



DADOS DA INSTITUIÇÃO									
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*			2. CNES*						
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
3. Nome do profissional solicitante*		4. Registro do conselho profissional*		5. Assinatura e Carimbo*					
		Sigla do conselho/UF/Nº _____/_____/_____							
6. Data da solicitação*		7. CPF do profissional solicitante*							
/ /									
INFORMAÇÕES BÁSICAS									
8. CNS do(a) paciente*		Nome completo do(a) paciente*		12. Preferência de identificação*					
		10. Oficial <input type="checkbox"/>							
9. CPF do paciente*		11. Social <input type="checkbox"/>		13. Sexo*					
14. Data de nascimento*		15. Raça/Cor*		16. Etnia*		17. Nacionalidade*			
/ /		<input type="checkbox"/> 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada							
18. Número da identidade		19. Prontuário		20. Logradouro*					
21. Número*		22. Complemento		23. Bairro*		24. Município*			
25. Cód. IBGE		26. UF*		27. CEP*		28. Telefone		29. País*	
						()			
30. Nome da mãe*					31. CPF da mãe*				
32. Código do procedimento			33. Nome do procedimento						
02.02.03.004-0			DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)						
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME									
34. Motivo da solicitação* (NOTA INFORMATIVA Nº 6/2021-.DCCI/SVS/MS)									
<input type="checkbox"/> Resultados de carga viral do HIV abaixo de 5.000 cópias/mL									
<input type="checkbox"/> Resultados de carga viral do HIV discordantes: primeira amostra detectável e segunda com resultado indetectável									
<input type="checkbox"/> Recém-nascido - baixo peso (< 2.500g)									
<input type="checkbox"/> Outro motivo: _____									
No caso de outro motivo, solicitar autorização para realização do exame pelo e-mail tratamento@aids.gov.br									
DADOS LABORATORIAIS									
EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE INFECÇÃO PELO HIV – Carga Viral do HIV (CV-HIV)									
Atenção: Para os casos de recém-nascido baixo peso não é necessário preencher os dados laboratoriais									
35. Data da 1ª coleta*		36. Metodologia do exame da 1ª coleta			37. Nº de cópias/mL do 1º exame*		38. Data do resultado do 1º exame*		
/ /							/ /		
39. Data da 2ª coleta*		40. Metodologia do exame da 2ª coleta			41. Nº de cópias/mL do 2º exame*		42. Data do resultado do 2º exame*		
/ /							/ /		
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA									
43. Nome da instituição (Carimbo padrão)*				44. Material Biológico		45. Data da coleta*		46. Hora da coleta*	
				SANGUE TOTAL		/ /		:	
LOCAL DE RECOLHIMENTO DA AMOSTRA									
47. Nome da instituição (Carimbo padrão)*						48. Data do recolhimento*			
						/ /			
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE									
49. Nome da instituição (Carimbo padrão)*				50. CNES		51. Data do recebimento*		52. Hora do recebimento*	
						/ /		:	

*Preenchimento obrigatório