



**Formulário de Solicitação
Genotipagem do Vírus da Hepatite C**

1. Nome da Instituição solicitante (carimbo padrão)*		2. CNPJ		3. Cartão Nacional de Saúde – CNS*	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome*			6. Identificação do usuário nos relatórios		7. Data de Nascimento*
4. Oficial:			<input type="checkbox"/> 1-Oficial <input type="checkbox"/> 2-Social		/ /
5. Social:					<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino
9. Nacionalidade	10. Cidade de nascimento*		11. UF*	12. Raça/Cor	
				1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda <input type="checkbox"/> 5-indígena - Etnia: _____ 6-não informado 7-ignorada	
13. Número de Identidade		14. CPF		15. Escolaridade	
				<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 / 9. ignorado	
16. Número GAL		17. Gestante*		18. Telefone do Paciente	19. Prontuário
		<input type="checkbox"/> S-Sim - N-Não		() -	
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
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME					
29. Código do procedimento		30. Nome do procedimento			
0202030210		Genotipagem de Vírus da Hepatite C			
DADOS CLÍNICOS					
31. Última quantificação do RNA do HCV*		32. Comorbidades			
Data: / /	UI/mL	Log	<input type="checkbox"/> B18.0/B18.1 – Hepatite B <input type="checkbox"/> B20-B24 – HIV/Aids		<input type="checkbox"/> C22 – Carcinoma de células hepáticas <input type="checkbox"/> Z94.4 – Fígado transplantado
33. Comprometimento hepático					
<input type="checkbox"/> Biópsia Hepática F0 <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4		<input type="checkbox"/> Elastografia hepática _____ kPa <input type="checkbox"/> Cirrose			
34. CID 10 35. Nome do Profissional Solicitante*					
B18.2			36. Documento do Profissional Solicitante*	37. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*	
38. CRM (Nº Registro do Conselho) *		39. Data do Preenchimento	CPF: CNS:		
UF/CRM: /		/ /			
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA					
40. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*			41. Data da coleta*	42. Hora da Coleta*	
			/ /	:	
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME					
43. Nome de instituição (Carimbo Padrão)*		44. CNES*	45. Data do recebimento*	46. Hora do recebimento*	
			/ /	:	
47. Genótipo		48. Subtipo	49. Metodologia utilizada		