|  |
| --- |
| Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis  Sistema 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**    Sim  Não |
| 31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 cel./mm3? |
| 31.2.2. Paciente assintomático?  Sim  Não      Sim  Não |
| 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**  Sangue  Plasma | |
|  | **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