



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

Laudo Médico para Emissão de BPA-I

Contagem de Linfócitos T CD4+ / CD8+

Departamento de HIV/Aids,
Tuberculose, Hepatites Virais e
Infecções Sexualmente
Transmissíveis
Sistema de Controle de Exames
Laboratoriais - SISCEL

1. Instituição solicitante (Carimbo padrão) *				2. CNPJ	
Hospital Municipal de Maracanaú					
INFORMAÇÕES BÁSICAS					
Nome completo do usuário sus *			5. Identificação do usuário sus nos relatórios		
3. Civil: Antonio Wellington Serpa de Oliveira			☒ 1. Civil ☐ 2. Social		
4. Social:					
6. Data de Nascimento *		7. Sexo atribuído ao Nascimento *		8. País *	
12/04/1996		☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino ☐ 3. Intersexo		BRASIL	
				9. Cidade de Nascimento *	
				Maracanaú	
10. UF *		11. Raça / Cor (Informado: Parda)		12. Número de Identidade	
CE		☒ 1 - branca 2 - preta 3 - amarela 4 - parda 5 - indígena - Etnia: _____ 6 - não informado 7 - ignorada		20076068697 - SSP	
				13. CPF *	
				069.634.943-47	
14. Escolaridade (Informado: De 8 a 11 anos)			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 9 - ignorado			898 0028 7072 0868		
16. Gestante *		17. Idade Gestacional *		18. Telefone do Usuário SUS	
☐ Sim ☐ Não		semanas		(85) 98859-4017	
				19. Prontuário	
				1632	
20. Nome do Responsável (se o usuário sus for menor de idade)			21. CPF do Responsável (se o usuário sus for menor de idade)		
22. Nome da mãe *			23. Endereço do usuário sus *		
Francisca Jecilene Serpa de Oliveira			RUA RAUL TEOFILO CASA 1525		
24. Bairro *		25. CEP *		26. Cidade de residência do usuário sus *	
Pajuçara		61932-505		Maracanaú	
				27. UF *	
				CE	
				28. Cód. IBGE Município	
				2307650	
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/mm3 ? ☐ 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 *	
Marcos Vinícius D. Nóbrega		05/AGO. 2023			
36. Registro do Conselho Profissional *		37. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante			
Conselho/UF/Nº:		88 0016 1488 8819			
LOCAL DA COLETA DA AMOSTRA					
38. Nome da instituição (carimbo padrão) *			39. Data da Coleta *		40. Hora da coleta *
			/ /		
LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE					
41. Nome da instituição (Carimbo padrão)		42. CNES		43. Data do recebimento	
				/ /	
				44. Hora	
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 inadequado 4 - Amostra mal identificada 5 - Amostra mal acondicionada 6 - Amostra lipêmica 7 - Outros: _____ 10 - Amostra Coagulada 11 - Amostra com Volume Inadequado				☐ Sangue ☐ Plasma
	51. CD4 (valor absoluto)		52. CD8 (valor absoluto)		53. Média CD3 (valor absoluto)
				54. Técnica utilizada	

* Preenchimento obrigatório

Versão 14/10/2022 - <https://gov.br/aids/siscel>