



## 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*   | 8. Sexo*   |                         |
| 4. Oficial:   |                           | <input type="checkbox"/> 1-Oficial<br><input type="checkbox"/> 2-Social | / /  | <input type="checkbox"/> 1-Masculino<br><input type="checkbox"/> 2-Feminino  |                         |
| 5. Social:  |                           |   |  |  |                         |
| 9. Nacionalidade  | 10. Cidade de nascimento* | 11. UF*   | 12. Raça/Cor   |  |                         |
|   |                           |   | <input type="checkbox"/> 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda<br>5-indígena - Etnia: _____<br>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<br>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"/> C22 – Carcinoma de células hepáticas<br><input type="checkbox"/> B20-B24 – HIV/Aids <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"/> |       | <input type="checkbox"/> Elastografia hepática _____ kPa |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> APRI/FIB4 _____ / _____   |       | <input type="checkbox"/> Cirrose                         |  |  |  |

### DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

|                                    |                                       |  |   |  |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|---|--|
| 34. CID 10                         | 35. Nome do Profissional Solicitante* | 36. Documento do Profissional Solicitante* | 37. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante* |  |
| B18.2                              |                                       | CPF:                                       |   |  |
| 38. CRM (Nº Registro do Conselho)* | 39. Data do Preenchimento             | 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 |                          |
|   |             |                           |                          |