



## Formulário de Parecer do Médico de Referência em Genotipagem

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)			2. CNPJ		
			. . . / -		
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>					
3. Nome			4. Data de Nascimento		5. Sexo
			/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino
6. País	7. Cidade de nascimento		8. UF	9. Raça/Cor	
				<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada	
10. Número de Identidade		11. CPF		12. 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	
13. Número SISCEL	14. Cartão Nacional de Saúde - CNS	15. Gestante		16. Telefone do Paciente	17. Prontuário
-		<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		( ) -	
18. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)			19. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)		
			. . -		
20. Nome da mãe			21. Endereço do paciente		
22. Bairro	23. CEP	24. Cidade de residência do paciente		25. UF	26. Cód. IBGE Município
	-				
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO</b>					
27. Data do recebimento da solicitação		28. Médico Solicitante (UF/CRM - Nome)			
/ /		UF/CRM: /		Nome:	
<b>29. INTERPRETAÇÃO CLÍNICA</b>					
Mutações do ITRN					
Mutações do ITRNN					
Mutações da Protease					
<b>30. ESQUEMA ANTI-RETROVIRAL SUGERIDO</b>					
A)					
B)					
C)					
D)					
<b>DADOS DO MÉDICO DE REFERÊNCIA EM GENOTIPAGEM (MRG)</b>					
31. Nome do MRG			32. CRM (Nº Registro do Conselho)		
			UF/CRM: /		
33. Telefone		34. Fax		Assinatura e Carimbo	
( ) -		( ) -			
35. E-mail		36. Data da Sugestão Clínica			
		/ /			