

**PROCEDIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE GENOTIPAGEM
DO HIV-1 NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

1. Para a realização do exame de genotipagem do HIV-1, o (a) Profissional solicitante deverá preencher minimamente os campos obrigatórios do formulário de solicitação do exame, sinalizados com asterisco (*) e marcados em vermelho, conforme Anexo I.
2. Formulários que não atendam aos critérios ou que apresentem informações incompletas não deverão ser encaminhados ao laboratório executor.
3. As amostras de sangue para realização do exame de genotipagem pelo HIV-1 devem ser coletadas e encaminhadas ao LACEN-PB **impreterivelmente até as 10:00h das quartas-feiras**, para que a solicitação de envio ao Laboratório Executor das Análises seja realizada em tempo hábil.

Endereço:

Avenida Camilo de Holanda, nº214 – Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58013-360

Telefone: (83) 98862-2445

4. O exame requer a coleta de 2 (dois) tubos com anticoagulante EDTA (K2 ou K3) (tubos de tampa roxa) de cada usuário com no mínimo 3,5 mL cada sangue. Os tubos devem ser identificados com o nome completo do usuário SUS e a sua data de nascimento de forma legível.
5. Após a coleta, as amostras devem ser entregues em até 48h ao Lacen. O transporte deve ser realizado na temperatura entre 21° a 25°C. Visando assegurar a temperatura recomendada, sugere-se o uso de caixa térmica com gelo reciclável (evitar contato direto do gelo reciclável com as amostras e, conseqüente, congelamento), em suporte estável evitando que as amostras virem.



6. Critérios de rejeição de amostra pelo laboratório executor:
- a. Amostras recebidas que não estiverem em conformidade com o protocolo de coleta, armazenamento e transporte indicado acima;
 - b. Amostras recebidas com o formulário de solicitação sem os campos obrigatórios preenchidos (impeditivo para o cadastro da solicitação no Sisgeno, análise dos critérios de solicitação e realização do exame);
 - c. Amostras recebidas sem o formulário de solicitação;
 - d. Solicitações que não atendam aos critérios de realização do exame estabelecidos nos PCDTs para Manejo da Infecção pelo HIV (<https://www.gov.br/aids/ptbr/centrais-de-conteudo/pcdts>).

João Pessoa, 05 de dezembro de 2024.

THIAGO CARNEIRO

Gerente de Biologia Molecular
MATRÍCULA 162.933-6

ALDENAIR TORRES

Diretora Técnica
MATRÍCULA 148.051-1



Anexo I – Formulário para solicitação de Exame de Genotipagem de HIV, com sinalização de campos obrigatórios

SUS		Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem de HIV					
1. Nome da Instituição Solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome*			5. Identificação do usuário nos relatórios		6. Data de Nascimento*		7. Sexo atribuído ao Nascimento*
3. Oficial:			1-Oficial 2-Social				1-Masculino 2-Feminino 3-Intersexo
4. Social:							
8. País		9. Cidade de nascimento*		10. UF*	11. Raça/Cor		
				Selecionar	1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena - Etnia: 6-não informado 7-ignorada		
12. Número de Identidade		13. CPF		14. Escolaridade		15. Peso	
				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 / 9. ignorado			
16. Cartão Nacional de Saúde - CNS*			17. Gestante* S-Sim / N-Não		17.1. Idade gestacional*	18. Telefone do Paciente	19. Prontuário
			Selecionar uma opção		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
						Selecionar	
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME							
29. Código do Procedimento			30. Nome do Procedimento				
02.02.03.124-1			Genotipagem do HIV				
DADOS CLÍNICOS							
31. Resultado de Carga Viral (cópias/ml e log)* (realizado na rede pública ou privada)				32. Resultado de Linfócitos T CD4+ (cél/mm ³) e (%)			
Situação		Data da Coleta	Cópias	Log	Situação	Data da Coleta	CD4 (µl)
Última Carga Viral					Último		
Penúltima Carga Viral					CD4		
33. CID 10		34. Comorbidades:			35. Genotipagem anterior		
B24					Selecionar - Ano(s):		
INDICAÇÃO DE GENOTIPAGEM*							
36. Tipo de genotipagem a ser realizada*:				36.1. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem*:			
<input type="checkbox"/> Genotipagem Convencional (Protease e Transcriptase Reversa) <input type="checkbox"/> GP41 (T 20/Enfuvirtida) <input type="checkbox"/> Integrase (Raltegravir/Dolutegravir) <input type="checkbox"/> Alca V3 GP120 (Maraviroc)				Solicitação de exame de carga viral na mesma data? Selecionar			
37. Paciente em Tratamento*?		38. Indicação de Genotipagem pré-tratamento (preencher caso o paciente não esteja em tratamento)*					
Selecionar		<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Criança (0-17 anos; TV ³) <input type="checkbox"/> Parceria sorodiferente (parceiro em uso atual ou prévio de TARV ³) <input type="checkbox"/> Coinfecção TB-HIV <input type="checkbox"/> Pessoas com indicação de iniciar TARV com EFZ <input type="checkbox"/> Soroco conversão em uso de PEP					
Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso*:							
39. Usuário do esquema*:		Paciente		Parceiro (genotipagem pré-tratamento)		Mãe (Transmissão vertical)	
Esquemas:				Início* (ano)	FT ⁴	INT ⁵	Motivo da Troca
							Outros
1*					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2*					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3*					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4*					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5*					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
40. Nome do Profissional Solicitante*			43. Documento do Profissional Solicitante*			45. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*	
			CPF:				
41. CRM (Nº Registro do Conselho)*		42. Data do Preenchimento		44. E-mail do profissional solicitante			
UF/CRM: /							
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA							
46. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*				47. Data da coleta*		48. Hora da Coleta*	
49. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem: coleta de amostra de carga viral na mesma data?							
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATORIO EXECUTOR DO EXAME							
50. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão)			51. Identificador da Amostra		52. Data do recebimento	53. Hora do recebimento	

*Preenchimento obrigatório

<https://www.nov.br/aids/pt-br> (08/02/2023)