



DADOS DA INSTITUIÇÃO							
1. Instituição solicitante (carimbo padrão)*				2. CNES*			
INFORMAÇÕES BÁSICAS							
3. CNS do(a) paciente		Nome completo do(a) usuário(a)*			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(a) responsável (se o(a) paciente for menor de idade ou incapaz)					29. CPF do(a) responsável		
30. Código do procedimento			31. Nome do procedimento				
02.13.01.020-8			Identificação do vírus da hepatite B por PCR (quantitativo)				
DADOS CLÍNICOS GERAIS/DETALHES DO AGRAVO							
32. Data 1ºs sintomas		33. Idade gestacional		34. Motivo do exame*			
/ /		<input type="checkbox"/> 1. 1º trimestre / 2. 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3. 3º trimestre 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. Gestante portadora de hepatite B 5. Investigação de transmissão vertical			
35. Estágio da doença (CID)			36. Tratamento		37. Data de início da terapia		
<input type="checkbox"/> 1. Hepatite B aguda (B16) <input type="checkbox"/> 2. Hepatite B crônica sem Delta (B18.1) <input type="checkbox"/> 3. Hepatite B crônica com Delta (B18.0)			<input type="checkbox"/> Alfainterferona <input type="checkbox"/> Alfapeginterferona (PEG-IFN) <input type="checkbox"/> TDF <input type="checkbox"/> ETV <input type="checkbox"/> 3TC <input type="checkbox"/> ADF		/ /		
38. Comorbidades (CID)					39. Data do diagnóstico		
<input type="checkbox"/> 1. Hepatite C (B18) 2. Carcinoma de células hepáticas (C22) 3. HIV/Aids (B20-B24) 4. Fígado transplantado (Z94.4)					/ /		
40. Nome do profissional solicitante*				41. Registro do conselho profissional*	42. Assinatura e Carimbo*		
				Conselho/UF/Nº: _____/_____/_____			
43. Data da solicitação*		44. CPF do profissional*					
/ /							
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA							
45. Nome da instituição*				46. Data da coleta*		47. Hora da coleta*	
				/ /		:	
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE							
48. Nome da instituição*			49. CNES*		50. Data do recebimento*	51. Hora do recebimento*	
					/ /	:	
Carga Viral	52. Solicitação do exame*		53. Identificador da amostra*	54. Responsável*		55. Data do resultado*	
	/ /					/ /	
Carga Viral	56. Material biológico*	57. Volume da amostra	58. Nº de cópias	59. Log	60. Técnica*		

* Preenchimento obrigatório.

Instrucional - Solicitação de carga viral do HBV – 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 HBV 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 B e Coinfecções**. Ambos estão disponíveis em www.aids.gov.br.

35. Estágio da doença (CID): Estadiamento da infecção. As orientações para definir o estágio da doença estão disponíveis no **PCDT para a Hepatite B e Coinfecções**.

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

37. Data de início da terapia: Informar quando o indivíduo iniciou a terapia.

38. Comorbidades (CID): Informar outras patologias/infecções que o paciente possui.

39. Data do diagnóstico: Se possível, informar quando o indivíduo foi diagnosticado.