



## Formulário para Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite B

DADOS DA INSTITUIÇÃO													
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*					2. CNES*								
3. Nome do profissional solicitante*			4. Registro do conselho profissional*			5. Assinatura e Carimbo*							
			Conselho/UF/Nº ____/____/____										
6. Data da solicitação*			7. CPF do profissional*										
____/____/____													
INFORMAÇÕES BÁSICAS													
8. CNS do(a) paciente*		Nome completo do(a) usuário(a)*				12. Preferência de identificação*							
		10. Oficial <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 1. Oficial 2. Social							
9. CPF*		11. Social <input type="checkbox"/>				13. Sexo*							
						<input type="checkbox"/> 1. Feminino 2. Masculino							
14. Data de nascimento*		15. Raça/Cor*		16. Etnia*		17. Nome da mãe*							
		<input type="checkbox"/> 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada											
18. Nacionalidade*		19. Número da identidade		20. Logradouro*									
21. Número*		22. Complemento		23. Bairro*		24. Município*		25. Cód. IBGE		26. UF*		27. CEP*	
28. Telefone		29. País*		30. Prontuário		31. Gestante*		32. Escolaridade (em anos)					
( )						<input type="checkbox"/> 1. Sim 2. Não		<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 7. Ignorado					
33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*						34. CPF do(a) responsável							
35. Código do procedimento				36. Nome do procedimento									
02.13.01.020-8				Identificação do vírus da hepatite B por PCR (quantitativo)									
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO													
37. Idade gestacional*			38. Motivo do exame*				39. Estágio da doença (CID)*						
<input type="checkbox"/> 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica			<input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento 4. Gestante portadora de hepatite B 5. Investigação de transmissão vertical				<input type="checkbox"/> 1. Hepatite B aguda (B16) 2. Hepatite B crônica sem Delta (B18.1) 3. Hepatite B crônica com Delta (B18.0)						
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA													
40. Nome da instituição*						41. Data da coleta*		42. Hora da coleta*					
						____/____/____		:					
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE													
43. Nome da instituição*				44. CNES*		45. Data do recebimento*		46. Hora do recebimento*					
						____/____/____		:					
Carga Viral	47. Solicitação do exame*		48. Identificador da amostra*		49. Responsável*			50. Data do resultado*					
	____/____/____							____/____/____					
	51. Material biológico*		52. Volume da amostra		53. UI/mL		54. Log		55. Técnica*				

\*Preenchimento obrigatório

www.aids.gov.br (27/04/2020)

### **Instrucional - Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite B**

**Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com \*.**

**8. CNS do(a) paciente\*:** Número do Cartão Nacional de Saúde do indivíduo, o correto preenchimento do CNS no formulário eletrônico do GAL permite que os campos de identificação do indivíduo sejam preenchidos automaticamente.

**9. CPF\*:** Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros, vulnerável e indígena (conforme decreto 9.723, de 11 de março de 2019).

**Nome completo do(a) usuário(a)\*** (conforme decreto nº 8.727/2016 e portaria MS nº 1.820/2009)

**10. Oficial:** Nome completo conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.

**11. Social:** Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

**12. Preferência de identificação\*:** Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.

**13. Sexo\*:** Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.

**37. Idade Gestacional\*:** Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar "5".

**38. Motivo do exame\*:** Informar a justificativa para a solicitação. As orientações para o uso do teste de carga viral no diagnóstico da infecção pelo HBV podem ser acessadas no **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. As orientações para os exames de acompanhamento da infecção crônica pelo HBV podem ser acessadas no **PCDT para a hepatite B e Coinfecções**. Ambos estão disponíveis em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br).

**39. Estágio da doença (CID)\*:** Estadiamento da infecção. As orientações para definir o estágio da doença estão disponíveis no **PCDT para a Hepatite B e Coinfecções**.