



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Formulário de Solicitação Genotipagem do Vírus da Hepatite C

1. Nome da Instituição solicitante (carimbo padrão)*		2. CNPJ	3. Cartão Nacional de Saúde – CNS*	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome*		6. Identificação do usuário nos relatórios		7. Data de Nascimento*
4. Oficial:		<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social		/ /
5. Social:				
8. Sexo*		<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino		
9. Nacionalidade	10. Cidade de nascimento*		11. UF*	12. Raça/Cor
				<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda <input type="checkbox"/> 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada
13. Número de Identidade		14. CPF		15. 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
16. Número GAL		17. Gestante*		18. Telefone do Paciente
		<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		() -
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		
0202030210		Genotipagem de Vírus da Hepatite C		
DADOS CLÍNICOS				
31. Última quantificação do RNA do HCV*		32. Comorbidades		
Data:	UI/mL	Log		
/ /			<input type="checkbox"/> B18.0/B18.1 – Hepatite B <input type="checkbox"/> C22 – Carcinoma de células hepáticas <input type="checkbox"/> B20-B24 – HIV/Aids <input type="checkbox"/> Z94.4 – Fígado transplantado	
33. Comprometimento hepático				
<input type="checkbox"/> Biópsia Hepática F0 <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Elastografia hepática _____ kPa		
<input type="checkbox"/> APRI/FIB4 _____ / _____		<input type="checkbox"/> Cirrose		
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
34. CID 10	35. Nome do Profissional Solicitante*		36. Documento do Profissional Solicitante*	
B18.2			CPF:	
38. CRM (Nº Registro do Conselho)*		39. Data do Preenchimento		
UF/CRM: /		/ /		
		CNS:		
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA				
40. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*		41. Data da coleta*		42. Hora da Coleta*
		/ /		:
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME				
43. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*		44. CNES*		45. Data do recebimento*
				/ /
				:
47. Genótipo		48. Subtipo		49. Metodologia utilizada
*				