



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	9. Cidade de nascimento	
/ /	<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino			
10. UF	11. Raça/Cor	12. Número de Identidade	13. CPF	
	1-Branca; 2-Preta; 3-Amarela; 4-Parda; <input type="checkbox"/> 5-Indígena - Etnia: _____; 6-Não informada; 7-Ignorada.		.	
14. Escolaridade		15. Número SISCEL	16. 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.		-		
17. Gestante	17.1. Idade Gestacional	18. Telefone do Paciente	19. Prontuário	
<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não	Semanas	() -		
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				
<input type="checkbox"/> 31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral				
<input type="checkbox"/> 31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral				
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"/>	
31.3. Avaliação de imunização e/ou profilaxia para Infecção Oportunista <input type="checkbox"/>				
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO				
32. Diagnóstico	33. CID 10	34. Registro do Conselho Profissional		
		Conselho/UF/Nº _____ / _____ / _____		
35. Nome do Profissional Solicitante		36. Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo
		/ /		
37. Documento	38. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante			
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>				
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA				
39. Nome de instituição (Carimbo Padrão)		40. Data da coleta	41. Hora da Coleta	
		/ /		
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE				
42. Nome de instituição (Carimbo Padrão)		43. CNES	44. Data do recebimento	45. Hora
			/ /	
CD4⁺ / CD8⁺	46. N° Solicitação exame	47. Identificador da amostra	48. Responsável	49. Data do resultado
				/ /
50. Condições de chegada da amostra			51. Material Biológico	
<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada; 2-Amostra hemolisada; 3-Amostra em frasco inadequada; 4-Amostra mal identificada; 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	
52. CD4 (valor absoluto)	53. CD8 (valor absoluto)	54. Média CD3 (valor absoluto)	55. Técnica utilizada	