



DADOS DA INSTITUIÇÃO							
1. Instituição solicitante (carimbo padrão) *				2. CNES*			
INFORMAÇÕES BÁSICAS							
3. CNS do paciente		Nome completo do usuário*			7. Preferência de identificação*		
		5. Oficial			<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social		
4. Data de nascimento*		6. Social			8. Sexo*		
					<input type="checkbox"/> 1-Feminino <input type="checkbox"/> 2-Masculino		
9. Nacionalidade		10. Raça/Cor		11. Etnia	12. Nome da mãe*		
		<input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena 6-não informado 7-ignorada					
13. Número da identidade		14. CPF		15. Logradouro*			
16. Número*	17. Complemento	18. Bairro		19. Município*	20. Cód. IBGE	21. UF*	22. CEP*
23. Telefone		24. País	25. Prontuário	26. Gestante*	27. Escolaridade (em anos)		
()				<input type="checkbox"/> 1- Sim 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		
28. Nome do responsável (se o paciente for menor de idade ou incapaz)					29. CPF do responsável		
30. Código do procedimento			31. Nome do procedimento				
02.02.03.108-0			Quantificação de RNA do vírus da hepatite C				
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO							
32. Data 1ºs sintomas		33. Idade gestacional		34. Motivo do exame*			
/ /		<input type="checkbox"/> 1. 1º trim. / 2. 2º trim. <input type="checkbox"/> 3. 3º trim. / 4. Ignorado <input type="checkbox"/> 5. Não se aplica		<input type="checkbox"/> 1. Confirmação do diagnóstico 2. Avaliar indicação de tratamento 3. Monitorar tratamento <input type="checkbox"/> 4. Avaliação pós-tratamento (RVS) 5. Gestante portadora de hepatite C 6. Invest. de transm. vertical			
35. Estágio da doença (CID)		36. Data do diagnóstico		37. Tratamento			
<input type="checkbox"/> 1. Hepatite C aguda (B17.1) <input type="checkbox"/> 2. Hepatite C crônica (B18.2)		/ /		<input type="checkbox"/> Alfapeginterferona (PEG-IFN) <input type="checkbox"/> Boceprevir <input type="checkbox"/> Telaprevir <input type="checkbox"/> Sofosbuvir <input type="checkbox"/> Simeprevir <input type="checkbox"/> Daclatasvir <input type="checkbox"/> Ombitasvir/Veruprevir/Ritonavir+Dasabuvir			
38. Início da terapia		39. Comorbidade (CID)					
/ /		<input type="checkbox"/> 1. Hepatite B (B18.1) 2. Carcinoma de células hepáticas (C22) 3. HIV/Aids (B20-B24) 4. Fígado transplantado (Z94.4)					
40. Biópsia hepática			41. APRI		42. FIB-4	43. Elastografia hepática (kPa)	
<input type="checkbox"/> 1. FO 2. F1 3. F2 4. F3 5. F4			_____		_____	_____	
44. Sinais clínicos ou outras evidências							
45. Nome do profissional solicitante*				46. Registro do conselho profissional*		47. Assinatura e Carimbo*	
				Conselho/UF/Nº: _____/_____/_____			
48. Data da solicitação*		49. CPF do profissional*					
/ /							
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA							
50. Nome da instituição*				51. Data da coleta*		52. Hora da coleta*	
				/ /		:	
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE							
53. Nome da instituição*			54. CNES*		55. Data do recebimento*	56. Hora do recebimento*	
					/ /	:	
Carga Viral	57. Solicitação do exame*		58. Identificador da amostra*		59. Responsável*		60. Data do resultado*
	/ /						/ /
61. Material biológico*	62. Volume da amostra	63. Nº de cópias	64. Log	65. Técnica			

Instrucional - Solicitação de carga viral do HCV – Dados Clínicos Gerais/Detalhes do Agravado:

Os campos de preenchimento obrigatórios estão marcados com *.

Nome completo do(a) usuário(a)* (conforme decreto nº 8.727/2016 e portaria MS nº 1.820/2009)

3. 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.

5. Oficial: Nome completo conforme consta no documento de identificação oficial da pessoa.

6. Social: Nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

7. Preferência de identificação*: Deve ser indicado o nome pelo qual a pessoa travesti ou transexual prefere ser identificada.

8. Sexo*: Indicar o sexo designado no nascimento da pessoa.

32. Data 1^{os} sintomas: Quando disponível, informar a data de início dos sintomas.

33. Idade Gestacional: Em caso de gravidez, informar o período em que a gestação se encontra, caso não se trate de gestação, marcar "5".

34. 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 HBV podem ser acessadas no **PCDT para a Hepatite C e Coinfecções**. Ambos estão disponíveis em www.aids.gov.br.

35. 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**.

36. Data do diagnóstico: Informar quando o indivíduo foi diagnosticado.

37. Tratamento: Caso o indivíduo esteja em tratamento, indicar o regime terapêutico em uso.

38. Início da terapia: Data de início do tratamento.

39. Comorbidade (CID): Informar outras patologias/infecções que o paciente possui.

40. Biópsia hepática: Classificação METAVIR para fibrose.

41. APRI: Índice para o grau de fibrose segundo a metodologia APRI.

42. FIB4: Índice para o grau de fibrose segundo a metodologia FIB-4.

43. Elastografia hepática: Avaliação da elasticidade hepática por ultrassom.