

**FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA SOROLOGIA DE HIV**
**PROCEDÊNCIA**

Unidade de Saúde:	CNES:
Município:	GRS:
Profissional de Saúde:	Reg Profissional:
Telefone para contato:	Assinatura:

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

Nome:		Data de nascimento:
Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	Documento (RG/CPF/ CNH):
Nome da Mãe:		
Endereço Completo:		
Bairro:	Município:	UF:
Gestante: <input type="checkbox"/> 1ºtri <input type="checkbox"/> 2ºtri <input type="checkbox"/> 3ºtri <input type="checkbox"/> Não	Óbito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**AMOSTRA / EXAMES**

Data da Solicitação:	Data da Coleta:			
Exposição:				
<input type="checkbox"/> Com parceiro HIV+/Aids	<input type="checkbox"/> Uso de drogas injetáveis	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea		
<input type="checkbox"/> Acidente com material biológico	<input type="checkbox"/> Mãe HIV+	<input type="checkbox"/> Ignorado		
Sorologia para HIV anteriormente:				
<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Não Reagente	<input type="checkbox"/> Indeterminado	<input type="checkbox"/> Não realizou	<input type="checkbox"/> Ignorado
Amostra anterior (nº registro Funed):				
Sintomas de Aids:				
<input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1um mês	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral			
<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10%	<input type="checkbox"/> Diarreia maior ou igual a um mês			
<input type="checkbox"/> Herpes simples (muco-cutâneo, maior que um mês – esôfago, brônquios, pulmão)	<input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar			
<input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose)	<input type="checkbox"/> Candidíase (esôfago, traqueia, brônquios, pulmão)			
<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Ignorado			

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

--

**De acordo com a Portaria SVS/MS 151/2009 é obrigatória a solicitação de um documento oficial de identificação do indivíduo que será submetido à coleta. Esse documento deve ser conferido, tanto no momento do registro no serviço de saúde quanto no momento da coleta da amostra.**