



Laudo Médico para Emissão de BPA-I
Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV

1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*			2. CNPJ			
INFORMAÇÕES BÁSICAS						
Nome completo do usuário sus*				5. Identificação do usuário sus nos relatórios		
3. Civil:				<input type="checkbox"/> 1-Civil 2-Social		
4. Social:						
6. Data de Nascimento*		7. Sexo atribuído ao Nascimento*		8. País*		
/ /		<input type="checkbox"/> 1-Masculino 2-Feminino 3- Intersexo				
10. UF*		11. Raça/Cor*		12. Número de Identidade		
		<input type="checkbox"/> 1-Branca; 2-Preta; 3-Amarela; 4-Parda; 6- Não Informado; 5-Indígena - Etnia: _____; 7- Ignorado				
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 Usuário SUS		
<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		Semanas		() -		
19. Prontuário						
20. Nome do Responsável (se usuário sus for menor de idade)				21. CPF do Responsável (se usuário sus for menor de idade)		
22. Nome da mãe*			23. Endereço do usuário sus*			
24. Bairro*		25. CEP*		26. Cidade de residência do usuário sus*		
		-				
27. UF*		28. Cód. IBGE Município				
DADOS DA SOLICITAÇÃO						
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento				
02.02.03.107-1		Quantificação do RNA HIV-1				
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO						
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"/>						
31.4. Investigação de infecção viral aguda pelo HIV <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						
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA						
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*			39. Data da coleta*		40. Hora da Coleta*	
			/ /			
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE						
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		
	49. Condições de chegada da amostra				48. Data do resultado	
	<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; 8- Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT; 9- Ignorado; 10-Amostra Coagulada; 11-Amostra com volume inadequado				<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma	
51. Quantidade de cópias		52. Log		53. Volume da amostra		
54. Técnica utilizada						

*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/aids/pt-br> (08/02/2023)