|  |
| --- |
| Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente TransmissíveisSistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL**Laudo Médico para Emissão de BPA-I****Ministério da**Saúde**Sistema****Único de****Saúde**Contagem de Linfócitos T CD4+ / CD8+ |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.Instituição solicitante (carimbo padrão)\*** | **2.CNPJ** |
|       |    .     .     /     -   |
| **INFORMAÇÕES BÁSICAS**  |
| **Nome completo do usuário\*** | **5.Identificação do usuário nos relatórios** |
| **3. Oficial:**       |   **1**-Oficial **2**-Social |
| **4. Social:**       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6. Data de Nascimento\*** | **7. Sexo\*****1**-Masculino**2**-Feminino | **8. País\*** | **9. Cidade de nascimento\*** |
|   /    /     |    |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **10. UF\*** | **11. Raça/Cor** | **12. Número de Identidade** | **13. CPF** |
|    |   |  |     .     .     -    |

|  |  |
| --- | --- |
| **14. Escolaridade****1-**Branca; **2**-Preta; **3**-Amarela; **4**-Parda;**5**-Indígena - Etnia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  | **15. Cartão Nacional de Saúde - CNS\*** |
|   **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. |       |
| **16. Gestante\*** | **17. Idade Gestacional\*** | **18.Telefone do Paciente** | **19. Prontuário** |
|   **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** |
|       |      -    |       |    |  |
| **DADOS DA SOLICITAÇÃO** |
| **29. Código do Procedimento** | **30. Nome do Procedimento** |
| **02.02.03.002-4** | **Contagem de Linfócitos T CD4+ / CD8+** |
| **JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO** |

|  |
| --- |
| **31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado\*** |
| **31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral** |
| **31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral**SimNão |
|  31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 cel./mm3?  |
|  31.2.2. Paciente assintomático? SimNãoSimNão |
|  31.2.3. Carga Viral indetectável?  |
| **31.3. Avaliação de imunização e/ou profilaxia para Infecção Oportunista** |

|  |
| --- |
| **32. CID 10\*** |
|  |
| **DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE** |
| **33. Nome do Profissional Solicitante\*** | **34. Data da Solicitação** | **35. Assinatura e Carimbo\*** |
|  |  / / |  |
| **36. Registro do Conselho Profissional\*** | **37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante\*** |
| Conselho/UF/Nº  |  |
| **LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA** |
| **38. Nome de instituição (Carimbo Padrão) \*** | **39. Data da coleta\*** | **40. Hora da Coleta\*** |
|  |  / / |  |
| **LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE** |
| **41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)** | **42. CNES** | **43. Data do recebimento** | **44. Hora** |
|  |  |  / / |  |
| **CD4+ / CD8+** | **45. Nº Solicitação exame** | **46. Identificador da amostra** | **47. Responsável** | **48. Data do resultado** |
|  |  |  |  / / |
| **49. Condições de chegada da amostra** | **50. Material Biológico** SanguePlasma |
|  | **1**-Amostra adequada; **2**-Amostra hemolisada; **3**-Amostra em frasco inadequada; **4**-Amostra mal identificada;**5**-Amostr a mal acondicionada; **6**-Amostra lipêmica; **7**-Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**8-**Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT. |  |
| **51. CD4 (valor absoluto)** | **52. CD8 (valor absoluto)** | **53. Média CD3 (valor absoluto)** | **54. Técnica utilizada** |
|  |  |  |  |

 \* Preenchimento obrigatório Versão 14/06/2019 - www.aids.gov.br/siscel