



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS
SAF Sul Trecho 02 Ed. Premium, Bloco F, Torre 1.
70.070-600 Brasília-DF
Tel. (61) 3315-7643

NOTA INFORMATIVA Nº 10, DE 2015/CLAB/DDAHV/SVS/MS

Estabelece critérios para realização de Genotipagem de HIV em pacientes com falha virológica confirmada

1. Considerando os critérios para realização do teste de Genotipagem do HIV-1 estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV (PCDT) em Adultos do Ministério da Saúde - 2013;

2. Considerando o uso racional dos testes de Genotipagem de HIV-1 distribuídos pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, fica definido que:

Os laboratórios da Rede Nacional de Genotipagem de HIV-1 (RENAGENO) deverão recusar as amostras de pacientes que:

- a) Não confirmarem falha virológica (dois resultados de carga viral acima de 1000 cópias/mL, em um intervalo mínimo de quatro semanas);
- b) Estiverem em terapia antirretroviral (TARV) há menos de 6 meses (adulto);
- c) Nunca utilizaram TARV, com exceção dos casos que se encontram previstos no PCDT para Genotipagem pré-tratamento (crianças, gestantes e parceria sorodiscordante);
- d) Chegarem acompanhadas de formulário de solicitação mal preenchido (campos obrigatórios: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 14, 20, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41 e 42).

3. Se o teste de Genotipagem for recusado por um dos motivos acima, o responsável pelo laboratório executor deverá encaminhar um comunicado ao médico solicitante, juntamente com o formulário de solicitação, informando a impossibilidade de realização do teste e o motivo da recusa, conforme Anexo.

4. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários.

Brasília, 21 de janeiro de 2015.


Fábio Mesquita
Diretor
Manoel Carlos de Almeida
Diretor Substituto
Departamento de DST, Aids
e Hepatites Virais

Anexo

Prezado(a)

Médico(a) Solicitante,

Venho por meio desta informar que não foi possível realizar o exame de genotipagem de HIV do paciente _____, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- Falha virológica não confirmada em duas coletas consecutivas de carga viral (não apresentou duas cargas virais consecutivas acima de 1.000 cópias/mL);
- Terapia antirretroviral (TARV) há menos de 6 meses para adulto;
- Nunca utilizou TARV, com exceção dos casos que se encontram previstos no PCDT para Genotipagem pré-tratamento (crianças, gestantes e parceria sorodiscordante);
- Chegou acompanhada de formulário de solicitação mal preenchido.

Carimbo e Assinatura do Responsável