

1. Unidade de Saúde onde realiza o tratamento																	
2. CNPJ da Unidade de Saúde						3. Telefones de contato da Unidade de Saúde (DDD + número dos telefones)											
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE																	
4. Nome (por extenso sem abreviações)																	
5. Número do cartão CN-DST/AIDS				6. Número de documento				7. Tipo de documento									
8. Data de nascimento			9. Sexo			10. Prontuário			11. Gestante								
			☐ Masculino ☐ Feminino						☐ Sim ☐ Não								
12. Cidade de nascimento											13. UF						
14. Nome da mãe (por extenso sem abreviações)																	
15. Cidade de residência atual											16. UF						
17. Tempo de permanência na cidade de residência atual						18. CPF do responsável (se paciente menor de idade)											
Residência atual: _____ ano(s) _____ mês(es)																	
19. Nome do responsável (se paciente menor de idade)																	
DADOS CLÍNICOS																	
20. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mês/ano)			21. Paciente compareceu às últimas 3 consultas médicas de retorno agendadas?			22. História patológica pregressa. Doença definidora de Aids?			23. Estado clínico atual								
____ / ____ ☐ IGN			☐ Sim ☐ Não ☐ IGN			☐ Sim ☐ Não			☐ Assintomático ☐ Sintomático. Especificar: _____								
24. As condições clínicas do paciente ou uso de medicamentos contra-indicam a utilização de algum medicamento a ser utilizado em esquema ARV futuro?																	
Quais? _____																	
25. Resultado de Linfócitos T CD4+ (cél/mm ³) e (%)						26. Resultado de Carga Viral (cópias/ml e log) (Método: N = NASBA; P = PCR; b = b-DNA)											
Último: _____ (____%) _____ (Mês) _____ (Ano)						Carga Viral imediatamente antes do esquema ARV atual: _____ Log _____ Método: _____ Coleta: _____/____											
Penúltimo: _____ (____%) _____/____						Primeira Carga Viral após o esquema ARV atual: _____ Log _____ Método: _____ Coleta: _____/____											
Mais baixo: _____ (____%) _____/____						Segunda Carga Viral após o esquema ARV atual: _____ Log _____ Método: _____ Coleta: _____/____											
27. Maior Carga Viral já apresentada pelo paciente						Carga Viral mais baixa durante o esquema ARV atual: _____ Log _____ Método: _____ Coleta: _____/____											
Cópias: _____ Log: _____						Última Carga Viral realizada: _____ Log _____ Método: _____ Coleta: _____/____											
Método: _____ Coleta: _____/____																	
28. MEDICAÇÕES ANTI-RETROVIRAIS JÁ UTILIZADAS E ATUALMENTE EM USO PELO PACIENTE																	
Esquema ARV		Início (mês/ano)		Fim (mês/ano)		Motivo da troca (FT = Falha terapêutica; INT = intolerância)											
1º. _____		____/____		____/____		☐ FT ☐ INT ☐ Outros: _____											
2º. _____		____/____		____/____		☐ FT ☐ INT ☐ Outros: _____											
3º. _____		____/____		____/____		☐ FT ☐ INT ☐ Outros: _____											
4º. _____		____/____		____/____		☐ FT ☐ INT ☐ Outros: _____											
5º. _____		____/____		____/____		☐ FT ☐ INT ☐ Outros: _____											
Zidovudina (ZDV)		Zalcitabina (ddC)		Abacavir (ABC)		Delavirdina (DLV)		Efavirenz (EFZ)		Ritonavir (RTV)		Nelfinavir (NFV)		Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)		Indinavir/Ritonavir (IDV/RTV 800/200)	
Didanosina (ddI)		Lamivudina (3TC)		Estavudina (d4T)		Nevirapina (NVP)		Saquinavir (SQV)		Indinavir (IDV)		Amprenavir (APV)		Indinavir/Ritonavir (IDV/RTV 800/100)			
29. Nome do médico solicitante																	
30. Data do preenchimento			31. CRM do médico solicitante			32. Médico solicitante											
Data: ____/____/____			CRM/UF: ____/____														
						Carimbo e assinatura											

1. Unidade de Saúde onde realiza o tratamento			
2. CNPJ da Unidade de Saúde		3. Telefones de contato	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
4. Nome (por extenso sem abreviações)			
5. Número do cartão CN-DST/AIDS	6. Número de identidade	7. Tipo de documento	
8. Data de nascimento	9. Sexo	10. Prontuário	
	Masculino ☐ Feminino ☐		
		11. Gestante	
		Sim ☐ Não ☐	
12. Data do recebimento da solicitação	13. CRM do médico solicitante	14. Nome do médico solicitante	
Data: ____/____/____	CRM/UF: ____/____		
15. Deferimento	16. Motivo(s)		
Pedido Indeferido ☐			
Pedido Deferido ☐			
17. Nome do Médico de Referência em Genotipagem			
18. Telefone de contato	19. Fax de contato	20. E-mail de contato	
21. Data do parecer	23. Médico de Referência em Genotipagem		
Data: ____/____/____			
22. CRM do Médico de Referência em Genotipagem			
CRM/UF: ____/____	Carimbo e assinatura		
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA			
24. Nome da instituição		25. Data da coleta	
		26. Hora coleta	
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME			
Genotipagem	27. Nome da instituição	28. Data do recebimento	29. Hora
	30. Identificador da amostra no laboratório	31. Condições de chegada da amostra	
		☐ 1-Amostra adequada / 2-Amostra hemolisada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada / 5-Amostra mal acondicionada / 7-Outros _____	
	32. Responsável pelo preenchimento		

1. Unidade de Saúde onde realiza o tratamento			
2. CNPJ da Unidade de Saúde		3. Telefones de contato	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
4. Nome (por extenso sem abreviações)			
5. Número do cartão CN-DST/AIDS		6. Número de identidade	
7. Tipo de documento			
8. Data de nascimento		9. Sexo	
		Masculino ☐ Feminino ☐	
10. Prontuário		11. Gestante	
		Sim ☐ Não ☐	
12. Data do recebimento da solicitação		13. CRM do médico solicitante	
Data: ____/____/____		CRM/UF: ____/____	
14. Nome do médico solicitante			
15. Interpretação clínica do resultado			
16. Esquema anti-retroviral sugerido			
A) _____			
B) _____			
C) _____			
D) _____			
17. Observações			
18. Nome do Médico de Referência em Genotipagem			
19. Telefone de contato		20. Fax de contato	
21. E-mail de contato			
22. Data da sugestão clínica		24. Médico de Referência em Genotipagem	
Data: ____/____/____			
23. CRM do Médico de Referência em Genotipagem			
CRM/UF: ____/____		Carimbo e assinatura	