

TÍTULO: FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA SOROLOGIA DE HIV	NÚMERO: DIOM-DECD-FM-0023
---	----------------------------------

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:

Reagente Não Reagente Indeterminado Não realizou Ignorado

Amostra anterior (Nº registro Funed):

Sintomas de AIDS:

Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1um mês.

Caquexia ou perda de peso maior que 10%.

Herpes simples (muco-cutâneo, maior que um mês – esôfago, brônquios, pulmão).

Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose).

Toxoplasmose cerebral.

Diarreia maior ou igual a um mês.

Tuberculose pulmonar.

Candidíase (esôfago, traqueia, brônquios, pulmão).

Ignorado.

Outros:

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.