



DADOS DA INSTITUIÇÃO						
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2. CNES*		
3. Nome do profissional solicitante*		4. Registro do conselho profissional*		5. Assinatura e Carimbo*		
		Conselho/UF/Nº _____/_____/_____/_____				
6. Data da solicitação*		7. CPF do profissional*				
/ /						
INFORMAÇÕES BÁSICAS						
8. CNS do(a) paciente*		Nome completo do(a) usuário(a)*			12. Preferência de identificação*	
		10. Oficial <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 1. Oficial <input type="checkbox"/> 2. Social	
9. CPF*		11. Social <input type="checkbox"/>			13. Sexo*	
					<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino	
14. Data de nascimento*		15. Raça/Cor*		16. Etnia*	17. Nome da mãe*	
		<input type="checkbox"/> 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada				
18. Nacionalidade*		19. Número da identidade		20. Logradouro*		
21. Número*	22. Complemento	23. Bairro*	24. Município*	25. Cód. IBGE	26. UF*	27. CEP*
28. Telefone		29. País*	30. Prontuário	31. Gestante*	32. Escolaridade (em anos)	
()				<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<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	
33. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*				34. CPF do(a) responsável		
35. Código do procedimento		36. Nome do procedimento				
02.13.01.020-8		Identificação do vírus da hepatite B por PCR (quantitativo)				
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO						
37. Idade gestacional*		38. Motivo do exame*			39. Estágio da doença (CID)*	
<input type="checkbox"/> 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º trimestre 4. Ignorado 5. Não se aplica		<input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento <input type="checkbox"/> 3. Monitorar tratamento 4. Gestante portadora de hepatite B 5. Investigação de transmissão vertical			<input type="checkbox"/> 1. Hepatite B aguda (B16) <input type="checkbox"/> 2. Hepatite B crônica sem Delta (B18.1) <input type="checkbox"/> 3. Hepatite B crônica com Delta (B18.0)	
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA						
40. Nome da instituição*				41. Data da coleta*		42. Hora da coleta*
				/ /		:
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE						
43. Nome da instituição*			44. CNES*	45. Data do recebimento*	46. Hora do recebimento*	
				/ /	:	
Carga Viral	47. Solicitação do exame*	48. Identificador da amostra*		49. Responsável*		50. Data do resultado*
	/ /					/ /
	51. Material biológico*	52. Volume da amostra	53. UI/mL	54. Log	55. Técnica*	

*Preenchimento obrigatório

www.aids.gov.br (27/04/2020)

Instrucional - Solicitação de Exame de Carga Viral do Vírus da Hepatite B

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com *.

8. CNS do(a) paciente*: Número do Cartão Nacional de Saúde do indivíduo, o correto preenchimento do CNS no formulário eletrônico do GAL permite que os campos de identificação do indivíduo sejam preenchidos automaticamente.

9. CPF*: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros, vulnerável e indígena (conforme decreto 9.723, de 11 de março de 2019).

Nome completo do(a) usuário(a)* (conforme decreto nº 8.727/2016 e portaria MS nº 1.820/2009)

10. Oficial: Nome completo conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.

11. Social: Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

12. Preferência de identificação*: Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.

13. Sexo*: Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.

37. Idade Gestacional*: Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar "5".

38. Motivo do exame*: Informar a justificativa para a solicitação. As orientações para o uso do teste de carga viral no diagnóstico da infecção pelo HBV podem ser acessadas no **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. As orientações para os exames de acompanhamento da infecção crônica pelo HBV podem ser acessadas no **PCDT para a hepatite B e Coinfecções**. Ambos estão disponíveis em www.aids.gov.br.

39. Estágio da doença (CID)*: Estadiamento da infecção. As orientações para definir o estágio da doença estão disponíveis no **PCDT para a Hepatite B e Coinfecções**.