



Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem de HIV

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			15. Peso	
				<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				
16. Cartão Nacional de Saúde - CNS*		17. Gestante* S-Sim / N-Não		17.1. Idade gestacional*	18. Telefone do Paciente	19. Prontuário		
				semanas	() -			
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)*				21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)				
22. Nome da mãe*				23. Endereço do paciente				
24. Bairro		25. CEP	26. Cidade de residência do paciente			27. UF	28. Cód. IBGE Município	
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME								
29. Código do Procedimento			30. Nome do Procedimento					
02.02.03.124-1			Genotipagem do HIV					
DADOS CLÍNICOS								
31. Resultado de Carga Viral (cópias/ml e log)* (realizado na rede pública ou privada)				32. Resultado de Linfócitos T CD4+ (cél/mm³) e (%)				
Situação		Data da Coleta	Cópias	Log	Situação	Data da Coleta	CD4 (µl)	% CD4
Última Carga Viral		/ /			Último CD4	/ /		
Penúltima Carga Viral		/ /						
33. CID 10		34. Comorbidades			35. Genotipagem anterior			
B24					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Ano(s): _____			
INDICAÇÃO DE GENOTIPAGEM¹								
36. Tipo de genotipagem a ser realizada*:				36.1. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem*:				
<input type="checkbox"/> Genotipagem Convencional (Protease e Transcriptase Reversa) <input type="checkbox"/> GP41 (T 20/Enfuvirtida) <input type="checkbox"/> Integrase (Raltegravir/Dolutegravir) <input type="checkbox"/> Alça V3 GP120 (Maraviroque)				Solicitação de exame de carga viral na mesma data? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
37. Paciente em Tratamento*?		38. Indicação de Genotipagem pré-tratamento (preencher caso o paciente não esteja em tratamento)*						
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Criança (0-17 anos; TV ²) <input type="checkbox"/> Parceria sorodiferente (parceiro em uso atual ou prévio de TARV ³) <input type="checkbox"/> Coinfecção TB-HIV <input type="checkbox"/> Pessoas com indicação de iniciar TARV com EFZ <input type="checkbox"/> Soroconversão em uso de PrEP						
Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso*:								
39. Usuário do esquema*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Parceiro (genotipagem pré-tratamento) <input type="checkbox"/> Mãe (Transmissão vertical)								
Esquemas:		Início* (ano)	Motivo da Troca					
			FT ⁴	INT ⁵	Outros			
1º			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2º			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3º			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4º			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5º			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE								
40. Nome do Profissional Solicitante*			43. Documento do Profissional Solicitante*			45. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*		
			CPF:					
41. CRM (Nº Registro do Conselho)*		42. Data do Preenchimento	44. E-mail do profissional solicitante					
UF/CRM: /		/ /						
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA								
46. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*				47. Data da coleta*		48. Hora da Coleta*		
				/ /		:		
49. Coleta simultânea de amostras de carga viral e Genotipagem: coleta de amostra de carga viral na mesma data? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME								
50. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão)			51. Identificador da Amostra	52. Data do recebimento		53. Hora do recebimento		
				/ /		:		

Instrucional - Solicitação Genotipagem HIV – Dados Clínicos:

(Campos obrigatórios de preenchimento marcados com *)

15. Peso: preencher este campo preferencialmente se criança até 12 anos, 11 meses e 29 dias.

17. Gestante*: informar se a paciente está gestante (S) ou não (N), independentemente de ser uma solicitação de Genotipagem pré-tratamento ou devido à falha terapêutica.

17.1. Idade Gestacional*: Informar a idade gestacional da paciente.

31. Resultado de Carga Viral*: Para pacientes em tratamento, informar os dois últimos resultados de carga viral do paciente (cópias/ml e log) e as respectivas datas de realização, para caracterização da falha virológica. Para pacientes não tratados (Genotipagem pré-tratamento), informar apenas o resultado da última carga viral (é obrigatório realizar carga viral antes ou simultaneamente à Genotipagem).

32. Resultado de Linfócitos T CD4+: Informar o último resultado de contagem de linfócitos T CD4+ do paciente (cels/mm³ e %CD4) e a respectiva data de realização.

33. CID10: B24 (fixo, não alterar)

34. Comorbidades: informar outras patologias/infecções que o paciente possui.

35. Genotipagem anterior: informar se o paciente já realizou genotipagem anteriormente, e o ano da realização.

36. Tipo de genotipagem a ser realizada*: assinalar o tipo de genotipagem a ser realizada (alvo de ação do medicamento). Pode ser marcado mais de um campo, de acordo com o esquema terapêutico utilizado ou em uso. Critérios de indicação de genotipagem definidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas vigentes.

36.1. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem*: O médico ou o profissional do ponto de coleta deverá informar se as amostras de carga viral e de genotipagem estão sendo coletadas no mesmo momento, para indicar ao laboratório executor da Genotipagem que este deverá aguardar (15 dias) o resultado da carga viral para executar o exame de Genotipagem.

37. Paciente em Tratamento?* informar se o paciente está em uso de TARV – Sim ou Não. Caso o paciente não esteja em tratamento, o campo 38 deverá ser preenchido (indicação de Genotipagem pré-tratamento). Se o paciente estiver em tratamento, mesmo se tratando de gestante, criança, parceria sorodiferente e coinfeção TB-HIV, ignore o campo 38 e passe para o campo 39.

38. Indicação de Genotipagem pré-tratamento (preencher caso o paciente não esteja em tratamento)*: observar que esse campo só deverá ser preenchido se o paciente não estiver em tratamento no momento da coleta do exame de Genotipagem. Informar a categoria a qual o paciente não tratado pertence de acordo com a indicação de genotipagem pré-tratamento: (1) gestante, (2) criança (0-17 anos - TV), (3) parceria sorodiferente (pessoa que se infectou com parceiro atual ou progresso em uso de TARV), (4) coinfeção TB-HIV, (5) pessoas com indicação de iniciar TARV com EFZ ou (6) soroconversão em uso de PrEP.

39. Usuário do esquema*: informar o usuário da TARV. Assinalar a opção “Paciente” caso o usuário do esquema seja o mesmo indicado no campo 3 ou 4 (assinalar esta opção para todos os pacientes em tratamento). Assinalar a opção “Parceiro” caso o usuário do esquema seja o parceiro do paciente (genotipagem pré-tratamento). Assinalar a opção “Mãe (Transmissão vertical)” caso o usuário do esquema seja a mãe da criança que fará o exame (genotipagem pré-tratamento).

Esquemas: Campo de preenchimento obrigatório para pacientes em tratamento. É facultativo o preenchimento deste campo para genotipagem pré-tratamento de criança (TARV da mãe) e parceria sorodiferente (TARV do parceiro).

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

*Preenchimento Obrigatório; ¹ Critérios para indicação de genotipagem: Falha virológica confirmada em coleta consecutiva de carga viral após intervalo de 4 semanas; penúltima carga viral detectável e última carga viral superior a 500 cópias/mL; e TARV há pelo menos 6 meses. ² TV – Transmissão Vertical, ³ TARV – Terapia Antirretroviral, ⁴ FT – Falha Terapêutica, ⁵ INT – Intolerância