



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

**Laudo Médico para Emissão de BPA-I**  
Quantificação de Ácido Nucléico – Carga viral do HIV

Departamento de DST, Aids e  
Hepatites Virais  
Sistema de Controle de Exames  
Laboratoriais - SISCEL

DADOS DA SOLICITAÇÃO						
Primeira Carga Viral? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		1. Instituição solicitante (carimbo padrão)			2. CNPJ	
INFORMAÇÕES BÁSICAS						
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 <input type="checkbox"/> 2-Feminino				
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		
				<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		
15. Número SISCEL	16. Cartão Nacional de Saúde - CNS	17. Gestante	18. Telefone do Paciente	19. Prontuário		
-		<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não	( ) -			
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	
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento				
02.02.03.107-1		Quantificação do RNA HIV-1				
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado						
Avaliar indicação do tratamento <input type="checkbox"/>		Falha ou troca terapêutica <input type="checkbox"/>		Auxiliar no diagnóstico de criança exposta <input type="checkbox"/>		
Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>		Indicação para Genotipagem <input type="checkbox"/>		Rastreamento do HIV <input type="checkbox"/>		
32. Caso Aids?	33. No momento apresenta sintomas?	34. Uso regular de antirretroviral?	35. Data início 1º antirretroviral	36. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mês/ano)		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	/ /	/ /    IGN <input type="checkbox"/>		
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO						
37. Diagnóstico		38. CID 10		43. CRM (Nº Registro do Conselho)		
				UF/CRM: /		
39. Nome do Profissional Solicitante			40. Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo		
			/ /			
41. Documento	42. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante					
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>						
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA						
44. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			45. Data da coleta	46. Hora da Coleta		
			/ /			
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE						
47. Nome de instituição (Carimbo Padrão)		48. CNES	49. Data do recebimento	50. Hora		
			/ /			
Carga Viral	51. Nº Solicitação exame	52. Identificador da amostra	53. Responsável		54. Data do resultado	
					/ /	
	55. Condições de chegada da amostra					56. Material Biológico
	<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2 - Amostra hemolisada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra lipêmica / 7-Outros					
57. Quantidade de cópias		58. Log	59. Volume da Amostra	60. Técnica utilizada		

www.aids.gov.br/siscc