



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Laudo Médico para Emissão de BPA-I

Contagem de Linfócitos T CD4⁺ / CD8⁺

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

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	
		-						
DADOS DA SOLICITAÇÃO								
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento						
02.02.03.002-4		Contagem de Linfócitos T CD4 ⁺ / CD8 ⁺						
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado								
31.1. Avaliar indicação do tratamento <input type="checkbox"/>								
31.2. Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>								
31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 cel/mm ³ ?				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
31.2.2. Paciente assintomático?				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
31.2.3. Carga Viral indetectável?				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
32. Caso Aids?			33. Data início 1º antirretroviral			34. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mês/ano)		
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		
					/ /			
CD4 ⁺ / CD8 ⁺	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 _____						<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma	
57. CD4 (valor absoluto)		58. CD8 (valor absoluto)		59. Média CD3 (valor absoluto)		60. Técnica utilizada		