



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 <input type="checkbox"/> 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 / 7. 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. 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"/>								
31.2.1. 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								
35. Diagnóstico			36. CID 10			37. Registro do Conselho Profissional		
						Conselho/UF/Nº ____/____/____		
38. Nome do Profissional Solicitante			39. Data da Solicitação			Assinatura e Carimbo		
			/ /					
40. Documento		41. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante						
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>								
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA								
42. Nome de instituição (Carimbo Padrão)				43. Data da coleta		44. Hora da Coleta		
				/ /				
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE								
45. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			46. CNES		47. Data do recebimento	48. Hora		
					/ /			
CD4⁺ / CD8⁺	49. Nº Solicitação exame		50. Identificador da amostra		51. Responsável		52. Data do resultado	
							/ /	
	53. Condições de chegada da amostra						54. Material Biológico	
	<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2-Amostra hemolisada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada <input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra lipêmica / 7-Outros _____ 8-Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT						<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma	
55. CD4 (valor absoluto)		56. CD8 (valor absoluto)		57. Média CD3 (valor absoluto)		58. Técnica utilizada		