebimento                        | 45. Hora  |  |
|   |  |   |                              |                                      |   | / /  |   |  |
| CD4 <sup>+</sup> / CD8 <sup>+</sup>   | 46. Nº Solicitação exame   |   | 47. Identificador da amostra |                                      | 48. Responsável   |  | 49. Data do resultado   |  |
|   |  |   |                              |                                      |   |  | / /   |  |
|   | 50. Condições de chegada da amostra  |   |                              |                                      |   |  | 51. Material Biológico  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada; 2-Amostra hemolisada; 3-Amostra em frasco inadequada; 4-Amostra mal identificada;<br><input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada; 6-Amostra lipêmica; 7-Outros _____;<br>8-Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT. |   |                              |                                      |   |  | <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma |  |
| 52. CD4 (valor absoluto)  |  | 53. CD8 (valor absoluto)  |                              | 54. Média CD3 (valor absoluto)       |   | 55. Técnica utilizada                          |   |  |
|   |  |   |                              |                                      |   |  |   |  |