



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"/> 1. Oficial <input type="checkbox"/> 2. Social		
9. CPF*		11. Social			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					
02.02.03.108-0		Quantificação de RNA do vírus da hepatite C					
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 <input type="checkbox"/> 5. Não se aplica		<input type="checkbox"/> 1. Diagnóstico <input type="checkbox"/> 2. Avaliação pós-tratamento (RVS) <input type="checkbox"/> 3. Suspeita de reinfecção			<input type="checkbox"/> 1. Hepatite C aguda (B17.1) <input type="checkbox"/> 2. Hepatite C crônica (B18.2)		
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

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

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 Presidência da República).

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 HCV podem ser acessadas no **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. As orientações para os exames de acompanhamento da infecção crônica pelo HCV podem ser acessadas no **PCDT para a Hepatite C e Coinfecções**. Ambos estão disponíveis em www.aids.gov.br.

39. Estágio da doença (CID)*: Informar o estadiamento da infecção. As orientações para definir o estágio da doença estão disponíveis no **PCDT para a hepatite C e Coinfecções**.