



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA
INSTITUTO ADOLFO LUTZ
CENTRO DE VIROLOGIA
NÚCLEO DE DOENÇAS SANGUÍNEAS E SEXUAIS
LABORATÓRIO DE HEPATITES
Tel: 3068-2911 - E-mail: labhepsp@gmail.com



**FICHA DE SOLICITAÇÃO DE GENOTIPAGEM DE VÍRUS DA HEPATITE B
E RESISTÊNCIA AOS ANTIVIRAIS**

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE		
UNIDADE SOLICITANTE		
DADOS DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE		
TELEFONE FIXO	TELEFONE CELULAR	
CNS	CPF	
SEXO: () FEMININO () MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE		
ENDEREÇO		
MUNICÍPIO	ESTADO	CEP
EXAME SOLICITADO:		
GENOTIPAGEM DO VÍRUS DA HEPATITE B E RESISTÊNCIA AOS ANTIVIRAIS		
NOME DO MÉDICO AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO DO AUTORIZADOR	
NOME DO MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE	
DADOS DA COLETA DA AMOSTRA		
LOCAL DA COLETA	CNES	
DATA DA COLETA	HORA DA COLETA	
RESPONSÁVEL PELA COLETA		