



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Laudo Médico para Emissão de BPA-I

Contagem de Linfócitos T CD4⁺ / CD8⁺

Departamento de IST, HIV/Aids e
Hepatites Virais
Sistema de Controle de Exames
Laboratoriais - SISCEL

1.Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2.CNPJ	
				. / -	
INFORMAÇÕES BÁSICAS					
Nome completo do usuário*				5.Identificação do usuário nos relatórios	
3. Oficial:				☐ 1-Oficial 2-Social	
4. Social:					
6. Data de Nascimento*		7. Sexo*		8. País*	
/ /		☐ 1-Masculino ☐ 2-Feminino			
10. UF*	11. Raça/Cor		12. Número de Identidade		13. CPF
	☐ 1-Branca; 2-Preta; 3-Amarela; 4-Parda; 5-Indígena - Etnia: _____;				. . -
14. Escolaridade			15. Cartão Nacional de Saúde - CNS*		
☐ 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.					
16. Gestante*		17. Idade Gestacional*		18.Telefone do Paciente	
☐ S-Sim - N-Não		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*	
		-			
DADOS DA SOLICITAÇÃO					
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento			
02.02.03.002-4		Contagem de Linfócitos T CD4 ⁺ / CD8 ⁺			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO					
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*					
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral ☐					
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral ☐					
31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 cel./mm ³ ? Sim ☐ Não ☐					
31.2.2. Paciente assintomático? Sim ☐ Não ☐					
31.2.3. Carga Viral indetectável? Sim ☐ Não ☐					
31.3. Avaliação de imunização e/ou profilaxia para Infecção Oportunista ☐					
32. CID 10*					
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
33. Nome do Profissional Solicitante*			34. Data da Solicitação		35. Assinatura e Carimbo*
			/ /		
36. Registro do Conselho Profissional*		37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante*			
Conselho/UF/Nº					
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA					
38. Nome de instituição (Carimbo Padrão) *			39. Data da coleta*		40. Hora da Coleta*
			/ /		
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE					
41. Nome de instituição (Carimbo Padrão)			42. CNES		43. Data do recebimento
					/ /
CD4 ⁺ / CD8 ⁺	45. Nº Solicitação exame		46. Identificador da amostra		47. Responsável
					/ /
	49. Condições de chegada da amostra				50. Material Biológico
	☐ 1-Amostra adequada; 2-Amostra hemolisada; 3-Amostra em frasco inadequada; 4-Amostra mal identificada ; 5-Amostra mal acondicionada; 6-Amostra lipêmica ; 7-Outros _____; 8-Solicitação de exames fora dos critérios do PCDT.				☐ Sangue ☐ Plasma
	51. CD4 (valor absoluto)		52. CD8 (valor absoluto)		53. Média CD3 (valor absoluto)
				54. Técnica utilizada	

* Preenchimento obrigatório