



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS  
SAF SUL TRECHO 02, BLOCO F, TORRE 1, EDIFÍCIO PREMIUM –  
70070-600 - BRASÍLIA/DF – BRASIL - Tel: 61-3315-7643

Ofício Circular nº 15/2016/CLAB/DDAHV/SVS/MS

Brasília, 24 de fevereiro de 2016.

Aos Coordenadores Estaduais de Hepatites Virais e Diretores de Laboratórios da Rede Nacional de Laboratórios de Carga Viral e Genotipagem do HCV

Assunto: **Reorganização dos laboratórios de referência em Genotipagem de HCV**

Prezado(a) Senhor(a),

1. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV), na busca de novas estratégias para proporcionar maior agilidade na realização dos exames de Genotipagem de HCV e HIV-1, aliada às dificuldades de aquisição dos reagentes, optou por realizar a compra de serviço dos referidos exames, conforme informado através do Ofício Circular nº 20/2015/CLAB/DDAHV/SVS/MS, de 16/03/2015. O vencedor do certame foi o laboratório **Centro de Análise e Triagem de Genoma Ltda. - CATG**, situado em São Paulo-SP.
2. O laboratório contratado ficará responsável pelo:
  - a) Fornecimento de todo o material necessário para coleta da amostra;
  - b) Recolhimento das amostras nos pontos de coleta informados pelas Coordenações Estaduais (resposta ao Ofício Circular nº 20/2015) em até 72 (setenta e duas) horas após a coleta da amostra do paciente;
  - c) Realização dos exames e entrega dos resultados em até 12 (doze) dias úteis a partir da data do recolhimento das amostras nos pontos de coleta.
3. O fluxo de amostras se iniciará no ponto de coleta, onde a amostra será coletada e cadastrada no sistema GAL. O laboratório CATG será responsável pelo recolhimento e processamento da amostra, bem como pela liberação do resultado. Os resultados dos exames de Genotipagem de HCV serão disponibilizados exclusivamente através do sistema GAL. Para tanto, as regionais do GAL foram contatadas para

cadastrarem esse novo serviço no GAL, pois apenas dessa maneira o resultado poderá ser disponibilizado às unidades coletoras de cada Estado.

4. Com o encerramento da distribuição do kit de Genotipagem de HCV no presente mês e, na medida em que estes testes se esgotem nos laboratórios da rede, o laboratório CATG será contatado para iniciar o recolhimento das amostras. Para tanto, solicitamos aos laboratórios da rede que informem através do e-mail: [igor.kohiyama@ aids.gov.br](mailto:igor.kohiyama@ aids.gov.br) o momento em que não houver mais kits para a execução do exame. O CATG entrará em contato com cada unidade coletora para fornecer as devidas orientações sobre a forma de coleta, armazenamento e recolhimento das amostras.

5. Anexado ao presente ofício, encaminhamos o **Formulário de Solicitação de Genotipagem de HCV** padronizado pelo DDAHV, onde constam os dados do paciente, do profissional solicitante, sua instituição e local de coleta. O CATG recolherá as amostras acompanhadas desse formulário devidamente preenchido (campos de preenchimento obrigatório estão destacados com \*). Este formulário encontra-se disponível para download na página eletrônica da Rede Nacional de Laboratórios de Carga Viral e Genotipagem do HCV: <http://www.aids.gov.br/pagina/2013/55608>.

6. O laboratório CATG seguirá rigorosamente os critérios de indicação do exame e recusará amostras cuja solicitação de exame não esteja devidamente preenchida com os dados obrigatórios para a realização do mesmo (Nota Técnica nº 584/14).

7. O DDAHV reitera que esta mudança não afetará a rotina atual dos pacientes que utilizam a rede SUS para a realização dos seus exames rotineiros e nem a qualidade dos mesmos. Eles continuarão sendo atendidos nas mesmas unidades de saúde e realizando as coletas para o exame nos mesmos locais.

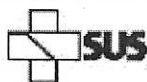
8. O apoio das Coordenações será essencial para o acompanhamento da prestação do serviço, de forma a garantir a qualidade do atendimento aos pacientes. Desta forma, solicitamos que este comunicado seja enviado para todas as Coordenações Municipais e aos pontos de coleta para que eles tenham conhecimento sobre o novo fluxo de realização dos exames de genotipagem de HCV.

9. Agradecemos a colaboração de todos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

  
Fábio Mesquita  
Diretor





## Formulário de Solicitação Genotipagem do Vírus da Hepatite C

1. Nome da Instituição solicitante (carimbo padrão)*	2. CNPJ	3. Cartão Nacional de Saúde – CNS*
--	---------	------------------------------------

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome*		6. Identificação do usuário nos relatórios	7. Data de Nascimento*	8. Sexo*	
4. Oficial:		<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social	/ /	<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino	
5. Social:					
9. Nacionalidade	10. Cidade de nascimento*	11. UF*	12. Raça/Cor		
			<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada		
13. Número de Identidade		14. CPF	15. Escolaridade		
			<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		
16. Número GAL		17. Gestante*	18. Telefone do Paciente	19. Prontuário	
		<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não	( ) -		
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 DO EXAME

29. Código do procedimento	30. Nome do procedimento
0202030210	Genotipagem de Vírus da Hepatite C

### DADOS CLÍNICOS

31. Última quantificação do RNA do HCV*			32. Comorbidades	
Data:	UI/mL	Log		
/ /			<input type="checkbox"/> B18.0/B18.1 – Hepatite B <input type="checkbox"/> C22 – Carcinoma de células hepáticas <input type="checkbox"/> B20-B24 – HIV/Aids <input type="checkbox"/> Z94.4 – Fígado transplantado	
33. Comprometimento hepático				
<input type="checkbox"/> Biópsia Hepática F0 <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4 <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Elastografia hepática _____ kPa	
<input type="checkbox"/> APRI/FIB4 _____ / _____			<input type="checkbox"/> Cirrose	

### DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34. CID 10	35. Nome do Profissional Solicitante*	36. Documento do Profissional Solicitante*	37. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*
B18.2			
38. CRM (Nº Registro do Conselho)*		CPF:	
39. Data do Preenchimento			
UF/CRM: /		CNS:	

### PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA

40. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*	41. Data da coleta*	42. Hora da Coleta*
	/ /	:

### PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME

43. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*	44. CNES*	45. Data do recebimento*	46. Hora do recebimento*
		/ /	:
47. Genótipo	48. Subtipo	49. Metodologia utilizada	