



Formulário para Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite C

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"/> 1. Oficial <input type="checkbox"/> 2. Social						
9. CPF*		11. Social					13. Sexo*						
							<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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									
02.02.03.108-0				Quantificação de RNA do vírus da hepatite C									
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. Diagnóstico 2. Avaliação pós-tratamento (RVS) 3. Suspeita de reinfeção				<input type="checkbox"/> 1. Hepatite C aguda (B17.1) 2. Hepatite C crônica (B18.2)					
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 C

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 Presidência da República).

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 HCV podem ser acessadas no **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. As orientações para os exames de acompanhamento da infecção crônica pelo HCV podem ser acessadas no **PCDT para a Hepatite C e Coinfecções**. Ambos estão disponíveis em www.aids.gov.br.

39. Estágio da doença (CID)*: Informar o estadiamento da infecção. As orientações para definir o estágio da doença estão disponíveis no **PCDT para a hepatite C e Coinfecções**.