

## PREENCHIMENTO DA FICHA BPA-I (CD4/CD8 E CARGA VIRAL PARA HIV)

Considerando o Ofício Circular N. 2/2021/DCCI/SVS/MS, que dispõe sobre a obrigatoriedade do Cadastro de Pessoa Física (CPF) na atualização da ficha de cadastro do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL).

Considerando a necessidade de qualificação dos dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde como também evitar prejuízos na realização dos exames laboratoriais de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV).

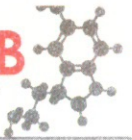
Considerando a Nota Técnica N° 24/2022-COPES/CGESF/DESF/SAPS/MS que trata da necessidade de qualificar as opções de preenchimento do campo raça/cor no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), de acordo com as classificações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Portaria 344 (0028809113), de 1º de fevereiro de 2017.

Considerando a possibilidade de glosa da produção por envio de informação indevida e sem qualificação.

Destacamos a obrigatoriedade de preenchimento de todos os campos sinalizados como obrigatórios (**em vermelho**) além dos outros campos que são primordiais (**em azul**) para a aceitação e cadastro da solicitação no SISCEL para todas as solicitações de exames de contagem de linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral nas fichas BPA-I: **CPF**, **Cartão Nacional de Saúde (CNS)**, **Raça/cor** e **Endereço**.

Diante desse fato, é recomendado que os estabelecimentos de saúde realizem uma capacitação com os profissionais de saúde, de forma a se conscientizarem da importância da coleta e registro desses dados. Em relação à raça/cor, é de suma importância a coleta qualificada do dado, onde os profissionais de saúde precisam ter conhecimento sobre a definição de cada categoria, bem como a melhor forma de abordar o usuário.

Segue Anexo I e Anexo II com modelos de solicitações de exames de contagem de linfócitos CD4+/CD8+ e Carga viral, respectivamente, com os campos obrigatórios a serem preenchidos em destaque.

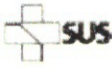


LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA

DIRETORIA TÉCNICA

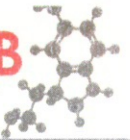
GERÊNCIA:  
NÚCLEO DE BIOLOGIA MOLECULAR

## ANEXO I – Modelo de Solicitação de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		<b>Lauda Médico para Emissão de BPA-I</b> Contagem de Linfócitos T CD4 <sup>+</sup> / CD8 <sup>+</sup>		Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL	
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*			2. CNPJ		
<b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>					
Nome completo do usuário*			5. Identificação do usuário nos relatórios		
3. Oficial:			<input type="checkbox"/> 1. Oficial <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena - Etnia				
14. Escolaridade				15. Cartão Nacional de Saúde - CNS*	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma <input type="checkbox"/> 2. De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3. De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4. De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5. De 12 em as <input type="checkbox"/> 6. Não informado <input type="checkbox"/> 7. Letorado					
16. Gestante*		17. Idade Gestacional*	18. Telefone do Paciente		19. Prontuário
<input type="checkbox"/> S. Sim <input type="checkbox"/> 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. Cod. IBGE Município
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO</b>					
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento			
02.02.03.002-4		Contagem de Linfócitos T CD4 <sup>+</sup> / CD8 <sup>+</sup>			
<b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO</b>					
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*					
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento anti-retroviral <input type="checkbox"/>					
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento anti-retroviral <input type="checkbox"/>					
31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 cel./mm <sup>3</sup>		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"/>					
32. CID 10*					
<b>DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>					
33. Nome do Profissional Solicitante*			34. Data da Solicitação		35. Assinatura e Carimbo*
36. Registro do Conselho Profissional* Conselho UF: Nº		37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*			
<b>LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA</b>					
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão) *			39. Data da coleta*		40. Hora da Coleta*
<b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>					
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)		42. CNES		43. Data do recebimento	44. Hora
45. Nº Solicitação exame	46. Identificador da amostra	47. Responsável		48. Data do resultado	
49. Condições de chegada da amostra				50. Material Biológico	
<input type="checkbox"/> 1. Amostra adequada <input type="checkbox"/> 2. Amostra hemolisada <input type="checkbox"/> 3. Amostra em frasco inadequada <input type="checkbox"/> 4. Amostra mal identificada <input type="checkbox"/> 5. Amostra mal acondicionada <input type="checkbox"/> 6. Amostra lipêmica <input type="checkbox"/> 7. Outros <input type="checkbox"/> 8. Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT				<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma	
51. CD4 (valor absoluto)	52. CD8 (valor absoluto)	53. Média CD3 (valor absoluto)		54. Técnica utilizada	

\* Preenchimento obrigatório

Versão 14/06/2019 - www.aids.gov.br/siscel




LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA

DIRETORIA TÉCNICA

GERÊNCIA: NÚCLEO DE BIOLOGIA MOLECULAR

## ANEXO II – Modelo de Solicitação de Carga Viral de HIV

 Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde		<b>Laudo Médico para Emissão de BPA-I</b> Quantificação de Acido Nucleico – Carga Viral do HIV		Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais SISCEL		
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*			2. CNPJ			
<b>INFORMAÇÕES BÁSICAS</b>				5. Identificação do usuário sus nos relatórios		
Nome completo do usuário sus*						
3. Civil: <input type="checkbox"/> 1-Civil <input type="checkbox"/> 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*		
	<input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena - Etnia					
14. Escolaridade			15. Cartão Nacional de Saúde – CNS*			
<input type="checkbox"/> 1-Nenhuma <input type="checkbox"/> 2- De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3- De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4- De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5- De 12 e mais <input type="checkbox"/> 6-Não informado <input type="checkbox"/> 7- Ignorado						
16. Gestante*		17. Idade Gestacional*	18. Telefone do Usuário SUS	19. Prontuário		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Semanas	( ) -			
20. Nome do Responsável (se usuário sus for menor de idade)			21. CPF do Responsável (se usuário sus for menor de idade)			
22. Nome da mãe*			23. Endereço do usuário sus*			
24. Bairro*		25. CEP*	26. Cidade de residência do usuário sus*	27. UF*	28. Cód. IBGE Município	
<b>DADOS DA SOLICITAÇÃO</b>						
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento				
02.02.03.107-1		Quantificação do RNA HIV-1				
<b>JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO</b>						
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"/>	
31.3. Diagnóstico					<input type="checkbox"/>	
31.4. Investigação de infecção viral aguda pelo HIV					<input type="checkbox"/>	
32. CID 10*						
33. Nome do Profissional Solicitante*			34. Data da Solicitação	35. Assinatura e Carimbo*		
			/ /			
36. Registro do Conselho Profissional* Conselho UF Nº*		37. Documento (NS/CPF) do Profissional Solicitante*				
<b>LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA</b>						
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*			39. Data da coleta*	40. Hora da Coleta*		
			/ /			
<b>LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE</b>						
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)		42. CNES	43. Data do recebimento	44. Hora		
			/ /			
Carga Viral HIV	45. Nº Solicitação exame	46. Identificador da amostra	47. Responsável	48. Data do resultado		
				/ /		
	49. Condições de chegada da amostra				50. Material Biológico	
	<input type="checkbox"/> 1 Amostra adequada <input type="checkbox"/> 2 Amostra hemolisada <input type="checkbox"/> 3 Amostra em frasco inadequada <input type="checkbox"/> 4 Amostra mal identificada <input type="checkbox"/> 5 Amostra mal acondicionada <input type="checkbox"/> 6 Amostra lipêmica <input type="checkbox"/> 7-Outros <input type="checkbox"/> 8-Amostra coagulada <input type="checkbox"/> 9-Amostra com volume inadequado				<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma	
51. Quantidade de cópias	52. Log	53. Volume da amostra	54. Técnica utilizada			

\* Preenchimento obrigatório

Versão 08/06/2022 - www.aids.gov.br/siscel

LABORATÓRIO CENTRAL DE  
SÁUDE PÚBLICA

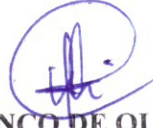
DIRETORIA TÉCNICA

GERÊNCIA:  
NÚCLEO DE BIOLOGIA MOLECULAR

João Pessoa, 23 de fevereiro de 2023.



**ALDENAIR TORRES**  
Diretora Técnica  
MATRÍCULA 148.051-1



**THIAGO FRANCO DE OLIVEIRA CARNEIRO**  
Gerente de Biologia Molecular - LACEN/PB  
MATRÍCULA 162.933-6