



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# Laudo Médico para Emissão de BPA-I

## Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis  
Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL

1.Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2.CNPJ	
				. / -	
<b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>					
Nome completo do usuário*				5. Identificação do usuário nos relatórios	
3. Oficial:				<input type="checkbox"/> 1-Oficial    2-Social	
4. Social:					
6. Data de Nascimento*		7. Sexo*		8. País*	
/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino 2-Feminino			
10. UF*		11. Raça/Cor*		12. Número de Identidade	
		<input type="checkbox"/> 1-Branca; 2-Preta; 3-Amarela; 4-Parda; 5-Indígena - Etnia: _____;			
13. CPF					
		. . -			
14. Escolaridade			15. Cartão Nacional de Saúde – CNS*		
<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.					
16. Gestante*		17. Idade Gestacional*		18. Telefone do Paciente	
<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		Semanas		( ) -	
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			
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO</b>					
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento			
02.02.03.107-1		Quantificação do RNA HIV-1			
<b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO</b>					
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*					
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral <input type="checkbox"/>					
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral <input type="checkbox"/>					
31.3. Diagnóstico <input type="checkbox"/>					
32. CID 10*					
33. Nome do Profissional Solicitante*			34. Data da Solicitação		35. Assinatura e Carimbo*
			/ /		
36. Registro do Conselho Profissional*		37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*			
Conselho/UF/Nº					
<b>LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA</b>					
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*			39. Data da coleta*		40. Hora da Coleta*
			/ /		
<b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>					
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			42. CNES		43. Data do recebimento
					/ /
44. Hora					
Carga Viral HIV	45. Nº Solicitação exame		46. Identificador da amostra		47. Responsável
	48. Data do resultado				
	/ /				
	49. Condições de chegada da amostra				50. Material Biológico
<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada; 2-Amostra hemolisada; 3-Amostra em frasco inadequada; 4-Amostra mal identificada ; 5-Amostra mal acondicionada; 6-Amostra lipêmica ; 7-Outros _____; 8-Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT.				<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma	
51. Quantidade de cópias		52. Log		53. Volume da amostra	
54. Técnica utilizada					

\* Preenchimento obrigatório

Versão 14/06/2019 - www.aids.gov.br/siscel