Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Formulário para Solicitação de Exame de Tipificação do alelo HLA-B*5701

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:	**1**-Oficial **2**-Social	/ /	**1**-Masculino **2**-Feminino
4. Social:			

8. País	9. Cidade de nascimento*	10. UF*	11. Raça/Cor
			1-branca **2**-preta **3**-amarela **4**-parda **5**-indígena - Etnia: **6**-não informado **7**-ignorada

12. Número de Identidade	13. CPF	14. Escolaridade
	. . -	**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	

34. Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso:*

Esquemas*:	Início* (ano)	Motivo da Troca		
		FT[1]	INT[2]	Outros
1º		☐	☐	
2º		☐	☐	
3º		☐	☐	
4º		☐	☐	
5º		☐	☐	

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
		/ /	:

www.aids.gov.br/sisgeno - Versão 2 (14/06/2019)

*Preenchimento Obrigatório, [1] FT – Falha Terapêutica, [2] INT – Intolerância

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.

*Preenchimento Obrigatório, [1] FT – Falha Terapêutica, [2] INT – Intolerância