



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:				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			15. Peso
				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	
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/mm ³) 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					Ano(s):		
INDICAÇÃO DE GENOTIPAGEM¹							
36. Tipo de genotipagem a ser realizada*:				36.1. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem*:			
Genotipagem Convencional (Protease e Transcriptase Reversa) GP41 (T 20/Enfuvirtida) Integrase (Raltegravir/Dolutegravir) Alça V3 GP120 (Maraviroque)				Solicitação de exame de carga viral na mesma data?			
37. Paciente em Tratamento?*		38. Indicação de Genotipagem pré-tratamento (preencher caso o paciente não esteja em tratamento)*					
		Gestante Criança (0-17 anos; TV2) Parceria sorodiferente (parceiro em uso atual ou prévio de TARV3) Coinfecção TB-HIV Pessoas com indicação de iniciar TARV com EFZ Soroconversão em uso de PrEP					
Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso*:							
39. Usuário do esquema* Paciente		Parceiro (genotipagem pré-tratamento)		Mãe (Transmissão vertical)			
Esquemas:				Início* (ano)	Motivo da Troca		
					FT ⁴	INT ⁵	Outros
1º							
2º							
3º							
4º							
5º							
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?							
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 pregresso 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.