



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

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

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

<b>Primeira Carga Viral?</b>	<b>1. Instituição solicitante (carimbo padrão)</b>	<b>2. CNPJ</b>
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		././ -

**INFORMAÇÕES BÁSICAS**

<b>Nome completo do usuário</b>		<b>5. Identificação do usuário nos relatórios</b>	
<b>3. Oficial:</b>		<input type="checkbox"/> 1-Oficial 2-Social	
<b>4. Social:</b>			
<b>6. Data de Nascimento</b>	<b>7. Sexo</b>	<b>8. País</b>	
././	<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino		
<b>9. Cidade de nascimento</b>		<b>10. UF</b>	<b>11. Raça/Cor</b>
			<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada
<b>12. Número de Identidade</b>		<b>13. CPF</b>	
<b>14. Escolaridade</b>			
<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			
<b>15. Número SISCEL</b>	<b>16. Cartão Nacional de Saúde - CNS</b>	<b>17. Gestante</b>	<b>18. Telefone do Paciente</b>
-		<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não	( ) -
<b>19. Prontuário</b>			
<b>20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)</b>		<b>21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)</b>	
<b>22. Nome da mãe</b>		<b>23. Endereço do paciente</b>	
<b>24. Bairro</b>	<b>25. CEP</b>	<b>26. Cidade de residência do paciente</b>	<b>27. UF</b>
	-		
<b>28. Cód. IBGE Município</b>			
<b>29. Código do Procedimento</b>	<b>30. Nome do Procedimento</b>		
<b>02.02.03.107-1</b>	<b>Quantificação do RNA HIV-1</b>		
<b>31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado</b>			
Avaliar indicação do tratamento <input type="checkbox"/>		Falha ou troca terapêutica <input type="checkbox"/>	
Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>		Indicação para Genotipagem <input type="checkbox"/>	
Auxiliar no diagnóstico de criança exposta <input type="checkbox"/>		Rastreamento do HIV <input type="checkbox"/>	
<b>32. Caso Aids?</b>	<b>33. No momento apresenta sintomas?</b>	<b>34. Uso regular de antirretroviral?</b>	<b>35. Data início 1º antirretroviral</b>
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	/ /
<b>36. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mês/ano)</b>			IGN <input type="checkbox"/>
____/____			

**JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO**

<b>37. Diagnóstico</b>	<b>38. CID 10</b>	<b>43. CRM (Nº Registro do Conselho)</b>
		UF/CRM: ____/____
<b>39. Nome do Profissional Solicitante</b>	<b>40. Data da Solicitação</b>	<b>Assinatura e Carimbo</b>
	/ /	
<b>41. Documento</b>	<b>42. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante</b>	
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>		

**LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA**

<b>44. Nome de instituição (Carimbo Padrão)</b>	<b>45. Data da coleta</b>	<b>46. Hora da Coleta</b>
	/ /	

**LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE**

<b>47. Nome de instituição (Carimbo Padrão)</b>	<b>48. CNES</b>	<b>49. Data do recebimento</b>	<b>50. Hora</b>
		/ /	

<b>Carga Viral</b>	<b>51. Nº Solicitação exame</b>	<b>52. Identificador da amostra</b>	<b>53. Responsável</b>	<b>54. Data do resultado</b>
				/ /
	<b>55. Condições de chegada da amostra</b>			<b>56. Material Biológico</b>
	<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 _____			
<b>57. Quantidade de cópias</b>	<b>58. Log</b>	<b>59. Volume da Amostra</b>	<b>60. Técnica utilizada</b>	

www.aids.gov.br/siscel