



| DADOS DA INSTITUIÇÃO  |   |                                    |   |  |  |
|---|---|------------------------------------|---|--|--|
| 1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*  |   |                                    |   | 2. CNES*   |  |
|   |   |                                    |   |  |  |
| DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE   |   |                                    |   |  |  |
| 3. Nome do profissional solicitante*  |   |                                    | 6. Documento do profissional solicitante* |  | 7. Assinatura e Carimbo*   |
|   |   |                                    | CPF:                                      |  |  |
| 4. Data da solicitação*   |   |                                    | 5. Registro do conselho profissional*     |  |  |
| / /   |   |                                    | Conselho/UF/Nº                            |  |  |
|   |   |                                    | CNS:                                      |  |  |
|   |   |                                    |   |  |  |
| INFORMAÇÕES BÁSICAS   |   |                                    |   |  |  |
| 8. CNS do(a) paciente*  |   | Nome completo do(a) usuário(a)*    |   |  | 12. Preferência de identificação*  |
|   |   | 10. Oficial                        |   |  | <input type="checkbox"/> 1. Oficial<br><input type="checkbox"/> 2. Social  |
| 9. CPF*   |   | 11. Social                         |   |  | 13. Sexo*  |
|   |   |                                    |   |  | <input type="checkbox"/> 1. Feminino<br><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<br>5. Indígena 6. Não informado 7. Ignorada |                                    |   |  |  |
| 18. Nacionalidade*  | 19. Número da identidade  | 20. Logradouro*                    |   | 21. Número*  | 22. Complemento  |
|   |   |                                    |   |  |  |
| 23. Número GAL  | 24. Bairro*   | 25. Município*                     |   | 26. Cód. IBGE  | 27. UF*  |
|   |   |                                    |   |  |  |
| 28. CEP*  | 29. Telefone  | 30. País*                          | 31. Prontuário                            | 32. Gestante*  | 33. Escolaridade (em anos)   |
|   | ( )   |                                    |   | <input type="checkbox"/> 1. Sim<br><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<br>5. De 12 e mais 6. Não informado 7. Ignorado |
| 34. Nome do(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)*  |   |                                    |   | 35. CPF do(a) responsável  |  |
|   |   |                                    |   |  |  |
| 36. Código do procedimento  |   | 37. Nome do procedimento           |   |  |  |
| 02.02.03.021-0  |   | Genotipagem de Vírus da Hepatite C |   |  |  |
| DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO  |   |                                    |   |  |  |
| 38. CID10   | 39. Última quantificação do RNA do HCV*   |                                    |   | 39.1 Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem? |  |
| B18.2   | Data  | UI/mL                              | Log                                       | Solicitação de exame de carga viral na mesma data?                   |  |
|   | / /   |                                    |   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não            |  |
|   |   |                                    |   |  |  |
| LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA  |   |                                    |   |  |  |
| 40. Nome da instituição (Carimbo padrão)*   |   |                                    |   | 41. Data da coleta*  | 42. Hora da coleta*  |
|   |   |                                    |   | / /  | :  |
| 43. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem: coleta de amostra de carga viral na mesma data? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |   |                                    |   |  |  |
|   |   |                                    |   |  |  |
| LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE   |   |                                    |   |  |  |
| 44. Nome da instituição (Carimbo padrão)*   |   | 45. CNES*                          |   | 46. Data do recebimento*   | 47. Hora do recebimento*   |
|   |   |                                    |   | / /  | :  |
| 48. Genótipo  |   | 49. Subtipo                        |   | 50. Metodologia utilizada  |  |
|   |   |                                    |   |  |  |

\*Preenchimento obrigatório

## Instrucional - Solicitação de Exame de Genotipagem 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).

**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.

**39. Última quantificação do RNA do HCV\*:** Exame de carga viral de pelo menos 500 UI/mL e realizado em um período anterior máximo de 12 meses (conforme Nota Informativa nº 32/2016/CLAB/DDAHV/SVS/MS).

**39.1. Solicitação simultânea dos exames de carga viral e genotipagem:** O médico deverá informar se os exames de carga viral e genotipagem estão sendo solicitados no mesmo momento.

**43. Coleta simultânea de amostras de carga viral e genotipagem:** O profissional do ponto de coleta deverá informar se as amostras de carga viral e de genotipagem estão sendo coletadas no mesmo momento, para indicar ao laboratório executor da genotipagem que este deverá aguardar (15 dias) o resultado da carga viral para executar o exame de genotipagem.