



1. Nome da Instituição Solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ					
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
Nome*				5. Identificação do usuário nos relatórios		6. Data de Nascimento*		7. Sexo*	
3. Oficial:				<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social		/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino	
4. Social:									
8. País		9. Cidade de nascimento*		10. UF*		11. Raça/Cor			
						<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada			
12. Número de Identidade			13. CPF			14. 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			
15. Número SISCEL			16. Cartão Nacional de Saúde - CNS*			17. Telefone do Paciente			
-						( ) -			
18. Gestante* S-Sim / N-Não			19. Idade Gestacional*			20. Prontuário			
			Semanas						
21. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)*				22. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)					
				. . -					
23. Nome da mãe*				24. Endereço do paciente					
25. Bairro		26. CEP		27. Cidade de residência do paciente		28. UF		29. Cód. IBGE Município	
		-							
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME									
30. Código do Procedimento			31. Nome do Procedimento						
02.01.02.006-8			COLETA DE SANGUE PARA TIPIFICAÇÃO DO ALELO HLA-B						
DADOS CLÍNICOS									
32. CID 10		33. Paciente exposto a antirretrovirais?*							
B24		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
34. Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso:*									
Esquemas*:				Início* (ano)	Motivo da Troca				
					FT <sup>1</sup>	INT <sup>2</sup>	Outros		
1°					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2°					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3°					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4°					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5°					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
35. Nome do Profissional Solicitante*			36. Documento do Profissional Solicitante*			37. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*			
			CPF:						
38. CRM (Nº Registro do Conselho)*		39. Data do Preenchimento		40. E-mail do profissional solicitante					
UF/CRM: /		/ /							
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA									
41. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*				42. Data da coleta*		43. Hora da Coleta*			
				/ /		:			
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME									
44. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão)			45. Identificador da Amostra		46. Data do recebimento		47. Hora do recebimento		
					/ /		:		

## **Instrucional - Solicitação tipificação do alelo HLA-B\*5701 – Dados Clínicos:**

**Campos obrigatórios de preenchimento marcados com \*.**

**18. Gestante\*:** informar se a paciente está gestante (S) ou não (N).

**19. Idade Gestacional\*:** Informar a idade gestacional da paciente.

**32. CID10: B24** (fixo, não alterar)

**33. Paciente em tratamento?\***: informar se o paciente já fez uso de antirretrovirais (inclusive PEP ou PrEP) – Sim ou Não. Não há indicação de realização do exame caso o paciente esteja em uso do Abacavir e não apresenta reação de hipersensibilidade.

**34. Esquemas\*:** Campo de preenchimento obrigatório para pacientes em tratamento.

**40. E-mail do profissional solicitante:** informar o e-mail para contato caso deseje receber notificação que o exame está pronto.