

Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais

José Boullosa Alonso Neto

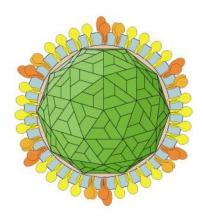
Fonte: http://viralzone.expasy.org/

Hepatites virais



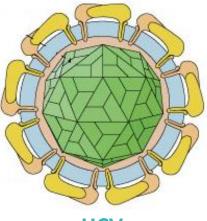
HAV

Família: *Picornaviridae* Gênero: *Hepatovirus*



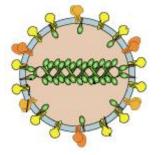
HBV

Família: *Hepadnaviridae*Gênero: *Orthohepadnavirus*



HCV

Família: *Flaviriridae* Gênero: *Hepacivirus*



HDV

Família: não classificado Gênero: *Deltavirus*



HEV

Família: *Hepeviridae* Gênero: *Hepevirus*



Diagnóstico das hepatites virais



Avaliação clínica

- Sintomatologia
- Epidemiologia
- Avaliação de risco



Exames laboratoriais

- Bioquímica
- Pesquisa por marcadores da infecção

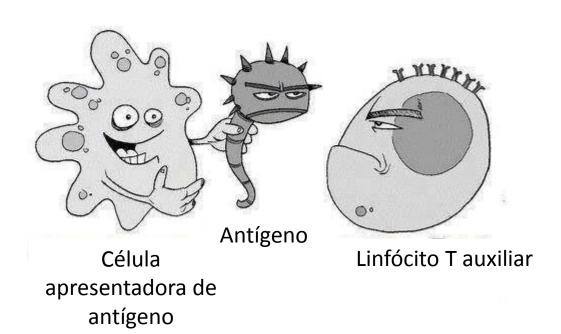


Testes rápidos

Pesquisa por marcadores da infecção



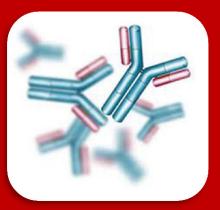
Marcadores de infecção





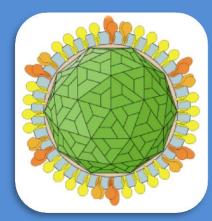
Marcadores de infecção

Anticorpos



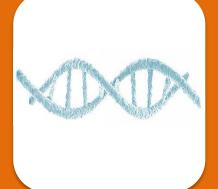
São produzidos como do resposta sistema imunológico а uma infecção. Indicam contato (recente ou não) com um determinado agente infeccioso. Podem ser detectados por meio de testes sorológicos.

Antigenos



Proteínas ou outros elementos pertencentes diretamente ao agente infeccioso investigado. Indicam infecção ativa por um patógeno. Podem ser detectados por testes sorológicos.

Ácidos nucleicos virais



Material genético pertencente a um agente infeccioso. Sua detecção indica infecção ativa por este agente. Podem ser detectados por ensaios qualitativos ou quantitativos (carga viral).



Significado dos marcadores da infecção pelo HBV

MARCADOR	FUNÇÃO
HBsAg	Indica que a pessoa está infectada pelo HBV.
HBeAg	Quando detectado, indica altos níveis de replicação viral.
Anti-HBe	Quando detectado, indica infecção atual ou anterior pelo HBV.
Anti-HBs	Anticorpo contra o HBsAg, propicia imunidade contra o vírus.
IgG Anti-HBc	Indica que a pessoa está ou esteve infectada pelo HBV.
IgM Anti-HBc	Indica infecção recente pelo HBV (seis meses ou menos).
HBV-DNA	Indica que a pessoa está infectada pelo HBV.

Ensaios laboratoriais para o HBV

TESTE	ALVO DETECTADO
HBsAg	Detecta o antígeno de superfície do HBV.
Anti-HBs	Detecta os anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV.
HBeAg	Detecta o antígeno "e" do HBV.
Anti-HBe	Detecta os anticorpos contra o antígeno "e" do HBV.
Anti-HBc Total	Detecta anticorpos IgM e IgG contra o capsídeo do HBV.
IgM Anti-HBc	Detecta anticorpos IgM contra o capsídeo do HBV.
Carga Viral	Detecção e quantificação do material genético viral.



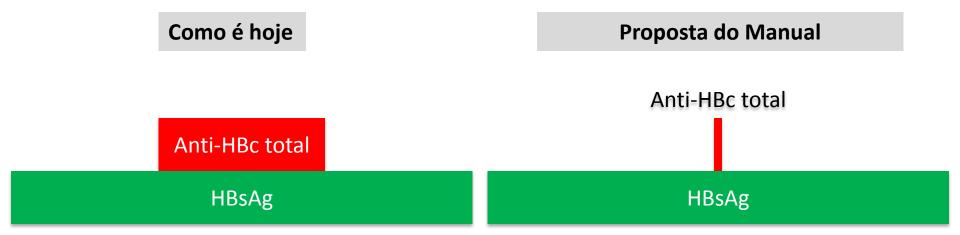
Como são pedidos os marcadores?

Chemical	3-mem
Description from period Description	3-onem
Secretaries	3-onem
#	3-omirm
5-per extensias 6- CORAC AOV ANOS. Tem 6- PRESSANO ARTERIAL 1-personale failas 1-p	3-omirm
5-certain productional Security States Security	3-oniess
S-OPENSAGO AND ANDS. Twen S-OPENSAGO ANDS. T	Seniore
### A Serve ### A Serve ### A Serve #### A Serve ###################################	Sonien
- Description of Lands Description Des	3-mirm
5-persode hales 2-persode hales 3-beneficia so greio 4-beneficia so greio 5-beneficia so greio 6-beneficia so grei	3-onem
Typermode after The date of a silvane entersuracy to	2-100000
3-baseline no pelle	
Temporaries	-
Section Sect	
3- dae on perio e relicejo tenginis (enferios) 3- militari certicari 3- militari certica	704
Chemical	lá terre
S-millagos ano permai	
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	
Section on person	
DE-SEST. NERVOSO Tem Ja	
Oct METABOLICO	i fera
Oct METABOLICO	
- Dicheres	
1-datines	
5-com-alde	
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
11-01/FRSOS Ten 3	
5-acido inicio 1905 Carido 1906 Carido	
5-	lá tese
SANCEE Tem Jisten 2-column (cologue, column tre.)	
Tradega, cotas, M. J.	
1- Anema 3-torrar m-deuman	
4-bires complete	
1-Quando se corta (nascola en gordina) (nascola en gordina) (nascola en gordina)	belg
- Dargomento 4 tru"	
A-Rooteu sonifiabr*	ACADA
San	la tese
6-Apreni lenolitica (118te (118to 118to 11	Lanes I
S-INFECCIO Tem di test cupatron po	or disk
Conti	named
1	
3-stretide frice 1 Amera 3 Exfort	frelic





	Anti-HBs	Anti-Hbe	Anti-HBc total	Anti-HBc IgM	HBsAg	HBeAg	Carga Viral
Total DATASUS (2015)	2.875.737	299.902	2.144.987	899.097	5.900.437	353.397	21.823



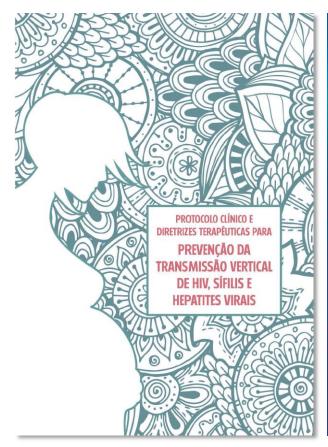
Estes valores representam uma redução de pelo menos 81% no quantitativo de testes realizados para a pesquisa do anti-HBc total no Brasil.

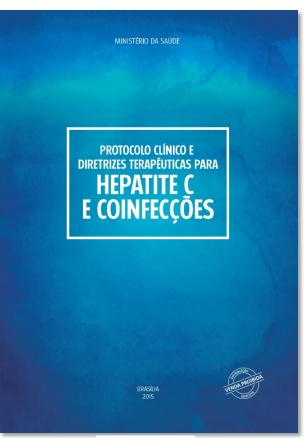


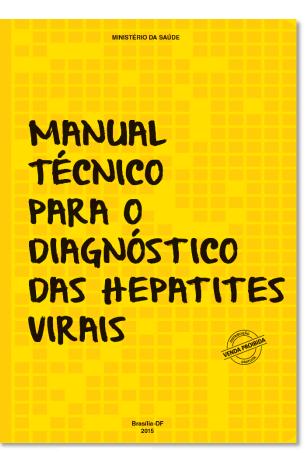


Conseguimos reduzir o diagnóstico a 16 opções.

Documentos do DDAHV









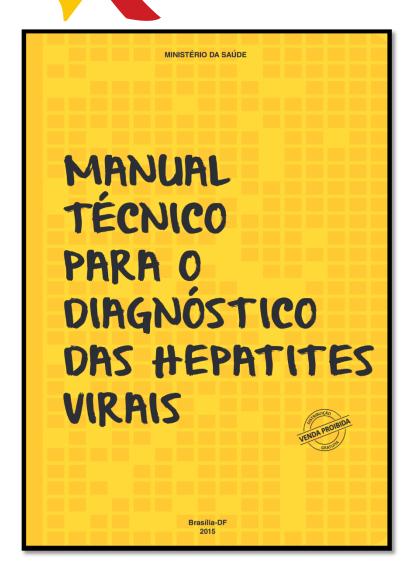








Manual Técnico



- Escrito e revisado por um comitê de especialistas da área médica, de laboratório e da academia.
- O principais objetivos são:
 - Padronizar a realização de testes laboratoriais, de forma a subsidiar os gestores na construção de uma resposta efetiva ao agravo, definindo de forma clara algoritmos para o diagnóstico laboratorial das hepatites virais que podem ser aplicados respeitando particularidades regionais.
 - Auxiliar os profissionais de laboratório nas situações em que forem obrigados a lidar com pedidos vagos de exames, como "sorologia de hepatites", em suas rotinas.
 - Regular as situações em que é recomendado o uso de testes rápidos para a triagem da infecção pelas hepatites virais B e C.
- Esteve em consulta pública entre janeiro e fevereiro de 2015.
- Aprovado pela portaria Nº 25 de 01/12/15.
- Atualização em breve.



Por que fluxogramas?

Sensibilidade

Capacidade de um teste em diferenciar um indivíduo com uma determinada doença daqueles que não possuem a doença.

Especificidade

Capacidade de um teste em ser não reagente quando o indivíduo não é portador da doença ou condição.

Testes com alta sensibilidade:

- O resultado n\u00e3o reagente apresenta a maior confiabilidade.
 - Necessários para o diagnóstico de doenças graves.
- Úteis para rastreamento de doenças em grupos populacionais específicos.

<u>Testes com alta especificidade:</u>

- O resultado reagente apresenta a maior confiabilidade.
- São capazes de confirmar um diagnóstico sugerido por outros dados.

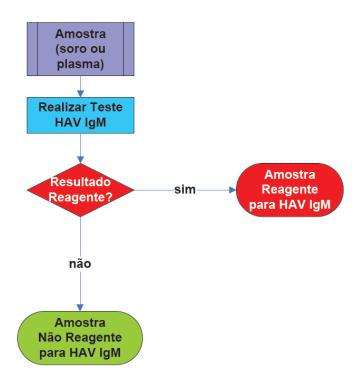
Por que fluxogramas?

Relação entre teste e doença										
Portador de uma Não portador de u doença ou condição doença ou condição										
Teste reagente	(A)	(B)								
	Verdadeiro reagente	Falso reagente								
Teste não reagente	(C)	(D)								
	Falso não reagente	Verdadeiro não reagente								

A testagem em fluxograma aumenta a confiabilidade do resultado do primeiro teste realizado.



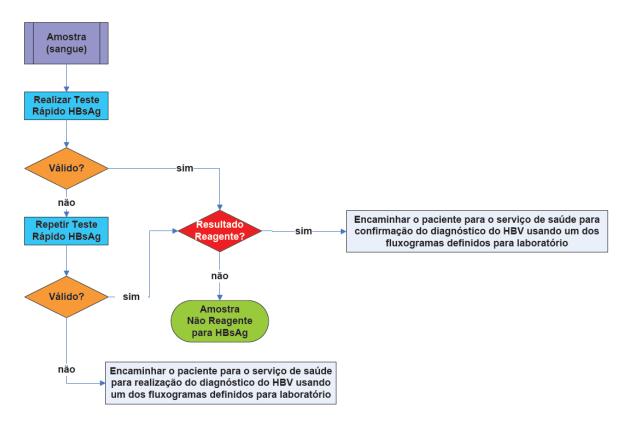
Diagnóstico da infecção aguda pelo HAV



- Agravo imunoprevinível
- 76% dos casos se concentram na faixa etária de 0-14 anos (Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais/SVS/MS)
- O fluxograma para HAV é capaz de detectar casos de hepatite A em sua fase aguda
- Por detectar anticorpos, este fluxograma não é indicado para indivíduos menores de 18 meses de idade
- Em caso de suspeita de infecção pelo HAV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

.egenda:	Processo predefinido.	Processo.	Exige uma tomada de decisão.	Finalizador.
----------	-----------------------	-----------	------------------------------	--------------

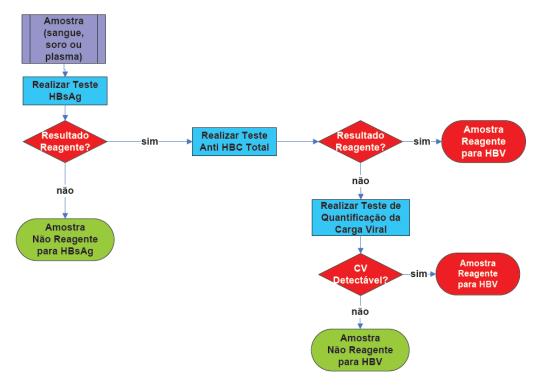
Triagem da infecção pelo HBV usando testes rápidos



- Pode ser utilizado em gestantes e em menores de 18 meses
- Este fluxograma detecta infecção ativa pelo HBV. É necessário confirmar a presença do HBsAg por seis meses para definir doença crônica. Dos indivíduos adultos expostos ao HBV, 90% atingem cura espontânea da infecção.
- Em caso de resultado n\u00e3o reagente e permanecendo a suspeita de infec\u00e7\u00e3o aguda, encaminhar para realiza\u00e7\u00e3o de um dos fluxogramas laboratoriais



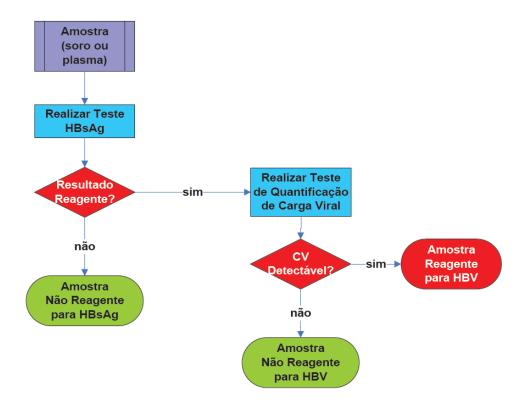
Diagnóstico laboratorial da infecção pelo HBV



- Pode ser utilizado em gestantes.
- Por fazer uso de testes que detectam anticorpos totais, este fluxograma não pode ser usado em indivíduos menores de 18 meses, e também em indivíduos imunossuprimidos.
- Este fluxograma é capaz de identificar infecções ativa pelo HBV.
- Em laboratórios que realizam pequenas rotinas (máximo cinco testes por dia) o teste para detecção do HBsAg pode ser um teste rápido
- Em caso de resultado não reagente, e permanecendo a suspeita de infecção, após 30 dias coletar uma nova amostra para repetir o teste.

Legenda:	Processo predefinido.	Processo.	Exige uma tomada de decisão.	Finalizador.
----------	-----------------------	-----------	------------------------------	--------------

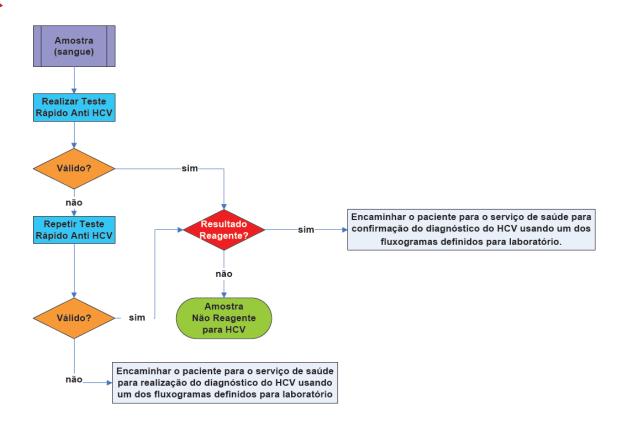
Diagnóstico da infecção pelo HBV em indivíduos menores de 18 meses



• Em caso de suspeita de infecção pelo HBV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra para repetir o teste.

Legenda: Processo predefinido. Processo. Exige uma tomada de decisão. Finalizador.

Triagem da infecção pelo HCV

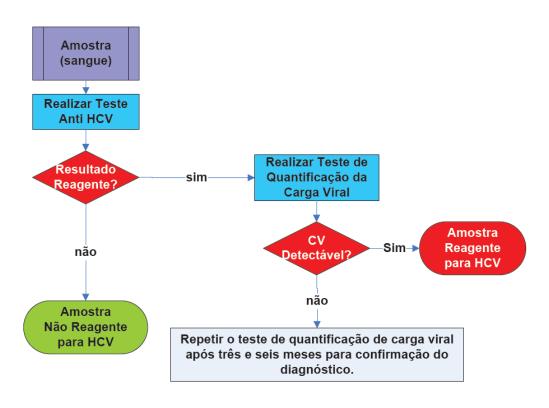


- Pode ser utilizado em gestantes
- Por usar um teste que detecta anticorpos, não pode ser usado em indivíduos menores de 18 anos e imunossuprimidos
- Este fluxograma indica contato prévio com o HCV. É necessário confirmar a presença de infecção ativa por meio de testes moleculares ou de antígeno
- Em caso de resultado não reagente e permanecendo a suspeita de infecção, após 30 dias coletar uma nova amostra para repetir o teste.

Legenda:	Processo predefinido.	Processo.	Exige uma tomada de decisão.	Finalizador.
----------	-----------------------	-----------	------------------------------	--------------



Diagnóstico laboratorial da infecção pelo HCV

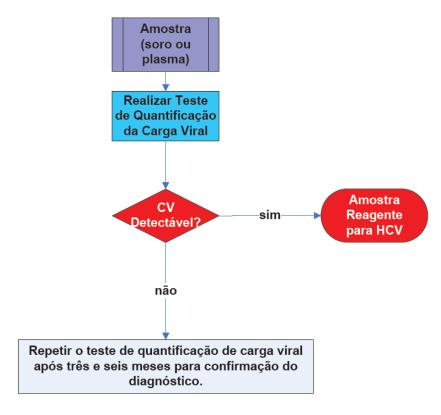


- · Pode ser utilizado em gestantes.
- Por fazer uso de testes que detectam anticorpos, n\u00e3o pode ser usado em indiv\u00edduos menores de 18 meses e tamb\u00e9m em indiv\u00edduos imunossuprimidos.
- Em laboratórios que realizam pequenas rotinas (máximo cinco testes por dia) o teste para detecção do anti-HCV pode ser um teste rápido
- Em caso de resultado não reagente, e permanecendo a suspeita de infecção, após 30 dias coletar uma nova amostra para repetir o teste.

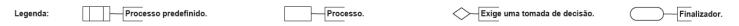




Diagnóstico da infecção pelo HCV em indivíduos menores de 18 meses



- Este fluxograma é indicado para o diagnóstico da infecção pelo HCV em indivíduos menores de 18 meses nascidos de mães sabidamente HCV positivas e indivíduos imunossuprimidos
- Este fluxograma é capaz de identificar infecção ativa pelo HCV
- Em caso de suspeita de infecção pelo HCV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra pra repetir o teste.



Sistematização do diagnóstico

REQUISIÇÃO	CONDUTA
"Sorologia de hepatite" (sem explicitar quais os marcadores a ser investigados)	Executar os fluxogramas de diagnóstico laboratorial para o HAV, HBV e HCV.
"Sorologia (ou diagnóstico) de HAV"	Executar o fluxograma de diagnóstico laboratorial para o HAV.
"Sorologia (ou diagnóstico) de HBV"	Executar o fluxograma de diagnóstico laboratorial para o HBV.
"Sorologia (ou diagnóstico) de hepatite B oculta"	Executar o fluxograma de diagnóstico laboratorial para a infecção oculta pelo HBV (IOB).
"Sorologia (ou diagnóstico) de HCV"	Executar o fluxograma de diagnóstico laboratorial para o HCV.



Ministério da Saúde

Próximos passos – Novos formulários para carga viral

Formulário de solicitação

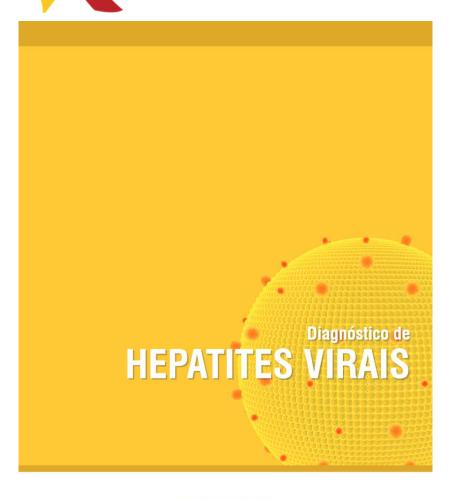
Ц		nto de D	ST, Aids e Hepatit	es Virais					Carga	riral do V	/írus da Hepa	itite B
DADOS DA INST												
1. Instituição so	olicitante (carin	nbo padı	rão) *						1	2. CNES*		
INFORMAÇÕES												
3. CNS do pacie	ente		Nome completo d	lo usuário*							7. Identificaçã	io do usuário*
		5	5. Oficial									Oficial Social
4. Data de nasc	imento*	6	5. Social								8. Sexo*	
												Feminino Masculino
9. Nacionalidad	le	10. Rag	ça/Cor			11. Etnia	12. [Nome da	mãe*			
			1-branca 2-preta -indígena 6-não ir									
13. Número da	identidade		14. CPF			15. Logrado	uro*					
16. Número*	17. Compleme	ento	18. Bairro		19. N	∕lunicípio*		20. Có	id. IBGE	21. UF*	22. CEP*	
					Ш.							
23. Telefone		24. Paí	ís	25. Prontuár	rio	26. Gestante*		27. Esco	laridade (en			
						1- Sim 2-	Não	П			1 a 3 / 3. De 4 a 7 não informado /	
28. Nome do re	snonsável (se o	nacient	te for menor de i	dade ou incana	97)					. CFP do res		7. igriorado
Lot Itoliic do to	sponsaver (se c	patient	te for intents de n	aude ou meapa	,				25		ponsater	
30. Código do p	rocedimento		31. Nome	do procedimen	ito							
02.1	3.01.020	-8		Identif	icaçã	io do vírus	da her	oatite	B por l	PCR (qu	ıantitativo)	
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO												
32. Data 1ºs sin		. Idade g	gestacional		33. Mo	otivo do exame*						
		Idade g	gestacional e trimestre / 2. 2 . 3e trimestre 4. I	gnorado		1. Confirmação do					mento 3. Monito o de transmissão v	
	ntomas 32.	Idade g	gestacional ^o trimestre / 2 . 2	gnorado		1. Confirmação do						ertical
32. Data 1ºs sin	doença (CID)	1. 15 3. (B16)	gestacional 2 trimestre / 2. 2 2. 3º trimestre 4. I 5. Não se apli	2 trimestre gnorado ica 35. Tratam	nento	1. Confirmação do 4. Gestant	e portado	ora de he	epatite B 5. I		de transmissão v	ertical
32. Data 1ºs sin	doença (CID)	1. 15 3. (B16)	gestacional e trimestre / 2. 2 . 3e trimestre 4. I	gnorado ca 35. Tratam	nento	1. Confirmação do 4. Gestant ona Alfap	e portado eginterf	ora de he	epatite B 5. I		de transmissão v	ertical
32. Data 1ºs sin / 34. Estágio da c 1. Hepa 2. Hepa 3. Hepa	doença (CID) atite B aguda atite B crônic atite B crônic	1. 19 3. (B16) a sem	gestacional 2 trimestre / 2. 2 2. 3º trimestre 4. I 5. Não se apli	gnorado ca 35. Tratam	nento	1. Confirmação do 4. Gestant	e portado eginterf	ora de he	epatite B 5. I		o de transmissão v 36. Data de iníci	ertical o da terapia
32. Data 1ºs sin	doença (CID) atite B aguda atite B crônic atite B crônic atite B crônic	(B16) a sem	gestacional se trimestre / 2, 2 se trimestre 4, 1 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0)	gnorado ica 35. Tratam Alfain TDF	nento nterfer ETV	1. Confirmação do 4. Gestant ona Alfap	eginterf OF	erona ((PEG-IFN)	nvestigação	de transmissão v	ertical o da terapia
32. Data 1ºs sin	doença (CID) atite B aguda atite B crônic atite B crônic atite B crônic	(B16) a sem	gestacional se trimestre / 2, 2 se trimestre 4, 1 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0)	gnorado ica 35. Tratam Alfain TDF	nento nterfer ETV	1. Confirmação do 4. Gestant ona Alfap	eginterf OF	erona ((PEG-IFN)	nvestigação	o de transmissão v 36. Data de iníci	ertical o da terapia
32. Data 1ºs sin	doença (CID) doença (CID) stite B aguda stite B crônic stite B crônic de (CID) atite C (B18) 2	(B16) a sem	gestacional se trimestre / 2, 2 se trimestre 4, 1 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0)	gnorado ica 35. Tratam Alfain TDF	nento aterfer ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestani ona Alfap ona STC Alf	eginterf OF 4) 4. Fíga	erona ((PEG-IFN)	nvestigação (Z94.4)	o de transmissão v 36. Data de iníci	ertical o da terapia / nóstico /
34. Estágio da como de la como della como de la como de	doença (CID) doença (CID) stite B aguda stite B crônic stite B crônic de (CID) atite C (B18) 2	(B16) a sem	gestacional se trimestre / 2, 2 se trimestre 4, 1 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0)	gnorado ica 35. Tratam Alfain TDF	nento aterfer ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestant ona Alfap 3TC Al	eginterf OF 4) 4. Fíga	erona ((PEG-IFN)	nvestigação (Z94.4)	o de transmissão v 36. Data de início / 38. Data do diag	ertical o da terapia / nóstico /
34. Estágio da c 1. Hepa 2. Hepa 3. Hepa 37. Comorbidac 1. Hepa 39. Nome do pr	ntomas 32. / / / / / / / / / / / / /	(B16) a sem a com . Carcinitante*	gestacional * trimestre / 2. 2 3* trimestre / 3. 4 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0) noma de células	2 trimestre gnorado lca 35. Tratam	nento aterfer ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestani ona Alfap ona STC Alf	eginterf OF 4) 4. Fíga	erona ((PEG-IFN)	nvestigação (Z94.4)	o de transmissão v 36. Data de início / 38. Data do diag	ertical o da terapia / nóstico /
34. Estágio da como de la como della como de la como de	ntomas 32. / / / / / / / / / / / / /	(B16) a sem a com . Carcinitante*	gestacional se trimestre / 2, 2 se trimestre 4, 1 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0)	2 trimestre gnorado lca 35. Tratam	nento aterfer ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestani ona Alfap ona STC Alf	eginterf OF 4) 4. Fíga	erona ((PEG-IFN)	nvestigação (Z94.4)	o de transmissão v 36. Data de início / 38. Data do diag	ertical o da terapia / nóstico /
32. Data 1°s sin / 34. Estágio da c 1. Hepa 2. Hepa 3. Hepa 37. Comorbidac 1. Hepa 39. Nome do pr 41. Data da soli	doença (CID) doença (CID) stite B aguda atite B crônic de (CID) atite C (B18) 2 rofissional solic /	(B16) a sem a com . Carcin itante*	gestacional * trimestre / 2. 2 3* trimestre / 3. 4 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0) noma de células	2 trimestre gnorado lca 35. Tratam	nento aterfer ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestani ona Alfap ona STC Alf	eginterf OF 4) 4. Fíga	erona ((PEG-IFN)	nvestigação (Z94.4)	o de transmissão v 36. Data de início / 38. Data do diag	ertical o da terapia / nóstico /
32. Data 1°s sin 34. Estágio da c 1. Hepa 2. Hepa 3. Hepa 37. Comorbida: 1. Hepa 39. Nome do pr	doença (CID) atite B aguda atite B crônic atite B crônic de (CID) atite C (B18) 2 rofissional solic	(B16) a sem a com . Carcin itante*	gestacional * trimestre / 2. 2 3* trimestre / 3. 4 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0) noma de células	2 trimestre gnorado lca 35. Tratam	nento aterfer ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestani ona Alfap ona STC Alf	eginterf OF 4) 4. Fíga	era de he	(PEG-IFN)	(Z94.4) 41. Ass	o de transmissão v 36. Data de início / 38. Data do diag / nnatura e Carimbo	o da terapia / nóstico / *
32. Data 1°s sin / 34. Estágio da c 1. Hepa 2. Hepa 3. Hepa 37. Comorbidac 1. Hepa 39. Nome do pr 41. Data da soli	doença (CID) atite B aguda atite B crônic atite B crônic de (CID) atite C (B18) 2 rofissional solic	(B16) a sem a com . Carcin itante*	gestacional * trimestre / 2. 2 3* trimestre / 3. 4 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0) noma de células	2 trimestre gnorado lca 35. Tratam	nento aterfer ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestani ona Alfap ona STC Alf	eginterf OF 4) 4. Fíga	era de he	(PEG-IFN)	(Z94.4) 41. Ass	o de transmissão v 36. Data de início / 38. Data do diag	nóstico / ia coleta*
32. Data 1% sin 34. Estágio da c 2. Hepa 3. Hepa 37. Comorbida 39. Nome do pr 41. Data da soli LOCAL DA COLE 47. Nome da in	/ // // // // // // // // // // // // /	(B16) a sem a com . Carcini itante*	gestacional * trimestre / 2. 2 3* trimestre / 3. 4 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0) noma de células	2 trimestre gnorado lca 35. Tratam	nento aterfer ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestani ona Alfap ona STC Alf	eginterf OF 4) 4. Fíga	era de he	(PEG-IFN)	(Z94.4) 41. Ass	o de transmissão v 36. Data de início / 38. Data do diag / nnatura e Carimbo	o da terapia / nóstico / *
32. Data 1% sin 34. Estágio da c 1. Hepa 2. Hepa 3. Hepa 37. Comorbida: 1. Hepa 39. Nome do pr 41. Data da soli 10CAL DA COLE 47. Nome da in	doença (CID) titte B aguda titte B crônic de (CID) atite B rônic de (CID) atite C (B18) 2 TATA DA AMOSTI stituição* EXECUTOR DO	(B16) a sem a com . Carcini itante*	gestacional * trimestre / 2. 2 3* trimestre / 3. 4 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0) noma de células	2 trimestre gnorado lca 35. Tratam	nento aterfer ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestani ona Alfap 3TC Alfap IIIV/Aids (B20-B2 10. Registro do co conselho/UF/Nº:	eginterf OF 4) 4. Fíga	erona (erona (ado tran ofissiona 48.	(PEG-IFN) ssplantado	(Z94.4) 41. Ass	o de transmissão v 36. Data de início 38. Data do diag / inatura e Carimbo 49. Hora d	nóstico a coleta*
32. Data 1% sin 34. Estágio da c 2. Hepa 3. Hepa 37. Comorbida 39. Nome do pr 41. Data da soli LOCAL DA COLE 47. Nome da in	doença (CID) titte B aguda titte B crônic de (CID) atite B rônic de (CID) atite C (B18) 2 TATA DA AMOSTI stituição* EXECUTOR DO	(B16) a sem a com . Carcini itante*	gestacional * trimestre / 2. 2 3* trimestre / 3. 4 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0) noma de células	2 trimestre gnorado lca 35. Tratam	nento aterfer ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestani ona Alfap ona STC Alf	eginterf OF 4) 4. Fíga	erona (erona (ado tran ofissiona 48.	(PEG-IFN)	(Z94.4) 41. Ass	o de transmissão v 36. Data de início 38. Data do diag / inatura e Carimbo 49. Hora d	o da terapia / nóstico / * la coleta*
32. Data 1% sin 34. Estágio da a 1. Hepa 2. Hepa 3. Hepa 3. Nepa 39. Nome do pr 41. Data da soid LOCAL DA COLE 47. Nome da in: LABORATÓRIO 50. Nome da in:	doença (CID) titte B aguda titte B crônic de (CID) atite B rônic de (CID) atite C (B18) 2 TATA DA AMOSTI stituição* EXECUTOR DO	1. 1914 (B16) 3. (B16) 1. 2 (B16) 1. 3 (B16) 1. 4 (B16) 1. 5 (B16) 1. 6 (B16) 1. 6 (B16) 1. 7 (B16)	gestacional * trimestre / 2. 2 3* trimestre / 3. 4 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0) noma de células	9 trimestre gnorado (ca 3 35. Traffa in TDF [TDF [Ca 4 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	ETV	1. Confirmação do 4. Gestani ona Alfap 3TC Alfap IIIV/Aids (B20-B2 10. Registro do co conselho/UF/Nº:	eginterf OF 4) 4. Fíga	erona (erona (ado tran ofissiona 48.	(PEG-IFN) ssplantado	(Z94.4) 41. Ass	de transmissão vo 36. Data de início / 38. Data do diag / natura e Carimbo 49. Hora do 51. Hora do	oda terapia / móstico / * la coleta* : recebimento*
32. Data 1% sin 34. Estágio da a 1. Hepa 2. Hepa 3. Hepa 3. Nepa 39. Nome do pr 41. Data da soid LOCAL DA COLE 47. Nome da in: LABORATÓRIO 50. Nome da in:	Jacon (ID) Jacon	1. 1914 (B16) 3. (B16) 1. 2 (B16) 1. 3 (B16) 1. 4 (B16) 1. 5 (B16) 1. 6 (B16) 1. 6 (B16) 1. 7 (B16)	gestacional trimestre / 2.3 3º trimestre 4.1 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.1) Deta (B18.0) noma de células	9 trimestre gnorado (ca 3 35. Traffa in TDF [TDF [Ca 4 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	ETV	1. Confirmação do 4. Gestani ona Afapa ona Afapa ini Afa	eginterf OF 4) 4. Fíga	erona (erona (ado tran ofissiona 48.	(PEG-IFN) ssplantado	(Z94.4) 41. Ass	de transmissão vo 36. Data de início / 38. Data do diag / natura e Carimbo 49. Hora do 51. Hora do	o da terapia / nóstico / * a coleta* : : : : : : : : : : : : : : : : : : :
32. Data 1% sin 34. Estágio da a 1. Hepa 2. Hepa 3. Hepa 3. Nepa 39. Nome do pr 41. Data da soid LOCAL DA COLE 47. Nome da in: LABORATÓRIO 50. Nome da in:	Jacon (ID) Jacon	. Idade g 1. 1 1 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	gestacional trimestre / 2.3 3º trimestre 4.1 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.1) Deta (B18.0) noma de células	9 trimestre gnorado ca 35. Tratam 35. Tratam 170 F 170 F	ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestani ona Afapa ona Afapa ini Afa	eginterf OF 4) 4. Fíga	erona (erona (ado tran ofissiona 48.	(PEG-IFN) asplantado a	(Z94.4) 41. Ass	de transmissão vo 36. Data de início / 38. Data do diag / natura e Carimbo 49. Hora do 51. Hora do	o da terapia / nóstico / * a coleta* : : : : : : : : : : : : : : : : : : :
32. Data 19s sin / 34. Estágio da ca . 1. Hepa . 3. Hepa . 3. Hepa . 3. Hepa . 37. Comorbidat . 1. Hepa . 39. Nome do pr . 1. Hepa . 39. Nome do pr . 1. Hepa . 47. Nome da in: 1. Hepa . 50. Nome da in: 1. ABDIRATÓRIO . 50. Nome da in: 1. ABDIRATÓRIO . 1. Solicit . 1. ABDIRATÓRIO . 1. ABDIRATÓRI	doença (CID) title B aguda title B crônic de (CID) title B aguda title B crônic de (CID) title B crônic de (CID) title C (B18) 2 rofissional solic tictação* / / TA DA AMOSTI Stituição* DECLITOR DO stituição do exame	. Idade g 1. 1 1 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	gestacional trimester / 2. 2. 3º trimestre 4. 4. 5. Não se apli Delta (B18.1) Delta (B18.0) noma de células	9 trimestre gnorado ca 35. Tratam 35. Tratam 170 F 170 F	ETV 22) 3. H	1. Confirmação do 4. Gestani ona Affapa ona Affapa IIIV/Aids (820-82 10. Registro do co Conselho/UF/Nº: 51. CNES*	eginterf DF 4) 4. Fíga	erona (erona (ado tran ofissiona 48.	(PEG-IFN) asplantado a	(Z94.4) 41. Ass	de transmissão vo 36. Data de início / 38. Data do diag / natura e Carimbo 49. Hora do 51. Hora do	ordical ordica

Institution paddice	÷	SU:	Secretaria Departame	de Vigi	lância	em Saúde Aids e Hepatite	es Virais						Car			de solicitação írus da Hepatite C
3. CNS do paciente Nome complete do usuário* J. Identificação do usuário* J. Coficial J. Oficial J.																
S. Official				imbo p	adrão)	•								2. 0	NES*	
4. Data de nascimento* 6. Social 1. Oficial 2. Accidal 3. Seco* 1. Ferminino 1. Hepatite C gauda (Bit.3.) 3. Stratamento 3. Monivo de ocames* 2. Lispino de Santa, Fortantes Do Accida Data Similar (Conselha) Data Similar					Non	o complete de	. ucuário#									7 Identificação do usuário
4. Data de nascimento* 6. Social 2. Social 2. Social 2. Social 3. Seco* 3. Nome da mãe* 3. Nome da dentidade 3. Nome da dentidade 3. Nome do responsável (se o paciente for menor de Idade ou incapas) 3. Nome do responsável (se o paciente for menor de Idade ou incapas) 3. Seco* 3. Seco* 3. Seco* 3. Seco* 3. Nome do responsável (se o paciente for menor de Idade ou incapas) 3. Nome do procedimento 3. Nome do procedimento 3. Nome do procedimento 3. Nome do procedimento 3. Seco* 3. Seco* 3. Seco* 3. Monto do responsável (se o paciente for menor de Idade ou incapas) 3. Monto do exame* 3. Data 1º sintomas 3. Seco* 3	3.00	IS do pacie	ente				o usuario*									
9. Nacionalidade 10. Racy/Cor 1. Sendino 10. Racy/Cor																2-Social
9. Nacionalidade 10. Rap/Cor 1. I-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indigena 6-não informado 7-ignorado 13. Número da identidade 14. CPF 15. Logradouro* 17. Complemento 18. Bairro 19. Município* 20. Cód. IBGE 21. UF* 22. CEP* 23. Telefone 24. País 25. Prontuário 26. Gestante* 27. Escolaridade (em anos) 1. Nemhuma / 2. De 1a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11. S De 12 e mais / 6. não informado / 7. ignorado 29. CPP do responsável (se o paciente for menor de idade ou incapaz) 29. CPP do responsável 29.	4. Da	ita de nasc	imento*		6. So	ocial										1-Feminino
13. Número da identidade 14. CFF 15. Logradouro* 16. Número* 17. Complemento 18. Bairro 19. Município* 20. Cód. 186E 21. UF* 22. CEP* 23. Telefone 24. País 25. Prontuário 26. Gestante* 27. Escolaridade (em anos) 1. Sim 2- Não 1. Sim 2-	9. Na	cionalida	de	10.	Raça/C	Cor			11. Etnia		12. N	lome o	da mãe*			E IVIGSCUITIO
16. Número* 17. Complemento 18. Bairro 19. Município* 20. Cod. 18GE 21. UF* 22. CEP*																
23. Telefone 24. País 25. Prontuírio 26. Gestante* 27. Escolaridade (em anos) 1. Nemhuma / Z. De 1a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 29. CFP do responsável 29. CFP do responsável 30. Código do procedimento 20. O2. O3. 3. 108-0 Quantificação de RNA do vírus da hepatite C DADOS CLINICOS GERAS/DITALHES DO AGRAVO 32. Data 19s sintomas 32. Kadag gestacional 33. Motivo do exame* 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 4. Avaliação pós-tratamento (RVS) 5. Gestante portadora de hepatite 6. E. Invest. de trans vertical 36. Estágio da denna (CID) 37. Comorbidade (CID) 38. Testamento 19. Hepatite C aguda (B17.1) 29. Hepatite C gauda (B17.1) 39. Testamento 40. APRI 41. FIB4 42. Elastografia hepática (B24) 43. Sinais clinicos ou outras evidências 40. APRI 40. Registro do conselho profissional* 41. Assinatura e Carimbo* 42. CPF do profissional* 43. Hora da coleta* 45. Hora da coleta* 47. Nome da instituição* 48. Data da coleta* 49. Hora da coleta* 51. CONS* 52. Data do recebimento* 53. Hora do recebimento* 54. Roba do sendento* 55. Hora do recebimento* 55. Roba do sendento* 55. Roba do sendento* 56. Data do recebimento*	13. N	lúmero da	identidade		14	1. CPF			15. Lo	gradour	0*					
23. Telefone 24. País 25. Prontuírio 26. Gestante* 27. Escolaridade (em anos) 1. Nemhuma / Z. De 1a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 29. CFP do responsável 29. CFP do responsável 30. Código do procedimento 20. O2. O3. 3. 108-0 Quantificação de RNA do vírus da hepatite C DADOS CLINICOS GERAS/DITALHES DO AGRAVO 32. Data 19s sintomas 32. Kadag gestacional 33. Motivo do exame* 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 4. Avaliação pós-tratamento (RVS) 5. Gestante portadora de hepatite 6. E. Invest. de trans vertical 36. Estágio da denna (CID) 37. Comorbidade (CID) 38. Testamento 19. Hepatite C aguda (B17.1) 29. Hepatite C gauda (B17.1) 39. Testamento 40. APRI 41. FIB4 42. Elastografia hepática (B24) 43. Sinais clinicos ou outras evidências 40. APRI 40. Registro do conselho profissional* 41. Assinatura e Carimbo* 42. CPF do profissional* 43. Hora da coleta* 45. Hora da coleta* 47. Nome da instituição* 48. Data da coleta* 49. Hora da coleta* 51. CONS* 52. Data do recebimento* 53. Hora do recebimento* 54. Roba do sendento* 55. Hora do recebimento* 55. Roba do sendento* 55. Roba do sendento* 56. Data do recebimento*																
23. Telefone 24. País 25. Prontuírio 26. Gestante* 27. Escolaridade (em anos) 1. Nemhuma / 2. De 1a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 29. CPP do responsável 29. CPP do responsável 30. Código do procedimento 20. C2. O3. 3. 108-0 Quantificação de RNA do vírus da hepatite C DADOS CLINICOS GERAS/DITALHES DO AGRAVO 32. Data 19s sintomas 32. Klade gestacional 33. Motivo do exame* 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 4. Avaliação pós-tratamento (RVS) 5. Gestante portadora de hepatite 6. Invest. de transm. vertical 34. Estágio da denora (CID) 35. Tratamento 1. Hepatite C aguda (B17.1) 2. Hepatite C aguda (B17.1) 2. Hepatite C (B18) 2. Carcinoma de células hepáticas (C22) 3. HIV/Aids (B2O-B24) 4. Figado transplantado (294.4) 37. Comorbidade (CID) 38. Data do diagnóstico 39. Nome do profissional solicitante* 40. Registro do conselho profissional* 41. Assinatura e Carimbo* 40. Registro do conselho profissional* 40. Registro do conselho profissional* 40. Registro do conselho profissional* 41. Assinatura e Carimbo* 43. Bata da coleta* 49. Hora da coleta* 51. CONS* 52. Data do necebimento 53. Hora do recebimento* 54. Data do solicitação* 55. Hora do recebimento* 56. Data do necebimento* 56. Data do necebimento* 56. Data do necebimento* 56. Data do necebimento*	16.N	lúmero*	17. Compler	nento	10	R. Bairm		19 A	Aunicínio*			20. 0	ód IRGE		1. UF*	22. CEP*
1. Sim 2. Não 1. Nembuma / 2. De 13 à / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11	20.10	iiei o	27. complet		10	J. Danio		20.10	парто			20.0	.ca. ibdi	- 2	01	an dir
1. Sim 2. Não 1. Nenhum / 2. De 1a 3 / 3. De 4a 7 / 4. De 8 at 1 5 De 12 em als / 6. No informado / 7. Ignorado 5 De 12 em als / 6. No informado / 7. Ignorado 30. Código do procedimento 31. Nome do procedimento 32. Octa 13 / 3. De 4a 7 / 4. De 8 at 15 3.							25 2		20.0						1	
23. Nome do responsíve! (se o paciente for menor de idade ou incapaz) 25. FP do responsáve! 30. Código do procedimento 20. OZ. 03. 1. 108-0 20. OZ. 03. 1. 108-0 Quantificação de RNA do vírus da hepatite C DADOS CLINICOS GERAS/DETALISES DO AGRAVO 32. Data 19s sintomas 32. Li dade gestacional 33. Motivo do exame* 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 5. Nos e aplica 34. Estágio da doença (CID) 35. Tratamento 1. Hepatite C aguida (B17.1) 2. Hepatite C aguida (B17.1) 2. Hepatite C (B18.2) 37. Comorbidade (CID) 38. Data do diagnóstico 39. Nome do profissional solicitante* 40. APRI 41. FIB4 42. Elastografía hepática (B79) 41. Assinatura e Carimbo* 40. Registro do conselho profissional* 41. Assinatura e Carimbo* 43. Bata do coleta* 44. Assinatura e Carimbo* 45. Bota do solicitação* 47. Nome da instituição* 48. Data do solicitação* 49. Hora da coleta* 55. Identificado da amostra* 55. Eletatificado da amostra* 56. Eletat da cesultado* 56. Eletat da resultado*	23. T	elefone		24.	País		25. Prontuá	irio				27. Esc				a 3 / 3 De 4 a 7 / 4 De 9 a
30. Código do procedimento Quantificação de RNA do vírus da hepatite C DADOS CLÍNICOS GERAS/DETALHES DO ACRAVO 32. Data 19s sintomas 32. Hade gestacional 33. Motivo do exame* 1				L					1-5	ım 2- N	140	Ш		e 12 e n	nais / 6. r	não informado / 7. ignorado
Quantificação de RNA do vírus da hepatite C DADOS CLINICOS GERAS/OPTALHES DO AGRAVO 32. Data 19's sintomas 12. Ládeg estacional 33. Motivo do exame* 1	28. N	lome do r	esponsável (se	o paci	ente f	or menor de ic	lade ou incap	oaz)						29. CI	P do resp	onsável
Quantificação de RNA do vírus da hepatite C DADOS CLINICOS GERAS/OPTALHES DO AGRAVO 32. Data 19's sintomas 12. Ládeg estacional 33. Motivo do exame* 1																
32. Data 2 side gestacional 32. Modivo do exame* 32. Data 2 side gestacional 33. Motivo do exame* 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 3. 3º trim. / 4. Ignorado 4. Avaliação pós-tratamento (RVS) 5. Gestante portadora de hepatite C 6. Invest. de transm. vertical 4. Avaliação pós-tratamento (RVS) 5. Gestante portadora de hepatite C 6. Invest. de transm. vertical 33. Tratamento 34. Estágio da doença (ED) 35. Tratamento 35. Tratamento 35. Tratamento 35. Tratamento 35. Tratamento 36. Estágio da doença (ED) 36. Tratamento 36. Estágio da doença (ED) 36. Tratamento 36. Tratamento 36. Tratamento 37. Tratamento 38. Tratament	30. C	ódigo do _l	procedimento			31. Nome d	o procedime	nto								
32. Data 2 side gestacional 32. Modivo do exame* 32. Data 2 side gestacional 33. Motivo do exame* 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 3. 3º trim. / 4. Ignorado 4. Avaliação pós-tratamento (RVS) 5. Gestante portadora de hepatite C 6. Invest. de transm. vertical 4. Avaliação pós-tratamento (RVS) 5. Gestante portadora de hepatite C 6. Invest. de transm. vertical 33. Tratamento 34. Estágio da doença (ED) 35. Tratamento 35. Tratamento 35. Tratamento 35. Tratamento 35. Tratamento 36. Estágio da doença (ED) 36. Tratamento 36. Estágio da doença (ED) 36. Tratamento 36. Tratamento 36. Tratamento 37. Tratamento 38. Tratament		02.0	2.03.10	3-0				Quan	tificaçã	o de	RNA	do	vírus	s da	hepat	ite C
32. Data 19s sintoms 32. Riode gestacional 33. Motivo do exame* 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 5. Monitorar	DAD	OS CLÍNICO	OS GERAIS/DE	TALHE:	S DO A	GRAVO									_	
3.3 trim. / A. Ignorado 5.5 Nos esplicio 9.4 k. Nos esplicio 1. Hepatite C aguda (817.1) 2. Hepatite C aguda (817.1) 3.6 Estajo da doenga (CID) 3.7 Comorbidade (CID) 3.8 Estajo da doenga (CID) 3.9 S. Tratamento 1. Hepatite C aguda (817.1) 2. Hepatite C aguda (817.1) 3.7 Estajo da doenga (CID) 3.8 Estajo da del previr Dacidatasvir Dombitasvir/Veruprevir/Ritonavir-Dasabuvir 3.8 Biópsia hepática (C1B) 3. Biópsia hepática (C1B) 3. Biópsia hepática (C1B) 3. Biópsia hepática (C1B)				2. Idad	e gesta	acional		tivo do e	exame*							
1. Hepatite C aguda (817.1) Alfapeginterferona (PEG-IFN) Boceprevir Telaprevir Sofosbuvir	24.5	/	/	3.	3º trim	n. / 4. Ignorado aplica	°									
37. Comorbidade (CID) 1. Hepatite C (B18) 2. Carcinoma de cékulas hepáticas (C22) 3. HIV/Aids (B20-B24) 4. Figado transplantado (Z94.4) 1. Hepatite C (B18) 2. Carcinoma de cékulas hepáticas (C22) 3. HIV/Aids (B20-B24) 4. Figado transplantado (Z94.4) 1. FIB4 42. Elastografía hepática (L92) 43. Sinais clínicos ou outras evidências 39. Nome do profissional solicitante* 40. Registro do conselho profissional* 41. Data da solicitação* 42. CPF do profissional* 42. CPF do profissional* 1. FIB4 43. Sinais clínicos ou outras evidências 44. Assinatura e Carimbo* 45. Data da coleta* 47. Nome da instituição* 48. Data da coleta* 49. Hora da coleta* 49. Hora da coleta* 50. Nome da instituição* 51. CNIS* 52. Data do recebimento* 53. Hora do recebimento* 53. Hora do recebimento* 54. G. Bata do recebimento* 55. Hora do recebimento* 56. Data do recebimento* 56. Data do recebimento*	34. E	1. Hepa	atite C agud			Alfa	oeginterfer									
39. Riopia hepática 1. FO 2. F1 3. F2 4. F3 5. F4 39. Nome do profissional solicitante* 40. Registro do conselho profissional* 41. Assinatura e Carimbo* 41. Data da solicitação* 42. CPF do profissional* 41. Assinatura e Carimbo* 42. CPF do profissional* 43. Buta da solicitação* 44. Data da solicitação* 45. Nome da instituição* 48. Data da coleta* 49. Hora da coleta* 50. Nome da instituição* 51. CNES* 52. Data do recebimento* 53. Hora do recebimento* 54. Benonsável* 55. Coleta do evame* 55. Identificador da amostra* 56. Bata do recebimento* 56. Bata do recebimento* 56. Bata do recebimento* 56. Bata do recebimento*	37. C				,	1					,		,,,,,,,,			
39. Nome do profissional solicitante* 40. Registro do conselho profissional* 41. Assinatura e Carimbo* Conselho/UF/N*: 41. Data da solicitação* 42. CPF do profissional* 10. DATA DA COLETA DA AMOSTRA 47. Nome da instituição* 48. Data da coleta* 49. Hora da coleta* 10. CAL DA COLETA DA AMOSTRA 49. Hora da coleta* 10. CAL DA COLETA DA AMOSTRA 49. Hora da coleta* 10. CAL DA COLETA DA AMOSTRA 49. Hora da coleta* 10. CAL DA COLETA DA AMOSTRA 49. Hora da coleta* 10. CAL DA COLETA DA AMOSTRA 49. Hora da coleta* 10. CAL DA COLETA DA AMOSTRA 49. Hora da coleta* 10. CAL DA COLETA DA AMOSTRA 49. Hora da coleta* 10. CAL DA COLETA DA AMOSTRA 49. Hora da coleta* 10. CAL DA COLETA DA AMOSTRA 49. Hora da coleta* 10. CAL DA COLETA DA AMOSTRA 10. CAL DA COLETA DA CO) 2. Ca	rcinor			C22) 3.				ado ti	ransplan	itado (2		/ /
43. Sinais clinicos ou outras evidências 39. Nome do profissional solicitante* 40. Registro do conselho profissional* 41. Assinatura e Carimbo* 41. Data da solicitação* 42. CPF do profissional* 43. OPF do profissional* 44. Assinatura e Carimbo* 45. LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE 50. Nome da instituição* 48. Data da coleta* 49. Hora da coleta* 49. Hora da coleta* 50. Nome da instituição* 51. CNES* 52. Data do recebimento* 53. Hora do recebimento* 54. G. Data do recebimento* 55. G. Data do resultado*	39. B	iópsia hep	oática			40	. APRI			41. FIB4	1			_	42. Elast	ografia hepática (kPa)
39. Nome do profissional solicitante* 40. Registro do conselho profissional* 41. Assinatura e Carimbo* Conselho/UF/Nº: 41. Data da solicitação* 42. CPF do profissional* 43. Data da solicitação* 44. Assinatura e Carimbo* Conselho/UF/Nº: 45. Data da coleta* 469. Hora da coleta* 49. Hora da coleta* 150. Nome da instituição* 51. CNES* 52. Data do recebimento* 53. Hora do recebimento* 54. Salisitação do evame* 55. Identificador da amostra* 56. Data do recebimento* 56. Data do recebimento* 56. Data do recebimento*	Ш	1 . F0	2. F1 3. F	2 4.	F3 5	5. F4				_				-	_	
41. Data da solicitação* 42. CPF do profissional* 47. Nome da instituição* 48. Data da coleta* 49. Hora da coleta* 49. Hora da coleta* 1. ABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE 50. Nome da instituição* 51. CNES* 52. Data do mechimento* 53. Hora do recebimento* 54. Salicitação de exame* 55. Identificador da amostra* 56. Bata do recebimento* 57. Data do recebimento* 58. Data do recebimento* 58. Data do recebimento* 58. Data do recebimento*	43.5	inais clínic	os ou outras (evidêne	ias	•										
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA 49. Hora da coleta* 49. Hora da coleta* 49. Hora da coleta* 49. Hora da coleta* 1. CALEGRATÓRIO EXECUTOR DO TESTE 50. Nome da instituição* 51. CALEGRATÓRIO EXECUTOR DO TESTE 52. Data do recebimento* 53. Hora do recebimento* 54. Salicitação do exame* 55. Identificador da amostra* 56. Benonsível* 56. Data do recebimento* 56. Data do resultado* 56. Data do result	39. N	lome do p	rofissional sol	icitante	•*						elho pro	fission	nal*		41. Assin	atura e Carimbo*
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA 47. Nome da instituição* 48. Data da coleta* 49. Hora da coleta* 49. Hora da coleta* 1										<u>'</u>	/_					
47. Nome da instituição* 48. Data da coleta* 49. Hora da coleta* 1. LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE 50. Nome da instituição* 51. CNES* 52. Data do recebimento* 7 / 53. Hora do recebimento* 7 / 54. Seponsável* 55. Identificador da amostra* 56. Data do resultador*	41. D	ata da sol	icitação*	42.	CPF do	profissional*										
47. Nome da instituição* 48. Data da coleta* 49. Hora da coleta* 1. LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE 50. Nome da instituição* 51. CNES* 52. Data do recebimento* 7 / 53. Hora do recebimento* 7 / 54. Seponsável* 55. Identificador da amostra* 56. Data do resultador*	LOCA	L DA COL	ETA DA AMOS	TRA												
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE 50. Nome da instituição* 51. CNE5* 52. Data do recebimento* 53. Hora do recebimento* ; 54. Salicitació do evame* 55. Identificador da amostra* 56. Benonsável*												48. E	Data da co	oleta*		49. Hora da coleta*
50. Nome da instituição * 51. CNTS* 52. Data do recebimento * 53. Hora do recebimento * / / 54. Selicitação do evame * 55. Identificador da amostra * 56. Benonsável * 56. Data do recebimento * / / / 56. Data do recebimento * / / / 56. Data do recebimento * / / / / / / / / / / / / / / / / / /													/		/	:
: S4. Solicitación de evame* S5. Identificador da amostra* S6. Resonosível* 56. Data do resultado*) TESTI	E				51. CNES*				52. Data	do rece	himento	53. Hora do recebimente
54. Solicitação do exame* 55. Identificador da amostra* 56. Responsável* 56. Data do resultado*	30. N	orne ud in	auturçau-						JI. CIVES				JZ. Data	/	/	
	_	54. Solici	tação do exan	ne*	55. Id	entificador da	amostra*	56. Res	sponsável*							56. Data do resultado*
58. Volume da amostra 59. Nº de cópias 60. Log 61. Técnica	Vira		/													/ /
TO THE PARTY OF TH	Carga	57. Mate	rial biológico*		58. Vo	olume da amo	stra	59. №	de cópias	(0. Log			61. Téci	nica	<u> </u>

Em processo de implementação no GAL



Próximos passos – Ampliação do conteúdo Telelab para o diagnóstico das hepatites virais





- Portaria 25/2015
- Carga viral das hepatites virais B e C



Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Universidade Federal de Santa Catarina



Concluindo

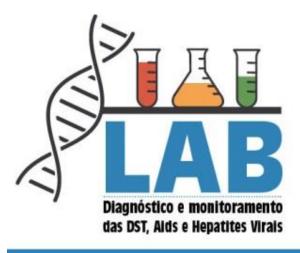
 Este manual é uma ferramenta para orientar os profissionais que solicitam e os que realizam testes diagnósticos e de triagem para as hepatites virais, sejam eles laboratoriais ou testes rápidos, quanto a escolha do marcador a ser pesquisado ao receber solicitações genéricas de exames.













Obrigado

jose.alonso@aids.gov.br (61) 3315 7615

Coordenação de Laboratório
DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS

www.aids.gov.br